

**Entwicklung und Evaluation eines
berufsorientierten Gruppenprogramms Sozialer Arbeit
in der medizinischen Rehabilitation
am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen**

Claudia Schulz-Behrendt

Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität Potsdam

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor philosophiae (Dr. phil.)

genehmigte Dissertation

Erstgutachter: Prof. Dr. Heinz Völler

Zweitgutachter: Prof. Dr. Matthias Bethge

Eingereicht am 17. September 2019

Disputation am 01. Juli 2020

Soweit nicht anders gekennzeichnet ist dieses Werk unter einem Creative Commons Lizenzvertrag lizenziert:
Namensnennung 4.0 International. Dies gilt nicht für zitierte Inhalte anderer Autoren.
Um die Bedingungen der Lizenz einzusehen, folgen Sie bitte dem Hyperlink:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Online veröffentlicht auf dem
Publikationsserver der Universität Potsdam:
<https://doi.org/10.25932/publishup-49139>
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:517-opus4-491397>

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	1
2	Aktueller Forschungsstand und Herleitung der Fragestellung.....	4
2.1	Epidemiologie kardiovaskulärer Erkrankungen.....	4
2.1.1	Besonderheiten und Behandlung.....	6
2.2	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR).....	13
2.2.1	Stand der Forschung.....	15
2.3	Herleitung der Fragestellung.....	22
3	Exploration psychosozialer Problemlagen kardiovaskulär erkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.....	24
3.1	Ziel und Fragestellung	24
3.2	Methode	25
3.2.1	Stichprobe.....	25
3.2.2	Interviews und Datenerhebung.....	26
3.2.3	Qualitative Auswertung	28
3.3	Ergebnisse.....	32
3.3.1	Auswirkungen der Erkrankung.....	35
3.3.2	Bewältigung der Erkrankung.....	39
3.3.3	Formen der Sozialen Unterstützung	42
3.3.4	Analyse der Netzwerkkarten.....	47
3.3.5	Diskussion.....	50
4	Entwicklung und Durchführung eines berufsorientierten Gruppen- programms Sozialer Arbeit.....	54
4.1	Entwicklung des Gruppenprogramms	54
4.1.1	Theoretische Grundlagen	55
4.1.2	Induktion der Explorationsergebnisse.....	64
4.2	Durchführung des Gruppenprogramms	67
4.2.1	Usual Care in der Kontrollgruppe.....	69
5	Evaluation.....	71
5.1	Ziel und Fragestellung.....	71
5.2	Methode.....	72

5.2.1	Studiendesign.....	72
5.2.2	Messinstrumente.....	73
5.3	Datensatz.....	75
5.3.1	Beschreibung der Stichprobe.....	75
5.3.2	Datenverarbeitung.....	78
5.4	Ergebnisse.....	81
5.4.1	Patientencharakteristik.....	81
5.4.2	Berufliche Wiedereingliederung und Gesundheitsverhalten.....	83
5.4.3	Lebensqualität.....	87
5.4.4	Soziale Unterstützung.....	90
5.4.5	Diskussion	92
6	Fazit und Ausblick.....	103
7	Literaturverzeichnis.....	107
	Veröffentlichungen.....	124
	Erklärung.....	125
	Danksagung.....	126
	Anhang.....	127
Anhang 1	Datenschutzkonzept	
Anhang 2	Screening-Instrumente	
Anhang 2.1	SIMBO-C	
Anhang 2.2	Würzburger Screening	
Anhang 3	Interviewdokumente	
Anhang 3.1	Interviewleitfaden	
Anhang 4	Curriculum des Gruppenprogramms	
Anhang 4.1	Arbeitsmaterial der Intervention: Reha-Buch	
Anhang 5	Messinstrumente	
Anhang 5.1	selbst erstellter Fragebogen	

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Ablaufmodell der Inhaltsanalyse
- Abbildung 2: Kategorienmodell
- Abbildung 3: Verteilung der Interviewaussagen zu Krankheitsfolgen, Bewältigungsansätzen und Unterstützungsformen auf physischer, psychischer und sozialer Ebene
- Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung der Aussagen zu unterstützenden Personen bei acht ausgewählten Befragten (B2, B3, B4, B5, B6, B9, B10, B12) mit unklarer beruflicher Perspektive
- Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Aussagen zu den Formen der Unterstützung bei 8 ausgewählten Befragten (B2, B3, B4, B5, B6, B9, B10, B12) mit unklarer beruflicher Perspektive
- Abbildung 6: Beispielhafte Darstellung in der Studie erstellter sozialer Netzwerkkarten
- Abbildung 7: Biopsychosoziales Modell der ICF
- Abbildung 8: Übersicht über die Module des Gruppenprogramms
- Abbildung 9: Design der Interventionsstudie
- Abbildung 10: Rekrutierungs- und Follow up-Ablauf der Interventionsstudie
- Abbildung 11: Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung ein Jahr nach der Rehabilitation („Return-to-Work“: RTW)
- Abbildung 12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Änderung des körperlichen Summenscore im Untersuchungsverlauf (SF-12: KSK)
- Abbildung 13: Einflussfaktoren auf die Änderung der körperlichen Lebensqualität im zwischen Rehabilitationsende und drei Monaten bzw. einem Jahr nach der Rehabilitation
- Abbildung 14: Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Änderung des psychischen Summenscore im Untersuchungsverlauf (SF-12: PSK)
- Abbildung 15: Einflussfaktoren auf die Änderung der psychischen Lebensqualität zwischen Rehabilitationsende und einem Jahr nach der Rehabilitation

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Patientencharakteristika der qualitativen Erhebung (n=17)

Tabelle 2: Inhalte Sozialer Unterstützung

Tabelle 3: Vorauswahl der Kovariaten für die multivariate Analyse

Tabelle 4: Patientencharakteristika zu Rehabilitationsbeginn

Tabelle 5: Psychosoziale und Funktionsparameter bei Entlassung aus der Rehabilitation

Tabelle 6: Multivariate Analyse über die Beeinflussung der beruflichen Wiedereingliederung
(Return-to-Work Rate T4)

Tabelle 7: Berufliche Situation ein Jahr nach Rehabilitation

Tabelle 8: Gesundheitsverhalten ein Jahr nach Rehabilitation

Tabelle 9: Psychosoziale Patientencharakteristika zu den Zeitpunkten T1 und T2 am Beispiel
der Sozialen Unterstützung

Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BBPL	Besondere berufliche Problemlage
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BPS	Biopsychosoziales (Modell)
CRT	Kardiale Resynchronisationstherapie
DLL-Kard-Reha	Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ETM	Evidenzbasierte Therapiemodule
ICD	Implantierter Kardioverter-Defibrillator
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
KHK	Koronare Herzerkrankung
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
NYHA	New York Heart Association
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
RTC	randomized controlled trial
RTW	Return-to-Work
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organisation

1 Zusammenfassung

Rehabilitations- und Teilhabeleistungen stellen wichtige Bestandteile im bundesdeutschen Sozialversicherungssystem dar, die hinsichtlich ihrer Effektivität zu prüfen und zu verbessern sind. Zahlreiche Studien mit kognitiver und verhaltensorientierter Ausrichtung wurden hierzu durchgeführt. Sie befassen sich mit gesundheitsförderlichem Verhalten und behavioralen Risiko- und Schutzfaktoren auf physischer und psychischer Ebene. Soziale Faktoren, beispielsweise der Einfluss sozialer Unterstützung oder sozialer Integration auf Rehabilitation und Teilhabe, finden in der Forschung wenig Beachtung. Rehabilitationswissenschaftliche Untersuchungen liegen für den Bereich Sozialer Arbeit nur in geringer Zahl vor. Diesem Forschungsbedarf nachkommend, strebt die vorliegende Studie einen Erkenntnisgewinn über die Einflussnahme sozialarbeiterischen Handelns auf den sozialen Wiedereingliederungsprozess an. Der Forschungsgegenstand verortet sich sowohl in der Rehabilitations- als auch in der Sozialarbeitswissenschaft, für beide Fachdisziplinen waren Erkenntnisse zu erzielen.

Die Untersuchung analysierte den direkten Zusammenhang eines berufsorientierten Angebots sozialer Gruppenarbeit mit dem Ergebnis beruflicher Wiedereingliederung bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen in Abgrenzung zur Regelbehandlung des Sozialdienstes. Eingeschlossen waren Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Diagnosen, deren Krankheitsbilder häufig von komplexen Problemlagen begleitet sind, verbunden mit einer schlechten sozialmedizinischen Prognose. Für die eingeschlossenen Krankheiten liegen spezielle Richtlinien zur rehabilitativen Behandlung vor, die bei der Durchführung des Angebots eingehalten wurden. Trotz Betrachtung bestimmter Indikationen bietet das Ergebnis eine Übertragbarkeit auf andere Erkrankungen, da nicht die medizinischen, sondern die sozialen Problem-, Motivations- und Lebenslagen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden untersucht wurden. Die epidemiologische Bedeutung ist somit auf andere Diagnosen übertragbar.

Die Studie wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund als Forschungsprojekt vom 1.1.2013 bis 31.12. 2015 gefördert und an der Professur für Rehabilitationswissenschaften der Universität Potsdam realisiert. Sie gliedert sich in eine qualitative und eine quantitative Erhebung mit einer zwischenliegenden Intervention.

Forschungsstand

Für den Untersuchungsgegenstand liegen bislang wenige Erkenntnisse vor und lediglich Ergebnisse aus einer evidenzbasierten Studie zum Erfolg sozialarbeiterischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Es wurden positive und negative Effekte festgestellt, eine erhöhte Return-to-Work-Rate (RTW) bei gleichzeitig höherer Abbruchrate der stufenweisen Wie-

Zusammenfassung

dereingliederung. Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) verzeichnet insgesamt Erfolge bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung, die jedoch von zahlreichen person- (Schweregrad der Erkrankung, Alter, Geschlecht, Familienstatus, berufliche Situation, Einschätzung der eigenen Wiedereingliederungschancen) und kontextbezogenen (regionale Arbeitsmarktlage, Arbeitslosenquote) Faktoren abhängen. Die Wirksamkeit und Messbarkeit Sozialer Arbeit ist nicht umfassend geklärt. Die vorliegende Studie kann diese Forschungslücke nicht schließen, jedoch einige wissenschafts- und handlungsorientierte Erkenntnisse beitragen.

Fragestellung

Kann eine intensive sozialarbeiterische Gruppenintervention im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation soweit auf die Stärkung sozialer Kompetenzen und die Soziale Unterstützung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einwirken, dass sich dadurch langfristige Verbesserungen hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung im Vergleich zur konventionellen Behandlung ergeben?

Exploration

In einer ersten explorativen Phase wurden durch qualitative Interviews mit 17 Personen die Lebenssituationen innerhalb der Untersuchungsgruppe beleuchtet. Die Methode ermöglichte eine Abbildung konkreter Auswirkungen der Erkrankungen sowie daraus resultierenden Bewältigungsstrategien und Unterstützungsformen nach dem biopsychosozialen Modell, auf der physischen, psychischen und sozialen Ebene. Bemerkenswerterweise zeigte sich im Ergebnis eine hohe Diskrepanz zwischen den auftretenden sozialen Stressoren, insbesondere krankheitsbedingten beruflichen Schwierigkeiten, und deren direkten Bewältigungs- und Unterstützungsschritten. Obgleich die Auswirkungen der Erkrankungen überwiegend soziale Faktoren betrafen, konzentrierten sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf die Verbesserung ihrer physischen Parameter, insbesondere der körperlichen Leistungsfähigkeit. Dies traf sowohl für den Aufenthalt in der stationären medizinischen Rehabilitation als auch für einen längeren Zeitraum danach zu.

Intervention

Durch Verschränkung der explorativen Erkenntnisse mit wissenschaftlichen Ansätzen der Sozialen Arbeit wurde ein berufsorientiertes Gruppenprogramm entwickelt, dessen Inhalte und didaktische Methoden detailliert in einem Curriculum beschrieben sind. Das Programm fand an 6 Terminen à 60 Minuten statt und erfüllte die Kriterien einer Patientenschulung mit entsprechend interaktiven Schulungseinheiten. Es wurde in zwei stationären Rehabilitationseinrichtungen von Sozialarbeiterinnen mit jeweils 3 – 6 Teilnehmenden durchgeführt. Neben der

Zusammenfassung

Informationsvermittlung stand die Förderung der Eigenaktivität und Selbstbestimmung hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung im Vordergrund.

Evaluation

Die Evaluation des Programms erfolgte in einem randomisierten kontrollierten Studiendesign, um einen empirischen Nachweis darüber zu erbringen, inwieweit dieses Programm gegenüber der regulären sozialarbeiterischen Behandlung höhere Effekte erzielen kann. Die Haupthypothese wurde folgendermaßen formuliert: Die Teilnahme am sozialarbeiterischen Gruppenprogramm führt im Vergleich zur konventionellen Behandlung zu einer Erhöhung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Sozialen Unterstützung sowie zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitsverhaltens. Es kamen vier Fragebögen zum Einsatz: SF-12 Fragebogen zur Lebensqualität, F-SozU K-14 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung, WAI Fragebogen zum Work Ability Index sowie ein selbst erstellter Fragebogen zur beruflichen und gesundheitlichen Lebenssituation. Gemessen wurde zu Beginn und zum Ende der stationären Rehabilitation sowie 3 und 12 Monate nach der Maßnahme. Eingeschlossen waren 352 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen, aufgeteilt in Clustern. Die Interventionsgruppen nahmen am Gruppenprogramm teil, die Kontrollgruppen erhielten die reguläre sozialarbeiterische Beratung.

Im Ergebnis konnte mit dieser Stichprobe kein Nachweis zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Arbeitsfähigkeit, der Lebensqualität sowie der Sozialen Unterstützung durch die Teilnahme am sozialarbeiterischen Gruppenprogramm erbracht werden. Ebenfalls nicht nachzuweisen war eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, dagegen gaben signifikant mehr Teilnehmende der Interventionsgruppe an, zu rauchen. Die RTW-Rate betrug 43,7 %, ein Viertel der Untersuchungsgruppe befand sich nach einem Jahr in Arbeitslosigkeit. Die niedrigen Werte für Angst und Depression wurden durch die Intervention nicht beeinflusst, erhöhten sich jedoch in beiden Gruppen leicht.

Zu berücksichtigen ist bei diesen Ergebnissen ein hoher Anteil an Arbeitslosen und Personen mit körperlich schwerer Berufstätigkeit, die nicht an ihre Arbeitsplätze zurückkehren konnten. Vergleichsweise viele Patientinnen und Patienten hatten daher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Renten wegen Erwerbsminderung beantragt. Zudem ist ein Zusammenhang zum insgesamt niedrigen sozioökonomischen Status sowie zum hohen Männeranteil der Untersuchungsgruppe zu vermuten, insbesondere hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens.

Schlussfolgerungen

Sozialarbeiterische Programme sollten nach kardiovaskulärer Erkrankung über einen längeren Zeitraum, unter Einbeziehung weiterer Professionen und der Angehörigen sowie abgestimmt auf männliche Teilnehmende angeboten werden. Gruppenarbeit ist dabei dem konventionellen Setting als gleichwertig anzusehen.

Zusammenfassung

2 Aktueller Forschungsstand und Herleitung der Fragestellung

2.1 Epidemiologie kardiovaskulärer Erkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen gehören zur Gruppe der Krankheiten des Kreislaufsystems in der Gliederung der International Classification of Diseases und in den Industrieländern zu den häufigsten Todesursachen. In der Bundesrepublik Deutschland sind seit einigen Jahren die meisten Sterbefälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen. 2016 betraf dies in der BRD 37,2 % der Verstorbenen [1]. Die Todesfälle zeigen dabei eine leicht rückläufige Tendenz, gleichzeitig steigen jedoch die Krankenhausbehandlungen aufgrund von Herzerkrankungen, auffallend dabei die Zunahme von Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen und der Herzinsuffizienz [2]. Damit nehmen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine beachtenswerte Stellung hinsichtlich des Behandlungs- und Kostenaufwandes im Gesundheitssystem ein.

In der vorliegenden Untersuchung wurden Personen mit koronaren Herzerkrankungen (KHK), Herzinsuffizienzen mit implantierten Kardioverter / Defibrillatoren (ICD) oder kardialer Resynchronisationstherapie (CRT), Aortenerkrankungen nach chirurgischen Eingriffen und in der ersten Untersuchungsphase auch mit peripheren Verschlusskrankungen (PAVK) einbezogen. Die Gemeinsamkeit dieser Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt im Ausgang vom Gefäßsystem oder/und dem Herzen bei einer pathologischen Ursache der Arthereosklerose (Fetteinlagerungen in den inneren Wandschichten arterieller Blutgefäße).

Bei der KHK kommt es durch Ablagerungen zur Verengung der Innenwände der Herzkranzgefäße und dadurch zu einem Missverhältnis von Sauerstoffangebot und -bedarf des Herzmuskels. Das Krankheitsbild erscheint multifaktoriell und unterscheidet sich in Schweregrad und Dauer der akuten Phasen. Hauptsymptom ist die Angina pectoris, ein anfallsartig auftretender Schmerz im Brustbereich mit empfundener Brustenge. Die Symptomatik wird als stabil bezeichnet, wenn der Schmerz nur bei körperlicher oder emotionaler Belastung auftritt. Die sogenannte instabile Angina pectoris kann jedoch schon im Ruhezustand oder bei geringer Belastung auftreten und zum Myokardinfarkt führen. Weiterhin kann es zu Unterversorgung des Herzmuskels mit arteriellem Blut (stummer Myokardischämie), Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz), Herzrhythmusstörungen oder akutem Myokardinfarkt kommen, kritische Krankheitszustände mit möglicher Todesfolge [3].

Bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) handelt es sich um eine Erkrankung mit Einschränkungen der Durchblutung von Extremitätenversorgenden Arterien und der Aorta. Die Prävalenz der PAVK liegt mit 3 - 10 % der Allgemeinbevölkerung und 15 - 20 % der über 70-Jährigen nicht allzu hoch, nimmt weltweit und auch in der Bundesrepublik jedoch stetig zu [4]. Global ist eine Erhöhung der Prävalenz um ein Viertel zwischen den Jahren 2000 und 2010 zu verzeichnen [5]. Häufig tritt eine Koinzidenz mit einer KHK oder mit Herzinsuffizienz auf, was sowohl Diagnostik als auch die Prognose wesentlich beeinträchtigt. Im Vergleich mit der

KHK weisen zahlreiche Studien auf eine Unterversorgung hinsichtlich der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit PAVK hin [6]. Aufgrund der Durchblutungsstörungen werden z. B. die Beine nicht ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt, weshalb es zu Schmerzen und Gewebeschädigungen kommt. Ohne Behandlung schreitet die Krankheit kontinuierlich fort und wird je nach Schweregrad nach den vier Fontaine-Stadien klassifiziert. Sind die Betroffenen in Stadium I noch beschwerdefrei, treten in Stadium II bereits belastungsabhängige Schmerzen in den Beinen auf. Über dauerhafte Schmerzen, auch im Ruhezustand, klagen die Erkrankten im Stadium III. Im schwersten Stadium IV werden bestimmte Körperregionen ungenügend mit Sauerstoff versorgt, was zu starken Schädigungen des Gewebes und schließlich kompletter Gliedmaßen führen kann. In Deutschland muss sich dadurch eine jährlich steigende Zahl von Menschen, derzeit ca. 40.000, einer Amputation unterziehen [7]. Dadurch steigen auch die Kosten und Folgekosten deutlich an.

Ebenfalls eingeschlossen in die Studie wurden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die aufgrund eines hohen Risikos für lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen einen implantierten Kardioverter-Defibrillator (ICD) erhalten haben. Dieses Gerät überwacht ständig den Herzrhythmus und gibt bei lebensbedrohlichem Herzrasen oder Kammerflimmern elektronische Impulse zur Wiederherstellung des normalen Herzrhythmus ab. Bei einigen Patientinnen und Patienten mit zusätzlicher schwerer Herzinsuffizienz, also einer verminderten Pumpfunktion des Herzens, lag eine Kombination mit einem CRT-Gerät zur Unterstützung des Zusammenziehens des Herzmuskels und Verbesserung der Zusammenarbeit beider Herzkammern vor. Üblicherweise wird die Herzinsuffizienz nach der New York Heart Association (NYHA) in vier Stadien unterteilt. Auch in dieser Einteilung werden in Stadium I keine Beschwerden bemerkt, erst in Stadium II tritt eine Leistungsminderung mit leichten Beschwerden bei normaler Belastung auf. Ab Stadium III sind die Betroffenen deutlich eingeschränkt, leiden unter erheblicher Leistungsminderung und in Stadium IV zusätzlich unter Luftnot. Die Zahl der in Deutschland erkrankten Personen steigt kontinuierlich und liegt einer aktuellen Studie zufolge bei 4% der Bevölkerung, wobei deutlich mehr alte Menschen betroffen sind [8]. Da das Durchschnittsalter der Bevölkerung insgesamt steigt, wird auch eine Zunahme der Herzinsuffizienz erwartet. Für jüngere Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung stellt sich die Frage, welcher Belastung sie sich im Beruf weiterhin aussetzen können, in Abhängigkeit vom Schweregrad, der Art der beruflichen Belastung und dem Risiko für die eigene sowie andere Personen im Falle einer plötzlichen Herzrhythmusstörung.

Eine weitere Einschlussgruppe der Untersuchung bestand aus Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach aortenchirurgischem Eingriff aufgrund einer Aortendissektion, einer höhergradigen Verengung oder einem Verschluss der Aorta. Der erkrankte Aortenabschnitt wird in diesen Fällen operativ durch eine Gefäßprothese ersetzt. Aortendissektionen, also Aufspaltungen der Aortawandschichten, entstehen hauptsächlich durch Einrisse der inneren Gefäßwand und

sind lebensbedrohlich. Bei über 65-Jährigen stehen Aortenerkrankungen an 13. Stelle der Todesursachenstatistik für die Industrieländer [9]. Das akute Aortensyndrom wird nach der European Society of Cardiology in 5 Klassen unterteilt, deren Symptome nicht länger als 14 Tage bestehen. Das Krankheitsbild tritt meist plötzlich mit heftigen Schmerzen auf, selten ist der Verlauf beschwerdefrei. 10 - 50 % der Betroffenen sterben sofort oder innerhalb eines Monats [10], in Abhängigkeit einer sofortigen Operation. Die Lebensqualität der überlebenden Patientinnen und Patienten bleibt dauerhaft eingeschränkt. Ursache von Aortendissektionen sind primär Aortenaneurysmen, Gefäßerweiterungen der Aorta von mehr als 150 % des normalen Durchmessers. Aortenaneurysmen entstehen an erster Stelle durch Atherosklerose, die mit Bluthochdruck, Zigarettenrauchen und einem höheren Lebensalter korreliert [11].

Die beschriebenen Krankheiten weisen einige Ähnlichkeiten hinsichtlich des Beschwerdebildes auf und wurden für die Untersuchung ausgewählt, da die soziale Dimension hier weitreichend auf das Krankheitsgeschehen Einfluss nimmt.

2.1.1 Besonderheiten und Behandlung

Die studienrelevanten Besonderheiten kardiovaskulärer Erkrankungen bestehen in deren ursächlichem Zusammenhang mit dem eigenen Gesundheitsverhalten, das wiederum in Verbindung zum sozialen Status zu sehen ist. Obwohl die Krankheitsentstehung ein multifaktorielles Geschehen darstellt, spielen verschiedene Risikofaktoren eine wichtige Rolle. Risikofaktoren sind hierbei zu verstehen als krankmachende Reize, größtenteils als Folgen eines Fehlverhaltens im weitesten Sinne [12]. Vor dem Hintergrund der Risikofaktoren wird zwischen beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Risikofaktoren unterschieden [12]. Beeinflussbar sind Tabakkonsum, Diabetes, erhöhte Cholesterinwerte, Bluthochdruck, Bewegungsmangel, Übergewicht, hoher Alkoholkonsum und psychische Belastungen. Dagegen stellen nicht beeinflussbare Risikofaktoren das zunehmende Alter (mit einem noch erhöhten Risiko bei Männern) sowie eine familiäre Disposition dar [13]. Seit der von der WHO zwischen 1976 und 2002 durchgeführten Monica-Studie gelten die Hauptrisikofaktoren wie Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Adipositas, Störungen des Zuckerstoffwechsels und Nikotin als belegt [14]. Je mehr Risikofaktoren bei einer Person vorhanden sind, desto höher ist ihr Gesamtrisiko, kardiovaskulär zu erkranken. Mit der INTERHEART-Studie 2004 unter Beteiligung von 52 Ländern [15] wurde die Bedeutung der Risikofaktoren nochmals unterstrichen, wonach beispielsweise Herzinfarkte zu 90 % auf Risikofaktoren zurückzuführen waren (Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, gefolgt von psychosozialen Faktoren, Adipositas, Diabetes mellitus und Bluthochdruck). Aber auch die unzureichende Aufnahme von Obst und Gemüse, ein erhöhter Alkoholkonsum

sowie körperliche Inaktivität sind als entscheidende Risikofaktoren identifiziert worden. Im Einzelfall lassen sich die tatsächlichen Ursachen meist nicht feststellen, jedoch kommen enge Zusammenhänge mit den benannten Faktoren, also mit dem Rauchen, mit Stressfaktoren, Fehlernährung oder körperlicher Inaktivität, in Betracht [16].

Eine weitere Besonderheit kardiovaskulärer Erkrankungen ist zu nennen: die Auswirkungen auf alle Lebensbereiche, verbunden mit einer eingeschränkten Lebensqualität und bei älteren Menschen häufig Pflegebedürftigkeit. Von den berufstätigen Patientinnen und Patienten kann nur ein Teil die Arbeit direkt wiederaufnehmen, viele können die spezifischen Anforderungen des bisherigen Arbeitsplatzes nicht mehr erfüllen und benötigen weitere Unterstützung in Form von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Kapitel 5 SGB IX. In § 33 SGB IX werden die Leistungen angeführt, die zum Erhalt, zur Verbesserung oder zur (Wieder-) Herstellung der Erwerbsfähigkeit erforderlich sind. Darin werden explizit in Absatz 6 auch pädagogische Hilfen benannt, auf deren gesetzlicher Grundlage eine Einflussnahme auf soziale Faktoren ermöglicht wird¹.

Um die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten effizient zu gestalten, wurden in den letzten Jahrzehnten international und national eine Vielzahl von Leitlinien für spezifische Krankheitsbilder er- und kontinuierlich überarbeitet. Für die studienrelevanten Herz- und Gefäßerkrankungen liegen aktuell folgende Nationale Versorgungsleitlinien in der höchsten Klasse 3 vor: „Periphere Arterielle Verschlusskrankheit Diagnostik, Therapie und Nachsorge“, „Chronische KHK“ und „Chronische Herzinsuffizienz“.

Die Behandlung, und damit eingeschlossen die psychosoziale Betreuung, agiert im Rahmen und auf Grundlage dieser Vorgaben. Leitlinien bieten systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für Ärztinnen und Ärzte sowie andere im Gesundheitssystem tätige Personen und für Patientinnen und Patienten². Angesichts

¹ (6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
8. Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110).

² Das Ziel von Leitlinien liegt in der Verbesserung gesundheitsbezogener Versorgung und der Erhöhung von Transparenz zu medizinischen Entscheidungen. Sie werden in einem evidenzbasierten Konsensverfahren gemeinsam von Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen sowie Patientinnen und Patienten entwickelt und regelmäßig überprüft. In der BRD geben im Rahmen des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien verschiedene Organisationen ärztliche Leitlinien heraus, in der Hauptsache sind dies die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachzeitschriften, das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin und die Arzneimittel-

der bekannten psychosozialen Wechselbeziehungen bei Gesundheitsstörungen verwundert es, dass psychische und namentlich soziale Aspekte in den Leitlinien keine oder eine stark untergeordnete Rolle mit geringem Empfehlungsgrad spielen. Während die psychosozialen Handlungsvarianten in der S3-Leitlinie zur PAVK nicht erwähnt werden, finden sie in den Leitlinien Chronische KHK und Herzinsuffizienz ihren Eingang, wenn auch in geringem Umfang und ohne konkrete Vorgaben. Dies begründet sich zum einen sicherlich in der geringen Evidenzbasierung der Sozialarbeitswissenschaft und bezeugt die Dringlichkeit zur Forcierung ihrer Forschungstätigkeiten in diesem Sektor.

Andererseits sind die Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und dem Auftreten einer Herzerkrankung aus zahlreichen wissenschaftlichen Studien bekannt. So lässt sich eine Assoziation mit einigen Risikofaktoren wie dem Alter, dem männlichen Geschlecht, einer Familienanamnese mit frühzeitiger Manifestation koronarer Herzkrankheit, einem niedrigen sozioökonomischen Status, Nikotinkonsum und fettreicher Kost erkennen. Einen günstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen positive Veränderungen bei körperlicher Inaktivität, Übergewicht, Stress und belastenden psychosozialen Faktoren. Weiterhin wurde festgestellt, dass erkrankte Personen bereits soziale Risikofaktoren mitbringen, u. a. wiederum einen niedrigen sozioökonomischen Status (am schlimmsten dabei: Wohnungsverlust), hohe Stressbelastung und Arbeitslosigkeit [17 - 20]. Die Entstehung und der Umgang mit den Krankheitsfolgen sind ergo in einem hohen Maß von den sozialen Bedingungen der Betroffenen, von ihrer individuellen Lebensgestaltung, ihren Kompetenzen zur Krankheitsverarbeitung bzw. –bewältigung und ihrer Motivation abhängig. Und umgekehrt üben kardiologische Erkrankungen einen starken Einfluss auf die Lebenssituation Betroffener aus, wobei die sozialen Folgen hierzu kaum empirisch untersucht sind. Der Gesundheitszustand und die Lebensdauer einer Person steigen also mit ihrem sozialen Status [21 - 27].

Die geänderten Lebensbedingungen und die stetig steigende Lebenserwartung haben u. a. zur schon erwähnten Zunahme der chronischen Krankheit KHK geführt. Folgerichtig wäre eine umfassende Behandlung in allen Lebensbereichen angezeigt, was hinsichtlich der sozialen Dimension in den Leitlinien jedoch kaum Beachtung findet.

Die Rehabilitationsmedizin indes stellt dem komplexen Krankheitsgeschehen einen multifaktoriellen, multidisziplinären und qualitätsgesicherten Therapieansatz entgegen. Mit der Rehabilitation werden nicht nur gesundheitliche Ziele verfolgt, sondern die Wiedereingliederung Erkrankter in die Gesellschaft. In der Bundesrepublik Deutschland wird dieser Versorgungsbe-
reich seit Jahrzehnten intensiv und auf gesetzlicher Grundlage von der Deutschen Rentenver-

kommission der Deutschen Ärzteschaft. Leitlinien stellen keine rechtlich bindenden Richtlinien dar, sie führen Empfehlungen zu Behandlungsabläufen, zur Koordination der Versorgung und zu besonderen Versorgungsproblemen auf. Die Entscheidung für das individuelle Vorgehen obliegt stets der Ärztin bzw. dem Arzt.

sicherung (DRV) als eigenständiger Bereich gefördert. Damit verfolgt die BRD einen gesonderten Weg, denn nicht alle europäischen Länder verfügen über eine Gesetzesgrundlage zur Rehabilitation³.

Dem Gesetzeslaut in § 10 Sozialgesetzbuch (SGB) I ist die enge Verknüpfung der Rehabilitation mit dem Begriff der Behinderung zu entnehmen, einem Terminus mit vielen Definitionen und stetiger Weiterentwicklung. Er stellt das zentrale Konzept innerhalb der Rehabilitation dar, im Gegensatz zur kurativen Medizin mit ihrer Heilungsausrichtung. Allerdings führen die unterschiedlichen Perspektiven und Zweckbestimmungen zwischen den einzelnen Staaten, ebenso wie zwischen den Fachdisziplinen, zu großen Variationen des Behinderungsbegriffes. Die Vereinten Nationen geben eine international grundlegende Erklärung in ihrer, seit 2008 geltenden, Behindertenrechtskonvention vor. Darin heißt es in Artikel 1 Satz 2: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“. Behinderung wird demnach nicht als festgesetztes Schema oder Stigma verstanden, sondern als ein von der Gesellschaft abhängiges Phänomen⁴.

§ 26 SGB IX benennt die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf welche die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dieser Studie einen gesetzlichen Anspruch haben. In Absatz 3 heißt es: „Bestandteil der Leistungen [...] sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, [...] insbesondere 1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungs-

³ Den untersten gesetzlichen Sockel bildet in der BRD §10 des SGB I, Allgemeiner Teil, in dem es heißt: „Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen abzumildern, 2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.“. Die genauen Bestimmungen sind in einem eigenen Sozialgesetzbuch geregelt, dem SGB IX zur „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, das am 1. Juli 2001 in Kraft trat.

⁴ Für Deutschland gelten die Verordnungen zum Schwerbehindertenrecht, ebenfalls in SGB IX festgelegt. Darin wird die gesetzliche Anerkennung einer Behinderung präzisiert und zusätzlich ein Zeitmaß vorgegeben: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (§2, Abs.1 SGB IX). Die erforderlichen Leistungen erhalten Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen entsprechend den Regelungen des SGB IX und weiteren für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (SGB V zur Gesetzlichen Krankenversicherung, SGB VII zur Gesetzlichen Unfallversicherung, SGB XII zur Sozialhilfe).

möglichkeiten, 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen, 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten, 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.“. Die DRV leitet daraus ihre Aufgaben ab wie sie im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation abgebildet sind. Im Grundsatz geht es um die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, mit ihrer Erkrankung selbstbestimmt und angemessen umzugehen, damit sie ihre Funktionen in der Gesellschaft, vor allem im Beruf, trotz Einschränkungen weiterhin erfüllen können. Dieses Ziel markiert zugleich den zentralen Auftrag an die Soziale Arbeit, betroffene Menschen durch Beratung in die Lage zu versetzen, ihr Selbstbestimmungsrecht auszuüben [28].

Seit der Verabschiedung des neuen Bundesteilhabegesetzes 2016 ergeben sich nochmals Änderungen und Verbesserungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Die Neuregelungen sind durch Gesetzesänderungen, u. a. in SGB IX, festgesetzt und werden stufenweise in den nächsten Jahren eingeführt. Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation ändern sich einige Abläufe und Zuständigkeiten, bei denen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in höherem Maß einbezogen werden. So wird es beispielsweise die Möglichkeit zur Teilhabeberatung bereits vor Beantragung von Rehabilitationsleistungen, und nicht nur durch Leistungsträger, geben sowie zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz unter Beteiligung der Leistungsberechtigten. Bezüglich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Alternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen als den bisher zentralen Durchführungsort eingerichtet. Die Werkstätten waren für etliche Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bisher oft nicht die geeignete Form. Stattdessen wird nach einer medizinischen Rehabilitation vielfach der Wunsch zur direkten Wiedereingliederung am alten Arbeitsplatz geäußert, das Budget für Arbeit soll dies künftig mit einem Lohnkostenzuschuss an die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und die notwendige Assistenz am Arbeitsplatz unterstützen (§ 61 SGB IX). Der individuelle Bedarf wird zunehmend mit einem an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientierten Instrument unter Einbeziehung aller ICF-Lebensbereiche erfolgen (§ 142 SGB XII, ab 2020: § 118 SGB IX). Insgesamt ist mit den Veränderungen durch die neue Rechtslage eine erhebliche Umgestaltung verbunden, deren Auswirkungen im Einzelnen nicht abzusehen sind – nicht zuletzt, weil viele Regelungen ineinandergreifen und ihre Umsetzung in die Praxis noch offen ist.

Seit Einführung des SGB IX bestimmen jedoch Formeln wie Empowerment, Patientenorientierung, Compliance, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung die Rehabilitationsprogramme der Deutschen Rentenversicherung. Andererseits erfordern wirtschaftliche Restriktionen eine hohe Effizienz der Rehabilitationsleistungen mit weitreichender Nachhaltigkeit. Für den Patienten oder die Patientin heißt es zu lernen, die verfügbaren Rehabilitationsangebote zu nutzen, selbstverantwortlich gesundheitsorientiert zu handeln und ggf. den Lebensstil zu ändern,

gewissermaßen ein Selbstmanagement mit professioneller Unterstützung. Die Patientin bzw. der Patient ist als gleichwertiges Mitglied des Teams anzuerkennen, als Partnerin oder Partner mit einem Mitgestaltungsrecht. Gemeinsam sind Zielvereinbarungen zu treffen, die am Ende des zeitlich limitierten Prozesses zu überprüfen sind [29, 30].

Für Patientinnen und Patienten mit einer KHK beispielsweise gewährleistet die kardiologische Rehabilitation eine umfassende Betreuung sowie die Verknüpfung zwischen der akuten Phase einer Herzerkrankung (Phase I nach Weltgesundheitsorganisation WHO) oder einer Herzoperation und dem beruflichen oder privaten Leben. Die kardiologische Rehabilitation soll den Therapieerfolg festigen und Voraussetzungen für die Verstetigung von Erfolgen schaffen. Um eine möglichst rasche Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und eine Wiedereingliederung in das Alltagsleben, sowohl beruflich als auch privat, zu ermöglichen, muss diese umfassende Betreuung so früh und intensiv wie möglich einsetzen. Die in zahlreichen Studien untersuchten und als effektiv einzuschätzenden rehabilitativen Maßnahmen beinhalten dazu eine Reihe zentraler Elemente, die sich drei Aufgabenbereichen der kardiologischen Rehabilitation zuordnen lassen: dem medizinischen Aufgabenbereich, dem psychosozialen Aufgabenbereich und dem Bereich der Bewegungstherapie [31 - 33].

Die „Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen“ (DLL-Kard-Reha) gilt für einige in die Studie eingeschlossene Indikationen und gibt Empfehlungen zur Durchführung der Rehabilitation unter Berücksichtigung der aktuellen Gegebenheiten in der BRD. Sie ist als Orientierungs- und Entscheidungshilfe zu nutzen und basiert auf wissenschaftlicher Evidenz. In einem vergleichsweise kurzen Abschnitt wird der „Soziale Bereich“ beschrieben, der sich auf die Begriffe Teilhabe und Aktivitäten des Sozialgesetzbuches IX und deren krankheitsbedingter Störungen bezieht [34]. Die sozialrechtlichen Auswirkungen als Folge somatischer Beeinträchtigungen werden angemerkt, ohne dass jedoch wissenschaftliche Untersuchungen hierzu vorliegen. Da das wichtigste Ziel der Rehabilitation, die berufliche Wiedereingliederung, nur 50 – 70 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erreichen, wird eine sozialmedizinische Beratung und Beurteilung während der Rehabilitation zur Förderung der Wiedereingliederung sowie Beratung zu Alltagsfragen unter Einbeziehung des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin und anderer relevanter Personen und Institutionen empfohlen. Es werden wichtige psychosoziale Faktoren erwähnt, die auch das Gesundheitsverhalten beeinflussen: der sozioökonomische Status, der Grad der Sozialen Unterstützung⁵, das Geschlecht und das subjektive Krankheitsverständnis. Allerdings fehlt es an Empfehlungen, an

⁵ Soziale Unterstützung ist hier als Verstehens- und Handlungskonzept der Sozialen Arbeit zu betrachten und wird daher als eigenständiger Begriff und mehrteiliger Eigenname verwendet und daher mit großem Anfangsbuchstaben geschrieben

konkreten Handlungs- und Entscheidungshilfen und Instrumenten, die sich auf diese Punkte beziehen.

Für die wesentlichen Indikationen der medizinischen Rehabilitation wurden von der DRV darüber hinaus neun wissenschaftlich fundierte Reha-Therapiestandards entwickelt, untersuchungsrelevant darunter die Reha-Therapiestandards für Koronare Herzkrankheit. In Ergänzung zu den medizinischen Leitlinien spezifizieren die Reha-Therapiestandards in evidenzbasierten Therapiemodulen die Angebote und Leistungen zu ihren therapeutischen Inhalten, der formalen Ausgestaltung, den in Frage kommenden Codes der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und den Mindestanteil zu behandelnder Rehabilitandinnen und Rehabilitanden [35]. Aus dem gesetzlichen Auftrag der DRV zur Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe ergibt sich der Einschluss funktioneller und arbeitsweltbezogener Therapien, von Leistungen zur beruflichen und sozialen Integration und zur Vorbereitung nachgehender Leistungen. Das Therapiekonzept beschreibt gleichermaßen die psychosozialen Aspekte, die sich insbesondere in den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) 11 „Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration“, ETM 12 „Vorbereitung nachgehender Leistungen“, ETM 04 „Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien“, und ETM 05 „Krankheitsspezifische Patientenschulung“ abbilden [36]. ETM 11 enthält folgende therapeutische Inhalte: Information und Beratung zu sozialen, beruflichen und sozialrechtlichen Themen, Möglichkeiten der Unterstützung bei sozialen oder beruflichen Problemlagen, Abgleich von beruflichen und arbeitsbezogenen Anforderungen und aktuellem Fähigkeitsprofil sowie Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben. Zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs benennt ETM 12 als therapeutische Inhalte: Informationsvermittlung und Beratung über mögliche individuelle oder organisierte Aktivitäten, die Lebensstiländerungen und Krankheitsbewältigung unterstützen sowie Förderung von Selbsthilfemöglichkeiten und Selbstbefähigung. Damit wird die soziale Dimension der KHK deutlich in das Behandlungskonzept einbezogen und die Soziale Arbeit direkt als durchführende Berufsgruppe bezeichnet. Die Reha-Therapiestandards geben die Auswahl möglicher Leistungen vor, die für den individuellen Bedarf der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Verfügung stehen. Innerhalb dieses Rahmens kann die Soziale Arbeit, und eben auch die vorliegende Studie, agieren.

Bei bestimmten Erkrankungen, dies betrifft u. a. die studienbezogenen Erkrankungen, kann sich eine Rehabilitation unmittelbar (d. h. innerhalb von zwei Wochen) nach einer stationären Krankenhausbehandlung anschließen. Diese sogenannte Anschlussheilbehandlung (AHB) wurde im Rahmen der Untersuchung als stationäre Leistung durchgeführt, zu der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden entweder direkt aus dem Krankenhaus verlegt wurden oder nach kurzem Aufenthalt zu Hause anreisen. Die angeführten Therapien werden jedoch in der AHB ebenso angewendet wie in der medizinischen Rehabilitation zu einem späteren Zeitpunkt.

Wenn für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Rückkehr an den Arbeitsplatz fraglich oder zumindest ein direktes Weiterarbeiten in der bisherigen Arbeitsform nicht möglich scheint, wird zunehmend eine stationäre Rehabilitation mit dem Schwerpunkt berufsorientierter Angebote empfohlen. Diese spezifische Form der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation wurde von der DRV vor einigen Jahren eingeführt und bildet die Grundlage für das untersuchte Gruppenprogramm dieser Studie.

2.2 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Schwere und chronische Erkrankungen führen zu körperbezogenen Veränderungen, psychischen Beeinträchtigungen und häufig auch zu sozialen Problemen. Der Ansatz zur Selbstgestaltung stellt an erwerbsfähige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Herausforderungen in besonderem Maße, wenn es um die aktive Bewältigung der Schwierigkeiten sowie Entscheidungen in existenziellen Lebensbereichen geht. Betroffene geraten vielfach in schwerwiegende persönliche Problem- und Lebenslagen mit Auswirkungen auf die berufliche, familiäre und finanzielle Situation und damit auf die Möglichkeiten zur Teilhabe an der Gesellschaft. Messungen ergaben, dass sich die Schwierigkeiten bei einem Anteil von ca. 30 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation in besonderem Maß auch auf den beruflichen Bereich auswirken [37].

Um die Auswirkungen von Krankheiten speziell auf das Erwerbsleben positiv zu beeinflussen, hat sich ein schneller Beginn von Strategien der aktiven beruflichen Integration bewährt, d.h. schon während der medizinischen Rehabilitation. Die Strategie hatte sich bei Patientinnen und Patienten mit ausgeprägten beruflichen Problemen als effektiver und effizienter erwiesen als die herkömmliche medizinische Rehabilitation [38 - 42]. Als günstig für den Rehabilitationserfolg erwiesen sich außerdem eine bedarfsorientierte Zuweisung, ein multimodaler Behandlungsansatz, hohe Behandlungsintensität und manualisierte Behandlungsabläufe [43].

Aus diesem Grund wurde ein Konzept entwickelt, das für Patientinnen und Patienten aller Indikationen in besonderen beruflichen Problemlagen spezifische Angebote von den Rehabilitationseinrichtungen fordert: die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, abgekürzt MBOR.

Die Einrichtungen haben demnach berufsbezogene Maßnahmen vorzuhalten, z. B. krankengymnastische Leistungen oder Sport- und Bewegungstherapien zur Verbesserung von Körperfunktionen, aber auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen bei ängstlichen und depressiven Tendenzen, kognitiven Dissonanzen oder kontraproduktivem Schmerzverhalten. Ebenso sollen eine höhere psychosoziale Unterstützung sowie die Stärkung der personalen Ressourcen erfolgen. Die gesamte Behandlung und Organisation der MBOR ist arbeitsbezogen und auf die Rückkehr der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in ihre Arbeitsbezüge

ausgerichtet. Sie wird als interdisziplinäres und multimodales Programm durchgeführt, in enger Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation mit dem Ziel der größtmöglichen beruflichen Teilhabe. Die MBOR richtet sich an Personen mit langer Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, negativer subjektiver Erwerbsprognose oder einer aus sozialmedizinischer Sicht erforderlichen Veränderung des Arbeitsplatzes [37]. Bei diesen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden liegt ein erhöhtes Risiko nicht gelingender beruflicher Wiedereingliederung und dauerhafter Erwerbsminderung vor, insbesondere nach psychosomatischer Rehabilitation [44].

Die Umsetzung der Forderung nach berufsbezogenen Behandlungsangeboten beschreibt die DRV in ihrem Anforderungsprofil für MBOR-Schwerpunkteinrichtungen. Darin werden drei Leistungsarten der MBOR mit unterschiedlicher Intensität beschrieben:

- (A) Basisangebote: mit berufsbezogener Diagnostik und Therapie in Form von allgemeiner Arbeitsplatzberatung und „niederschwellige(n) Gruppenangebote(n) zu sozialmedizinischen, sozialrechtlichen anderen Themen mit Berufsbezug“,
- (B) Kernmaßnahmen: für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL), die durch Screening-Verfahren, wie berufsbezogene Gruppeninterventionen, interne Belastungserprobungen und Arbeitsplatztrainings, erfasst werden,
- (C) Spezifische Maßnahmen: mit dem Fokus auf der Erarbeitung „einer neuen beruflichen Perspektive sowie der Unterstützung der Einleitung ggf. folgender Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“, also eines weiterführenden Rehabilitationsbedarfs [37].

Für alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind die Basisangebote vorgesehen, die Kernangebote für die Versicherten mit einer BBPL in darauf ausgerichteten stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen und die spezifischen Maßnahmen lediglich für eine kleine Zielgruppe mit ganz bestimmten Erfordernissen. Mit den MBOR-Kernmaßnahmen werden adäquate diagnostische und therapeutische Leistungen erbracht, sie bilden quasi den „Kern“ der MBOR. Im Vergleich zur regulären Rehabilitation erfolgt damit eine Erweiterung der Berufs- und Sozialberatung in Form von Einzelberatung (mindestens 30 min pro Rehabilitandin und Rehabilitand), berufsbezogene psychosoziale Gruppen (mindestens 180 min für ein Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) und Arbeitsplatztraining (mindestens 360 min für die Hälfte der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden).

Zur Identifizierung einer BBPL kommen in der Praxis hauptsächlich drei valide Bögen zur Anwendung: SIBAR (Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation) von Bürger und Deck [45], Würzburger Screening von Löffler und weiteren Autorinnen und Autoren [46],

und SIMBO (Screening-Instrument zur Erkennung des Bedarfs an Medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation) von Streibelt [47, 48]⁶.

Einen Baustein der MBOR-Kernmaßnahmen bildet die berufsbezogene Diagnostik zur Feststellung, inwieweit die (verbliebenen) Fähigkeiten einer Rehabilitandin bzw. eines Rehabilitanden den Anforderungen ihres bzw. seines Arbeitsplatzes entsprechen. Weitere Bestandteile der MBOR-Kernmaßnahmen stellen berufsbezogene Gruppen und Arbeitsplatztrainings dar. Zumeist bieten die Rehabilitationseinrichtungen MBOR-Konzepte mit multimodalen Behandlungsstrukturen an, in denen sich Gruppenangebote mit berufsbezogener Beratung, Arbeitstherapie oder Arbeitsplatztraining ergänzen. Die Zuweisung zu bestimmten Behandlungsangeboten soll nach ausführlicher Diagnostik und entsprechender Bedarfsermittlung erfolgen. Seit einigen Jahren bietet eine zunehmende Anzahl an Rehabilitationseinrichtungen Maßnahmen für diese Personengruppe an, teilweise mit ausführlichen Konzepten und manualisierten MBOR-Programmen.

2.2.1 Stand der Forschung

In der Überprüfung zur Umsetzung des MBOR-Anforderungsprofils konnte die Erfüllung der Forderungen sowohl für die Sozialberatung als auch für die berufsbezogenen Gruppen nachgewiesen werden [49]. Die Mindestanforderungen für das Arbeitsplatztraining wurden dagegen nicht in allen beteiligten Kliniken erfüllt. Diese Testung bezog sich auf sieben an der Erprobungsphase des MBOR-Anforderungsprofils teilnehmende stationäre orthopädische Rehabilitationseinrichtungen. In der regulären Versorgung hingegen war die Umsetzung im annähernd gleichen Erhebungszeitraum weit von den Mindestanforderungen entfernt [50]. Zwei Studien kamen zu dem Ergebnis, dass sich der Umfang an berufsbezogenen Leistungen Sozialer Arbeit bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL bzw. in einer MBOR-Fachabteilung erhöht [51]. Eine norddeutsche Untersuchung verweist auf sichtbare Verbesserungen bereits im Jahr 2014 mit einer Umsetzung von ca. 400 min. berufsbezogener Gruppen sowie ca. 300 min. Arbeitsplatztraining [52].

⁶ Der gut verständliche SIBAR-Bogen liegt in einer Kurz- und Langfassung vor mit drei Skalen zu sozialmedizinischen Risikofaktoren, beruflichem Belastungserleben und subjektivem berufsbezogenem Behandlungsbedarf. Der einseitige SIMBO-Bogen beinhaltet sieben Kriterien der Beeinträchtigung zu Erwerbsstatus, Arbeitsunfähigkeit, Fehlzeiten im Jahr vor der Rehabilitationsmaßnahme, gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen im Beruf, subjektiver beruflicher Prognose berufsbezogener Therapiemotivation und zum Alter. Das Würzburger Screening besteht ebenfalls aus einem einseitigen Fragebogen mit drei Skalen zu beruflichen Belastungen, subjektiver Erwerbsprognose und Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten. Für alle drei Screenings gilt, dass die Fragen von den Patientinnen und Patienten in Selbsteinschätzung zu beantworten sind, während die Auswertung unter Anwendung einfacher Algorithmen durch das Personal erfolgt. Zu jedem Screening-Verfahren liegt ein Manual vor.

Die hier beschriebene Interventionsstudie ist einer MBOR-Kernmaßnahme gleichzusetzen und wurde in einer stationären Rehabilitationsklinik für innere Erkrankungen durchgeführt. Es wurde eigens ein Curriculum zur Durchführung dieser Maßnahme, einer berufsbezogenen Kleingruppe, erstellt (vgl. Kapitel 4). Im Hinblick auf die Testung dieses Gruppenprogrammes interessieren die Ergebnisse bisheriger Wirksamkeitsstudien und werden zusammengefasst erörtert. In einer international angelegten Übersichtsarbeit beschreiben Kamper et al. [53] einen stärkeren Effekt multidisziplinärer biopsychosozialer Rehabilitationsprogramme mit berufsbezogenen Inhalten im Vergleich zu physiotherapeutischen Interventionen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz, wohingegen kein Effekt im Vergleich zur regulären Behandlung ohne spezifisches Programmangebot nachzuweisen war. In einem internationalen Review von Schaafsma et al. [54] war dagegen ein leichter Effekt durch etwas geringere Fehlzeiten am Arbeitsplatz von Teilnehmerinnen und Teilnehmer intensiver Programme sichtbar. Für depressive Patientinnen und Patienten konnten Nieuwenhuijsen et al. [55] einen positiven Effekt auf die Arbeitsunfähigkeitsdauer nachweisen, allerdings nur in 3 von 23 geprüften Studien. Bei krebserkrankten Personen stellten De Boer et al. [56] eine fast 2-fach höhere Chance auf erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung bei Teilnahme an einer multidisziplinären Intervention mit berufsorientierten Komponenten fest. In einer noch nicht abgeschlossenen deutschen Studie wird die erfolgreiche Implementierung der MBOR innerhalb der onkologischen Rehabilitation aufgezeigt, die Ergebnisse zu Auswirkungen auf die berufliche Wiedereingliederung werden noch erwartet [57].

Den höchsten Effekt erzielt die MBOR aktuell für Menschen mit muskuloskeletalen Erkrankungen [44]. Geringere Fehlzeiten, häufigere und dauerhaftere berufliche Wiedereingliederung, eine stabilere Beschäftigung kennzeichnen die Arbeitssituationen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern einer MBOR [39, 58]. Für weitere Krankheitsbilder liegen keine Meta-Analysen vor, Einzelstudien verweisen jedoch auf eine erfolgreichere Wiederaufnahme der Berufstätigkeit bei kardiologischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden [40] sowie bei psychischen Erkrankungen [59, 60], hier allerdings noch nicht im Setting der MBOR untersucht, sondern als berufsfördernde Maßnahme im Anschluss einer medizinischen Rehabilitation [59] sowie als berufsbezogene Belastungserprobung im Rahmen verhaltenstherapeutischer Behandlung [60]. Für die neurologische Rehabilitation konnte in zwei Studien kein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden [61]. Inwieweit die MBOR insgesamt zu besseren Rehabilitations- und Eingliederungsergebnissen führt, ist für die Bundesrepublik Deutschland in den folgenden Jahren zu prüfen.

In vielen Untersuchungen zur MBOR liegt der Fokus vordergründig auf einer möglichen Kostenersparnis, die in erster Linie durch schnellere Rückkehr der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die aktive Erwerbstätigkeit erreicht werden soll. Aus der Rehabilitationsforschung ist dabei bekannt, dass der Erfolg beruflicher Reintegration von zahlreichen Faktoren, von

subjektiven Voraussetzungen ebenso wie von Rahmenbedingungen, abhängt. Einflussfaktoren wie Arbeitslosigkeit, gesundheitliche Einschränkungen, Alter, Geschlecht, Familienstatus, berufliche Qualifikation und berufliche Situation wurden bereits in frühen Untersuchungen festgestellt [62, 63] und in später folgenden Studien bestätigt [64 - 67]. Als bedeutsame Persönlichkeitseigenschaften im Rehabilitationsgeschehen wurden z. B. Stressverarbeitungsstrategien sowie die Einschätzung der eigenen Wiedereingliederungschancen identifiziert [68].

Mit dem Konzept der MBOR rückt die Deutsche Rentenversicherung ein soziales Thema, das der beruflichen Wiedereingliederung nach einer Erkrankung, in den Vordergrund und verlangt sozialarbeiterisches Handeln, wie es im Anforderungsprofil aufgeführt wird. Denn die Barrieren beruflicher Teilhabe bei Patientinnen und Patienten in besonderen beruflichen Problemlagen sind, wie angedeutet, im personalen Kontext zu sehen und auch an dieser Stelle zu behandeln, als Aufgabenfeld Sozialer Arbeit.

Hier ist jedoch der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Soziale Arbeit als Fachwissenschaft in Deutschland erst seit 2001 anerkannt ist. Die Forschung in diesem Gebiet ist nicht allzu weit fortgeschritten. Es lässt sich hier eine Reihe von Forschungsergebnissen auflisten, um einen kompakten Überblick zu den relevanten Punkten zu geben, an denen die Studie anknüpft. Sie bewegt sich in den Spannungsfeldern zwischen Sozial- und Gesundheitswesen sowie zwischen einem organisationsbezogenen Managerialismus und einer fachlichen Qualitätssicherung Sozialer Arbeit. Die Forderungen des Managerialismus sind im Kontext der zunehmenden Ökonomisierung Sozialer Arbeit jedoch eher kritisch zu betrachten, denn im Mittelpunkt sozialer Dienstleistungen und ihrer Beforschung sollte nicht eine marktwirtschaftliche Leistungsorientierung stehen, sondern eine praxisorientierte Qualitätssicherung, die Wirksamkeitsforschung als empirisch fundiertes Reflexions- und Beschreibungsinstrument zur Optimierung ihrer professionellen Praxis nutzt [69].

Die Wirksamkeit einer Intervention zeigt sich in der empirisch nachgewiesenen Kausalität von Ursache und Wirkung, also des Eintritts eines zuvor definierten Effekts. Die Indikatoren Sozialer Arbeit sind jedoch nicht feststehend, sondern fall- und kontextbezogen und lassen sich schwierig unter Ausschluss aller anderen möglichen Wirkmechanismen messen. Aufgrund fehlender randomisiert-kontrollierter Vergleichsstudien lassen sich derzeit keine fundierten Aussagen zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation treffen, was der Komplexität des Gegenstands wie auch der Schwierigkeit zur Bewertung sozialarbeiterischer Interventionen geschuldet ist. Eine evidenzbasierte Praxis Sozialer Arbeit muss berücksichtigen, „dass der professionelle Handlungskontext und der sich daraus ergebende Interventionsrahmen strukturorientiert und fallbezogen zu realisieren ist.“ [70]. Gerull und Merckens führten eine Untersuchung exemplarisch für den Bereich der sozialpädagogischen Betreuung von Wohnungslosen durch und identifizierten spezifische Erfolgsfaktoren

[71], die jedoch auf andere soziale Bereiche nur teilweise übertragbar sind. Die Forschungsfrage der Sozialen Arbeit könnte daher zunächst lauten: Wie und unter welchen Bedingungen kann sich Wirksamkeit entfalten? Und wie lässt sich dies methodisch messen? Diese Fragen zu beantworten liegt jedoch nicht in den Möglichkeiten der vorliegenden Studie, denn hierzu wäre die Untersuchung zentraler Dimensionen angezeigt, mit denen Angebote und Maßnahmen in der experimentellen oder quasi-experimentellen empirischen Forschung durch Messung abhängiger Variablen untersucht werden könnten. Diese zentralen Dimensionen sind bislang jedoch kaum erfasst, daher kann sich die hier beschriebene Untersuchung nicht auf geeignete Indikatoren, Konstrukte und gesicherte Wirkungshypothesen beziehen. Aus ethischen Gründen ist es zudem nur begrenzt möglich, Vergleichs- und Kontrollgruppen zu bilden. Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation liegen für Deutschland aktuell 16 Untersuchungen vor, die sich mit dem Erfolg sozialarbeiterischer Leistungen befassen, allerdings weisen nur zwei Studien ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign (RTC) auf [51]. Die Evaluationsstudie von Bommersbach et al. [72] konnte für ein Nachsorgeangebot eine höhere Return-to-Work-Rate in der Interventionsgruppe nachweisen, gleichzeitig war eine höhere Abbruchrate der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventionsgruppe zu verzeichnen. Die Ergebnisse der zweiten RTC-Studie wurden noch nicht veröffentlicht.

Die vorliegenden Studien zum Erfolg Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation verweisen sowohl auf positive als auch auf negative Effekte. Eine Studie analysierte den Einfluss von Merkmalen der Strukturqualität auf die Rehabilitandenzufriedenheit sowie auf ein Qualitäts-Benchmarking und stellte einen positiven Zusammenhang in Bezug zur Anzahl von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern bei einem vorhandenen Benchmarking fest [73]. Andere Studien berichten über negative Zusammenhänge zwischen sozialarbeiterischer Leistung und Reh-Erfolg [74, 75]. In einer Studie der psychosomatischen Rehabilitation fiel die Verbesserung auf der Depressionsskala bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden weniger hoch aus, wenn sie an einer Sozialtherapie teilgenommen hatten [76]. Inwieweit diese Ergebnisse auf fehlenden Leistungen Sozialer Arbeit oder deren Dokumentation beruhen, bleibt unklar.

Es existieren jedoch vereinzelte Studien der Sozialen Arbeit aus anderen Gesundheitsbereichen, für den deutschsprachigen Raum sind hier sechs Studien zu nennen. So wurde in einer Evaluation zum Case Management eines städtischen Gesundheitsdienstes Überleben und gesundheitliche Stabilisierung schwer kranker und belasteter Personen erfasst. Eine Verbesserung der Lebensqualität konnte insbesondere durch Vernetzung und Befähigung für Personen aufgezeigt werden, die sich nicht in akuten Krisen befanden. In vielen Fällen wurde das psychische Wohlbefinden verbessert, darüber konnten Kosten des Versorgungssystems eingespart werden [77]. Zur Messbarkeit von Wirkung in der Suchthilfe entwickelten Bayer-Oglesby und Schmid [78] ein Messinstrument für den Kontext stationärer und ambulanter Suchttherapie und stellten damit Veränderungen der Lebensqualität durch die Einflussnahme Sozialer Arbeit

fest, am deutlichsten in den Dimensionen Zielerreichung, Kompetenz, Zufriedenheit und Einflussmöglichkeiten. Haunberger und Kolleginnen und Kollegen verweisen in ihrer Untersuchung zur Wirksamkeit der Spitalarbeit bei Familien mit krebserkrankten Kindern auf „empirische Blindstellen“ sowohl in Bezug auf die Frage nach einem angemessenen Instrument der Sozialen Arbeit zur Erhebung des Unterstützungsbedarfs der Angehörigen wie auch in Bezug auf die Frage nach der erzielten Wirkung der Sozialberatung [79]. In einer systematischen Bestandsaufnahme deutschsprachiger empirischer Arbeiten über die Wirksamkeit von ambulant betreutem Wohnen bei psychisch kranken erwachsenen Menschen zeigt Christoph Walther [80] die Schwierigkeit, Wirksamkeit Sozialer Arbeit auf hohem repräsentativen Niveau differenziert nachzuweisen. Im SODEMA-Projekt wurde die Wirksamkeit einer Intervention Klinischer Sozialarbeit bei Müttern mit depressiven Störungen geprüft [81]. Es konnten signifikante Verbesserungen bei der allgemeinen psychosozialen Leistungsfähigkeit und der Selbstwirksamkeitserwartung belegt werden.

Für den englischsprachigen Raum sind ebenfalls vier Studien anzuführen. Bei Schlaganfallpatientinnen und -patienten wurden in einer randomisierten kontrollierten Studie signifikant höhere Werte des familiären Funktionsniveaus durch den Einfluss einer sozialarbeiterischen Familienberatung gemessen [82]. In einer Untersuchung zur Wirkung Sozialer Arbeit innerhalb einer multidisziplinären Intervention bei Krebserkrankten ermittelten Miller und Kolleginnen und Kollegen [83] eine starke Verbesserung bei den Werten für Lebensqualität und in verschiedenen sozialen Bereichen, besonders bei den finanziellen und sozialrechtlichen Angelegenheiten. Im Vergleich zwischen dem „standard social work service“ und einer „couple-based intervention“ konnten Kayser und Kolleginnen und Kollegen [84] eine Veränderung der Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen feststellen. Auch in der Studie von Beder [85] zu Auswirkungen von unterschiedlicher Häufigkeit der Inanspruchnahme sozialarbeiterischer Dienstleistungen wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhoben und signifikant schlechtere Werte bei weniger Sitzungen festgestellt.

Die benannten Studien zeigen, dass die Lebensqualität eine geeignete Dimension zur Messung von Verbesserungen für gesundheitsbeeinträchtigte Menschen darstellt. Sie bildet jedoch nur einen Teil des möglichen Wirkungsbereiches ab und wird daher häufig durch weitere Messungen ergänzt. Einige Untersuchungen zielen ferner auf andere Wirkungsdimensionen, sodass die Unterschiede der Erhebungen einen systematischen Vergleich unmöglich machen. Auf der Suche nach Alternativen für die in der Medizin bevorzugten experimentellen bzw. quasi-experimentellen Studiendesigns bieten sich der Sozialarbeitswissenschaft nun vordergründig zwei Konzepte an: die in den 1980er Jahren in den USA entwickelte Interventionsforschung [86] und der realistische Ansatz [87]. Im realistischen Ansatz werden Daten von Kontexten, Mechanismen und Outcomes verknüpft, sodass ein komplexes Geschehen analysiert werden kann. Für die Klinische Sozialarbeit liegen aktuell noch keine realistischen Studien vor.

Ein vielversprechendes Erklärungsmodell wurde allerdings von Blom und Morén [88] zur Wirkung sozialarbeiterischer Interventionen anhand der Dimensionen „Contexts, Actors, Interventions, Mechanisms, Results“ (CAIMeR) entwickelt. Darin wird die zu untersuchende Intervention hinsichtlich der zu erzielenden Problemlösung unter Berücksichtigung der Kontexte und der teilnehmenden Personen modelliert, sodass die Wirkungen in ihren spezifischen Kontexten messbar werden. Nicht allein der Interventionskontext, sondern auch der Lebensweltkontext und der gesellschaftlich-kulturelle Kontext werden betrachtet, da einerseits die Wirkung Sozialer Arbeit hiervon mit abhängt und andererseits die Soziale Arbeit darauf einwirkt, genau genommen finden die Wirkmechanismen zwischen dem Interventions- und Lebensweltkontext statt. Daran anknüpfend stellten Hüttemann und Kolleginnen und Kollegen ihr Modell der ALI-MEnt-Konfigurationen („AkteurInnen im Lebenswelt- und Interventionskontext, Mechanismen und Entwicklungsverläufe“) vor, das jedoch noch nicht empirisch gesättigt und überprüft ist [89].

Es kann also davon ausgegangen werden, dass Wirkungen Sozialer Arbeit innerhalb der medizinischen Rehabilitation stattfinden und diese vor allem innerhalb der sozialen Dimension einer Erkrankung. Die unzureichende Forschungspraxis in diesem Bereich, wie im Fachgebiet der Sozialen Arbeit allgemein, ist im historischen Kontext zu sehen. Denn obwohl die wissenschaftliche Linie Sozialer Arbeit in Deutschland zu Beginn des letzten Jahrhunderts begann, wurde diese nach ihrer Unterbrechung durch den Nationalsozialismus nicht wiederaufgenommen wurde [90]. Als eigenständige Wissenschaft in Abgrenzung zu ihren Bezugsdisziplinen wie Psychologie, Soziologie oder Pädagogik, bemüht sich die (Klinische) Sozialarbeit erst seit einigen Jahren wieder, ihre wissenschaftliche Ausrichtung und die Gegenstände ihrer Forschung zu definieren. So erfolgte die förmliche Anerkennung der Sozialen Arbeit als eigenständige Fachwissenschaft durch die Hochschulkonferenz und die Kultusministerkonferenz erst im Jahr 2001. In diesem Kontext entstand eine Vielzahl an Studien mit weit gefächerten Schwerpunkten in der Praxisforschung, der Evaluation sowie der Grundlagen- und Professionsforschung.

Im Bereich der Rehabilitation erschienen seit 2001 kontinuierlich wissenschaftliche Beiträge, dennoch besteht für die Soziale Arbeit mit wenigen veröffentlichten Studien ein gewaltiger Forschungsrückstand gegenüber anderen Fachdisziplinen. Zu nennen ist hier die explorative qualitative Analyse von Dettmers [91] zur Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall. Darin wurden Einschränkungen der sozialen Teilhabe festgestellt, v. a. in den Bereichen Mobilität, Sprache und durch veränderte soziale Netzwerke. Der Autor plädiert für eine Förderung sozialer Unterstützungsressourcen innerhalb von psychosozialen Interventionen im Gesundheitswesen. Ebenfalls die Diagnose Schlaganfall betreffend, wurde ein Beratungsangebot für Angehörige von Schlaganfallbetroffenen evaluiert, denn Angehörige stellen hier die wichtigste

Unterstützungsressource hinsichtlich Rehabilitation und Teilhabe dar. Die befragten Angehörigen nutzten v. a. persönliche Beratungsgespräche im häuslichen Umfeld und es zeigten sich signifikant weniger Ängste und belastende Gefühle sowie Verbesserungen der Informiertheit und der funktionalen Copingstrategien, hinsichtlich der Lebensqualität zumindest ein positiver Trend [92].

Mehrere Studien zum Versorgungsgeschehen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation verweisen auf eine heterogene Verteilung hinsichtlich des Personenanteils, die Leistungen zur Sozial- und Berufsberatung erhielten sowie des zeitlichen Umfangs dieser Leistungen [51].

Die hier vorgelegte Studie fand mit der beschriebenen Patientengruppe im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung (AHB) statt, worüber einige spezifische Wirkungen bekannt sind. Durch eine AHB lassen sich die kardiovaskulären Risikofaktoren zunächst reduzieren [93, 94]. Doch häufig können Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, trotz Vermittlung wichtiger Informationen und umfangreicher Beratung zu gesundheitsrelevanten Themen, die notwendigen Veränderungen nicht in ihren Lebensalltag integrieren [95]. Die positiven Effekte der Rehabilitation verringern sich im Laufe der Zeit wieder und die Lebensweise wird bald nach der Rehabilitation in gleicher Weise wie vor der Erkrankung fortgeführt [96 - 99]. Mittels telefonischer Nachsorge können Patientinnen und Patienten darin unterstützt werden, die erlangten Verbesserungen auch in ihren Alltagssituationen aufrecht zu erhalten [100 - 102]. Der dauerhafte Erfolg rehabilitativer Maßnahmen steht jedoch in engem Bezug zu den Lebensverhältnissen und Kontextfaktoren [103], welche mit Einführung der ICF in deren grundlegendem biopsychosozialen Modell impliziert wurden. Sozioökonomischer Status, lokale Sozialstruktur und persönliche Lebensumstände beeinflussen Gesundheit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Hierbei potentiell wirksame soziale Einflussfaktoren wurden bisher jedoch kaum systematisch untersucht [104], obgleich die Bedeutung psychosozialer Faktoren wie auch sozialer Unterstützung für die Prognose und Lebensqualität kardiologischer Patienten mehrfach beschrieben wurde [105 - 108]. Sozialarbeiterisches Handeln kann und soll auf die jeweiligen Kontextfaktoren im beruflichen, familiären, wirtschaftlichen und häuslichen Bereich einwirken. Unterstützende und förderliche personenbezogene Faktoren, wie auch Umweltfaktoren, sind dabei als Ressourcen bezüglich der Aktivität und Teilhabe nutzbar zu machen. Inwieweit dies mit bereits vorhandenen Angeboten klinischer Sozialarbeit gelingt und an welchen Punkten eine Intensivierung, Konkretisierung, Erweiterung oder Umgestaltung indiziert ist, kann aus den bisherigen Forschungsansätzen nur unzureichend gefolgert werden.

2.3 Herleitung der Fragestellung

Soziale Arbeit richtet ihr Handeln auf die Beeinflussung sozialer Faktoren auf individueller, gruppenspezifischer und gesellschaftlicher Ebene mit den drei klassischen Methoden der Einzelfallhilfe, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit. Sie ist per se wirkungsorientiert. Inwieweit sie, die Soziale Arbeit, konkrete Wirkung im Untersuchungsfeld erzielt, soll an dieser Stelle nicht durch den Nachweis einer hohen fachlichen Qualität ihrer Intervention erbracht werden, sondern als objektiv quantifizierbarer und mit Kennzahlen belegbarer Effekt. Die Beurteilung eines solchen Effekts soll aus subjektiver Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer (hier der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) erfolgen, wie sie von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) als eine von drei (Haupt-)Dimensionen benannt wird [109]. Ziel ist die Klärung darüber, ob es Sozialer Arbeit mit einem intensivierten Gruppenangebot gelingt, die berufliche Wiedereingliederung zu verbessern. Konkret abzubilden ist, ob Ziele der MBOR besser oder in einem kürzeren Zeitraum erreicht werden können. Hierbei sind die fachliche sowie die gesellschaftliche Dimension nicht auszuschließen, da Zielparameter der MBOR bereits definiert wurden, beispielsweise der möglichst frühe Zeitpunkt der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Die durchführenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Sozialdienste in den Rehabilitationseinrichtungen handeln unter sozialpolitisch festgelegten Bedingungen, die Wirkung ihrer sozialen Intervention muss sozialpolitisch akzeptiert sein. Von diesem Verständnis ausgehend werden die Ziel- und Fragestellungen der vorliegenden Studie insbesondere den Outcome betreffen. Der Outcome soll die Ergebnisqualität darstellen, „die sowohl durch die intendierten Maßnahmen als auch durch nicht intendierte Nebeneffekte erzielt wurden“ [110]. Demnach werden auch Wirkungseffekte erfasst, die nicht eindeutig auf die Intervention zurückzuführen sind. Soziale Arbeit soll hiermit Hinweise darauf erhalten, ob die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre jeweiligen person- und kontextbezogenen Ressourcen im beruflichen, familiären, wirtschaftlichen und häuslichen Bereich bezüglich der Aktivität und Teilhabe nutzbar machen können, ohne u. U. dabei einen messbaren Effekt zu erzielen, z. B. den Zeitpunkt des Return-to-Work betreffend.

Seit Einführung der MBOR wird in Fachkreisen der Sozialen Arbeit eine Debatte darüber geführt, inwieweit die bislang favorisierte Form sozialer Einzelberatung in der medizinischen Rehabilitation durch Gruppenarbeit zu erweitern oder an manchen Stellen zu ersetzen wäre. Zur Klärung dieser Frage sind Erkenntnisse bezüglich der Vor- und Nachteile Sozialer Gruppenarbeit gegenüber der Regelversorgung in vorwiegender Einzelberatung zu gewinnen. Vor Beginn der Studie lagen im Land Brandenburg, dort wurde die Studie durchgeführt, ausschließlich MBOR-Konzepte zur Einzelberatung durch Soziale Arbeit vor [111]. Bundesweit wurden

ebenfalls keine standardisierten Gruppenkonzepte aus der Profession Sozialer Arbeit vorgehalten, in einigen Rehabilitationseinrichtungen fanden jedoch sozialarbeiterisch geleitete Gruppen zu beruflich orientierten Themen mit unterschiedlichen Inhalten statt. Inzwischen wird in den Rehabilitationseinrichtungen deutschlandweit eine Vielzahl an MBOR-Programmen angeboten. Noch immer fehlt es jedoch an wissenschaftlichen Erkenntnissen zum qualitativen und quantitativen Anteil Sozialer Arbeit im Prozess der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Diese wissenschaftliche Lücke gilt es künftig zu schließen, da an dieser Stelle Potenziale zur Erhöhung der Zielerreichung rehabilitativer Maßnahmen zu vermuten sind. Mit dieser Untersuchung soll für einen abgegrenzten Sektor der Erkenntnisstand erweitert und der bis dato fehlenden empirischen Erhebung eines sozialarbeiterischen berufsbezogenen Gruppenprogramms nachgekommen werden.

Die Gruppenintervention soll relevante soziale Faktoren der beruflichen Wiedereingliederung bei den teilnehmenden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden positiv beeinflussen. Sozialarbeiterisches Ziel ist eine erhöhte Befähigung zur Eigenbewältigung und (Re-)Aktivierung wirksamer Unterstützungsleistungen in der Teilnehmergruppe. Methoden des Empowerments sollen dazu führen, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Beendigung ihrer 3-wöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme eigenmächtig und erfolgreich ihre berufliche Wiedereingliederung gestalten.

Als messbare Erfolgswerte werden festgelegt: die Arbeitsfähigkeit, der Berufsstatus, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Soziale Unterstützung sowie das gesundheitsfördernde Verhalten. Die Kernfrage der Untersuchung lautet:

Kann eine intensive sozialarbeiterische Gruppenintervention im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation soweit auf die Stärkung sozialer Kompetenzen und die Soziale Unterstützung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einwirken, dass sich dadurch langfristige Verbesserungen hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung im Vergleich zur konventionellen Behandlung ergeben?

Die Forschungsfrage zu sozialen Kompetenzen betrifft komplexe Strukturen, die im Forschungsfeld weitgehend unerschlossene Sachverhalte umfassen. Hinzu kommt ein differenziertes Verhalten der Betroffenen, über das im Einzelnen wenig bekannt ist. Zur Strukturierung der Untersuchungsthematik und Erfassung aller relevanter Facetten, Einflussgrößen und Auswirkungen ist daher eine qualitative Phase voranzustellen. Nicht zuletzt soll diese Exploration zu tieferen Erkenntnissen über Einstellungen, Handlungsweisen und Wahrnehmungsdimensionen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen führen.

3 Exploration psychosozialer Problemlagen kardiovaskulär erkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

„Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir.“ (Wilhelm Diltheys, 1894)

Wie bereits angedeutet, bezieht sich die kardiovaskuläre Forschung vorrangig auf medizinisch-biologische oder psychologische Aspekte, während die Fokussierung auf soziale Folgen und deren Bewältigung unterrepräsentiert ist. Demzufolge finden sich in der Literatur kaum Hinweise zum Anteil Sozialer Arbeit hinsichtlich des Erfolgs beruflicher Wiedereingliederung. Für das studienbezogene, wissenschaftliche Vorgehen war im ersten Schritt insofern zu eruieren, worauf das Handeln Sozialer Arbeit im Untersuchungsfeld zielt und welche konkreten Faktoren sie wirksam zu beeinflussen sucht. Vergleichbar mit dem Nominalskalenniveau quantitativer Erhebungen, geben qualitative Inhaltsanalysen einen deskriptiven und differenzierten Einblick in den Untersuchungsgegenstand. Durch konkretisierte Einsicht in die komplexe soziale Situation von Menschen in besonderen beruflichen Problemlagen, sind die Kennzeichen der spezifischen Lebenssituationen zu erheben, welche nachfolgend als messbare Indikatoren dienen.

In einer explorativen Erhebung wurden daher individuelle Befragungen durchgeführt, in denen Betroffene umfängliche Beschreibungen ihrer konkreten sozialen Lebenslagen gaben. Die explorative Erhebung diente dem Erkennen der konkreten sozialen Auswirkungen einer kardiovaskulären Erkrankung auf die verschiedenen Bereiche des Lebens, den Beruf und die künftige Lebenssituation, um die persönliche Auseinandersetzung und Bewältigung sowie die Hilfeleistungen des sozialen Umfelds. Mit der Exploration galt es, die Herausforderungen neuer Lebensentwürfe, insbesondere der beruflichen Perspektive, in Folge einer schweren Herz- oder Gefäßerkrankung vor dem Hintergrund unterschiedlicher Lebenslagen und deren Interpretation zu untersuchen. Nach Komrey diente die Exploration als eine Art der Informationssammlung und „bezeichnet das umfassende, in die Tiefe gehende, detektivische Erkunden des Forschungsfeldes“ [112].

3.1 Ziel und Fragestellungen

Ziel der qualitativen Erhebung war die Darstellung sozialer Folgen kardiovaskulärer Erkrankungen und deren Bewältigung aus der Sicht von betroffenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Untersuchung ermittelte ihre personalen Ressourcen sowie die Faktoren Sozialer Unterstützung aus dem Umfeld, die den Eingliederungsprozess förderlich beeinflussen. Mit der Befragung waren individuelle protektive Einflussfaktoren auf die soziale und berufliche

Wiedereingliederung zu identifizieren. Die Ermittlung der Patientensicht sollte Aufschluss über subjektive Vorstellungen und konkrete Handlungen und somit ein bedeutsames Vorverständnis über den Untersuchungsgegenstand geben.

Bekannte soziale Einflussfaktoren wie der Sozialstatus, das soziale Umfeld, die Soziale Unterstützung und die berufliche Situation wurden dabei konkretisiert [25, 113 - 116]. Die Untersuchung nutzte hierzu auch die Aussagen ehemaliger Patientinnen und Patienten, wenn bereits Schritte zur Wiedereingliederung unternommen und entscheidende Ressourcen und Barrieren erkannt worden waren. Gelingende Lösungsmodelle, persönliche Sichtweisen sowie die Motivationen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als entscheidende Erfolgskriterien von Rehabilitationsmaßnahmen sollten veranschaulicht werden. Die subjektiven Ansichten der Untersuchungsgruppe zu Krankheitsfolgen, Bewältigungsstrategien und Unterstützungsangeboten wurden unter folgenden Fragestellungen herausgestellt:

- Fragestellung 1: Welche biopsychosozialen Folgen induzieren chronische Gefäß- und Herzerkrankungen?
- Fragestellung 2: In welcher Form werden diese Folgen individuell sowie in lokaler Gemeinschaft verarbeitet?
- Fragestellung 3: Inwiefern nutzen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Ressourcen ihres sozialen Umfelds?

3.2 Methode

3.2.1 Stichprobe

Die qualitative Erhebung erfolgte mit Probandinnen und Probanden einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in der zum Erhebungszeitpunkt keine speziellen Konzepte der MBOR vorgehalten wurden. Anliegen der Auswahl der Befragten war die Widerspiegelung der Heterogenität der Patientenklientel in der kardiovaskulären Rehabilitation, sie wurde daher als gezieltes Sampling [117] mit wenigen definierten Einschlusskriterien vorgenommen (Vorliegen einer kardiovaskulären Erkrankung sowie einer BBPL, Alter 18 - 60 Jahre).

Die Feststellung einer BBPL erfolgte anhand des in Abschnitt 2.2 erwähnten validierten Screening-Instruments SIMBO-C im Rahmen der klinischen Sozialberatung. Das Screening beruht auf einer Selbstbeurteilung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bezüglich der Beeinträchtigung ihrer beruflichen Teilhabe anhand verschiedener Kriterien (Alter, Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Fehlzeiten, Work Disability, subjektive Berufsprognose und Motivation für medizinisch-berufliche Rehabilitationsangebote) bei einem Skalenwert von 0 - 100 Punkten. Damit ließ sich der Bedarf an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen bei vorhandener

kardiovaskulärer Erkrankung ableiten, wobei eine besondere berufliche Problemlage ab einem Cut-off-Wert von 30 Punkten markiert wurde [47].

Eingeschlossen waren 17 Patientinnen und Patienten der AHB im Alter von 33 bis 60 Jahren ($48,9 \pm 7,0$ Jahre, 76,5 % männlich) mit einem breiten Spektrum an Rehabilitationsindikationen (Tab. 1).

Tabelle 1: Patientencharakteristika der qualitativen Erhebung (n=17)

Variablen	Mittelwert \pm SD bzw. n (%)
<u>soziodemografische Daten</u>	
Alter (Jahre)	48,9 \pm 7,0
Geschlecht (männlich)	13 (76,5)
Lebenssituation (Partnerschaft)	14 (82,3)
<u>Beruf</u>	
Berufsstatus (angestellt)	13 (76,5)
Arbeitsschwere (schwer)	12 (70,5)
<u>Rehabilitationsrelevante Diagnosen*</u>	
Koronare Herzerkrankung/ACS	11 (64,7)
pAVK	7 (41,2)
Linksherzinsuffizienz	6 (35,3)
ICD/CRT	5 (29,4)
Aortenklappenersatz	2 (11,8)
<u>Risikofaktoren</u>	
Raucher	6 (35,3)
Diabetes mellitus	2 (11,8)
Arterielle Hypertonie	12 (70,6)
Dyslipoproteinämie	5 (29,4)
Adipositas (BMI \geq 30 kg/m ²)	5 (29,4)
<u>SIMBO-C</u>	
30 – 39	9 (53,0)
40 – 49	4 (23,5)
50 – 99	4 (23,5)

*Mehrfachnennungen möglich; ACS = akutes Koronarsyndrom; CRT = Kardiale Resynchronisationstherapie; ICD= = Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator; pAVK = periphere arterielle Verschlusskrankheit; SIMBO-C = Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation für chronische Krankheiten

3.2.2 Interviews und Datenerhebung

Zur Operationalisierung der Zielstellung wurde ein Interviewleitfaden entworfen, der die o. g. Fragen zu individuellen Krankheitsfolgen, Bewältigungsstrategien und Formen Sozialer Unterstützung enthält. Zusätzliche Steuerungs- und Detaillierungsfragen bezogen sich auf den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung, auf Unterstützungsbedarfe, soziale Ressourcen, Motivationen, Copingstrategien, Resilienzfaktoren sowie Erfolge und Barrieren gesundheits- und berufsfördernden Verhaltens (vgl. Anhang 3.1). Gemäß der paradigmatischen Grundhal-

tung qualitativer Forschung stand die Offenheit im Vordergrund der Befragungen, Hintergrundwissen der Interviewerin war dementsprechend zurückzuhalten. Die interviewten Personen erhielten die Gelegenheit, ihre eigenen Wirklichkeiten darzustellen und deren Bedeutungen zu entwickeln, wie Lamnek dies mit dem Prinzip der Relevanzsysteme beschreibt [118]. Zwei weiteren Prinzipien folgend, wurde der Kommunikationsstil in Form der Alltagssprache der jeweiligen Befragten geführt (Prinzip des Alltagsgesprächs) sowie eine Flexibilität in Reihenfolge und Formulierung der Fragen erlaubt (Prinzip des Prozesscharakters).

Da die Fragestellung den Fokus auf eine thematisch eingegrenzte Problematik lenkte, empfahl sich die Durchführung problemzentrierter Interviews nach Witzel [119], unterstützt durch eine psychodynamische Gesprächsführung nach Flick [120]. Dies ermöglichte eine adaptive Gestaltung der Gesprächssituationen bei einer dichten Abbildung von Handlungsstrukturen und Verarbeitungsmustern. Zu Beginn wurde eine erzählgenerierende Einleitungsfrage in gleicher Form bei allen Interviews gestellt. Das Gesprächsverhalten der Befragten unterschied sich jedoch, da die Themen entweder selbst angesprochen oder nachgefragt wurden. Um die Antwortmöglichkeiten offen zu halten, wurden die Fragestellungen allgemein formuliert. Damit konnten die Befragten die Gesprächsrichtung mitlenken, persönliche Meinungen einbringen und aus ihrer Sicht Bedeutsames ausführlicher erklären. Umgekehrt konnte dabei sicherlich auch Unangenehmes vermieden oder entsprechend der angenommenen „sozialen Erwünschtheit“ berichtet werden, trotz der Aufforderung zum aufrichtigen Erzählen. Grundsätzlich stellte die Befragung in Form eines Interviews ein reaktives Verfahren dar, bei dem eine Beeinflussung der oder des Befragten durch den Fragenden nicht zu vermeiden war. Durch eine neutrale Haltung der fragenden Person wurde die etwaige Beeinflussung so gering wie möglich gehalten.

Die konkreten Entstehungssituationen des hier verarbeiteten Analysematerials, also der transkribierten Interviewtexte, unterschieden sich örtlich und zeitlich voneinander. Neun der Befragten wurden während ihrer medizinischen Rehabilitation in der Einrichtung interviewt, die anderen acht Personen einige Wochen nach der Rehabilitation in ihrer häuslichen Umgebung. Bei zwei männlichen Befragten waren die Ehefrauen anwesend. Es kann in keinem Fall auf eine konkrete nachweisliche Verzerrung der Antworten geschlossen werden, dies wäre rein spekulativ. Zwischen den Interviewsituationen lagen einige grundlegende Übereinstimmungen vor: die Teilnahme war freiwillig, die Zustimmung wurde fast ausnahmslos bereitwillig und sofort gegeben (vier weitere angefragte Personen hatten die Befragung abgelehnt), die Interviewerin war immer dieselbe Person, es lag jeweils eine ähnliche Menge an Informationen zu den Befragten vor und die gegenseitige Bekanntheit war auf einem vergleichbaren Niveau. Die Befragungen wurden zwischen Februar und April 2013 durchgeführt, bei neun Patientinnen und Patienten zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme ($3,7 \pm 1,6$ Tage vor Entlassung), bei den anderen im ersten Quartal nach ihrer Entlassung ($57,0 \pm 48,4$ Tage). Die Gespräche mit

einer mittleren Dauer von 39 Minuten (22 - 52 min) wurden digital aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die Regeln für die Transkription orientierten sich an den Vorschlägen zur einfachen Transkription von Dresing und Pehl, wonach wörtlich, aber nicht lautsprachlich aufgeschrieben wurde, Dialekte möglichst ins Hochdeutsche übersetzt, umgangs- und sprechsprachlich Merkmale in dem Schriftdeutsch angenähert oder Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern geglättet bzw. ausgelassen wurden [121] (vgl. Anhang 3.3).

3.2.3 Qualitative Auswertung

Die Auswertung der Transkripte erfolgte als systematische Textanalyse unter Nutzung der Analysesoftware MAXQDA mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring mit dem Ziel, „Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse nicht nur analysieren zu können, sondern sich in sie hineinversetzen, sie nacherleben oder sie zumindest nacherlebend sich vorzustellen“ [122]. Es wurde kontrolliert und schrittweise vorgegangen, das Material zunächst in kleine Einheiten zerlegt und diese nacheinander bearbeitet.

In Abgrenzung zur Textanalyse in der Grounded Theory [123] ist die Analyse strukturierend, nicht interpretativ, angelegt. Aussagen sind extrahiert worden, wenn sie inhaltlich einen Bezug zu den Hauptfragestellungen aufweisen. Damit konnte eine Klassifizierung im Sinne einer Ordnung des Datenmaterials nach theoretisch sinnvoll erscheinenden Ordnungsgesichtspunkten erreicht werden. Die Vorgehensweise folgte damit der deduktiven Kategorienanwendung wie Mayring [124] sie beschreibt. Deduktive Kategorien wurden aus vorab festgelegten und theoretisch begründeten Auswertungsaspekten gewonnen. Die Textstellen wurden diesen Kategorien zugeordnet, wobei die Kategorien genau zu definieren waren.

Für die vorliegenden Interviewtexte folgte die Zuordnung der Aussagen dem biopsychosozialen Konzept gesundheitlicher Problemlagen, alle extrahierten Nennungen wurden dementsprechend entweder der physischen, der psychischen oder der sozialen Ebene zugefügt. Weiterführend erfolgte eine Strukturierung entlang der Ziel- und Fragestellung in die drei Kategorien Auswirkungen der Erkrankung, Bewältigungsstrategien und Soziale Unterstützung. Folglich entstand ein Kategoriensystem mit neun Hauptkategorien, denen die Aussagen mit bestimmten Merkmalen zugewiesen werden konnten und die wie folgt definiert waren:

Kategorie 1: Körperliche Auswirkungen

Alle Inhalte zu körperlichen Auswirkungen der Erkrankung waren hier kodiert. Dies betraf somatische Beschwerden wie Schmerzen, Funktionseinschränkungen und physische Belastungen. Die Kategorie bot einen Überblick zu den noch vorhandenen körperlichen Einschränkungen während und einige Zeit nach der

medizinischen Rehabilitation. Die körperliche Gesundheit war als Voraussetzung für die soziale Teilhabe, im Besonderen für die Arbeitsfähigkeit zu sehen.

Kategorie 2: Psychische Auswirkungen

In diese Kategorie fielen alle Aussagen zu seelischen Auswirkungen der Erkrankung. Es wurden psychische Belastungen kodiert, die eindeutig mit der Erkrankung in Zusammenhang gebracht werden konnten, beispielsweise konkrete Äußerungen zum emotionalen Zustand wie Ängsten oder Niedergeschlagenheit bis hin zu einem indifferenten seelischen Unwohlsein. Seelische Gesundheit wurde als ein ebenso bedeutsamer Faktor zur Erlangung der Arbeitsfähigkeit und maßgebend für Motivation und Aktivität erachtet.

Kategorie 3: Soziale Auswirkungen

Hier waren alle Themen erfasst, die die Auswirkungen auf soziale Bereiche betrafen, u. a. Veränderungen und Schwierigkeiten hinsichtlich der beruflichen und finanziellen Situation, der Wohnsituation, der Sicherung im sozialen Versicherungssystem, der Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche, ebenso aber auch der Freizeitgestaltung sowie der Gestaltung sozialer Beziehungen. Soziale Arbeit zielt auf die Verbesserung sozialer Probleme, daher waren Kenntnisse und Konkretisierungen hierüber von grundlegender Bedeutung.

Kategorie 4: Bewältigung körperlicher Auswirkungen

Angaben zu Aktivitäten und Ideen der Befragten, die auf eine Verbesserung der körperlichen Verfassung zielten und jegliches gesundheitsförderliches Verhalten wurden in dieser Kategorie kodiert. Dazu zählten direkte Aktionen, die mit diesem Ziel ausgeführt wurden, aber auch die Aneignung von Wissen, die Anschaffung von Utensilien zur Durchführung körperlicher und sportlicher Betätigungen oder Teilnahme an regelmäßigen sportlichen Aktivitäten. Auch Hinweise zu Möglichkeiten der Umsetzung im Alltag, zu Motivation, andererseits aber auch zu Barrieren der Umsetzung wurden aufgenommen.

Kategorie 5: Bewältigung psychischer Auswirkungen

Die Kategorie wurde kodiert, wenn eigene Bemühungen und Strategien zur (Wieder-)Gewinnung der seelischen Gesundheit genannt wurden. Im Blickpunkt standen bewusste und unbewusste Copingstrategien zur Herstellung der emotionalen Stabilität, z. B. Übungen zur Entspannung, mentales Training, wohlthuende Verhaltensweisen oder positive Denkstrukturen.

Kategorie 6: Bewältigung sozialer Auswirkungen

Mit Hilfe dieser Kategorie wurden Bestrebungen und Aktivitäten zur Verbesserung sozialer Schwierigkeiten kodiert, beispielsweise eigene Initiativen zur beruflichen Wiedereingliederung, die Klärung sozialrechtlicher Fragen oder die Suche nach Möglichkeiten der Alltagsbewältigung. Die Kategorie wurde nur vergeben, wenn die Aktivitäten oder Vorhaben von den befragten Personen selbst ausgingen.

Kategorie 7: Soziale Unterstützung bezüglich der körperlichen Auswirkungen

Die Kategorie wurde verwendet, um Unterstützungsleistungen sowie deren Angebote aus dem sozialen Umfeld in Bezug auf die Verbesserung der körperlichen Beschwerden zu erfassen. Darunter fielen konkrete Hilfestellungen und die Mitwirkung von anderen Personen bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, ebenso die Wissensaneignung dazu, z. B. zu fettarmem Kochen.

Kategorie 8: Soziale Unterstützung bezüglich der psychischen Auswirkungen

In dieser Kategorie wurde die wahrgenommene und erhaltene Unterstützung aus dem sozialen Umfeld ermittelt, die sich positiv auf den seelischen Zustand auswirkte, dazu zählten z. B. die emotionale Anteilnahme anderer Personen, die wahrgenommene Fürsorglichkeit, positiv geäußerte Nähe, hilfreiche Gespräche, ein Aufgefangen werden, gut Aufgehoben und Angenommen sein oder die Inanspruchnahme professioneller Hilfe.

Kategorie 9: Soziale Unterstützung bezüglich der sozialen Auswirkungen

Alle Formen der Unterstützung bei sozialen Problemen, u. a. die praktische oder angebotene Hilfe bei Aufgaben des alltäglichen Lebens, wurden in dieser Kategorie kodiert. Die verschiedenen Inhalte sozialer Unterstützung wurden nach der Typologie von Diewald [125] unterschieden in konkrete Interaktionen sowie die Vermittlung von Kognitionen und Emotionen.

Die Nennungen aus den ersten vier Interviews ermöglichten die Zusammenstellung eines Auswertungsleitfadens, in dem die Aussagen zu Codes paraphrasiert und danach alle weiteren Interviews kodiert wurden. Die Richtung der Analyse war zuvor festgelegt worden, es ging einzig um den im Text behandelten und beschriebenen Gegenstand, nicht darum, was der Text über die Verfasserin oder den Verfasser aussagte oder welche Wirkung der Text möglicherweise erzielen sollte oder aus welchen unbenannten Gründen die Aussagen getroffen

wurden. Die Analyse zielte darauf ab, durch den Text Aussagen über die Folgen kardiovaskulärer Erkrankungen, deren Bewältigung und die dabei wahrgenommene Unterstützung auf jeweils der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene zu erhalten. Bei inhaltlichen Überschneidungen wurden die Textstellen mehrfach kodiert. Die Festlegung von Analyseeinheiten bestimmte die auswertbaren Materialbestandteile des Textes, wonach die kleinste Einheit ein Satz mit einer sinnvollen Aussage sein musste. Ebenso bezog sich die maximale Größe einer Kodiereinheit auf deren Inhalt, die Textabschnitte wurden als eine Einheit kodiert, solange sie sich zusammenhängend einem bestimmten Thema widmeten. In mehreren Durchläufen wurden die Texte überprüft und ggf. neue Kodierungen eingefügt und umsortiert. Mit dieser Vorgehensweise folgte die Auswertung dem folgenden inhaltsanalytischen Ablaufmodell nach Mayring, wie die Abbildung 1 veranschaulicht.

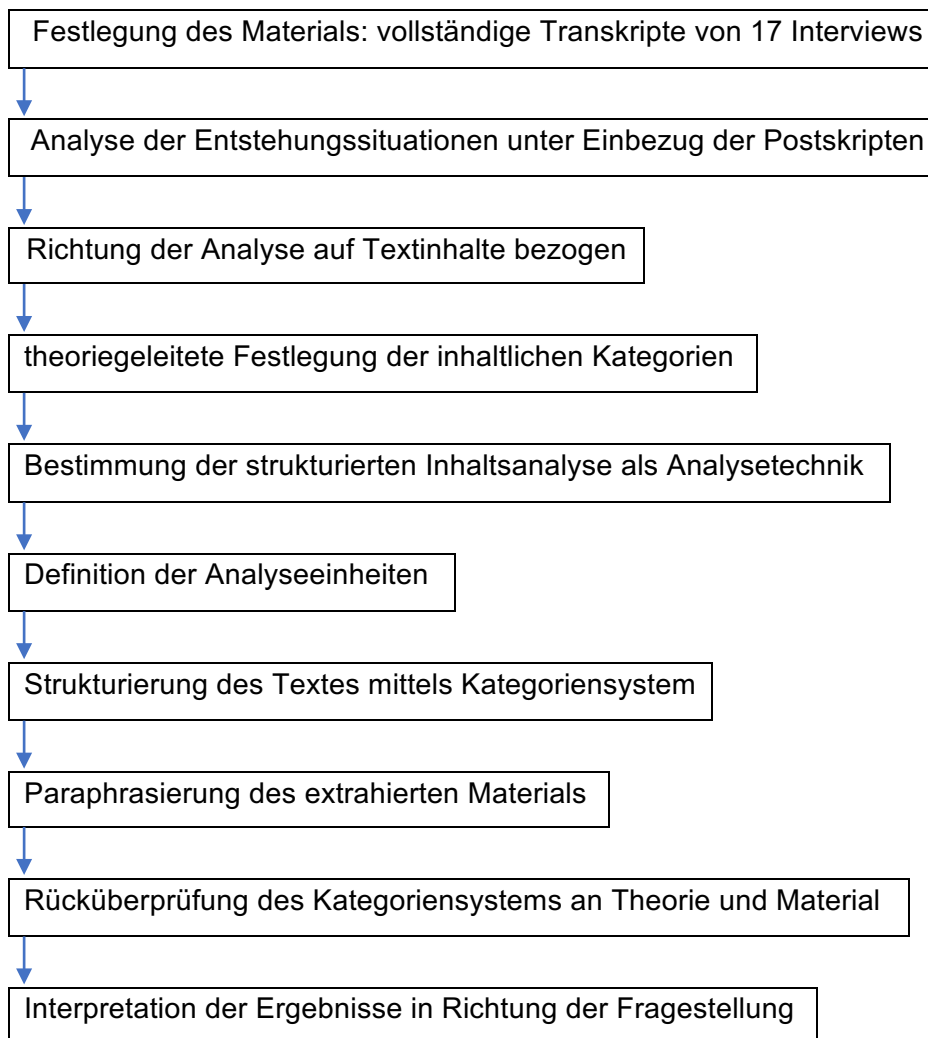


Abbildung 1: Ablaufmodell der Inhaltsanalyse (in Anlehnung an Mayring [126])

Die vorliegende Datenanalyse wendete speziell die qualitative Technik der inhaltlichen Strukturierung [126] an, in der das Kategoriensystem mit den benannten Kategorien an das Textmaterial herangetragen wurde. Themen, Inhalte und Aspekte zu den festgelegten Kategorien wurden herausgefiltert. Abweichend vom Modell nach Mayring wurden die Kodierungen jedoch nicht weiter zusammengefasst, sondern sämtlich beibehalten. Dabei wurden Häufigkeiten der Nennungen angegeben und zur Verdeutlichung von Kontrasten bei der Ergebnispräsentation als Prozentangaben dargestellt. Sie bilden die Gewichtung von Merkmalsausprägungen in den einzelnen Kategorien ab, hier die Bedeutsamkeit von Aussagen aus Sicht der Befragten, die sie bestimmten Gegenständen beimaßen.

Auf diese Weise entstand ein induktives Kategoriensystem mit offenem Charakter des theoretischen Vorverständnisses, welches die Kodierungen aus den Aussagen ableitete und als Subkategorien den definierten Hauptkategorien unterordnete. Ein finales Kategoriensystem bildete die aus dem Analyseprozess resultierenden Kodierungen unter Angabe der Häufigkeiten von Nennungen ab.

3.3 Ergebnisse

Die aus den Interviews extrahierten relevanten Aussagen wurden den drei deduktiven Hauptkategorien zugeordnet: Auswirkungen der kardiologischen Erkrankung, Bewältigungsstrategien und Formen Sozialer Unterstützung. Die Sortierung der jeweiligen Ausprägungen erfolgte systematisch nach den drei Ebenen des biopsychosozialen Modells als körperliche, psychische und soziale Faktoren. Insgesamt konnten auf diese Weise 714 Aussagen in neun Hauptkategorien und 49 induktiv gebildeten Unterkategorien kodiert werden (Abb.2). Die Prozentangaben dienen der Quantifizierung als Repräsentierungsfunktion der kodierten Kategorien [127].

Exploration sozialer Problemlagen kardiovaskulär erkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

	Auswirkungen (222 Nennungen)	Bewältigung (303 Nennungen)	Unterstützung (188 Nennungen)
	(Nennungen/Personenzahl)	(Nennungen/Personenzahl)	(Nennungen/Personenzahl)
physische Ebene	eingeschränkte Leistungsfähigkeit (5/4) Schmerzen (5/4) kurze Gehstrecken (5/4) eingeschränkte Mobilität (4/4) Luftnot (3/2) Schlafstörung (1) kein schweres Heben (1)	gesundheitsförderliches Verhalten (90/16) Hindernisse/Barrieren (87/15) Wissensaneignung (20/9) Reha-Erfolg (10/6)	gemeinsam gesund verhalten (32/12) direkte Unterstützung (25/11) Unterstützung Gesundheitsverhalten (18/10) ärztliche Unterstützung (10/5)
psychische Ebene	Unsicherheit/Angst (20/8) Schock/Unverständnis (11/7) gemindertem Selbstwertgefühl (9/5) Sinnhaftigkeit fehlt (7/5) soziale Ungerechtigkeit (7/4) Niedergeschlagenheit (4/3) Krankheitserfahrungen (3/2) ungewohntes Verhalten (3/2) nicht verarbeitet (2/1) Grübeln (1)	individuelle Strategien (11/6) positives Denken/Umdeuten (11/6) Zuversicht/Hoffnung (9/5) professionelle Begleitung (6/3) allein bewältigen (6/4) positive Verdrängung (4/3) Selbstwertgefühl erhöhen (2/2) Gewöhnung (2/2) Krankheitsfolgen akzeptieren (1)	Gespräche/Austausch (19/11) Anteilnahme (15/7) emotionale Unterstützung (13/8) Unterstützung Krankheitsbewältigung (1)
soziale Ebene	Alltagsbewältigung schwierig (47/14) Berufstätigkeit schwierig (30/9) unsichere berufliche Perspektive (16/8) finanzielle Schwierigkeiten (13/5) Probleme mit Behörden (11/4) soziale Kontakte reduziert (5/3) Auswirkungen auf Familie (6/2) soziale Scham (3/1)	Alltag anpassen (11/7) Ideen zur beruflichen WE (9/6) Kontakt zu AG/Kollegen (9/7) Hoffnung (5/2) berufliche Neuorientierung (4/3) stufenweise WE (5/4) Sozialrecht durchsetzen (1)	Unterstützung der beruflichen WE (13/6) Sozialrechtliche Leistungen (10/5) Gewissheit über Hilfe (8/6) Kontrollfunktion (7/4) Information/Beratung (6/6) Ratschläge/Tipps (5/3) grundsätzliche Hilfsangebote (4/4) Arztvermittlung (2/2)

Abbildung 2: Kategorienmodell

Auf den ersten Blick interessierten vordergründig die Aussagen der unteren Ebene zu sozialen Faktoren, die Ziele sozialarbeiterischer Interventionen sind. Anliegen der Exploration war jedoch eine komplexe Beschreibung von Abbildern zur Lebenssituation aus Patientensicht, demzufolge hier die Ergebnisse aller drei Kategorien gezeichnet wurden.

Die Verteilung der Kodierungen in den Hauptkategorien lässt sich der Abbildung 3 entnehmen:

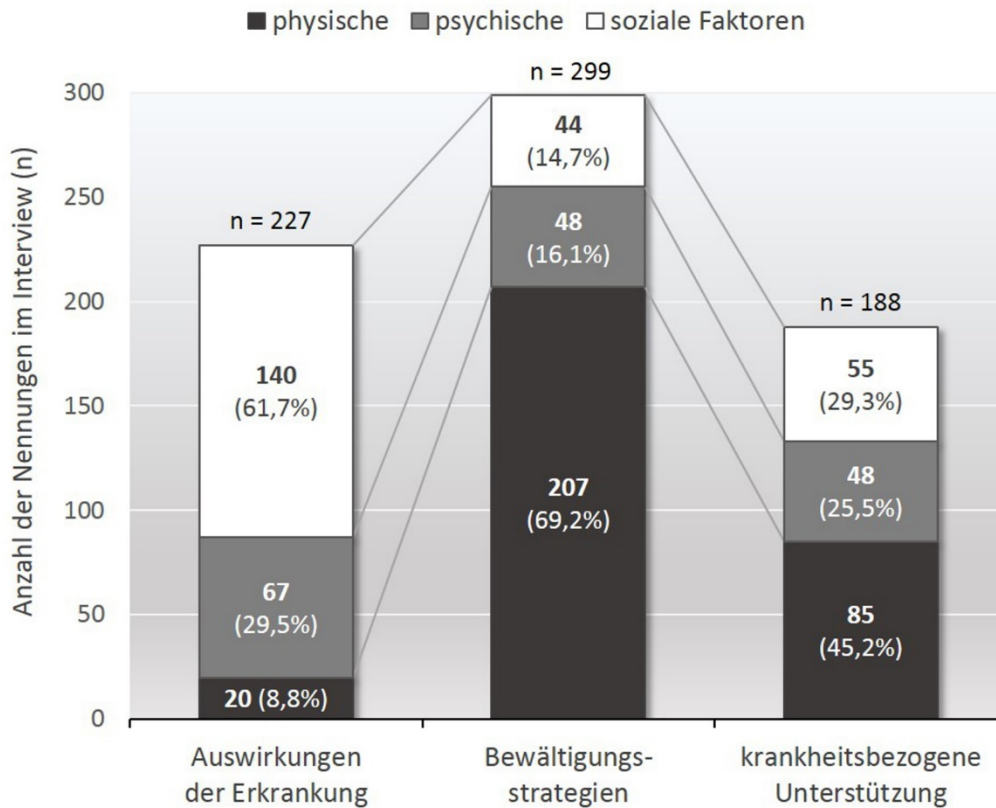


Abbildung 3: Verteilung der Interviewaussagen zu Krankheitsfolgen, Bewältigungsansätzen und Unterstützungsformen auf physischer, psychischer und sozialer Ebene

Es zeigte sich, dass die meisten Aussagen der Hauptkategorie Auswirkungen zum sozialen Bereich vorlagen (61,7%), die Bewältigung konzentrierte sich auf den physischen Bereich (69,2%) und Unterstützung fand vorwiegend wegen körperlicher Einschränkungen statt (45,2%). Soziale Auswirkungen wurden somit in einem höheren Maß geäußert als deren Bewältigung sowie Unterstützungsformen zu ihrer Bewältigung. Die hierbei vorgenommene Prozentangabe zur Häufigkeit der Aussagen wurde nach Komrey [128] als ein Indikator für die Bedeutsamkeit des Inhalts interpretiert. Diese Quantifizierung dient als Repräsentierungsfunktion der kodierten Kategorien und bildet die Gewichtung von Merkmalsausprägungen zu einem bestimmten Sachverhalt ab [127].

Die benannten Auswirkungen, Bewältigungsstrategien und Unterstützungsformen werden im Folgenden ausführlich beschrieben.

3.3.1 Auswirkungen der Erkrankung

„Also, die Krankheit hat letztendlich auf alle Bereiche meines Lebens letztendlich Einfluss gehabt und hat sie immer noch, muss man sagen.“ (B 12: 30)⁷

Etwa ein Drittel (31,8 %) aller Interviewaussagen bezog sich auf die Auswirkungen der Erkrankung, soziale Aspekte waren für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit 61,7 % der Nennungen hierbei vorwiegend von Bedeutung. In Kongruenz mit der Theorie des biopsychosozialen Modells betrachteten die Befragten ihre körperlichen Einschränkungen nicht losgelöst von anderen Lebensbereichen, sondern stellten eine konstitutive Auswirkung auf ihr Leben fest, wie im o. g. Zitatbeispiel und auch hier deutlich wird: *„Das ist schon eine einschneidende Lebensveränderung.“* (B 04: 195). Die Ergebnisse der Befragungen wurden entlang der Strukturierung des Kategorienmodells von Kategorie K1 bis K9 dargestellt.

Kategorie 1: Körperliche Auswirkungen

Die Krankheitsbilder der befragten Personen wirkten sich deutlich auf die körperliche Leistungsfähigkeit aus, teilweise kamen zusätzliche Belastungen durch Komorbidität hinzu. Beschriebene Symptome wie schnelle Erschöpfung und länger erforderliche Erholungsphasen, kurze Gehstrecken, Atemnot, Schmerzen und eine insgesamt eingeschränkte Mobilität wurden wiederholt angeführt: *„Einmal die Eingeschränktheit, durch die Luft, Luftnot, die man hat. Und ja, man ist nicht mehr so mobil, wie man das eigentlich mal so erwartet oder wie man es kannte. Und, ja, ich habe den Umfang, den ich sonst so zu Hause oder im Alltag geleistet habe, körperlich, kriege ich so nicht mehr hin.“* (B 09: 19).

Je nach Schweregrad der Erkrankung und persönlicher Situation konnten die körperlichen Einschränkungen im Alltag mehr oder weniger spürbar sein. Bei einer wenig körperlich fordernden Alltagsgestaltung, konnte es vorkommen, dass die Betroffenen kaum an ihre körperlichen Grenzen stießen, allerdings war dies bei den Befragungen tatsächlich selten der Fall. Dagegen wurden bestimmte körperliche Beeinträchtigungen als qualitative Einschränkung des alltäglichen Lebens erachtet: *„Das Erste ist natürlich, dass, wenn man nicht richtig laufen kann, das Leben doch etwas beschwerlich ist, ...“* (B 12: 31).

Kategorie 2: Psychische Auswirkungen

Mehrere der befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden waren durch die Erkrankung verunsichert, teilweise ängstlich: *„...bin also auch untersucht worden und so und da wurde mir eigentlich erst mal klar, was mit mir los ist. Und das hat mir im ersten Moment schon Angst*

⁷ B 12: 30 = Befragte / Befragter 12: Zeile 30 (des Interviewtranskriptes)

gemacht...“ (B 11: 25) bzw. an anderer Stelle: „... das geht ja auch, angefangen von Angst, ins Bett zu gehen, weil da hast du deinen Herzinfarkt gehabt.“ (B 17: 401).

Die eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit führte bei einigen Befragten zu einem verminderten Selbstwertgefühl, da sie ihren gesellschaftlichen Beitrag nicht mehr wie zuvor leisten konnten. Dadurch fehlte die eigene sowie die Anerkennung anderer oder es wurden diese nicht ausreichend wahrgenommen. Eine befragte Person schilderte ihre soziale Scham wegen fehlender gesellschaftlicher Leistungserbringung, die gleichzeitig einherging mit dem starken Willen, das vorherige Leistungsvermögen wieder zu erreichen: *„Also noch länger zu Hause sitzen, nee, vor allen Dingen, weil man... man weiß ja, so ist man ja kerngesund, wenn man durchs Dorf laufen tut, die Leute gucken einen an, bist du immer noch krank geschrieben, was hast du denn? Das ist das ja. ... Vor allem, wenn man dann sagt, krankgeschrieben, dann gucken sie einen an.“ (B 06: 1162).*

Hinzu kam in manchem Fall ein Beschämtsein darüber, die Gesundheit selbst ruiniert zu haben: *„Für mich war aber schon klar, dass das auch mit dem Rauchen zusammenhängt, ja, und dann halt aber Scham, ich weiß nicht, ich bin da dann auch so, dass, wenn man sich die Gesundheit selber ruiniert, dann habe ich eine gewisse Hemmschwelle dann, damit zum Doktor zu gehen, weil ich dann ein schlechtes Gewissen habe.“ (B 15: 75).*

Krankschreibung und Defizite im Alltagshandeln konnten einen Verlust des Lebenssinns bewirken, da Berufstätigkeit und Leistungsfähigkeit bei den meisten Befragten einen bedeutenden Lebensinhalt darstellten. Das Fehlen von Arbeit und Beschäftigung ließ ein Gefühl des Alt- und Unnütz-Seins entstehen. Es wurden kaum positive Aspekte bezüglich der verbliebenen Möglichkeiten oder beispielsweise der gewonnenen Freizeit benannt: *„... ich war ja früher nie krank gewesen, außer wo ich damals den Unfall hatte, sonst war ich ja nie krank immer, kenne ich ja normalerweise gar nicht, und jetzt hängt man rum, so sinnlos.“ (B 06: 78).* Es fehlte offenbar an Aufgaben und Kontakten zum sozialen Umfeld: *„Aber jeden Tag zu Hause sitzen, ist nicht, also das wird nicht gut. Und das geht, glaube ich, auch keinen Menschen dabei gut.“ (B 09: 167).* Dies konnte bis zur inneren Aufgabe führen, insbesondere bei einer schlechten medizinischen Prognose oder der Unfähigkeit, den Beruf weiterhin ausüben zu können: *„... ich habe noch nie so aufgegeben.“ (B 09: 162).*

Einige Befragte berichteten von einem stetigen Grübeln und schlaflosen Nächten, auf der Suche nach Lösungen: *„... man hat aber eben gegrübelt. Mit so einem Ding da.“ (B 03: 179).*

Kategorie 3: Soziale Auswirkungen

Mehrheitlich zog die Erkrankung Schwierigkeiten im Berufsleben nach sich (39 [Nennungen]/9 [Personen]), besonders gravierend, wenn die Arbeitsanforderungen nicht mehr erfüllbar waren. Trotz unterschiedlicher Befragungszeitpunkte waren alle Personen zum Interviewtermin arbeitsunfähig, zu Beginn der Rehabilitation bereits seit durchschnittlich 14,7 Wochen (SD =

55,4). Befragte mit einem körperlich anstrengenden Beruf waren aus sozialmedizinischen Gründen für einen längeren Zeitraum oder schlimmstenfalls grundsätzlich nicht mehr in der Lage, ihre Berufstätigkeit oder bestimmte Bereiche ihrer Tätigkeit auszuüben: *„Also, die Berufe, die ich erlernt habe, sind definitiv nicht mehr ausführbar für mich. Was ich jetzt machen kann, weiß ich gar nicht so genau, ehrlich gesagt.“* (B 09: 86).

Eine unsichere berufliche Perspektive mit Unklarheiten hinsichtlich der Erfüllbarkeit von Anforderungen am aktuellen Arbeitsplatz, des möglichen Wiedereinstieges oder der grundsätzlichen Ausübbarkeit des Berufes zeigte sich bei acht Personen (16/8). Zum Zeitpunkt der medizinischen Rehabilitation lagen bei ihnen noch keine konkreten Vorstellungen zur Neuorientierung vor: *„... weil ich auch nicht wüsste, was ich umschulen soll. Wenn ich nichts mehr heben darf, wo soll man denn da noch hin?“* (B 03: 402). Bei selbständiger Tätigkeit konnte den Betroffenen damit die komplette Lebensgrundlage entzogen werden, wobei erschwerend hinzukam, wenn die finanzielle Absicherung während der Erkrankung ungeklärt waren: *„Der Punkt ist erreicht, wenn ich (...) keinen Meter, nichts gefahren habe, kein Geld reingekommen ist, da ist dann schon Ebbe drin.“* (B 04: 24).

Wurde eine Tätigkeit mit leichtem körperlichen Anforderungsprofil ausgeübt, nahm die Krankheit entsprechend weniger Einfluss auf diese und konnte nach Krankschreibung meist wieder aufgenommen werden: *„Beruflich bin ich gar nicht mal so sehr eingeschränkt, weil ich sowieso eine Bürotätigkeit mache, also sowieso mehr im Sitzen arbeite und ich muss nicht lange laufen.“* (B 15: 22).

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Befragung dem Status nach arbeitsunfähig, die meisten über einen längeren Zeitraum von mehreren Wochen, einige auch vorher bereits mehrfach. Aus den beruflichen Einschränkungen resultierten aufgrund der niedrigeren Höhe von Lohnersatzleistungen in einigen Fällen erhebliche finanzielle Schwierigkeiten, die zu einer Verringerung des Lebensstandards führten (13/5). Ein Befragter mit selbständiger Tätigkeit fürchtete gar um seine Lebensgrundlage und war während der Arbeitsunfähigkeitszeit nicht finanziell abgesichert: *„Wir haben, sagen wir mal, uns beide das mal gegenseitig vor Augen geführt, dass es nicht mehr weitergeht. Das Finanzielle und auch gesundheitlich.“* (B 04: 299). In einem anderen Fall entstanden Schulden, weil Rechnungen nicht bezahlt werden konnten: *„Also ich hab nicht nur null, sondern ich fahr im Moment wieder Minus, weil mir einfach jeden Monat 350, 400 Euro wegbrechen.“* (B 16: 267).

Bei allen Interviewten waren Regelungen mit verschiedenen Behörden wie Krankenkassen, Arbeitsämtern oder Rentenversicherungsträgern erforderlich. Hierbei wurden die Beantragung und Durchsetzung sozialer Leistungen bzw. Rechte von einigen als zusätzlicher Stressor wahrgenommen (11/4): *„Das ist wirklich ein Ärgernis für mich, (...) die Leute, die da eigentlich helfen müssten, wie die Krankenkasse z. B., hat mir in (...) meiner Situation überhaupt nicht geholfen. Da habe ich wirklich Pech gehabt. Also, das fängt beim Krankentagegeld an...“* (B

12: 500) bzw.: „*das ist auch Stress. Also, dieses Ewige mit der Krankenkasse und mit dem Arbeitsamt.*“ (B 11: 218).

Weiterhin berichteten 14 Befragte von Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung (47/14), insbesondere Freizeitaktivitäten und Hausarbeiten waren aufgrund der eingeschränkten Mobilität mühevoll oder unmöglich (18/10). Die Spannweite war dabei groß, z. T. konnten die Aufgaben des täglichen Lebens vorübergehend fast gar nicht übernommen werden: „...*das fängt beim Wäsche aufhängen an (...) und hört bei irgendwelchen anderen Kleinigkeiten auf. Also ich hab mich da, was das angeht, ziemlich zurück genommen. Weil, wie gesagt, nachdem dann nun das zweite Mal korrigiert werden musste, ja dann hab ich gesagt, dann machst du eben gar nichts mehr, du hast ja vorher schon nichts gemacht, dann machst du eben gar nichts mehr.*“ (B 14: 114). Die meisten Äußerungen zeigten Einschränkungen bei Aktivitäten mit körperlicher Anstrengung auf, wie Gartenarbeit, handwerkliche Tätigkeiten und schweres Heben oder Tragen. Die Verrichtungen mussten langsamer ausgeführt werden, teilweise unter Schmerzen und immer in Beachtung körperlicher Anzeichen von Überlastung: „*Einkaufen, Treppen steigen, Schweine ausmisten. Solche Sachen, also Rasen mähen, längere Zeit mal eine Stunde mit dem Rasenmäher durchgehen und laufen, ist gar nicht drin.*“ (B 09: 26). Ebenso bei Freizeitaktivitäten wurde dies durch schnellere Erschöpfung bis zur notwendigen Einstellung der bisherigen Unternehmungen und Interessenwahrnehmungen spürbar. Vereinzelt wurden Einschränkungen bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte angeführt: „*Und natürlich kann ich auch nicht mehr alle Kontakte persönlich aufrechterhalten. Also man kann zwar viel telefonieren und kann schreiben oder sonst was, aber ich habe, wenn ich meine künstlerische Ader auslebe, dann mach ich das eigentlich nur noch mit meiner Schwester.*“ (B 12: 258). Teilweise konnten die Betroffenen an Treffen oder Familienfeiern nicht teilnehmen: „*Wie gesagt, wie jetzt das letzte viertel Jahr, haben wir kaum Kontakt gehabt...*“ (B 03: 929).

Alle beschriebenen Auswirkungen und Veränderungen blieben verständlicherweise nicht ohne Folgen für die weiteren Familienmitglieder. Oft wurde die praktische Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags von den nächsten Angehörigen übernommen, an erster Stelle von den Lebenspartnerinnen und -partnern. Auch die unklare Berufssituation sowie die reduzierten finanziellen Mittel der Erkrankten nahmen Einfluss auf die gesamte Situation der Familie, auch eine berufliche Veränderung der Partnerin oder des Partners konnte damit verbunden sein: „...*meine Frau ist Hausfrau, seit 20 Jahren. Ich bin seit 20 Jahren selbstständig. Ich mache das Geschäft schon seit 20 Jahren und da haben wir uns dann immer so geeinigt, dass sie mir den Rücken freihält, die Kinder übernimmt, die Buchhaltung mitmacht und ich das Geld ranhole. So, jetzt sitzt die aber auch da.*“ (B 04: 88).

Bei vorheriger Arbeitsteilung im Haushalt wurden nun erhöhte Anforderungen an die Angehörigen, insbesondere an die Partner, gestellt. Gemeinsame Aktivitäten in der Freizeit waren

reduziert, andere Familienthemen traten in den Hintergrund. Zudem fühlten sich auch nahe-stehende Menschen betroffen, verunsichert und beängstigt: „... *sie hat natürlich auch unwahr-scheinlich Angst. Sie versucht stark zu sein, aber sie hat natürlich im Moment total Angst, dass mir was Schlimmeres noch passiert.*“ (B 16: 167).

3.3.2 Bewältigung der Erkrankung „Das Beste draus machen.“ (B 05: 316)

Die Krankheitsbewältigung wurde mit 41,9 % der Aussagen am häufigsten thematisiert, darauf lag der Fokus des Interviewleitfadens. Insbesondere die physischen Aspekte spielten hierbei eine große Rolle (69,2 %).

Kategorie 4: Bewältigung körperlicher Auswirkungen

Im Vordergrund stand die Verbesserung des Gesundheitszustands, auch um die Anforderun-gen in Beruf und Alltag wieder erfüllen zu können. Körperliche Aktivität im Alltag, gesunde Ernährung, Gewichtsreduktion und Rauchentwöhnung wiesen für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine hohe Relevanz auf (90/16). Die meisten Befragten gaben an, ihre Ge-wohnheiten hin zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten ändern zu wollen oder dies be-reits getan zu haben, z. B. mehr körperliche Aktivität in den Alltag zu integrieren: „... *ich fahre ja fast jeden Tag, also zweiten Tag mindestens, die zwanzig Minuten mit dem Ergometer...*“ (B 01: 45), die Ernährungsweise umzustellen: „*Ich trinke nur Wasser, ich meine, ich trinke auch Alkohol, aber kein Bier und keine süßen Sachen, so, wie Cola oder andere Sachen. Nur Was-ser. Ich hätte auch früher nie gedacht, dass mir das schmeckt.*“ (B 08: 521) oder mit dem Rauchen aufzuhören: „... *ich hab leidenschaftlich gerne geraucht, gebe ich ehrlich zu, wirklich, leidenschaftlich gerne und jetzt gar nicht mehr...*“ (B 06: 348). Es lagen viele Ideen vor, um das angeeignete Wissen im konkreten Alltag umzusetzen: „... *wenn wir dann zur Schwiegermutter fahren, die fünf Kilometer, nehmen wir mal das Rad.*“ (B 03: 717) oder: „*Ich hab ja jetzt Stöcker. Aber ich muss die bald mal einweihen.*“ (B 05: 221).

Erkenntnisse und viele gute Absichten lagen umfänglich vor und wurden u. a. im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erworben: „... *andererseits gab es natürlich auch während der Reha sowohl Ernährungsberatung, als auch Bewegungsberatung und das habe ich natürlich schon verstanden und denke auch, dass ich es entsprechend umsetzen werde.*“ (B 13: 197). Jedoch standen der Umsetzung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils verschiedene in-neren und äußere Barrieren, wie fehlender Eigenantrieb, weitere Erkrankungen, fehlende An-gebote oder auch schlechtes Wetter, entgegen. Die höchste Anzahl der Nennungen in der Kategorie 4 betraf Erklärungen zu den Schwierigkeiten und Hindernissen eines förderlichen

Gesundheitsverhaltens (87/15). Mehrfach wurde der „innere Schweinehund“ erwähnt: *„Zur Zeit ist der innere Schweinehund dann noch, der da überwunden werden muss.“* (B 01: 268), *„... der Schweinehund, der lauert hinter jeder Ecke und jeder Tür...“* (B 08: 283) und: *„ ... der innere Schweinehund ist ja auch da ...“* (B 06: 742). Aktivitäten im Freien waren wetterabhängig und dadurch nicht jederzeit durchführbar: *„... ich könnte mich ja jetzt auch schick und warm und trocken anziehen, aber bei Regen und bei Schnee, jetzt gerade im Winter, ist es - glaube ich - nicht so prickelnd, mit dem Fahrrad irgendwo unterwegs zu sein.“* (B 08: 188). Das soziale Umfeld stellte einen wichtigen Faktor dar, um förderliches Gesundheitsverhalten durchzuhalten, konnte dabei aber auch negativen Einfluss ausüben, z. B. rauchende Kolleginnen und Kollegen: *„mit den Kollegen, die sagen „Komm, rauche mal eine“ und ach, na ja, und kriegt man wieder eine angeboten und na ja, und denn quatscht man auch ein bisschen und...“* (B 07: 630). Für einige Berufsgruppen schien es kaum möglich zu sein, regelmäßige körperliche Aktivität und gesunde Ernährung mit dem Berufsalltag in Einklang zu bringen: *„Solange man krank ist, mag das gehen. Aber mit der Arbeit nachher funktioniert das nicht mehr.“* (B 01: 215). Einigen Aussagen zufolge war den Befragten durchaus bewusst, dass ihre körperliche Aktivität vordergründig Eigeninitiative und den Willen dazu erforderten, an dem allerdings auch Zweifel gehegt wurden: *„Also wie gesagt, ich hab schon relativ starken Willen, aber ob jetzt Ergometer fahren das ist, was mir Spaß macht, weiß ich nicht.“* (B 13: 290). An einige Einschränkungen im Alltag hatten sich die Betroffenen bereits gewöhnt und ihren Alltag dementsprechend angepasst, sodass weitere Veränderungen nicht als erforderlich betrachtet wurden: *„wenn man weiß, dass man bestimmte Sachen nicht machen kann oder nicht weiter gehen kann, dann plane ich mir... dann plane ich solche Sachen erst gar nicht.“* (B 15: 167).

Kategorie 5: Bewältigung psychischer Auswirkungen

Um die krankheitsbedingten psychischen Stressoren zu bewältigen, wurden von den befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterschiedliche Strategien eingesetzt (52/14). An erster Stelle waren hier eine zuversichtliche Grundhaltung (9/5) sowie Formen positiver Verdrängung und Umdeutung zu nennen (11/6), ein psychologischer Abwehrmechanismus, durch den Bedrohliches ausgeschlossen wird. Mehrfach erschien die Redewendung „das Beste draus machen“, hier zumeist als positives Denken einzuordnen: *„... aber ich bin so jemand, den man ein Stehaufmännchen nennt, das heißt also, ich schiebe vieles beiseite und akzeptiere das dann einfach so, wie es ist und versuche eben mit Hilfe von Ärzten, Medikamenten etc. das Beste daraus zu machen.“* (B 11: 26).

Gespräche über die Erkrankung und daraus resultierende Probleme wurden als emotional stützend wahrgenommen, ausschließlich jedoch mit vertrauten Menschen geführt (19/11): *„Und da bin ich zufrieden, dass man solche Freunde hat, wo man da wieder was los wird.“* (B

05: 363). Die dabei empfundene fürsorgliche Anteilnahme (15/7), wie auch Zuspruch, Zugehörigkeitsbewusstsein, Beruhigung und Ermutigung wurden als motivationale Aspekte zur Wiedergewinnung des seelischen Gleichgewichts benannt (13/8): *„Es war schon entlastend. Weil, es war ja immer eine positive Aussage. Hast du gut überstanden, kuriere dich aus, so dass man also auch immer das Gefühl hatte, das ist ehrlich gemeint...“* (B 01: 388).

Demgegenüber wurden Gespräche und gemeinsame Aktivitäten ebenso als positiv empfunden, wenn sie andere Themen als die Erkrankung beinhalteten und somit Ablenkung und Erholung von den belastenden Ereignissen boten: *„Andere mögen das vielleicht gerne machen und dann wird es immer laut und dann sind sie alle so verbittert und das kann ich ja nicht gebrauchen. Ich will auch mal lachen...“* (B 09: 304). Wiederholt äußerten die Betroffenen, ihre entstandenen Schwierigkeiten und Probleme allein bewältigen zu wollen, nicht darüber reden und nicht auf Hilfe angewiesen sein zu möchten: *„Das geht ja keinen anderen was an, ich muss damit selber klar kommen und nicht andere mir helfen, damit klar zu kommen.“* (B 06: 978).

An welchem Punkt der inneren Verarbeitung die Befragten standen, hing u. a. vom Verlauf der Erkrankung ab. Patientinnen und Patienten, die bereits seit einigen Jahren in Behandlung waren, beschäftigten sich seit längerer Zeit mit Fragen des eingeschränkten Alltags und hatten oftmals schon Formen der emotionalen wie lebenspraktischen Bewältigung gefunden. Erfolgten Diagnosestellung und Erstbehandlung erst in jüngerer Vergangenheit, war der Schock über die z. T. lebensbedrohliche Erfahrung noch nicht überwunden und Lösungen für die veränderte Lebenssituation zum Zeitpunkt der Befragung nicht erarbeitet: *„Ja, und ich habe damit auch nie gerechnet, dass es mich so entschärfen tut. Vor allem, weil man vorher nichts gemerkt hat, das ist ja das Schlimme.“* (B 06: 1112) oder: *„Es war dann von Beinamputation die Rede und ich habe, also, sag ich mal, also psychisch habe ich erstmal einen richtigen Knacks gekriegt. Also, ich war total fix und fertig.“* (B 12: 62). Wie die Verarbeitung vollzogen wurde, unterschied sich ebenso wie andere Verhaltensmuster und Handlungsstrategien voneinander und wurde in den Interviews mit verschiedenartigen Äußerungen abgebildet, beispielsweise durch bewusstes Verdrängen kreisender Gedanken: *„Man darf sich ja auch gar nicht länger beschäftigen damit, warum ich, wieso ich?“* (B 08: 55) oder die Eigenmotivation aktivierende Denkvorgänge: *„... und dass man auch was leisten will usw., das ist ja ganz wichtig und auch eine gewisse Bestätigung für sich findet und sucht, sucht und findet.“* (B 12: 210).

Kategorie 6: Bewältigung sozialer Auswirkungen

Im Vordergrund bei der Bewältigung sozialer Probleme standen die beruflichen Aspekte (44/13), dies betraf mit 39,5 % der Aussagen vor allem Patientinnen und Patienten mit einer unklaren beruflichen Perspektive. Sicherheit vermittelten den Betroffenen hierbei Strategien der innerbetrieblichen Lösungen, wie eine Umverteilung von Arbeitsaufgaben im Kollegium

oder eine Umsetzung: *„Na, ich hatte jetzt, also vorige Woche, hatte ich Besuch gehabt, von meinem Vorarbeiter und der hat gesagt, drei Stellen weiß er schon, wo er mich einsetzen tut und so.“* (B 06: 121). Die Mehrheit der Befragten hielt Kontakt zu Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bzw. Vorgesetzteninnen und Vorgesetzten (9/6), sodass Fragen zum weiteren Verlauf der Krankschreibung und des möglichen Arbeitseinsatzes geklärt wurden: *„Da haben wir also schon mal telefonischen Kontakt gehabt, sozusagen, mit meinem Chef. Der hat gesagt, auf jeden Fall würde er dafür plädieren, diese Hamburger Modell Geschichte in Angriff zu nehmen, dann, wenn es soweit ist.“* (B 14: 56). In einigen Fällen stellte die stufenweise Wiedereingliederung, mit einer allmählichen Gewöhnung an die beruflichen Anforderungen, die günstigste Form des Einstiegs dar und wurde entsprechend mit allen Beteiligten (Arzt, Arbeitgeber, Kostenträger) geplant (5/4). Es kam jedoch auch vor, dass eine stufenweise Wiedereingliederung betriebsintern geplant wurde, ohne Finanzierung durch externe Kostenträger, indem z. B. Urlaubstage aufgeteilt oder Überstunden ausgeglichen wurden. Einerseits befand sich die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter damit nicht mehr im Status der Arbeitsunfähigkeit und hatte zudem keine weiteren finanziellen Verluste: *„Deshalb machen wir das alles individuell ohne Hamburger Modell, das ist halt alles machbar (...), dass wir dann erst mal ruhig anfangen und das langsam steigern.“* (B 15: 686).

Eine berufliche Neuorientierung zogen drei der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Erwägung (4/3) und das Bedürfnis, schnell wieder selbständig im Alltag zu stehen, wurde von vier Personen als besonders wichtig formuliert und als aktivierend verstanden (6/4): *„... aber sonst versuche ich das auch, alles selber zu machen. (...) An sich ist es ja auch richtig, so, der Mensch muss ja gucken, dass er auch klarkommt, alleine.“* (B 06: 637, 1093).

3.3.3 Formen der Sozialen Unterstützung

„Gott sei Dank, dass ich nicht alleine bin, dass da jemand ist, der mir hilft.“ (B 14: 137) vs. *„ich muss damit selber klarkommen und nicht andere mir helfen, damit klar zu kommen.“* (B 06: 978)

Insgesamt 26,3 % der Aussagen bezogen sich auf verschiedene Formen der Sozialen Unterstützung. Damit stellte diese Oberkategorie den kleinsten Anteil dar, obgleich hierauf der Fokus der Befragung lag. Auffällig war zudem, dass einige der Befragten Hilfeleistungen aus dem Umfeld nicht annahmen, sondern ihre Probleme eigenständig bewältigen wollten. Der Unterstützungsbedarf wurde als Schwäche, als Beschränkung der gewohnten Selbständigkeit oder als Belästigung anderer angesehen: *„Ja, wenn das so ist, da bräuchte ich bloß die Nachbarn fragen, die würden mir dann schon helfen, also das ist kein Problem, aber das liegt mir nicht, also das will ich auch gar nicht so.“* (B 06: 1098). In einem Fall wurde deutlich formuliert, dass

Gespräche oder andere Formen der Unterstützung vorzugsweise von professionellen Stellen anstatt aus dem privaten Bereich gesucht wurden: *„Ich wüsste nicht, mit wem ich darüber jetzt... nee. Also, da würde ich lieber mehr fremde, professionelle Hilfe suchen.“* (B 11: 654). Demgegenüber zeigte sich ein weiterer Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden froh darüber, Hilfe zu erhalten bzw. erwarten zu können.

Kategorie 7: Soziale Unterstützung bezüglich der physischen Auswirkungen

Primär wurde Unterstützung des sozialen Umfelds wegen der körperlichen Einschränkungen erfahren (45,2 %), z. B. durch Übernahme lebenspraktischer Aufgaben, die sonst von den Betroffenen selbst erledigt wurden. Die Befragten erhielten direkte Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben wie Haus- und Gartenarbeiten, Einkäufen und Fahrten zum Arzt (25/11). An erster Stelle wurden diese Tätigkeiten von den Lebenspartnerinnen und -partnern sowie den weiteren Familienmitgliedern und engen Freundinnen und Freunden übernommen: *„Ja nun haben sie mir ja auch alles zu Hause abgenommen. (...) Ach, mein Bruder, ihre Brüder, Schwiegermutter, Freunde.“* (B2: 59, 91).

Fast alle Befragten wurden bei der Umsetzung positiven Gesundheitsverhaltens unterstützt (50/16), v. a. durch eine gemeinsame Ernährungsumstellung oder gemeinsame sportliche Aktivitäten und Freizeitunternehmungen (32/12): *„Wir haben natürlich schon eine gewisse Zeit, meine Frau und ich, uns sehr stark in der Ernährung umgestellt, was dann eben auch herbeiging, mit starkem Gewichtsverlust.“* (B 08: 161) oder: *„Wenn ich wieder komme, da wird nicht Abendbrot oder Mittag gegessen und dann auf die Couch oder was, da wird sich bewegt! Und das haben wir jetzt eigentlich auch ein bisschen in Angriff genommen.“* (B 05: 232).

Als Hauptmotivation für diesen Beistand wurde die Fürsorge hinsichtlich der gesundheitlichen Lage des erkrankten Familienmitglieds betrachtet. Die Betroffenen führten eine hohe Aufmerksamkeit gegenüber ihrer Belastbarkeit seitens der Angehörigen an, teilweise auch auf Seiten von Kolleginnen und Kollegen oder behandelnden Medizinerinnen und Medizinern: *„Na ja, also, ich sag mal so, da ist sie schon diejenige, die aufpasst. Sie merkt ja dann, wenn ich sage, oh, pahh, ich fange ja da so leicht an zu pumpen oder zu stöhnen und sagen, Mensch, du..., dann brüllt sie schon: Pause!“* (B 01: 152) oder: *„Und ich kriege ja immer, unter Androhung jeglicher Strafen, untersagt, was zu tun. Dann so, du machst das nicht, du lässt das sein. Dann mache ich das halt nicht.“* (B 14: 130). In diesen Aussagen spiegelte sich eine gewisse soziale Kontrolle wider, die sich in festen Partnerschaften häufig beobachten lässt [129]. Jedoch wirkte die soziale Kontrolle, die in den Befragungen zu einem gesundheitsförderlichen Handeln animierte und als fürsorglich erlebt wurde, ebenfalls unterstützend (7/4).

Neben der tatsächlich erhaltenen Hilfe wurde außerdem die Sicherheit angesprochen, bei Bedarf Unterstützung und weitere Entlastung in Anspruch nehmen zu können: *„Wenn ich der (Tochter) sagen würde, komm mal hier her, hilf mir mal, und ich habe das und das, dann: Sag*

Bescheid Mutti, ich komme, und das tun sie auf jeden Fall.“ (B 05: 341) und weiter: *„Wichtig ist ja nur, wenn man wirklich mal nicht kann, dass man dann irgendwie wüsste, okay, da ist jemand. Aber das machen sie ja.“* (B 06: 1094).

Kategorie 8: Soziale Unterstützung bezüglich der psychischen Auswirkungen

Hinsichtlich der emotionalen Bewältigung wurde eine deutlich wahrgenommene Anteilnahme der Familienangehörigen, Freundinnen und Freunde oder Kolleginnen und Kollegen geäußert: *„Es waren eben halt alle auch besorgt und ich hab halt regelmäßig Besuche bekommen und Anrufe und kriege sie auch heute noch, wo es dann halt um mein Wohlergehen geht (...).“* (B 12: 446) und: *„Dass Interesse da ist, Aufmerksamkeit, so ein bisschen Mitgefühl, (...) das tat mir gut. Oder tut mir gut.“* (B 14: 196, 204). Die Gespräche wurden als Entlastung oder Motivation wahrgenommen, wenn sie offen und locker geführt wurden: *„Es war schon entlastend. Weil, es war ja immer eine positive Aussage. Hast du gut überstanden, kuriere dich aus, so dass man also auch immer das Gefühl hatte, das ist ehrlich gemeint und die (Kollegen) warten also erstmal, bis du gesund bist, bevor irgendwelche Sachen... und das war eigentlich schon das Entscheidende.“* (B 01: 388).

Kategorie 9: Soziale Unterstützung bezüglich der sozialen Auswirkungen

Der höchste Anteil an Unterstützung zur Lösung sozialer Probleme wurde in Form von Beratung und sachbezogener Information geleistet (17/7), z. B. zur Qualität von Ärztinnen und Ärzten, sozialrechtlichen Ansprüchen oder beruflichen Möglichkeiten, in einem Fall auch als finanzielle Hilfe: *„...die (Schwester) ist ja beim Rat der Stadt und hat dort diese Sache, die Bearbeitung für die Anträge von Versorgungsamt (...) Und sie hat also mich dann auf bestimmte Sachen hingewiesen, was ich beachten soll.“* (B 01: 363).

An zweiter Stelle stand die Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung durch Kontakte zu Vorgesetzten sowie zu Kolleginnen und Kollegen, Arbeitgebergespräche zu innerbetrieblichen Lösungen oder stufenweiser Wiedereingliederung und feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im Betrieb (13/6). Dabei wurde positiv erwähnt, wenn Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Druckausübung vermieden: *„Also, das war jetzt von der Arbeitgeberseite her eigentlich völlig entspannt. Also, das könnte ich mir gar nicht besser vorstellen.“* (B 13: 516). Allerdings ist anzumerken, dass diese Kontakte bei denjenigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden weithin fehlten, deren berufliche Perspektive zum Befragungszeitpunkt noch ungeklärt war. Wie die Abbildung 4 zeigt, gaben lediglich zwei der betreffenden acht Personen an (B 5 und B 12), von Personen aus dem Arbeitsfeld unterstützt zu werden.

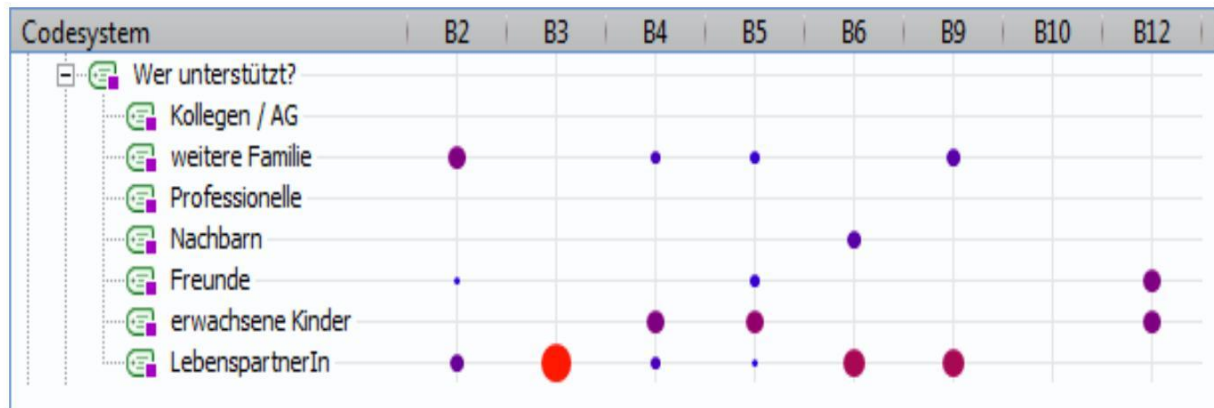


Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung der Aussagen zu unterstützenden Personen bei acht ausgewählten Befragten (B2, B3, B4, B5, B6, B9, B10, B12) mit unklarer beruflicher Perspektive (grafische Darstellung der Auswertungs-Software MAXQDA; je größer der Punkt, desto häufiger die Aussagen)

Es zeigte sich, dass niemand aus dieser Teilgruppe der Befragten professionelle Hilfe in Anspruch nahm, die meiste Unterstützung wurde von den Lebenspartnerinnen und -partnern erhalten. Diese Beobachtung ließ darauf schließen, dass bei dieser Personengruppe außerhalb der Rehabilitationseinrichtung keine professionelle berufsorientierte Beratung stattfand, obwohl der Bedarf hier möglicherweise am höchsten war.

Einige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichteten über die Inanspruchnahme sozialrechtlicher Leistungen wie Rente, Nachteilsausgleiche wegen Schwerbehinderung oder Kündigungsschutz (10/5).

Nach Diwald [125] kennzeichnet Soziale Unterstützung allein die Erwartbarkeit von Hilfeleistungen und wurde von den Befragten positiv erwähnt (8/6). Voraussetzung für eine solche Gewissheit über verfügbare soziale Unterstützung stellte ein dichtes soziales Netzwerk dar, mit entsprechend zuverlässigen und präsenten Kontakten. Von diesen Verbindungen und ihrer Bedeutsamkeit berichtete ein hoher Anteil der Befragten. Der Beschreibung sozialer Netzwerke und deren Einteilung in vier Bereiche nach Pantuček [130] folgend, wurden Aussagen zu allen Bereichen getroffen, eine Hierarchisierung war nicht feststellbar. Als besonders hilfreich im Fall von Krankheit stellte sich die örtliche Nähe zu stützenden Personen dar: „*Erstmal wohnen gleich... gegenüber wohnt ihr Neffe mit Freundin. Und wir haben auch so zu den anderen Nachbarn Kontakt. Also, da ist schon immer... jeder fragt... (...) ...die Familie von meiner Frau, die wohnt rings herum, dann ist auch gleich einer da, der anfragt*“ (B 17: 451, 463). Einem funktionierenden sozialen Umfeld wurde ein hoher Stellenwert beigemessen: „... *also, wenn ich nicht so eine starke und intakte Familie und Beziehung vor allem, hätte, dann wäre das Thema schon durch. (...) Ja mein, also mein bester Freund ist eigentlich einer, zu dem kann ich immer hinfahren, wenn irgendwas ist.*“ (B 16: 134, 587) bzw.: „*Das muss ich sagen, das ist ein soziales Netz, was wirklich gut klappt, ja. (...) Und das brauche ich. Ich brauche Leute um mich herum.*“ (B 11: 280, 515). Explizit wurden auch positive Beziehungen am Arbeitsplatz

und deren hohe Bedeutsamkeit erwähnt: „Also, mit den Arbeitskollegen, ja, das ist wichtig, dass wir auch über so was reden, weil man ja dann auch... da gibt man ja auch viel persönlich dann von sich. Das erzählt man nicht mit jedem Arbeitskollegen, aber wir sind so eine Truppe, da wo man sich dann auch... wo man sowieso auch mal über privat Dinge spricht. Und das ist halt wichtig, deswegen freue ich mich, dass ich da jetzt unbefristet bin, weil das für mich... das ist so, wie eine zweite Familie.“ (B 15: 571). Innerhalb der Gruppe der Befragten wurden dagegen insgesamt wenige Beziehungen zu professionellen Helferinnen und Helfern dem näheren sozialen Umfeld zugeordnet, ausschließlich langjährig bestehende Kontakte wie zu Hausärztinnen und -ärzten.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass die befragten Personen vielfältige Soziale Unterstützung erhielten und größtenteils von einem hilfreichen Umfeld berichteten. Die Hilfen wurden jedoch in erster Linie wegen der körperlichen Einschränkungen gewährt, als direkte praktische Hilfen zur Alltagsbewältigung oder als Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens. Abbildung 5 stellt die verschiedenen Formen der Unterstützung dar, welche die bereits angeführten acht Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer unklaren beruflichen Perspektive erhielten. Berufsbezogene Hilfen wurden dabei nicht erwähnt.

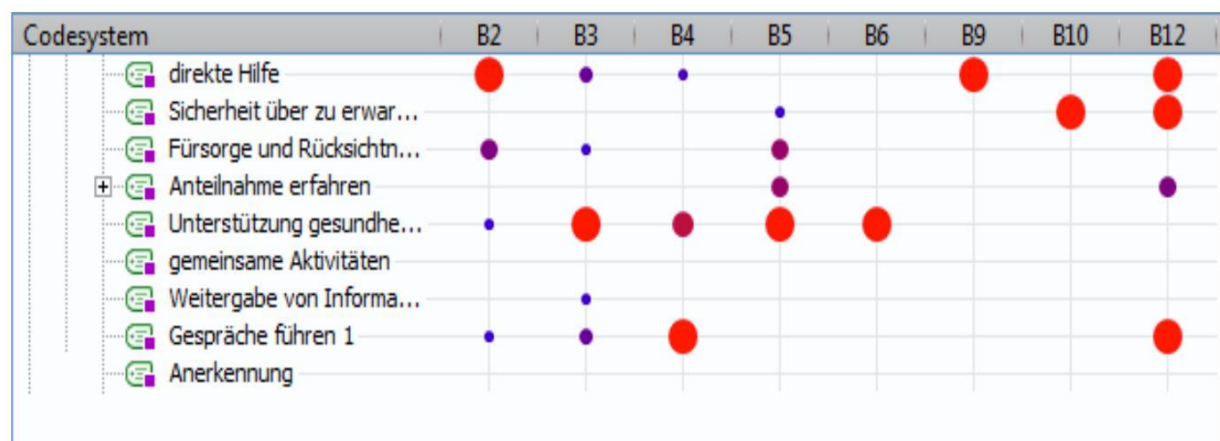


Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Aussagen zu den Formen der Unterstützung bei 8 ausgewählten Befragten (B2, B3, B4, B5, B6, B9, B10, B12) mit unklarer beruflicher Perspektive

Neben den detaillierten inhaltlichen Beschreibungen interessierten jedoch ferner die Strukturen der sozialen Netzwerke, innerhalb derer die befragten Personen agierten. Informationen hierzu sind für Interventionen der Sozialen Arbeit ebenso bedeutsam wie für ihre Klientel, denn sie decken auf, welche personalen Ressourcen zur Verfügung stehen und welche Strategien sich daraus ableiten lassen. Aus diesem Grund wurden in der Befragung gleichfalls die Netzwerke analysiert.

3.3.4 Analyse der Netzwerkkarten

Um differenzierte und vergleichbare Angaben über Familien-, Wohn-, Arbeits-, Finanz- und Krankheitssituationen sowie soziale Bindungen zu erhalten, wurden die Interviews durch die Erstellung sozialer Netzwerkkarten nach Pantuček [130] ergänzt. Mittels der Netzwerkkarten als Instrument der Sozialen Diagnostik wurde die soziale Integration visualisiert, indem bedeutsame Beziehungen aus vier Lebensbereichen (Familie, Freunde/Bekannte, Beruf und professionelle Beziehungen) grafisch dargestellt wurden. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden füllten die Netzwerkkarten unter Anleitung aus, dabei standen sie selbst als sogenannte Ankerpersonen im Zentrum der Grafik. Personen des sozialen Umfelds wurden als Punkte in vier Sektoren der Lebensbereiche eingetragen, wobei die Intensität der Beziehung den Abstand zur Ankerperson bestimmte. Durch Verbindungen der eingetragenen Punkte von Personen, die miteinander Kontakt hatten, entstand eine Netzwerkgrafik, die neben der Visualisierung auch die Ermittlung einer Maßzahl für die Netzwerkdichte ermöglichte. Mit Hilfe des Dichtemaßes lässt sich die Funktionalität eines Netzwerks im Hinblick auf seine Zentrierung und die verfügbaren Interaktionskanäle beurteilen [131]. Es drückt das Verhältnis der möglichen zu den realisierten Kontaktpaaren aus und liegt zwischen 0,00 und 1,00 ($\leq 0,3$ =geringe, $>0,3 - <0,7$ =mittlere, $\geq 0,7$ =hohe Dichte) [130].

Die skizzierten Netzwerkkarten der befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zeigten eine erhebliche Variation der Anzahl und Verteilung der Kontakte, wobei der engste Kreis bei allen Personen aus den überwiegend sehr gut miteinander vernetzten Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern, den (erwachsenen) Kindern und den Eltern bestand (Abb. 6). Weniger enge Beziehungen in unterschiedlicher Anzahl und Intensität bestanden zu weiteren Familienmitgliedern sowie Kolleginnen und Kollegen. Als professionelle Verbindung war meist nur die Hausärztin oder der Hausarzt angegeben. Insgesamt lagen die Werte für die Netzwerkdichten der Patientinnen und Patienten im unteren Bereich ($0,2 \pm 0,1$). Dennoch wiesen die zusätzlich erfragten Angaben zur Familiensituation daraufhin, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, einschließlich zwei allein lebender Personen, als gut im Familien- und Freundeskreis eingebunden wahrnahmen. Dieses Erleben lässt sich darauf zurückführen, dass in den meisten Netzwerken der engste Kontaktkreis sehr gut untereinander vernetzt war, wie dies auch im Fallbeispiel A der Abbildung erkennbar ist:

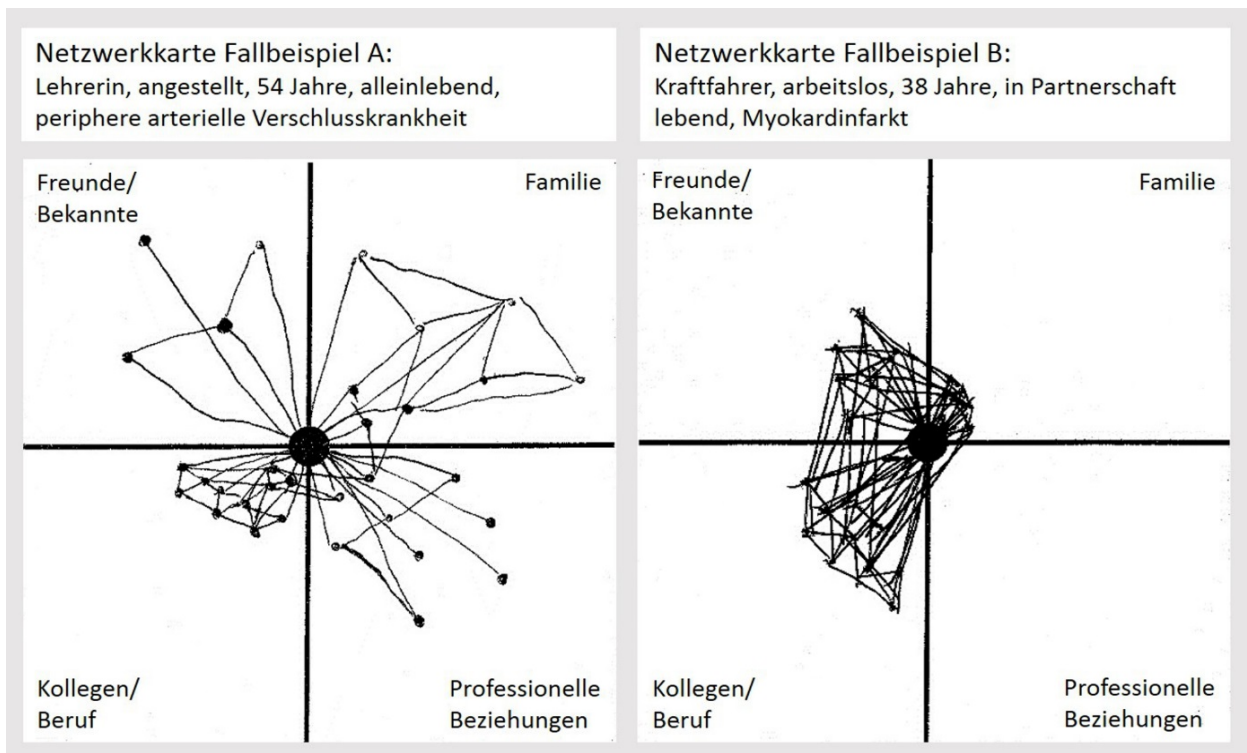


Abbildung 6: Beispielhafte Darstellung in der Studie erstellter sozialer Netzwerkkarten: Im Zentrum befindet sich die befragte Person, die Kontakte unterschiedlicher Intensität in verschiedenen Lebensbereichen hält (Fallbeispiel A: niedrige Netzwerkdichte [0,08], Fallbeispiel B: mittlere Netzwerkdichte [0,31])

Das Fallbeispiel B wies die höchste Netzwerkdichte für die befragten Personen auf, die hohe Anzahl an Verbindungen zwischen den einzelnen Kontakten ließ sich hier sehr gut erkennen. Trotz aktueller Arbeitslosigkeit schien ein enger Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen zu bestehen. Die ansonsten meist niedrigen Werte der Netzwerkdichten im Rahmen der Erhebung ergaben sich v. a. aus wenigen Querverbindungen zwischen den einzelnen Sektoren, da die Beziehungen der jeweiligen Lebensbereiche oftmals voneinander getrennt gelebt wurden. Die wichtigen Beziehungen wurden jedoch als zufriedenstellend erlebt, die Befragten erhielten soziale Anerkennung und ihr Gesprächs- und Kontaktbedarf wurde größtenteils gedeckt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die durchgeführten Interviews belegten einen subjektiven Fokus kardiologischer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen auf die Verbesserung ihrer physischen Parameter, insbesondere der körperlichen Leistungsfähigkeit, obgleich die Auswirkungen der Erkrankung hauptsächlich zu sozialen Faktoren thematisiert wurden. Das vielfach angesprochene Erleben sozialer Stressoren, überwiegend in Form krankheitsbedingter beruflicher Schwierigkeiten, führte bei den befragten Personen nicht in gleichem Maß zu

direkten Bewältigungs- und Unterstützungsschritten im sozialen Bereich.

Die körperlichen Einschränkungen bestimmten das Leben der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden während der medizinischen Rehabilitation und, je nach Schweregrad der Erkrankung, bis zu einigen Monaten im Anschluss. Die reduzierten Handlungsmöglichkeiten und die Begrenzung der Selbstbestimmung stellten bisweilen die Sinnhaftigkeit des Lebens in Frage. Konnten die Anforderungen des bisherigen Arbeitsplatzes oder des Berufsfeldes durch die Erkrankung nicht mehr erfüllt werden, sahen die Betroffenen häufig keine berufliche Perspektive für sich. Finanzielle Beschränkungen und die Erforderlichkeit zur Regelung behördlicher Angelegenheiten wurden als Belastungen empfunden.

Die Strategien zur Bewältigung zielten entsprechend auf die Verbesserung physischer Gesundheit, wobei der Umsetzung verschiedene Barrieren entgegenstanden. Durch Zuversicht, positive Umdeutung und das Führen von Gesprächen mit vertrauten Menschen versuchten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre psychische Stabilität wiederzuerlangen. Zur Klärung der beruflichen Wiedereingliederung wurden innerbetriebliche Lösungen bevorzugt angestrebt. Manche Personen legten großen Wert darauf, die aufgetretenen Schwierigkeiten allein und ohne Unterstützung zu lösen, wenn sie diese Form der Bewältigung bislang in ihrem Leben realisiert hatten.

Hilfeleistungen des sozialen Umfelds wurden vorwiegend durch die Übernahme lebenspraktischer Aufgaben angeboten und erbracht, an erster Stelle von Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erlebten Aufmerksamkeit und Anteilnahme, sie wurden bei der Realisierung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens unterstützt. Hinsichtlich der Lösung beruflicher oder finanzieller Probleme erhielten die Befragten vergleichsweise wenig Hilfe.

Limitationen:

Die Untersuchung trug einen explorativen Charakter mit dem Ziel, ein breites Spektrum subjektiv erfahrener Einflussfaktoren der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung kardiologischer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu beleuchten. Die Repräsentativität der Stichprobe ist aufgrund des kurzen Rekrutierungszeitraumes und des monozentrischen Designs eingeschränkt.

Trotz umsichtiger Interpretation des Auswertungsmaterials können Verzerrungen der Antworten vorliegen, möglicherweise durch die ungewohnte Befragungssituation, unterschiedliche Frageformulierungen, eine angenommene Erwartungshaltung der Interviewerin, verschiedene Intervieworte, aktuelle Befindlichkeiten, variierende kommunikative Fähigkeiten oder eine unterschiedliche Offenheit der Befragten. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird dadurch begrenzt. Zu vermuten bleibt außerdem, dass sich die Aussagen an vielen Stellen mischten und

Erleben vor, ebenso wie während der Krankheit geschildert wurde, z. B. zu gemeinsamen Aktivitäten oder zu Verhaltensweisen.

3.3.5 Diskussion

Das Erleben sozialer Stressoren, insbesondere beruflicher Schwierigkeiten, die durch eine Herzerkrankung hervorgerufen wurden, führte nicht gleichermaßen zu den erforderlichen Bewältigungs- und Unterstützungsschritten. Sowohl für die Rehabilitanden als auch für deren soziales Umfeld stand nicht das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung im Vordergrund, wie es die Deutsche Rentenversicherung vorsieht, sondern die Wiedererlangung ihrer Gesundheit. Dabei bezogen sich die Vorstellungen von Gesundheit auf das Körpergeschehen, während die psychische und, in noch höherem Maße, die soziale Dimension weniger Beachtung erhielten. Andere, auch positive Aspekte des Lebens, wurden dadurch weitgehend ausgeblendet, im Widerspruch zum Gesundheitskonzept der WHO, das die ganzheitliche Sichtweise hervorhebt: „Gesundheit steht für ein positives Lebenskonzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ [132]. Ausschlaggebend für Motivation und Handeln ist das subjektive Verständnis von Gesundheit und Krankheit, wie die Pflegewissenschaftlerin Katie Eriksson treffend formuliert: „Das, was der Mensch für Gesundheit hält, bestimmt die Richtung seines Strebens und Trachtens.“ [133]. Im Kontext der Exploration wurde der Fokus auf die Verbesserung der physischen Parameter gerichtet. Die Rückkehr in den Beruf wurde dementsprechend weniger häufig als Rehabilitationsziel benannt. Sie konnte nicht unmittelbar während der Reha-Maßnahme umgesetzt werden und trug daher als Zielsetzung einen untergeordneten, eher abstrakten Charakter.

Zudem wurde Berufstätigkeit als soziale Komponente nicht mit Gesundheit verknüpft, sondern als Stressfaktor angesehen. Fragen zur beruflichen Wiedereingliederung belasteten eher und wurden nicht in das subjektive Gesundheitskonzept einbezogen, obgleich sich positive Aspekte der Berufstätigkeit als gesundheitsförderliche Faktoren erweisen können. Denn Erwerbsarbeit sichert in der Regel den Lebensunterhalt und wirkt sinnstiftend, darüber hinaus eröffnet sie den Zugang zu sozialen Kontakten und sozialer Anerkennung. Es kann gemutmaßt werden, dass die Patientinnen und Patienten keine Lösungsansätze für ihre berufliche Problemsituation im Rahmen der Rehabilitation erwarteten. Golla et al. [134] konstatieren darüber hinaus die mangelnde Motivation von Patientinnen und Patienten in der medizinischen Rehabilitation, sich mit beruflichen Problemlagen auseinanderzusetzen und empfehlen die Entwicklung indikationsspezifischer berufsbezogener Angebote. Die befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten kein spezifisches Programm der medizinisch-beruflich orientierten

Rehabilitation (MBOR), um die berufliche Problematik verstehbarer und handhabbarer im Sinne der Salutogenese nach Antonovsky [135] zu machen. Der Bedarf an berufsbezogenen Behandlungs- und Beratungsangeboten ist in der Untersuchungsgruppe jedoch hoch einzustufen, da sich alle in einer besonderen beruflichen Problemlage befanden [63]. Lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder ungenutzte Möglichkeiten der beruflichen Teilhabe können die Folge sein.

Die Aussagen zu gesundheitsrelevantem Verhalten deckten einige markante Widersprüchlichkeiten auf, denn fast die Hälfte der Nennungen bezog sich auf Hindernisse hierfür. Mit einem erweiterten biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit kann sich Verhalten im unmittelbaren Lebenskontext jedoch als folgerichtig und adäquat darstellen, welches zunächst wie ein Bruch zwischen Wissen und Handeln erscheinen mag. Gesundheitsverhalten, wie auch die Gesundheit selbst, können nicht ohne die vorhandenen und beeinflussenden sozialen Faktoren betrachtet werden [16, 136]. Das soziologische Konzept des Lebensstils definiert: „...typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen, die von Individuen in ihrer Auseinandersetzung mit ihren sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Lebensbedingungen entwickelt werden“ [137]. Die Erforderlichkeit von Verhaltensänderungen wurde rational zwar erkannt, ohne diese allerdings in den Lebensalltag integrieren zu können, wenn die biografischen und psychosozialen Bedingungen dem nicht entsprachen. Eine Fülle empirischer Literatur bestätigt den Einfluss sozialer Faktoren auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten, v. a. Schichtzugehörigkeit, Bildungsstand, Alter [138], Partnerschaft [139], Migrationshintergrund [140], zudem determinieren strukturelle Umweltfaktoren und das Geschlecht gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Diese Merkmale standen nicht im Fokus der Befragung, wurden jedoch in einzelnen Interviews erwähnt, so dass Zusammenhänge zu vermuten sind. Das passive Geschehen bei einigen Befragten, scheinbar wie ein Warten auf Gesundheit, während sie zunächst krankgeschrieben blieben, ließe sich wohl aus den biografischen und soziokulturellen Hintergründen ableiten, hierfür liegen allerdings keine ausreichenden Daten vor. Was letztlich erkennbar fehlte, war die Verbindung zwischen den körperlichen Beschwerden und der eigenen Lebensgestaltung, also ein Verständnis dafür, dass die körperlichen Beschwerden nicht ausschließlich von organischen Schäden herrührten, sondern auch von der eigenen Lebensführung. Änderungen des Lebensstils waren mit dieser Betrachtungsweise nicht als Teil des eigenen Lebens anzunehmen, sondern waren neu, fremd und von außen diktiert. Solange diese Diskrepanz bestand, war nichts veränderbar. Die Implementierung erforderlicher Verhaltensänderungen in den Alltag nach der Rehabilitation gestaltete sich demnach aufgrund individueller biografischer und psychosozialer Barrieren in der aktuellen Untersuchung schwierig, was Untersuchungen dazu bereits aufzeigen konnten [105, 141]. Denn auch für das jeweilige soziale Umfeld war während und nach der Rehabilitationsmaßnahme die Wiedererlangung der physischen Gesundheit das

primäre Ziel.

Hervorzuheben ist ferner die Abhängigkeit der Wandelbarkeit vom Einfluss des sozialen Netzwerks. Die soziale Unterstützung, die aus einem funktionierenden sozialen Netzwerk mit präsenten und zuverlässigen Kontakten resultiert, ist dabei von besonderer Bedeutung [106 - 108]. Inwieweit der Wert eines stützenden sozialen Systems den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern bewusst war, lässt sich nicht beurteilen, obgleich erhaltene und wahrgenommene Unterstützung mehrfach erwähnt wurde. Teilweise wurde der Unterstützungsbedarf als eigene Schwäche angesehen, als Beschränkung der gewohnten Selbständigkeit oder als Belästigung anderer - und erhöhte einerseits die Motivation zur Eigeninitiative, andererseits blieb damit die positive Wirkung Sozialer Unterstützung eingeschränkt. Es ist bekannt, dass insbesondere die Unterstützung innerhalb einer Lebenspartnerschaft zu vermindertem Auftreten von Herzinsuffizienz und depressiven Symptomen führt [142] und das Mortalitätsrisiko abnimmt [143]. Tatsächlich wurde die Unterstützung im Rahmen der Erhebung mit einem auffallend hohen Anteil von den Lebenspartnerinnen und -partnern geleistet, das weitere Umfeld hingegen wenig eingebunden und professionelle Hilfe selten in Anspruch genommen. Möglicherweise ein weiteres Indiz unzureichender Sozialberatung während und nach der medizinischen Rehabilitation. Zu berücksichtigen ist dabei zweifellos, dass informelle Netzwerke in Problemsituationen vorgezogen werden [144], erst wenn dieser Rückhalt unzureichend ist, wird professionelle Hilfe gesucht. Bei geäußerter Zufriedenheit mit ihren Beziehungen sahen die Patientinnen und Patienten möglicherweise keine Notwendigkeit, das weitere Umfeld einzubinden oder professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. So konnte die befragte Gruppe zwar über soziale Unterstützung verfügen, dennoch sind die ermittelten niedrigen Netzwerkdichten als entscheidendes Kriterium für die Informationsweitergabe und Verteilung von Aufgaben beachtenswert. In derartigen geschlossenen Systemen bleiben etablierte negative Verhaltensweisen oder Gesundheitseffekte, die von den Beziehungen ausgehen, wie sie beispielsweise für die Verteilung von Fettleibigkeit in sozialen Netzwerken beschreiben, bestehen [145].

Hinzu kam ein Verlust an Sinnhaftigkeit des Lebens, denn die körperliche Leistungsfähigkeit als Voraussetzung für die Berufstätigkeit stellte einen grundlegenden Faktor der Selbstidentifikation unter den Befragten dar. Nach dem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung von Erikson [133] befanden sich die befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Stadium 7 der „Generativität versus Stagnation und Selbstabsorption“, gekennzeichnet von einem hohen sozialen Engagement. Schien dieses nicht erfüllbar, kam es (hier krankheitsbedingt) zu Stagnation, ergo wurde die soziale Pflicht nicht erfüllt. Gesellschaftliche sowie eigene Ablehnung wurden befürchtet oder erlebt. Je nach verfügbaren Copingstrategien konnte ein aktives Ringen um Gesundheit und Anerkennung die Folge sein, demgegenüber aber ebenso Rückzug und Aufgabe.

Die Frage, die sich Soziale Arbeit nun zu stellen hat, lautet: Wie passen ihre professionellen

Angebote auf der Grundlage eines lebensweltorientierten, die Selbstbefähigung stärkenden Handelns in das Lebenskonzept der Klientel? Die heutige Soziale Arbeit knüpft an die Erfahrungen, das Selbstverständnis und die Bewältigungsaufgaben der Adressatinnen und Adressaten an, stärkt ihre Positionen und Fähigkeiten und ermöglicht eine umfassende Teilhabe. Grundlegende Voraussetzung zur Gestaltung eines erfolgreichen Interventionsangebotes stellt das Wissen zu vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen dar, welche mit den Befragungen erfasst wurden, u. a. das Wissen und Bewusstsein zu Erkrankung und Gesundheitsverhalten, verschiedene emotionale Bewältigungsmuster und die enge Einbindung in das soziale Umfeld. Angebote zur Beratung und Unterstützung sind in einer Weise zu gestalten, die auf diesen Kenntnissen aufbauen, die Zielgruppe erreichen und Gelegenheiten zur Entwicklung von Lösungsansätzen schaffen. Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung geben relevante Hinweise zur Konzeption einer geeigneten Intervention für kardiologische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen. Die Entwicklung des Interventionskonzeptes basiert auf den studienrelevanten Erkenntnissen des Fachbereiches Soziale Arbeit in Kombination mit den Ergebnissen der Exploration, wie im Folgenden dargelegt wird.

4 Entwicklung und Durchführung eines berufsorientierten Gruppenprogramms Sozialer Arbeit

4.1 Entwicklung des Gruppenprogramms

Auf der Grundlage theoretischer Konzepte der Sozialen Arbeit sowie aus den Erkenntnissen der Befragung konnte in einem induktiv-deduktiven Prozess ein sozialarbeiterisches Interventionsprogramm erstellt werden.

Das Programm folgt den Beschreibungs- und Bewertungskriterien des Zentrums Patientenschulung Würzburg. Darin heißt es: „Patientenschulungen sind interaktive Gruppenprogramme für Menschen mit überwiegend chronischen Erkrankungen. Sie haben das Ziel, die Mitarbeit (Compliance) der Betroffenen bei der medizinischen Behandlung zu verbessern und ihre Fähigkeit zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung (Selbstmanagement) in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Der Patient soll durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen in die Lage versetzt werden, informierte Entscheidungen bezüglich seiner Lebensführung zu treffen (Empowerment). Eine Patientenschulung besteht in der Regel aus mehreren Schulungseinheiten, in denen jeweils frontale (z. B. Vortrag) und interaktive Methoden (z. B. Diskussion, Kleingruppenarbeit, Rollenspiel) kombiniert werden. Bei der Vermittlung der Schulungsinhalte werden jeweils mehrere Ebenen einbezogen (Kognition, Emotion, Motivation und Verhalten).“ [146]. Mit dieser Begriffsbestimmung ist das Gruppenprogramm in der Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL) als Kleingruppe der Leistungseinheit D 583 zum Thema „Berufliche Orientierung und berufliche Teilhabe“ im Rahmen Sozialer Arbeit [147] einzuordnen. Gemäß den Kriterien für Patientenschulungen liegt das Gruppenprogramm in Form eines Curriculums mit dem Titel des Forschungsprojektes „Förderung sozialer Kompetenzen bei Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen“ vor (vgl. Anhang 4). Darin werden Zielgruppe und Gruppengröße, Inhalte und Ziele der Schulung sowie das methodische Vorgehen benannt. Die Ziele untergliedern sich in Wissenserwerb, dem Training von Fertigkeiten, der Motivation zu einem gesundheitsgerechten Lebensstil, der Krankheitsbewältigung und dem Training krankheitsspezifischer sozialer Kompetenz. Neben frontalen Methoden (z. B. Vortrag mit visueller Unterstützung durch PowerPoint) werden in jeder Schulungseinheit auch aktivierende Methoden (z. B. Diskussion, Kleingruppenarbeit, Rollenspiel) eingesetzt. Des Weiteren enthält das Programm Elemente, die den Transfer in den Alltag fördern sollen. Als Zielsetzung wird eine gesteigerte Befähigung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu berufsbezogenen Aktivitäten, gesundheitsfördernden Verhaltensweisen und sinnvoller Vernetzungen in ihrem Lebens- und Arbeitsumfeld definiert.

Die Konzeption richtet sich nach den grundlegenden theoretischen Modellen des Fachbereiches Sozialer Arbeit, die im Folgenden in kurzer Form dargestellt werden.

4.1.1 Theoretische Grundlagen

Das Biopsychosoziale Modell

Das Schulungsprogramm basiert auf dem Denkmodell der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF), die den gesamten Lebenshintergrund einer Person berücksichtigt und Beeinträchtigungen der Teilhabe als Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem der Person und ihrem Bezugsrahmen definiert. Die ICF wird als Paradigmenwechsel verstanden und als Chance, neue Wege in der Rehabilitation zu gehen, fort von einem schädigungsorientierten medizinischen Denkmodell hin zu sozial orientierter Denkweise. Infolge der neuen Sichtweise rückt die Profession der Sozialen Arbeit stärker ins Zentrum der Rehabilitation, denn dies entspricht ihrer Perspektive, ihrer Handlungsgrundlage und fällt somit explizit in ihren Aufgabenbereich. Die ICF „ermöglicht es, Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) in den Rehabilitationsprozess der Rehabilitanden einzubeziehen: Barrieren, welche die Leistung oder Teilhabe erschweren oder unmöglich machen, [sind] abzubauen und Förderfaktoren, welche die Leistung oder Teilhabe trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen wiederherstellen oder unterstützen, [sind] auszubauen oder zu stärken.“ [148]. Die existierenden Zusammenhänge zwischen allen Dimensionen werden erfasst und in die Behandlung einbezogen, wie die Abbildung 7 des biopsychosozialen (BPS) Modells der ICF veranschaulicht.

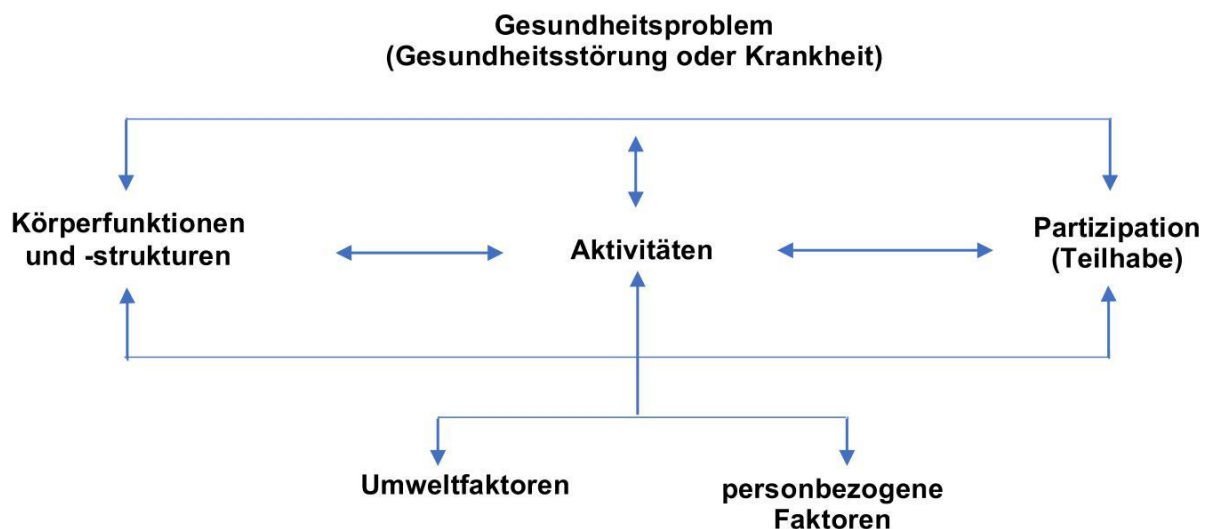


Abbildung 7: Biopsychosoziales Modell der ICF [149]

Das BPS Modell der ICF⁸ beruht auf einem sozialwissenschaftlichen Modell, welches schon seit einigen Jahrzehnten diskutiert wird. Zuerst formulierte der Psychiater George L. Engel [151] ein Krankheitsmodell mit dynamischen Wechselbeziehungen zwischen biologisch-organischen, psychischen und sozialen Faktoren⁹. Für die Arzt-Patient-Beziehung konstatiert Engel die Patientenzentrierung, ein dialogisches Vorgehen und die Beachtung des sozialen Milieus, mithin ein von psychosozialen Fachdisziplinen bereits praktiziertes Verständnis.

Anerkennung erhält die Erweiterung des Gesundheits-Krankheits-Verständnisses um ihre soziale Komponente auch von der medizinischen und der psychologischen Fachdisziplin, wie der Verhaltensmediziner Professor Josef Egger feststellt: „Das biopsychosoziale Modell ist das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird.“ [152].

In der Praxis Sozialer Arbeit, gerade in der medizinischen Rehabilitation, erweist sich die zunehmende Beachtung des biopsychosozialen Zusammenhangs als stützendes Fundament sowohl im multiprofessionellen Austausch als auch in der Zusammenarbeit mit den Klientinnen und Klienten [153].

Innerhalb des Interventionsprogramms der vorliegenden Studie wurden die biopsychosozialen Zusammenhänge den Teilnehmenden mehrfach verdeutlicht, hauptsächlich in Modul 2 „Berufliche Leistungsfähigkeit und Gesundheitsverhalten“ z. B. bei der Klärung der medizinischen

⁸ Die Begrifflichkeiten des Modells sind wie folgt zu verstehen:

<i>Gesundheitsproblem</i>	Krankheit, Verletzung, Störung laut ICD 10
<i>Körperfunktionen</i>	physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen)
<i>Körperstrukturen</i>	anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile
<i>Aktivität</i>	Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch ein Individuum
<i>Partizipation</i>	Einbezogenheit in eine Lebenssituation
<i>Kontextfaktoren</i>	gesamter Lebenshintergrund eines Individuums
<i>Umweltfaktoren</i>	materielle, soziale und einstellungsbezogene Situation, in der Menschen leben nach dem Aspekt des Individuums und der Gesellschaft
<i>personbezogene Kontextfaktoren</i>	besonderer Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Individuums, der nicht krankheits-/störungsbezogen ist [150]

⁹ Mit seiner Kritik an der materialistisch-reduktionistischen Orientierung der Medizin förderte Engel eine Neuausrichtung des Gesundheits-Krankheitsverständnisses, in welchem neben den biologischen auch die psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten eine Rolle spielen. Engel betrachtet Patientinnen und Patienten systemtheoretisch in ihren verschiedenen Zusammenhängen und den daraus resultierenden Einflüssen auf Gesundheit und Krankheit, wobei die Wirkungen in alle Richtungen führen können: „A biochemical alteration does not translate directly into an illness. The appearance of illness results from the interaction of diverse causal factors, including those at the molecular, individual and social levels. And the converse, psychological alterations may, under certain circumstances, manifest as illnesses or forms of suffering that constitute health problems, including, at times, biological correlates“ [151].

Leistungseinschätzung in Bezug auf die Anforderungen des Arbeitsplatzes (vgl. Anhang Curriculum: Kompetenzziele 2.1 - 2.3) oder bei der Betrachtung der individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den daraus resultierenden Einschränkungen im Freizeitbereich und der Erarbeitung konkreter gesundheitlicher Ziele (vgl. Anhang Curriculum: Kompetenzziel 2.7 – 2.9).

Die Klinische Sozialarbeit

Den professionellen Herausforderungen bei der Unterstützung zur Bewältigung schwerer oder chronischer Krankheiten mit multiplen Problemlagen widmet sich im Besonderen die Klinische Sozialarbeit als Teildisziplin der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit.

Clinical Social Work¹⁰ entwickelt sich in Deutschland seit den 1990-er Jahren als Fachsozialarbeit, „welche auf die Förderung, Verbesserung und den Erhalt der biopsychosozialen Gesundheit und damit auf die soziale Funktionsfähigkeit von Einzelnen, Familien und Gruppen abzielt.“ [154]. Das „Klinische“ ist zu verstehen als spezifische Sicht- und Herangehensweise unter Aneignung und Nutzung diagnostischen und therapeutischen Wissens. Im Gesundheitswesen kann Klinische Sozialarbeit durch eine Mitbehandlung auf das soziodynamische Gleichgewicht einwirken, insbesondere bei chronischen Erkrankungen und Krankheiten mit einem hohen Versorgungsaufwand. Denn zunehmend werden die Einrichtungen mit soziopsychischen Aufgaben konfrontiert, die über ihre (körper-) medizinische Spezialisierung hinausgehen. Menschen mit komplexen Erkrankungen erfahren deren Auswirkungen in allen Dimensionen der Lebensbewältigung und reagieren subjektiv auf diese Veränderungen. Pauls führt in seinem 2004 erschienenen Standardwerk mit dem Titel „Klinische Sozialarbeit“ dazu aus, dass der Beitrag Klinischer Sozialarbeit über die direkte Einflussnahme auf eine soziale Situation hinausginge, obwohl dadurch sicherlich (soziale) Symptome und der damit verbundene Stress reduziert werden. Vielmehr eröffnet das differenzierte psychosoziale Behandlungsmodell Klinischer Sozialarbeit „ein weites Spektrum beratender, unterstützender und therapeutischer Optionen: es geht darum, diejenigen Mittel, Kompetenzen, Fertigkeiten und Ressourcen der Individuen (bzw. sozialen Systeme wie Paare oder Familien) in ihrer Umgebung (person-in-environment) zu verbessern, durch die sie Belastungen bewältigen können.“ [155].

Im Zentrum Klinischer Sozialarbeit steht daher zwar die erkrankte oder hilfebedürftige Person, also die Rehabilitandin oder der Rehabilitand, welche bzw. welcher jedoch nicht isoliert be-

¹⁰ Clinical Social Work hat sich in den USA in den 1960-er Jahren etabliert und ist dort ein weit verbreiteter Ansatz der fallbezogenen Sozialen Arbeit. Seit 1978 ist sie dort von der „National Association of Social Workers“ als Fachrichtung der Sozialen Arbeit anerkannt. Ohne eine jeweils trennscharfe Abgrenzung von der allgemeinen Sozialen Arbeit anzustreben, unterscheidet sie sich an einigen Stellen wie in ihrer Indikation (z. B. vulnerable, schwer zugängliche Personen), ihren Vorgehensweisen (z. B. Therapieverfahren) und am Nutzen (z. B. Stärkung von Kompetenzen und Ressourcen).

trachtet wird, sondern im Kontext des persönlichen (sozialen) Umfelds. Die Ziele von Interventionen Klinischer Sozialarbeit richten sich auf das Zusammenwirken von Individuum und Umwelt und erweitern somit den individuumzentrierten biomedizinischen oder psychologischen Behandlungsrahmen [155]. Das Bestreben liegt darin, durch person- und kontextbezogene Maßnahmen die soziale Kommunikation, die Teilhabe am Versorgungssystem wie auch die soziale Unterstützung im Alltag zu verbessern sowie soziale Strukturen aufzubauen oder zu optimieren. Dazu werden die Ressourcen des sozialen Umfelds aktiviert und die darin relevanten Akteurinnen und Akteure aus beispielsweise Wohn- und Arbeitsumfeld beraten, vernetzt, unterstützt oder sozialtherapeutisch behandelt. Leider mangelt es im bundesdeutschen Versorgungssystem vielfach an einer biopsychosozialen Behandlung aufgrund fehlender Qualifikationen und Ablaufprozesse zur Erfassung der Fallkomplexitäten (biopsychosoziales Verständnis), unzureichender Kommunikation zu komplexen Problemlagen, fehlender systematischer biopsychosozialer Assessments und unzureichender Begleitung nach Entlassung aus den Versorgungseinrichtungen [156].

Die Klinische Sozialarbeit in Deutschland folgt einer weitreichenden Traditionslinie, die seit ca. 100 Jahren als Profession der Sozialen Arbeit entwickelt wird, in besonderer Pionierarbeit durch Alice Salomon (1872 - 1948)¹¹. Einige tradierte Konzepte haben ihre Bedeutung bis heute erhalten, z. B. die Soziale Diagnostik [158, 159]. Neu entwickelte Handlungsmodelle sind hinzugekommen, die sich vom reinen Versorgungs-, hin zum Befähigungsprinzip bewegen. Mit ihrem aktivierenden Unterstützungsprinzip möchte Klinische Sozialarbeit die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur eigenen Gestaltung ihres Lebens, zur Ausschöpfung bzw. Erweiterung der eigenen Möglichkeiten und zur förderlichen Einflussnahme auf ihre spezifischen sozialen Faktoren (u. a. kommunikative Fähigkeiten, kulturelle Aspekte, Zugänge zu Informationen, soziale Netzwerk mit der darin enthaltenen Unterstützung) befähigen. Eben-diese Faktoren beeinflussen in hohem Maße die eigene Sozial- und Gesundheitskompetenz sowie die berufliche Reintegration.

Im Gruppenprogramm der Studie erhielten die teilnehmenden Personen daher die Möglichkeit, ihre eigenen Stärken und Kompetenzen zu reflektieren sowie ihr soziales Umfeld hinsichtlich

¹¹ Salomon widmete sich intensiv der theoretischen Weiterentwicklung Sozialer Arbeit und richtete ihr Hauptaugenmerk bereits auf deren Qualität, wie sie zu gestalten und zu verbessern wäre. In einem ihrer wichtigsten Werke mit dem Titel „Soziale Diagnose“ (1926) beschreibt sie den ersten Ansatz einer „Theorie des Helfens“, stand mit ihrem Bestreben einer wissenschaftlichen Fundierung Sozialer Arbeit jedoch nicht allein. Der Sozialpädagoge Christian Jasper Klumker (1868 - 1942) beschreibt Soziale Arbeit als „Fürsorge, die auf wissenschaftlich gesicherte Techniken zurückgreift und an der „Wirtschaftlichkeit“ der Armen arbeitet“ [157]. Die in dieser Zeit v. a. durch die Massenverelendung entstandenen sozialen Probleme, verlangten spezialisierte Hilfen im Rahmen der erlassenen Sozialversicherungsgesetze. Der Ausbildungsberuf der Sozialen Arbeit wurde eingeführt und als wissenschaftliche Disziplin an Universitäten und Lehrstühlen eingerichtet.

Ressourcen und Unterstützungsaussichten zu betrachten (vgl. Anhang Curriculum: Kompetenzziele 3.1 – 3.3).

Klinische Sozialarbeit wendet sich stets einer ressourcenorientierten, kompetenzfördernden und wertschätzenden Sozialen Arbeit im Sinne des Empowerment-Konzeptes zu.

Das Empowerment – Konzept

Empowerment-Prozesse beginnen dort, wo Fähigkeiten eingeschränkt sind, Fremdbestimmung vorliegt und / oder die eigene Lebensgestaltung zurückgedrängt ist, beispielsweise im Fall von Erkrankung. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind zu ermutigen, zu unterstützen und anzuleiten, ihre (verbliebenen) Kräfte und Kompetenzen (wieder) zu entdecken und eigene Lösungen für ihre problematische berufliche Situation zu erarbeiten. Das Empowerment-Konzept und seine wissenschaftliche Debatte hält seit ca. 20 Jahren Einzug in die sozialarbeiterische Professionalität im deutschsprachigen Raum. Eine einheitliche Definition wird gegenwärtig indes nicht geboten. In seiner Übersetzung bedeutet der Begriff Empowerment: Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht und Autonomie. Im wissenschaftlichen Diskurs sowie in der psychosozialen Praxis beschreibt er Prozesse, in deren Verlauf Menschen Kraft gewinnen, Ressourcen entwickeln und ihr individuelles Änderungspotenzial nutzen, um (wieder) ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Derartige mobilisierende Abläufe erhalten besondere Relevanz in Situationen der Beeinträchtigung, Benachteiligung oder gesellschaftlicher Ausgrenzung, wie sie etwa durch Erkrankung entstehen können. Die Kontinuität im individuellen Lebenslauf wird unterbrochen, wenn eine bedrohliche Krankheit unverhofft eintrifft. Die Erfahrung einer schweren Erkrankung und körperlicher Beeinträchtigungen kann mit dem Erleben von Machtlosigkeit und Fremdbestimmung verbunden sein. Empowerment „zielt auf die (Wieder-) Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags“ [160]. Hierin findet sich die Zielstellung von Rehabilitation wieder, die aus dem Blickwinkel der MBOR primär auf den Berufsalltag orientiert, also auf die (Wieder-) Herstellung von Berufstätigkeit, als selbstbestimmtes Motiv ausgelegt. Der Wiedereinstieg in das Berufsleben ist für die in die Studie eingeschlossenen Krankheiten oftmals mit beruflichen Veränderungen verbunden, die zunächst eine ablehnende Haltung hervorrufen können. Soziale Arbeit hat hier die Aufgabe, zu motivieren und Veränderungspotenziale nutzbar zu machen. Dazu sind im ersten Schritt die jeweiligen personalen und sozialen Ressourcen zu erfassen, im Kontext der Untersuchung zu verstehen als positive Potenziale „zur gelingenden Bearbeitung von belastenden Alltagsanforderungen und kritischen Lebensereignissen“ [161]. Mit Hilfe verschiedener Instrumentarien der Ressourcendiagnostik werden Ressourcen in differenzierter Form verdeutlicht, z. B. durch das Ressourceninterview mit seinen verschiedenen

Techniken¹².

Innerhalb des Gruppenprogramms können die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre eigenen Ziele in Hinblick auf ihre berufliche Perspektive sowie auf ein gesundheitsförderndes Verhalten entwickeln. Auf der Grundlage zuvor angeeigneten sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Wissens soll die Sichtweise auf die persönliche Situation erweitert und ggf. neue Handlungsoptionen erkannt werden.

Selbstbestimmte Lebensführung, wie sie in SGB IX niedergeschrieben ist, setzt jedoch einige Kompetenzen voraus, die freie Planung, Entscheidung und freies Agieren erst ermöglichen. Selbstreflexive, psychische und soziale Kompetenzen sind notwendig, um das Leben souverän und eigenmächtig zu gestalten und die Chancen überhaupt nutzen zu können, die sich bieten.

Soziale Kompetenzen

Soziale Kompetenzen werden oft auch Social oder Soft Skills genannt und als Sozialverhalten im Berufskontext gesehen, im Rahmen der Studie als relevante Fähigkeiten von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Kontext beruflicher Wiedereingliederung definiert. Generell gilt es zwischen den Fähigkeiten als Potenzialen eines Menschen und seinem sozialkompetenten Verhalten zu unterscheiden, anders ausgedrückt der Verfügbarkeit und der Anwendung bestimmter Verhaltensweisen. An dieser Stelle zu verstehen als Verhalten in einer spezifischen Situation (einer besonderen beruflichen Problemlage), die eine Vereinbarung eigener Interessen (z. B. das eigene Interesse an der Reduzierung der Arbeitsanforderungen) mit den Anforderungen der sozialen Umwelt (die am Arbeitsplatz erwartete maximale Erfüllung der Anforderungen) benötigt. Demnach ist es ein Verhalten, das zur Verwirklichung der eigenen Lebensziele beiträgt und gleichzeitig die Erwartungen der Gesellschaft erfüllt. Die gesellschaftliche Erwartung bezogen auf Patientinnen und Patienten der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation besteht in der schnellstmöglichen Rückkehr an den Arbeitsplatz. Die Abstimmung mit den persönlichen Zielen und Vorstellungen stellt eine Aufgabe Klinischer Sozialarbeit dar, der innerhalb von Beratung oder Gruppenarbeit nachzugehen ist, z. B. als Training sozialer Kompetenzen. Daher wurden einige Aspekte des Gruppentrainings Sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten [162] in das Interventionsprogramm der Studie integriert. Bei

¹² Ziel ist die Aktivierung von Ressourcen, beispielsweise unter Einsatz von Methoden der Biografiearbeit, die Stärken in vergangenen Lebenszusammenhängen erkennen lässt. Im Zentrum stehen die Fähigkeiten von Menschen, auch in Situationen der Hilflosigkeit zur Regie über die eigene Lebensführung zurück zu finden.

den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern wurde die Verfügbarkeit ihrer jeweiligen sozialen Kompetenz nicht erfasst, es bestehen in Krankheitssituationen jedoch häufig Handlungs- und Verhaltensunsicherheiten, v. a. in Bezug auf die berufliche Perspektive¹³.

Die Förderung sozialer Kompetenzen wurde als methodische Zielrichtung der Studie gesetzt, denn sie war grundlegend darauf ausgerichtet. Der Kompetenzbegriff stützt sich auf die Definition nach Hinsch und Pfingsten, wonach soziale Kompetenz zu verstehen ist als: „die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.“ [163]. Nach Kanning [164] richtet sich die Förderung sozialer Kompetenzen auf eine Erhöhung der sozialen Wahrnehmung, der Verhaltenskontrolle, Durchsetzungsfähigkeit, der sozialen Orientierung und Kommunikationsfähigkeit. Inhalt und Methodik der Intervention sollten unter dem Aspekt der Kompetenzförderung gestaltet werden.

Im Rahmen des Gruppenprogrammes arbeiten die Teilnehmenden beispielsweise daran, ihr Wissen zu Rechten von Berufstätigen nach schwerer Erkrankung zu erweitern und diese Rechte gegenüber Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Behörden durchzusetzen. Dazu werden im Modul 3 „Soziale Kompetenzen“ Gesprächssituationen als Rollenspiel geübt (vgl. Anhang Curriculum: Kompetenzziele 3.4, 3.5).

Neben der Stärkung eigener sozialer Kompetenzen auf der Verhaltensebene zielt Klinische Sozialarbeit ebenso darauf, die sozialen Ressourcen der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen zu erschließen und für ihre Krankheitsbewältigung nutzbar zu machen (Verhältnisebene)¹⁴. Ressourcen werden in erster Linie aus sozialen Netzwerken erschlossen, deshalb ist deren Betrachtung und Einbeziehung in der Rehabilitation aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit unumgänglich. Sie finden Eingang in das Konzept der Sozialen Unterstützung wie es im Folgenden beschrieben wird.

¹³ In der Sozialen Arbeit findet das Gruppentraining Sozialer Kompetenzen (GSK) von Hinsch und Pfingsten weite Verbreitung. Es basiert auf einem Erklärungsmodell zu sozial kompetentem bzw. inkompetentem Verhalten und bezieht sich auf drei Grundtypen sozialer Situationen: sein Recht durchsetzen, Beziehungen gestalten und um Sympathie werben. Die Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer analysieren und modifizieren ihr Verhalten unter Anwendung verschiedener Trainingsmethoden, u. a. mit Arbeitsblättern und Rollenspielen. Hinsch und Pfingsten erkennen im GSK eine Erweiterung der Bewältigungsressourcen und halten die Förderung Sozialer Kompetenzen bei der sozialen Wiedereingliederung psychischer oder somatischer Erkrankungen für förderlich oder unerlässlich.

¹⁴ Dabei geht es um die konkreten Bedingungen am Arbeitsplatz und deren Veränderungsmöglichkeiten, um Werte und Normen im sozialen Umfeld (beispielsweise zum Thema gesundheitsrelevantes Verhalten), um Ressourcen der makrostrukturellen Bedingungen wie Sozial- und Infrastruktur oder sozialrechtliche Voraussetzungen. Mit dieser Lebensweltorientierung unterscheidet sich die Klinische Sozialarbeit deutlich von den anderen Fachdisziplinen in der Rehabilitation. Die dazu vorliegenden Konzepte der Lebensweltorientierung [165, 166] geben weiteren Aufschluss darüber, welche Faktoren im person- und umweltbezogenen Kontext förderlich wirken und welche Ressourcen zur Verfügung stehen.

Dazu wird außerdem ein Kommunikationstraining zur Unterstützung der Sicherheit in der Gesprächsführung mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung angeboten und v. a. bei bestehenden konflikthaften Situationen am Arbeitsplatz geschult (vgl. Anhang Curriculum: Kompetenzziel 3.5).

Soziale Unterstützung

Das Konzept der Sozialen Unterstützung wurde in mehreren empirischen Studien entwickelt und die Forschungsergebnisse besagen übereinstimmend, „dass gelingende Formen Sozialer Unterstützung - die normalerweise in den natürlichen Netzwerken der Menschen stattfinden - gesundheitsförderlich wirken, und umgekehrt fehlende Soziale Unterstützung krankheitsförderlich wirkt.“ [167 - 170]. Im Hinblick auf die soziale und berufliche Wiedereingliederung können ferner die funktionalen Aspekte sozialer Unterstützung als Effekte sozialer (Re-)Integration genutzt werden. „Der zentrale funktionale Aspekt sozialer Netzwerke ist die Vermittlung sozialer Unterstützung“ [171], die durch Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zu leisten ist.

Der Begriff „Soziale Unterstützung“ ist ausführlich bearbeitet und präzisiert worden, die bestehende Literatur umfassend, jedoch ist die begriffliche und konzeptuelle Ausarbeitung heterogen. Nach Sommer und Fydrich [172] thematisiert das Konzept der Sozialen Unterstützung, in welchem Ausmaß Individuen ihre sozialen Interaktionen und Beziehungen als unterstützend, hilfreich und förderlich wahrnehmen und wie sich dies auswirkt. Die Bandbreite der Definitionsansätze reicht von Sozialer Unterstützung als Information (z. B. geliebt zu sein), als Zustand (z. B. Befriedigung des Bedürfnisses nach Geborgenheit), als Transaktion (z. B. Prozess der Informationsvermittlung) bis hin zu sozialer Unterstützung als eine Klasse von Sozialbeziehungen [173]. Soziale Unterstützung kann allgemein als die „Funktion der sozialen Umwelt einer Person bei der Befriedigung ihrer Bedürfnisse verstanden“ werden [174].

Eine anerkannte detaillierte Beschreibung der Inhalte Sozialer Unterstützung liefert Diewald [175], indem er sozialen Beziehungen eine Reihe von Funktionen zuschreibt, die im Bereich Verhalten, Erkenntnis (Kognition) und Emotion liegen können (vgl. Tabelle 2). Zu den Funktionen im Verhaltensbereich gehören Unterstützungsleistungen wie personenbezogene und güterbezogene Arbeitshilfen, Pflege, materielle Unterstützung (Sachleistungen, Geld), Intervention und Information, sachbezogene und persönliche Beratung und Geselligkeit. Im Bereich der Vermittlung von Kognition sind die Funktionen Vermittlung von Anerkennung, Orientierung, Vermittlung von Zugehörigkeit, Erwartbarkeit von Hilfe und Erwerb sozialer Kompetenzen wesentlich. Der Aspekt der Vermittlung von Emotionen bezieht Funktionen wie Vermittlung von Geborgenheit, Vermittlung von Liebe und Zuneigung und motivationale Unterstützung ein.

Tabelle 2: Inhalte Sozialer Unterstützung

Soziale Beziehungen		
Konkrete Interaktion	Vermittlung von Kognition	Vermittlung von Emotionen
Arbeitshilfen (personenbezogen wie güterbezogen)	Vermittlung von Anerkennung (persönliche Wertschätzung, Status-Vermittlung)	Vermittlung von Geborgenheit
Pflege	Orientierung	Vermittlung von Liebe und Zuneigung
materielle Unterstützung (Sachleistungen, Geld)	Vermittlung von Zugehörigkeitsbewusstsein (Beteiligung, Gebrauchtwerten)	motivationale Unterstützung
Intervention	Erwartbarkeit von Hilfe	
Information	Ort für den Erwerb Sozialer Kompetenzen	
Beratung (sachbezogene, persönliche Dinge)		
Geselligkeit		
Alltags-Interaktion		

nach Diewald [175]

Die vorliegende Studie bezieht sich auf die Inhalte Sozialer Unterstützung nach Diewald und versucht innerhalb der Intervention, das Unterstützungspotenzial aus den sozialen Netzwerken für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erkennbar werden zu lassen.

Als Mobilisator im Bereich Sozialer Unterstützung versucht Soziale Arbeit auf die Kontextfaktoren in drei Handlungsdimensionen einzuwirken: Wegweiser im Netz der verschiedenen Identitäten zu sein, die Gestaltung sozialer Netzwerke zu unterstützen und Partizipationsräume zu eröffnen [176]. Diesem Ansatz folgend, steuert das Interventionsprogramm der vorliegenden Untersuchung in folgende drei Richtungen: Ausloten der Möglichkeiten unterschiedlicher Berufsidentitäten, Motivation zum (Wieder-) Aufbau von Beziehungen, insbesondere zu den Akteurinnen und Akteuren beruflicher Wiedereingliederung sowie Initiierung von Selbsthilfe. Ziel der Intervention wäre demnach eine Aktivierung der jeweiligen Beteiligten im beruflichen, familiären, wirtschaftlichen und häuslichen Bereich, um unterstützende und fördernde personbezogene wie Umweltfaktoren als Ressourcen hinsichtlich Aktivität und Teilhabe nutzbar zu machen (vgl. ICF).

In Erweiterung der dargestellten theoretischen Grundlage fließen in die Entwicklung des Gruppenprogramms die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung ein, sofern sie eine Relevanz für das sozialarbeiterische Handeln aufweisen, wie nachfolgend erörtert wird.

4.1.2 Induktion der Explorationsergebnisse

Aus den Ergebnissen der Exploration finden die als unterstützend identifizierten Faktoren ebenso Eingang in das Programm wie die Einflussnahme personaler und sozialer Faktoren auf die Arbeitsfähigkeit, das Gesundheitsverhalten und die Lebensqualität. Welche konkreten Ergebnispunkte dies im Einzelnen betrifft, wird nachfolgend aufgelistet:

1. Insgesamt zeigten die Ergebnisse der Befragungen vielfältige Abbilder der sozialen Realitäten von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit individuell verschiedenen Vorstellungen, Plänen, Strategien und konkreten Lebensbedingungen. Es ließen sich keine Muster erkennen, jede einzelne Lebenssituation wies individuelle Merkmale in Hinblick auf Familie, Arbeit, Finanzen, Wohnbedingungen, Freizeiterleben etc. auf¹⁵. Um ein Eingehen auf die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, waren die Interventionsgruppen daher klein zu halten, mit 3 – 6 Teilnehmenden.
2. Die Module 1 und 2 des Curriculums befassten sich ausführlich mit den Themen „Berufliche Leistungsfähigkeit“ und „Sozialrechtliche Ansprüche“, da eine intensiviertere und subjektive Auseinandersetzung hierzu notwendig erschien. Die Befragungen deckten viele Unsicherheiten, Barrieren und offene Fragen hinsichtlich der beruflichen Perspektive bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf, trotzdem sie in der Klinik informiert oder beraten wurden¹⁶.
3. Es überraschte nicht, dass die sozialen Auswirkungen der Erkrankung einen hohen Stellenwert bei den Befragten einnahmen, höher als die benannten Folgen auf körperlicher und seelischer Ebene, denn bei den Befragten lag eine besondere berufliche Problemlage vor. Interessanterweise standen jedoch die Bemühungen zur Bewältigung der sozialen Schwierigkeiten wesentlich geringfügiger im Fokus der Betroffenen.

¹⁵ Arbeitslosigkeit kam ebenso vor wie Selbständigkeit, Arbeiten im Beamtenverhältnis oder als Angestellter, von leichter bis zu schwerer körperlicher Tätigkeit. Die Befragten lebten z. T. allein, in Lebenspartnerschaft oder mit ihren erwachsenen Kindern, im dörflichen Eigenheim oder in der Mietwohnung einer Großstadt. Sie gestalteten ihre Freizeit teilweise sehr aktiv und verfolgten mehrere Hobbies, trafen sich mit Freundinnen, Freunden und Bekannten oder verbrachten ihre Freizeit eher zurückgezogen.

¹⁶ Bei vorliegender Berufsunfähigkeit, in selbständiger wie auch abhängiger Tätigkeit, lagen beispielsweise während und nach der medizinischen Rehabilitation keine Ideen zur Neuorientierung vor. Teilweise fanden die erforderlichen Gespräche mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu innerbetrieblichen Möglichkeiten nicht statt, selbst wenn die Tätigkeit nicht mehr in der Form wie bisher ausgeübt werden kann.

Die Bewältigungsstrategien und Formen Sozialer Unterstützung bezogen sich zwar auf die Gesundheit, allerdings fast ausschließlich auf körperliche Aspekte der Gesundheit. Hier ließ sich ein eher eindimensionales, körperbezogenes Gesundheitskonzept der Patienten erkennen, das durch die somatische Schwerpunktsetzung der Maßnahmen und Angebote in der kardiologischen Rehabilitation unterstützt wurde¹⁷. Anliegen sozialarbeiterischer Intervention ist es folglich, die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit im Rahmen der Intervention aufzugreifen, z. B. durch die Verknüpfung der eigenen Gesundheitsziele mit dem sozialen Umfeld (vgl. Anhang Curriculum: Kompetenzziel 3.3).

4. Innerhalb der Befragung spielte die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung eine wichtige Rolle, die maßgebende Bedeutung der ärztlichen Einschätzung zur beruflichen Belastbarkeit im Abschlussbericht der medizinischen Rehabilitation wurde in den Befragungen angesprochen. In den Modulen 1 und 2 wurden den Teilnehmenden daher die verschiedenen Wege zur Wiedereingliederung und die gesetzlichen Optionen beruflicher Teilhabe aufgezeigt. Darüber hinaus wurde an verschiedenen Stellen zu entsprechenden Eigenaktivitäten hinsichtlich der beruflichen Reintegration motiviert, denn die Befragungen wiesen auf unzureichende Initiativen der Betroffenen selbst hin (vgl. Anhang Curriculum: Kompetenzziele 1.4 – 2.10).
5. Neben der Wissensaneignung stellten persönliche, soziale, kulturelle und psychologische Faktoren wichtige Voraussetzungen für das eigene Handeln dar. Die Einstellungen und Überzeugungen, Vorerfahrungen, Unterstützungsformen, die kompletten Lebenssituationen unterschieden sich individuell wesentlich voneinander. Insofern lag die Absicht für die Intervention darin, mit den Teilnehmenden an ihren persönlichen Zielen zu arbeiten, individuelle Pläne zu erstellen, die in ihr Lebenskonzept passten und mit denen sie sich identifizieren konnten. Dabei galt es zu beachten, welche Ressourcen aus ihrem jeweiligen sozialen Umfeld unterstützend wirken konnten (vgl. Anhang Curriculum: Kompetenzziele 2.5 – 2.10).
6. Die Erfahrungen der befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Kontakten am Arbeitsplatz waren unterschiedlich, die als positiv gewerteten Punkte wurden in die In-

¹⁷ Dieses Gesundheitsverständnis ist z. T. erklärbar mit den tatsächlich noch vordergründigen körperlichen Einschränkungen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Anschlussheilbehandlung (AHB). Hinzu kommt, dass die Unsicherheiten über die berufliche Perspektive als belastend wahrgenommen werden, als Stressfaktor, und die Beschäftigung damit unangenehm scheint.

tervention integriert. Dies betraf die Kontaktaufnahme zum Betrieb während der Arbeitsunfähigkeit, die Suche nach innerbetrieblichen Lösungen und das Führen von Lösungsgesprächen. Zur Schulung der dafür erforderlichen kommunikativen Fähigkeiten wurde das bewährte und gut verständliche Kommunikationsmodell von Schulz von Thun [177] eingesetzt. Das Modell veranschaulicht das Kommunikationsgeschehen auf vier Ebenen (Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell) mit dem übergeordneten Ziel, die Beziehung zwischen zwei Menschen zu beobachten, zu beschreiben und zu gestalten.

7. Wie die Auswertung der Befragung weiterhin zeigte, war eine soziale Integration der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden meist vorhanden und wurde Unterstützung geleistet, in erster Linie durch die nächsten Angehörigen. Wie den Ergebnissen zu entnehmen war, wurde die Unterstützung jedoch vorrangig als aktive Hilfe bei lebenspraktischen Aufgaben wegen der physischen Einschränkungen geleistet. Ziel der Intervention sollte es daher sein, die Unterstützungsformen und den Personenkreis zu erweitern, damit auch soziale und berufliche Schwierigkeiten gemeinsam besprochen und professionelle Hilfe und Beratung einbezogen werden konnte. Um Ressourcen aus dem sozialen Umfeld bewusst wahrzunehmen, nicht zu übersehen und evtl. ungenutzt zu lassen, wurde im Rahmen der Intervention das soziale Netzwerk der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sichtbar gemacht. Entferntere oder durch die Erkrankung unterbrochene Kontakte konnten hierauf wieder aktiviert werden. Dazu eignete sich die Soziale Netzwerkkarte nach Pantuček [130], die jeder Teilnehmende ausfüllen konnte, um sich einen visuellen Überblick zum Kreis potenzieller Unterstützender zu verschaffen (Kompetenzziel 3.2).
8. Ein entscheidender Ergebnispunkt lag letztlich in der Veranschaulichung der festen Lebensstrukturen von Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter, verbunden mit einer starken Selbstidentifikation über die Berufstätigkeit. Die Flexibilisierung von Lebensgewohnheiten und die Entwicklung neuer Perspektiven und Veränderungen benötigten bei der Mehrheit der Befragten einen längeren Zeitraum, sodass für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden während der AHB nur Impulse gesetzt werden können. Daher wurde der Kontakt und Austausch unter den Teilnehmenden über die Rehabilitation hinaus angeregt (Kompetenzziel 3.7), Anlaufstellen und Ansprechpartner im Wohnumfeld wurden vermittelt sowie die konkreten Schritte im Anschluss an die Rehabilitation festgelegt (Kompetenzziel 3.6).

Die patientenorientierte Ausrichtung des Konzeptes stellt die persönlichen Sichtweisen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie ihre eigenen Zielvorstellungen in den Vordergrund. Mittels Sozialer Arbeit waren diese weiter zu entwickeln, persönliche Ressourcen realistisch einzuschätzen und Unterstützungspotenziale zu aktivieren. Konkrete alltagsorientierte Handlungsweisen und Möglichkeiten der Umsetzung waren gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in einem dynamischen Gruppenprozess zu erarbeiten, u. a. durch die Erweiterung kommunikativer Kompetenzen, Netzwerkarbeit und Ressourcenerkundung. Das Ziel der sozialarbeiterischen Gruppenarbeit lag darin, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die Lage zu versetzen, verfügbare Angebote und Dienste für sich zu erschließen und aus ihnen Nutzen zu ziehen, beispielsweise Reha-Sportangebote und Gesundheitskurse, Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen im Wohnumfeld sowie am Arbeitsplatz das Betriebliche Eingliederungsmanagement, die Schwerbehindertenvertretung, die Integrationsfachdienste, Betriebssport etc.. Die Begleitung konnte ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfelds wie der Familie, Personen aus dem Arbeitsumfeld sowie weiterer Bezugspersonen oder Institutionen und über den stationären Aufenthalt hinaus durch telefonische Nachsorge erfolgen.

Die Intervention war als sozialarbeiterische Gruppenarbeit mit sechs Terminen und jeweils drei bis sechs Teilnehmerinnen und Teilnehmern konzipiert, deren Leitung Mitarbeitende aus den Sozialdiensten der Kliniken übernahmen. Bedarfsweise wurden Einzelgespräche geführt und Kontakte zu beteiligten Institutionen hergestellt.

Das Programm sollte die Reduzierung sozialer Stressoren bei gleichzeitiger Förderung sozialer Kompetenzen und Unterstützung fördern, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität ebenso wie die Arbeitsfähigkeit zu verbessern. Mit einem ressourcen- und handlungsorientierten Ansatz wurde an den besonderen beruflichen Problemlagen der Teilnehmenden gearbeitet.

Um das Angebot in Abgrenzung und Erweiterung der Standardversorgung durchführen und testen zu können, waren Vorbereitungen in den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen zu treffen. Die Planung und Umsetzung des Interventionsprogramms wird im folgenden Abschnitt verdeutlicht.

4.2 Durchführung des Gruppenprogramms

Die Sozialarbeiterinnen der an der Studie teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen wurden gemeinsam an einem Schultag in das Curriculum des Interventionsprogramms eingeführt. Die Unterrichtung erfolgte in einem Train-the-Trainer Format als sozialpädagogische Weiterbildung der künftigen Gruppenleitungen unter Mitwirkung des Leiters der Professur für

Gesundheitsorientierte Soziale Arbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, Prof. Dr. Karlheinz Ortmann. Die Weiterbildung war dazu angelegt, Spezialwissen zur Vorgehensweise innerhalb der geplanten Kleingruppen gemäß dem Curriculum zu vermitteln. Als vordergründiges Ziel des Trainingsseminars wurde die Sicherung einer konformen Durchführung der im Curriculum vorgesehenen aktivierenden Gruppenmethoden angestrebt. Mit den fachlichen Inhalten waren die berufserfahrenen Sozialarbeiterinnen sehr gut vertraut. Die Implementierungsphase wurde in den einzelnen Kliniken in Anwesenheit der Leiterin des Forschungsprojekts bei mindestens einem Durchgang des Gruppenprogramms mit sechs Terminen begleitet. Den Sozialarbeiterinnen wurde das Curriculum zur Verfügung gestellt. Mit diesem Vorgehen kann die analoge Durchführung des Gruppenprogramms als gesichert gelten. Das Interventionsprogramm beinhaltet drei Module, verteilt auf sechs Termine á 60 Minuten in Kleingruppen mit drei bis sechs Teilnehmenden (vgl. Abb. 8). Die detaillierte Beschreibung zu Inhalten und Methoden der Gruppenarbeit ist im Curriculum enthalten (vgl. Anhang 4), die folgende Abbildung zeigt eine zusammengefasste Übersicht zu den Themen der Module:

Modul 1 90 min. Sozialrechtliche Ansprüche	Modul 2 120 min Berufliche Leistungsfähigkeit und Gesundheitsverhalten	Modul 3 150 min. Soziale Kompetenzen
Finanzielle Absicherung Übergangs-, Krankengeld etc. Zuzahlungen	Leistungseinschätzung sozialmedizinische Beurteilung eigene Vorstellungen	soziales Umfeld Netzwerk-Analyse Netzwerk-Bildung
Schwerbehindertenrecht Nachteilsausgleiche für Berufstätige	Berufliche Wiedereingliederung stufenweise WE BEM	Soziale Unterstützung Institutionen/Behörden Arbeitgeber private Ressourcen
Antragstellungen nach Bedarf	LTA (berufliche Reha) Möglichkeiten und ggf. Vermittlung zum Reha-Fachberater	Kommunikationstraining Gesprächsanalyse Kommunikationstechniken
	Gesundheitsverhalten persönliche Zielsetzung Umsetzung im Berufsalltag	Eigenverantwortlichkeit eigene Stärken eigene Erfahrungen

Abbildung 8: Übersicht der Module des Gruppenprogramms

WE = Wiedereingliederung; BEM = Betriebliches Eingliederungsmanagement; LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Vermittlung der Themen erfolgt unter Nutzung von Techniken aus der Erwachsenenpädagogik und der sozialen Gruppenarbeit mit der Absicht, durch Information und Motivation positiven Einfluss auf gesundheits- und berufsbezogene Verhaltensweisen zu nehmen. Aufgabe der leitenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ist es, die Lehr- und Kompetenzziele innerhalb der Schulungseinheiten perspektivisch durch Interaktion zu verschränken. Folgende Kompetenzziele werden im Curriculum benannt:

- „1. Der Rehabilitand hat seine sozialrechtlichen Ansprüche geklärt.
2. Der Rehabilitand kennt seine Möglichkeiten zur beruflichen Wiedereingliederung und setzt sich adäquate Ziele.
3. Gesundheitsförderliches Verhalten wird vom Rehabilitanden im Alltag umgesetzt.
4. Der Rehabilitand ist sich seiner personalen und Umwelt- Ressourcen bewusst und nutzt diese zur Umsetzung der eigenen Ziele.“ (vgl. Anhang 4: 4).

Im Mittelpunkt des Gruppenprogramms steht die Bearbeitung der individuellen beruflichen und sozialen Problemlagen, unterstützt durch den Informations- und Erfahrungsaustausch der teilnehmenden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Teilnehmenden sollten in die Lage versetzt werden, konkrete individuelle Lösungsstrategien für ihre persönlichen beruflichen Problemlagen zu erarbeiten. Im Bedarfsfall konnten die Teilnehmenden zusätzlich Einzelberatungen beim Sozialdienst oder den Reha-Fachberatern der DRV in Anspruch nehmen. Inwieweit sich die sozialarbeiterische Betreuung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe unterschied, soll die folgende Beschreibung der herkömmlichen Vorgehensweise (usual care) verdeutlichen.

4.2.1 Usual Care in der Kontrollgruppe

In den zwei Untersuchungseinrichtungen wurden teils unterschiedliche Angebote des Sozialdienstes durchgeführt, die jedoch spezielle Verfahren für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit beruflichen Problemen vorhielten.

Die Klinik mit dem höheren Anteil an rekrutierten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern praktizierte ein Konzept mit Einzel- und Gruppenberatung. Alle Patientinnen und Patienten nahmen an einem Einführungsvortrag des Sozialdienstes teil, in dem u. a. Hinweise zu Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung, zur finanziellen Absicherung bei längerer Erkrankung sowie zu Nachteilsausgleichen für Schwerbehinderte gegeben wurden. Darüber hinaus fanden Seminare zum Thema „Berufliche Wiedereingliederung“ in Gruppen mit maximal 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt. Darin wurde an drei Terminen á 45 Minuten zu den Themen „Finanzielle Absicherung für Berufstätige“, „Stufenweise Wiedereingliederung und

Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Nachteilsausgleiche für Berufstätige mit einer Schwerbehinderung“ informiert. Die Seminare trugen einen weniger individuellen Charakter, in denen lediglich Verständnisfragen, keine subjektiven Fragen der Teilnehmenden, geklärt werden konnten. Es bestand jedoch die Möglichkeit, auf ärztliche Verordnung zusätzlich einen Termin zur Einzelberatung beim Sozialdienst oder beim Reha-Fachberater zu erhalten.

Die Klinik mit dem geringeren Anteil der Untersuchungsgruppe wies ebenfalls ein besonderes Beratungsangebot für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit beruflichen Schwierigkeiten auf. Dort nahmen alle Patientinnen und Patienten an einem „Sozialen Seminar“ zu verschiedenen Themen wie Schwerbehinderung, Übergangsgeld, sozialmedizinische Leistungseinschätzung und Vorsorgevollmacht teil. Berufstätige Patientinnen und Patienten erhielten in einer weiteren Gruppe Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung, die ggf. in einem anschließenden Einzeltermin eingeleitet wurde. Weitere Einzeltermine wurden hier nur auf besondere Verordnung geplant, jedoch erhielten Berufstätige einen Termin im sozialmedizinischen Team, gemeinsam mit der Ärztin bzw. dem Arzt sowie dem Sozialdienst.

In beiden an der Studie beteiligten Kliniken wurde bereits ein hoher Standard in der Regelbehandlung umgesetzt, der sich dennoch vom entwickelten Gruppenprogramm durch seine vorrangig informativen und weniger aktivierenden Elemente unterschied.

Inwieweit das neu erarbeitete Gruppenprogramm gegenüber dem beschriebenen usual care in den Kliniken wirksamer ist, wird empirisch untersucht und im folgenden Kapitel dargelegt.

5 Evaluation

5.1 Ziel und Fragestellung

Das Gruppenprogramm zielte auf die Förderung verschiedener sozialer Kompetenzen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die sie zur Umsetzung ihrer sozialen und beruflichen Wiedereingliederung bewusst und in erhöhtem Maß nutzen sollten. Bei der Untersuchungsgruppe lag ein soziales Problem vor, explizit eine besondere berufliche Problemlage, deren Verbesserung Soziale Arbeit durch gezieltes Intervenieren erreichen wollte. Ob mit dem durchgeführten Gruppenprogramm ein höherer Erfolg zu erlangen war als mit der herkömmlichen Behandlung Sozialer Arbeit, sollte mit der quantitativen Erhebung getestet werden. Erfolgswerte wären sichtbar und messbar gewesen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und ein gesundheitsförderndes Verhalten.

Die wichtigste Fragestellung der Untersuchung lautete daher:

Forschungsfrage: Kann eine intensive sozialarbeiterische Gruppenintervention im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation soweit auf die Stärkung sozialer Kompetenzen und die Soziale Unterstützung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einwirken, dass sich dadurch langfristige Verbesserungen hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung im Vergleich zur konventionellen Behandlung ergeben?

Es wurden Zusammenhänge zwischen der Teilnahme am Gruppenprogramm und verschiedenen sozialen, berufs- und gesundheitsbezogenen Variablen vermutet, die in folgenden Hypothesen formuliert sind:

Haupthypothese: Die Teilnahme am sozialarbeiterischen Gruppenprogramm führt im Vergleich zur konventionellen Behandlung zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Arbeitsfähigkeit, zu einer Erhöhung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der Sozialen Unterstützung.

Nebenhypothesen: Die Teilnahme am sozialarbeiterischen Gruppenprogramm führt zu einer erhöhten Teilnahme an Sportangeboten bzw. einer erhöhten Eigeninitiative zu sportlichen Aktivitäten.

Die Teilnahme am sozialarbeiterischen Gruppenprogramm führt zu einer Verbesserung individueller gesundheitsfördernder Verhaltensweisen wie vermindertem Tabakkonsum und einer gesunden Ernährung.

Zur Prüfung der angeführten Hypothesen wurden im nächsten Schritt messbare Variablen definiert. Es handelte sich hierbei um sozialwissenschaftliche Phänomene, die nicht direkt beobachtbar sind, z. B. die gesundheitsbezogene Lebensqualität, welche ein sogenanntes latentes Konstrukt darstellt und erst durch bestimmte beobachtbare Indikatoren messbar wird. Dieser Prozess der Operationalisierung und die eingesetzten Messinstrumente werden im nachstehenden Abschnitt vorgestellt.

5.2 Methode

5.2.1 Studiendesign

In die prospektive, clusterrandomisierte, kontrollierte Studie waren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zwischen 18 und 65 Jahren mit besonderer beruflicher Problemlage (BBPL) eingeschlossen, deren Rehabilitationsträger eine Deutsche Rentenversicherung war. Die Ermittlung einer BBPL wurde jeweils zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme mittels Würzburger Screening vorgenommen (vgl. Anhang 2.2). Eingeschlossene Patientinnen und Patienten wurden in Gruppen (Clustern, Zuteilungsgruppen) von drei bis sechs Personen, entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe, anhand einer vor Rekrutierungsbeginn erstellten Randomisierungsliste zugewiesen. Der Kontrollgruppe (KG) erhielt das in der Rehabilitationseinrichtung übliche Angebot des Sozialdienstes, wie in Abschnitt 4.2.1 erläutert wurde. Damit ließ sich die Interventionsgruppe (IG) hinsichtlich des Formates von der Kontrollgruppe abgrenzen, die Bearbeitung beruflicher und sozialer Probleme fand jedoch in beiden Gruppen statt.

Die Daten aller Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden zu vier Messzeiten erfasst, wie Abbildung 9 veranschaulicht:

Evaluation

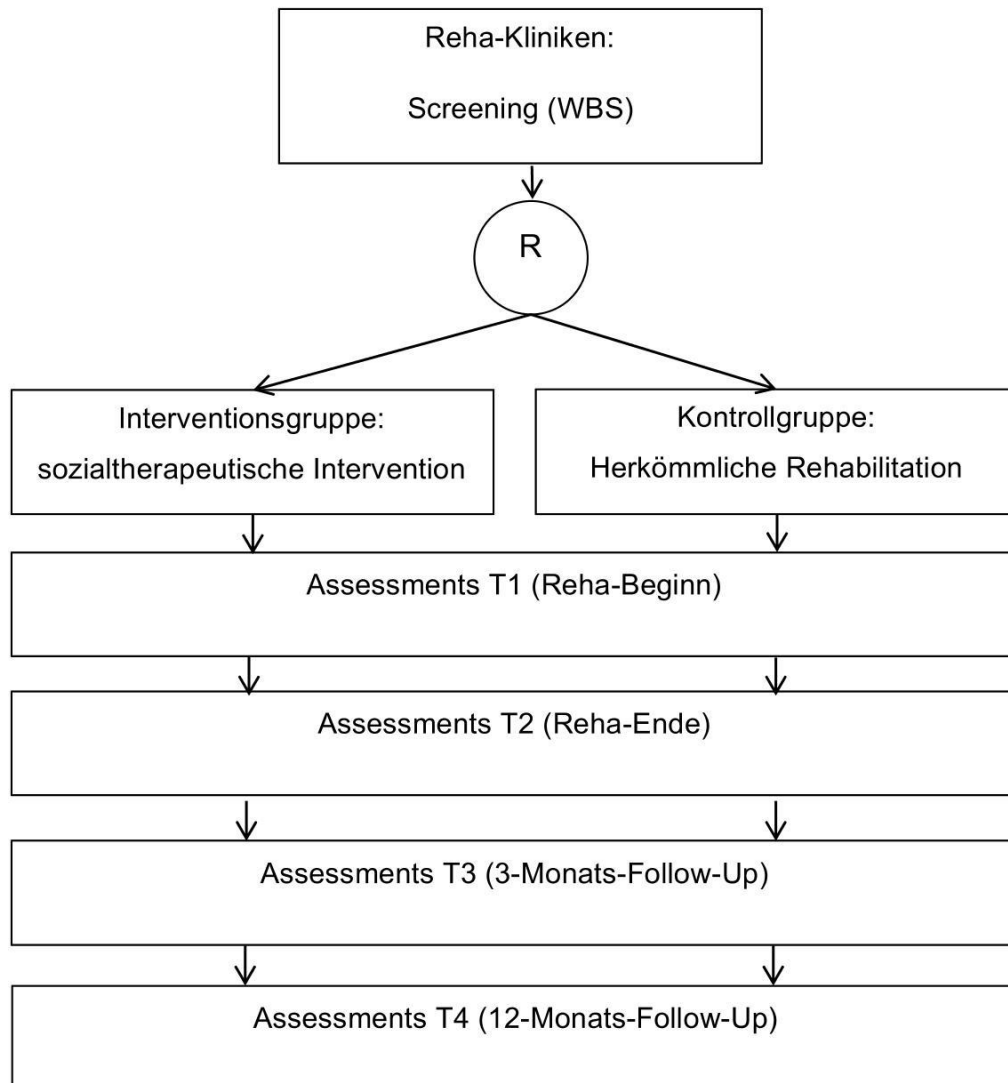


Abbildung 9: Design der Interventionsstudie

Welche Assessments eingesetzt wurden, wird im folgenden Abschnitt aufgezeigt.

5.2.2 Messinstrumente

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des sozialarbeiterischen Programms wurden Daten erfasst, die eine mögliche Verbesserung relevanter gesundheitlicher und beruflicher Parameter aufzeigen können, z. B. die Arbeitsunfähigkeitszeiten, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Soziale Unterstützung, regelmäßige sportliche Aktivitäten und dauerhaftes Nichtrauchen. Die teilnehmenden Rehabilitationskliniken führten dazu einen digitalen Prüfbogen, in

dem sie die erforderlichen krankheitsbezogenen, die soziodemografischen Daten sowie Messdaten zu T1 und T2 für jeden Teilnehmenden eintrugen. Es wurden insgesamt vier Fragebögen verwendet, deren Einsatz zu den verschiedenen Messzeiten jedoch variierte:

Assessments T1 und T2:

SF-12 Fragebogen zur Lebensqualität – zur Erfassung gesundheitsbezogener Parameter zur Lebensqualität und zum Nachweis möglicher Verbesserungen

Der SF-12 stellt eine ökonomische Version des SF-36 Health Survey dar, bestehend aus nur 12 Items. Er kam als Standardversion zum Einsatz, die sich in Form der Selbstbeurteilung auf die vergangenen vier Wochen bezieht. Der SF-12 zeigt eine gute Validität auf und wird für die Rehabilitationsforschung empfohlen [178]. Da der Fragebogen die soziale Dimension einschließt, wurde vermutet, dass eine Einflussnahme im sozialen Bereich in der Messung sichtbar werden könnte.

F-SozU K-14 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung – zur Überprüfung des Einflusses des Gruppenprogramms auf die Soziale Unterstützung

Der von Fydrich, Sommer und Brähler [172] entwickelte Fragebogen wurde in seiner Kurzform mit 14 Items verwendet und weist eine ebenso gute Validität und Reliabilität auf wie die Langform. Er operationalisierte Soziale Unterstützung als wahrgenommene bzw. antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Es wurde ebenfalls Teil B genutzt, der durch die Erhebung belastender und unterstützender Personen strukturelle Informationen über das soziale Netzwerk bereitstellte. Innerhalb der sozialarbeiterischen Intervention wurde versucht, die Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk der Rehabilitanden zu beeinflussen, denn die positive Wirkung unterstützender Netzwerke auf die Verarbeitung von Belastungen, auch durch Erkrankungen, ist bekannt. Wenn eine solche Einwirkung unter den gegebenen Konditionen (Aufenthalt ca. drei Wochen, krankheitsbedingte Einschränkungen etc.) möglich sein sollte, wäre dies mit dem F-SozU nachweisbar.

Assessments T3 und T4: FSozU K-14, SF 12 sowie die folgenden:

WAI Fragebogen zum Work Ability Index

Der Fragebogen zur Bestimmung der gesundheitsbezogenen Arbeitsfähigkeit wurde in einem finnischen Forschungsprojekt entwickelt und validiert [179]. Der Index bildet die Arbeitsfähigkeit aus Sicht der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab und bietet eine hohe Vorhersagekraft für den künftigen Verlauf der Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurde er eingesetzt, um eine Auswirkung der durchgeführten sozialarbeiterischen Intervention

auf eines der Hauptziele medizinischer Rehabilitation zu prüfen, der Wiedererlangung von Erwerbsfähigkeit. Hierzu liegt kein alternatives Instrument vor.

selbst erstellter Fragebogen zur Erfassung der beruflichen und finanziellen Situation, zum Krankheitsverlauf und zum Gesundheitsverhalten.

Neben den Primärdaten dieses Fragenkatalogs wurden zusätzliche patientenbezogene Daten der Rehabilitationskliniken in die Auswertung einbezogen. Von allen teilnehmenden Patientinnen und Patienten sind soziodemografische Variablen wie Alter, Geschlecht, Lebenssituation und Bildungsniveau, berufsbezogene Angaben (Erwerbstätigkeit, Ausbildung, Art und Arbeitsschwere der letzten Tätigkeit), die Rehabilitationsindikation, relevante Komorbiditäten und kardiovaskuläre Risikofaktoren dokumentiert. Ferner wurden zu Beginn und zum Ende der AHB Funktionsparameter (6-min Gehstrecke, maximale Belastbarkeit im Belastungs-EKG), klinisch-symptomatische Daten (z. B. linksventrikuläre Ejektionsfraktion, Blutdruck, Herzfrequenz, NYHA-Klasse, Laborwerte) sowie psychische Belastungen (hospital anxiety and depression scale [HADS]) erhoben.

Die weiterführende Bearbeitung und Auswertung der Daten erfolgte nach geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen in Kooperation mit einem Institut für medizinische Biometrie, die detaillierte Beschreibung zum Umgang mit dem Datensatz findet sich im Datenschutzkonzept (vgl. Anhang 1). Aus den Datenerhebungen der beiden Untersuchungseinrichtungen wurde ein kompletter Datensatz zusammengefügt, der wie folgt gekennzeichnet ist.

5.3 Datensatz

5.3.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Studie untersuchte eine Stichprobe, dennoch kann von einer Generalisierbarkeit der Ergebnisse ausgegangen werden, da zum Einen die Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie ihre Zuordnung zur IG bzw. KG zufällig erfolgte, zum Anderen die Stichprobe von ausreichender Größe war, um Effekte nachweisen zu können.

Die zum Nachweis eines mittleren Effektes (Effektstärke 0,5) mit einer Power von 80% für $\alpha=0.05$ zweiseitig erforderliche Fallzahl beträgt 105 Personen pro Vergleichsgruppe. Sie erhöht sich bei einem durch die Gruppenzuteilung zustande gekommenen Clustereffekt von ICC=0.02 und 6 Personen pro Zuteilungsgruppe um 10 % auf 116 Patientinnen und Patienten pro Gruppe, insgesamt 232. Zur Kompensation des zu erwartenden Loss-to-follow-up wurde beschlossen, mindestens 312 Studienteilnehmende oder 52 Zuteilungsgruppen zu rekrutieren.

Evaluation

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurden in zwei Brandenburger Rehabilitationseinrichtungen rekrutiert, der Klinik am See und der Klinik Wolletzsee. In beiden Einrichtungen findet schwerpunktmäßig die Behandlung von Herz- und Gefäßerkrankungen statt. Ausgeschlossen wurden Patientinnen und Patienten, die eines der folgenden Kriterien erfüllten:

- Lebenserwartung von weniger als einem Jahr,
- schwerwiegende psychiatrische Zusatzdiagnosen,
- unzureichende Deutschkenntnisse,
- stark eingeschränktes Seh- und Hörvermögen.

Anreisende Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurden in der Woche vor Beginn der Intervention so lange rekrutiert bis die minimale bzw. maximale Gruppengröße von drei bis sechs Teilnehmenden erreicht war. Weitere eligible Personen konnten nicht mehr teilnehmen und gehörten der Stichprobe nicht an. Auf diese Weise wurden in den teilnehmenden Rehabilitationskliniken 1352 Patientinnen und Patienten auf das Vorliegen einer beruflichen Problemlage gescreent, die für 551 (41 %) von ihnen zutraf (Abb. 10). Von den positiv geprüften Patientinnen und Patienten gaben 363 ihr Einverständnis zur Studienteilnahme. 167 Personen wurden in die Interventionsgruppe und 187 in die Kontrollgruppe randomisiert. Neun Teilnehmende widerriefen ihre Studienteilnahme im Anschluss der Randomisierung. Auf die erste schriftliche Nachbefragung drei Monate nach der Rehabilitation antworteten 141 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Interventionsgruppe (84 %) und 154 der Kontrollgruppe (82 %). Ein Patient war verstorben, 14 lehnten die weitere Studienteilnahme ab. Zum letzten Messzeitpunkt, ein Jahr nach Rehabilitationsende, wurden in der Interventionsgruppe 123 Responder (73 %) und 142 Responder (76 %) in der Kontrollgruppe gezählt.

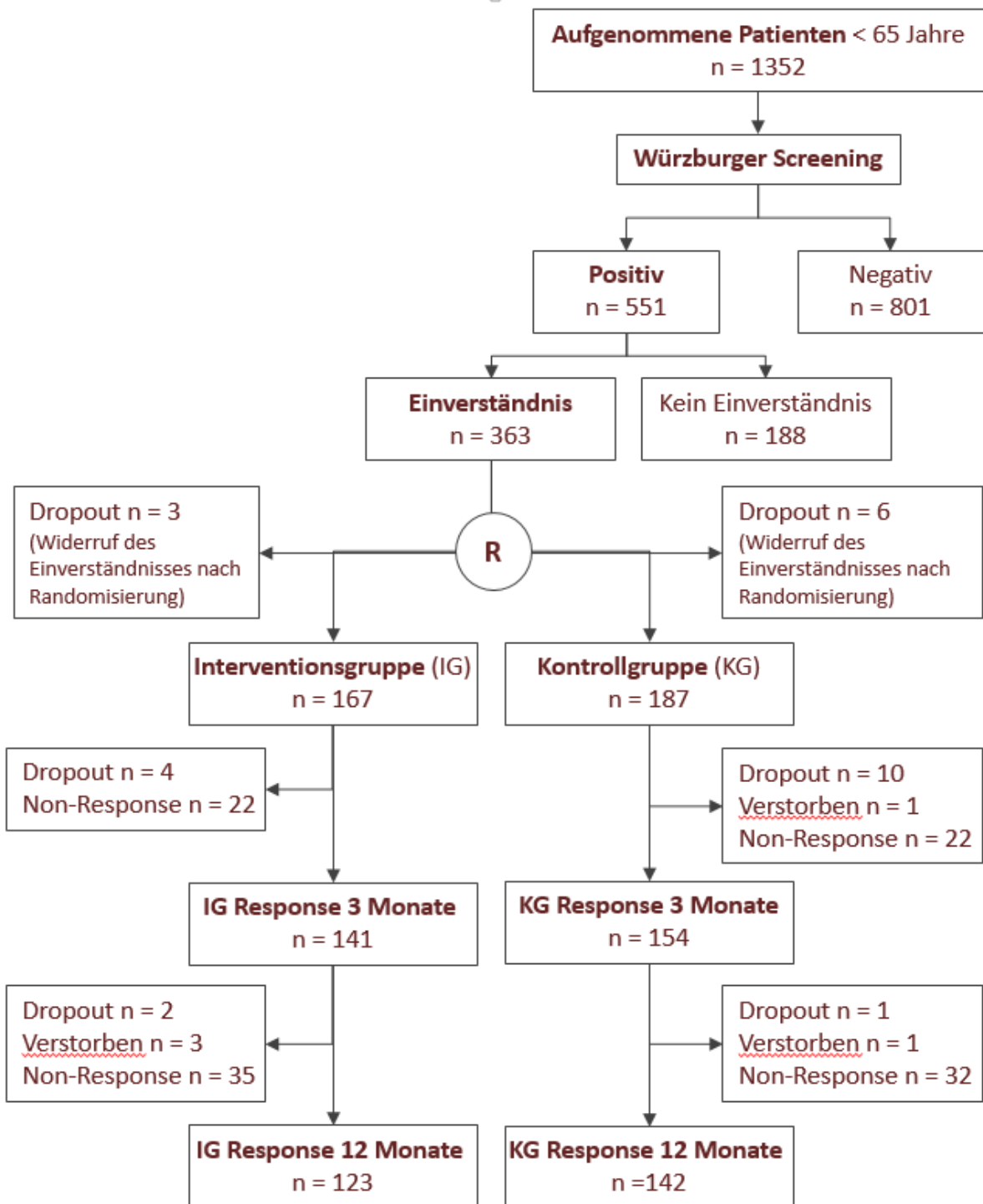


Abbildung 10: Rekrutierungs- und Follow up-Ablauf der Interventionsstudie
 (Zu den Nachbefragungen nach drei bzw. zwölf Monaten wurden jeweils alle Patientinnen und Patienten angeschrieben, die nicht zuvor aktiv ihr Einverständnis widerrufen hatten oder verstorben waren.)

Die Kontrollgruppen wurden nach den gleichen Ein- und Ausschlusskriterien wie die Interventionsgruppen rekrutiert. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der KG erhielten das reguläre Behandlungsprogramm, das am Beginn der Rehabilitation im gemeinsamen Arzt-Patienten-Gespräch festgelegt wurde. Neben der untersuchten sozialarbeiterischen Betreuung waren darin standardisierte Behandlungselemente enthalten, die allen Patientinnen und Patienten zukamen, ebenso wie bedarfsorientierte Behandlungen der verschiedenen Abteilungen, ohne Unterschied zur Interventionsgruppe. Die Differenzen zwischen beiden Gruppen betrafen ausschließlich die sozialarbeiterische Beratung und Betreuung. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der KG wurden dem üblichen Ablauf entsprechend von der Ärztin bzw. dem Arzt für einen Termin beim Sozialdienst angemeldet und je nach sozialer Indikation zur Einzelberatung oder Teilnahme an einer Gruppe eingeplant. Die IG nahm an keiner zusätzlichen sozialarbeiterischen Gruppe teil.

5.3.2 Datenverarbeitung

Die Hypothesenüberprüfung erfolgte durch Verfahren, welche die Daten hierarchisch strukturierten und Unterschiede zwischen IG und KG sowie Kovariate berücksichtigten. Die Zielgrößen wurden zu den angeführten vier verschiedenen Messzeiten erfasst, es wurden Subgruppen gebildet zur Darstellung geschlechtsspezifischer und anderer Unterschiede (z. B. zum beruflichen Status, zum Alter oder zu besonderen gesundheitlichen, psychischen oder beruflichen Belastungen).

Umgang mit fehlenden Werten

Die statistische Analyse basiert auf dem FAS (analysis dataset), der die verfügbaren Daten aller randomisierten Patienten enthält, die ihre Zustimmung nicht zurückgezogen haben. Fehlende Werte wurden nicht ersetzt, da von einer Zufälligkeit des Fehlens auszugehen ist und das Fehlen weder von der eigentlichen Variablen (bei der der Wert fehlt) noch von anderen Variablen im Datensatz abhängt.

Zur Abschätzung des möglichen Einflusses des Non-Response auf das Studienergebnis wurde mithilfe eines multiplen logistischen Mehrebenenmodells mit Rückwärtselimination versucht, um ein Profil des typischen Non-Responders unter Berücksichtigung des Clustereffektes der Trainingsgruppen aus den zu T1 und T2 vorliegenden Patientencharakteristika abzuleiten.

Umgang mit Clustereffekten

Da die Zuteilungsgruppen die Studienintervention gemeinsam durchliefen, war damit zu rechnen, dass sie untereinander ähnlichere Ergebnisse aufweisen würden als Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Zuteilungsgruppen. Die resultierenden Clustereffekte wurden in den hierarchischen Mehrebenenmodellen als zufällige Effekte auf oberster Ebene modelliert.

Wirksamkeitsanalyse

Interventionsgruppe und Kontrollgruppe wurden zunächst univariat zu den verschiedenen Messzeitpunkten im Hinblick auf die jeweils relevanten Parameter unadjustiert, aber unter Berücksichtigung des Clustereffektes miteinander verglichen.

Eine adjustierte multiple Wirksamkeitsanalyse wurde für die präspezifizierten Endpunkte: „Veränderung des körperlichen (KSK) und psychischen Summenscore (PSK) im SF-12 (gesundheitsbezogene Lebensqualität)“ und „Berufliche Wiedereingliederung (erwerbstätig) 12 Monate nach Reha“ durchgeführt. Für die Analyse wurden multiple Mehrebenenmodelle verwendet, und zwar je: gemischtes ANCOVA-Modell für KSK und PSK und ein gemischtes Logistisches Regressionsmodell für die berufliche Wiedereingliederung mit der Randomisierungsgruppe als zufälligem Effekt (Cluster-Effekt), der Intervention als Haupteffekt (vs. Kontrolle) und weiteren Kovariaten.

In der Fachliteratur zur Auswertung clusterrandomisierter Studien besteht Einigkeit, dass bei diesem Studientyp wegen der im Verhältnis zur Individualrandomisierung vergrößerten Gefahr von Imbalancen grundsätzlich adjustiert werden sollte. Über die Frage, wie die Kovariaten ausgewählt werden sollen, besteht hingegen keine Einigkeit. In der vorliegenden Studie wurde zunächst für jeden der drei Endpunkte eine klinisch oder sozialmedizinisch begründete Vorauswahl getroffen (Tab. 3).

Tabelle 3: Vorauswahl der Kovariaten für die multivariate Analyse

Abhängige Variablen	Unabhängige Variablen	Ausprägung
SF 12 Körperliche Summenskala	- <u>Intervention</u>	IG vs. KG
	- <u>SF12 KSK Rehaende</u>	metrisch
	- Alter	metrisch
	- Sex	m vs. w
	- AU-Zeit vor Reha	< 3 Monate vs. alle anderen
	- Orthopädische Komorbidität	ja vs. nein
	- Psychische Komorbidität	ja vs. nein
	- HADS-A u. -D bei Entlassung	> 10 vs. ≤ 10
	- EF ≤ 40 %	ja vs. nein
	- WAI (T3)	metrisch
	- Belastbarkeit (Watt) bei Rehaende	metrisch
		Raucher vs. alle anderen

Evaluation

Abhängige Variable	Unabhängige Variablen	Ausprägung
	- Raucher bei Rehabeginn	
SF 12 Psychische Summenskala	- <u>Intervention</u> - <u>SF12 PSK bei Rehaende</u> - Alter - Sex - Lebenssituation - berufl. Situation vor Reha - AU-Zeit vor Reha - Orthopädische Komorbidität - Psychische Komorbidität - HADS-A u. -D bei Entlassung - EF ≤ 40 % - F-SozU - WAI (T3)	IG vs. KG metrisch metrisch m vs. w Allein lebend vs. andere (nicht allein lebend) erwerbstätig. vs. nicht erwerbstätig < 3 Monate vs. alle anderen ja vs. nein ja vs. nein > 10 vs. ≤ 10 ja vs. nein metrisch metrisch
Berufliche Wiedereingliederung (Rate)	- <u>Intervention</u> - Arbeitsschwere - Alter - Sex - Schulabschluss - Arbeitslosigkeit vor Reha - Letzte Tätigkeit - AU-Zeit vor Reha - Hauptdiagnose - Orthopädische Komorbidität - Psychische Komorbidität - HADS-A u. -D bei Entlassung - EF ≤ 40 % - F-SozU	IG vs. KG schwer vs. alle anderen metrisch m vs. w < 10. Klasse vs. alle anderen ja vs. nein Arbeiter vs. Angestellt < 3 Monate vs. alle anderen KHK vs. andere (keine KHK) ja vs. nein ja vs. nein > 10 vs. ≤ 10 ja vs. nein metrisch

AU = Arbeitsunfähigkeit; EF = Ejektionsfraktion; F-Sozu = Fragebogen zur sozialen Unterstützung; HADS-A= Hospital Anxiety Scale; HADS-D = Hospital Depression Scale; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; KHK = koronare Herzerkrankung; KSK = körperlicher Summenscore des SF-12; PSK = psychischer Summenscore des SF-12; WAI = Work Ability Index;

In einem zweiten Schritt wurde dann eine weitere statistisch begründete Auswahl durch Rückwärtselimination nicht-signifikanter Kovariaten vorgenommen. Im Folgenden werden die Ergebnisse des jeweils letzten Modells präsentiert.

5.4 Ergebnisse

5.4.1 Patientencharakteristik

Die erhobenen Werte zu soziodemographischen Daten, Hauptindikation und Komorbiditäten, Funktionsparametern, Risiko- und psychosozialen Faktoren wiesen zu Beginn der medizinischen Rehabilitation keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (n = 167/187) auf. Lediglich der mittlere Body Mass Index (BMI) zeigte sich in der Interventionsgruppe etwas geringer als in der Kontrollgruppe (Tab. 4).

Tabelle 4: Patientencharakteristika zu Rehabilitationsbeginn

Parameter	Intervention (n=167)	Kontrolle (n=187)	Gesamt (n=354)	p-Wert
Soziodemografische Daten				
Geschlecht (männl.)	128 (76,6%)	137 (73,3%)	265 (74,9%)	0,448
Alter (Jahre)	51,7 ± 6,6	51,6 ± 6,9	51,6 ± 6,8	0,954
Lebenssituation (Partnerschaft)	117 (70,1%)	124 (66,3%)	241 (68,1%)	0,505
BMI	27,7 ± 4,9	29,0 ± 6,2	28,4 ± 5,7	0,039
Schulabschluss < 10. Klasse	31 (n=164, 18,9%)	30 (n=185, 16,2%)	61 (n=349, 17,4 %)	0,841
Berufliche Situation				
Erwerbstätig	112 (67,1%)	125 (66,8%)	237 (66,9%)	0,970
Arbeitslos gemeldet	48 (28,7%)	47 (25,1%)	95 (26,8%)	0,513
Angestellter/Beamter	101 (n=166, 60,8%)	119(n=185, 64,3%)	220 (n=351, 62,7%)	0,541
Körperlich schwere Tätigk.	46 (n=165, 27,9%)	44 (n=178, 24,7%)	90 (n=343, 26,2%)	0,533
Rehabilitationsindikation				
KHK [MI, PCI,CABG]	120 (71,9%)	124 (66,3%)	244 (68,9%)	0,261
Klappenerkrankung	18 (10,8%)	2 (12,3%)	41 (11,6%)	0,668
Herzinsuffizienz [ICD/CRT]	13 (7,8%)	16 (8,6%)	29 (8,2%)	0,329
Sonstige	16 (9,6%)	24 (12,8%)	40 (11,3%)	0,970
Erstereignis	122 (73,1%)	139 (n=184, 75,6%)	264 (n=351, 75,2%)	0,906
Komorbiditäten				
Orthopädisch/rheumat.	36 (21,6%)	36 (19,3%)	72 (20,3%)	0,851
Psychisch	30 (18,0%)	28 (15,0%)	58 (16,4%)	0,448
Risikofaktoren				
Raucher	94 (n=153, 61,4%)	92 (n=172, 53,5%)	186 (n=325, 57,2%)	0,154
Diabetes	38 (n=166, 22,9%)	33 (n=185, 17,8%)	71 (n=351, 20,2%)	0,240
Arterielle Hypertonie	133 (n=166, 80,1%)	138 (n=185, 74,6%)	271 (n=351, 77,2%)	0,228
Funktionsparameter				

Evaluation

Max. Belastbarkeit (W)	98,0 ± 48,2 (n=159)	99,0 ± 35,4 (n=174)	98,5 ± 41,9 (n=333)	0,873
6-min Gehstrecke (m)	371,6 ± 89,6 (n=142)	380,7 ± 89,3 (n=150)	376,3 ± 89,4 (n=292)	0,386
Psychosoziale Parameter				
HADS-Angstwert	7,6 ± 4,4 (n=146)	7,6 ± 4,3 (n=165)	7,6 ± 4,3 (n=311)	0,966
HADS-Depressionsw.	6,9 ± 4,2 (n=144)	6,8 ± 4,1 (n=165)	6,8 ± 4,1 (n=309)	0,693
F-SozU: K 14	56,3 ± 28,7 (n=156)	53,4 ± 29,5 (n=161)	54,8 ± 29,1 (n=317)	0,370
F-SozU: NENUNT	12,7 ± 7,9 (n=156)	13,7 ± 7,9 (n=156)	13,2 ± 7,9 (n=312)	0,322
F-SozU: NENBEL	1,5 ± 1,8 (n=156)	1,7 ± 1,9 (n=156)	1,6 ± 1,9 (n=312)	0,467
SF-12: KSK	37,0 ± 6,9 (n=144)	37,6 ± 7,6 (n=151)	37,3 ± 7,2 (n=295)	0,486
SF-12: PSK	45,8 ± 11,6 (n=144)	44,5 ± 11,4 (n=151)	45,1 ± 11,5 (n=295)	0,354

CABG = Koronararterien-Bypass; CRT = Kardiale Resynchronisationstherapie; F-SozU = Fragebogen zur sozialen Unterstützung; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; ICD = Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator; K 14, = Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung, KHK = koronare Herzerkrankung; KSK = körperlicher Summenscore des SF-12; MI = Myokardinfarkt; NENBEL = Nennungen von belastenden Personen (Teil B, F-SozU); NENUNT = Nennungen von unterstützenden Personen (Teil B, F-SozU); PCI = Perkutane Koronarintervention; PSK = psychischer Summenscore des SF-12

Auffallend hoch lag mit 74,9 % der Anteil männlicher Teilnehmer, was sich in der relativ hohen Personenzahl (26,2 %) mit einem schweren körperlichen Tätigkeitsprofil niederschlug. Ein ähnlich hoher Wert wurde mit 26,8 % in Bezug auf Arbeitslosigkeit ermittelt. Zweidrittel der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer waren zum Zeitpunkt des kardiologischen Ereignisses erwerbstätig. Mit knapp 52 Jahren war die Studienpopulation eher jung. Eine koronare Herzerkrankung war bei nahezu 70 % der Fälle die prävalierende Indikation, bei 75 % von ihnen stellte sie ein Erstereignis dar. Die weiteren Hauptindikationen Klappenerkrankungen und Herzinsuffizienz mit oder ohne Devices (ICD/CRT) folgten mit anteilig jeweils 10 % in einem weiten Abstand. Ein nicht unerheblicher Teil der Studienpopulation wies eine orthopädische (21 %) oder psychische Komorbidität (16 %) auf. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden war Raucherin bzw. Raucher, ein Diabetes mellitus bestand bei jedem Fünften. Auffällig war ein deutlich erhöhter Angstwert, den auch bei Entlassung noch mehr als 20 % der Patientinnen und Patienten aufwiesen (Tab. 5).

Tabelle 5: Psychosoziale und Funktionsparameter bei Entlassung aus der Anschlussrehabilitation

Variablen	Intervention (n=161)	Kontrolle (n=176)	Gesamt (n=337)	p-Wert
HADS				
Angstwert	6,3 ± 4,6 (n=126)	6,9 ± 4,4 (n=144)	6,6 ± 4,5 (n=270)	0,310
Angstwert >10	30/126 (23,8%)	32/144 (22,2%)	62/270 (23,0%)	0,757
Depressionswert	5,7 ± 4,1 (n=126)	5,9 ± 4,7 (n=144)	5,8 ± 4,4 (n=270)	0,758
Depressionsw. >10	17/126 (13,5%)	28/144 (19,4%)	45/270 (16,7%)	0,207

Evaluation

Soziale Unterstützung				
F-SozU K14	56,6 ± 30,5 (n=149)	56,6 ± 29,1 (n=152)	56,6 ± 29,7 (n=301)	0,984
F-SozU NENUNT	13,2 ± 7,4 (n=147)	14,0 ± 8,4 (n=145)	13,6 ± 7,9 (n=292)	0,481
F-SozU NENBEL	1,7 ± 2,3 (n=147)	1,8 ± 2,0 (n=145)	1,8 ± 2,2 (n=292)	0,930
SF-12				
KSK	39,5 ± 8,1 (n=137)	39,6 ± 7,2 (n=145)	39,5 ± 7,6 (n=282)	0,885
PSK	49,1 ± 11,4 (n=137)	48,2 ± 11,4 (n=145)	48,7 ± 11,4 (n=282)	0,538
Funktionsparameter				
Max. Belastbarkeit (W)	118,8 ± 45,4 (n=139)	118,2 ± 49,6 (n=150)	118,5 ± 47,5 (n=289)	0,840
6-min Gehstrecke (m)	471,8 ± 77,1 (n=125)	468,6 ± 91,1 (n=135)	470,1 ± 84,5 (n=260)	0,758

F-SozU = Fragebogen zur sozialen Unterstützung; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; K 14, = Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung; KSK = körperlicher Summenscore; NENBEL = Nennungen von belastenden Personen; NENUNT = Nennungen von unterstützenden Personen; PSK = psychischer Summenscore

Zugleich wurde bei jedem sechsten Teilnehmenden bei Entlassung ein erhöhter Depressivitätsscore festgestellt, wenn auch die Mittelwerte des HADS im Rehabilitationsverlauf für Ängstlichkeit von $7,6 \pm 4,3$ auf $6,6 \pm 4,5$ und für Depressivität von $6,8 \pm 4,1$ auf $5,8 \pm 4,4$ zurückgingen, Gruppenunterschiede waren dabei nicht erkennbar. Die Werte des SF-12 zu Rehabilitationsbeginn und –ende entsprachen den Daten klinischer Vergleichsgruppen kardiologischer Patientinnen und Patienten [178]. Sowohl der körperliche als auch der psychische Summenscore konnten sich während der Rehabilitation verbessern, ohne dass es jedoch Differenzen zwischen den Gruppen gab. Das Maß der von den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern wahrgenommenen sozialen Unterstützung (F-SozU) entsprach in beiden Gruppen bereits zu Beginn der Rehabilitation dem der Normalbevölkerung.

5.4.2 Berufliche Wiedereingliederung und Gesundheitsverhalten

Ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitation bestanden hinsichtlich der Parameter zur beruflichen Situation keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Eine Beeinflussung der beruflichen Wiedereingliederung (BWE) durch das intensivierte Gruppenprogramm Sozialer Arbeit als primären Endpunkt der vorliegenden Untersuchung konnte nicht nachgewiesen werden. Die Return to Work (RTW)-Quote betrug 12 Monate nach der stationären Rehabilitation insgesamt 43,7 %, ohne signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (IG 42,1 % vs. KG 45,1 %, $P = 0.829$). Für das Ein-Jahres-Follow-up zur Erfassung der Return-to-Work-Rate (abhängige Variable) wurde ein in einem gemischten logistischen Regressions-Modell mit der Intervention als Haupteffekt gerechnet und anschließend mit der Kontrollgruppe verglichen. Für die Auswahl der Kovariaten

Evaluation

wurde optimal adjustiert, wodurch nur signifikante Kovariaten in die Analyse mit einfließen. Diese signifikanten Kovariaten sind die Arbeitslosigkeit vor der Reha (ja vs. nein) und der HADS-Angstwert bei Entlassung (>10 vs. ≤ 10). Tabelle 6 zeigt die verschiedenen Ergebnisse nach Adjustierungs-Methode und Patientengruppe differenziert.

Tabelle 6: Multivariate Analyse über die Beeinflussung der beruflichen Wiedereingliederung (Return-to-Work-Rate T4)

Return-to-Work T4					
	n/N	Differenz [95%-CI]	Delta [95%-CI]	p-Wert	ICC
adjustiert					
Kontrolle	263/87	44,2% [34,3%; 54,0%]			
Intervention		42,6% [32,2%; 53,0%]	0,94 [0,52; 1,69]	0,829	0,11
adjustiert maximal					
Kontrolle	245/86	46,2% [37,8%; 54,6%]			
Intervention	93,2%/98,9%	43,7% [34,7%; 52,6%]	0,87 [0,45; 1,70]	0,694	0,07
adjustiert optimal					
Kontrolle	263/87	43,1% [34,3%; 51,9%]			
Intervention	100%/100%	44,9% [35,2%; 54,6%]	1,10 [0,57; 2,12]	0,786	0,14

ICC = Intraklassenkorrelation

Patientinnen und Patienten aus der Kontroll- und Interventionsgruppe haben unter den gegebenen signifikanten Kovariaten zu ca. 44 % (IG: CI 35,2 % - 54,6 %; KG: CI 34,3 % - 51,9 %) die gleiche Wahrscheinlichkeit zum Zeitpunkt T4, ein Arbeitsverhältnis wiederaufzunehmen. Bei der optimal adjustierten Methode beträgt der Wert der Intraklassenkorrelation 0,14.

Die konkreten beruflichen Situationen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Ein-Jahres-Follow-up zeigt Tabelle 7 auf, die in runden Klammern ausgewiesenen Werte stellen die Prozentwerte der Ausprägungen der jeweiligen Variablen in Relation zur Stichprobe dar. In beiden Gruppen hatten innerhalb eines Jahres ca. 15 % der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer einen Antrag auf berufliche Rehabilitation, jedoch auch jeder vierte Teilnehmende einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente, gestellt. Je ein Viertel war arbeitsunfähig oder / und arbeitslos, ca. 15 % bezogen Krankengeld, ein Zehntel bereits Erwerbsminderungsrente. In der Interventionsgruppe berichteten 28,1 % der Patientinnen und Patienten, sich in keinem Arbeitsverhältnis zu befinden. In der Kontrollgruppe berichteten 22,7 % von einer Arbeitslosigkeit ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitation. Im Vergleich zu den zum Zeitpunkt T1

Evaluation

erhobenen Daten, bei denen 28,7 % der Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe arbeitslos gemeldet waren, gab es ein Jahr nach der Rehabilitation keine Veränderung (28,1 %). Auch in der Kontrollgruppe gab es nur eine geringfügige Veränderung von 25,1 % bei T1 zu 22,7 %.

Tabelle 7: Berufliche Situation ein Jahr nach der Rehabilitation

Variablen	Intervention (n=123)	Kontrolle (n=142)	Gesamt (n=265)	p-Wert
Berufliche Situation				
Antrag berufliche Reha	16/119 (13,4%)	22/140 (15,7%)	38/259 (14,7%)	0,607
EM Rentenantrag	29/121 (24,0%)	32/141 (22,7%)	61/262 (23,3%)	0,864
Arbeitsunfähigkeit	24/119 (20,2%)	39/142 (27,5%)	63/261 (24,1%)	0,179
Krankengeld	18/117 (15,4%)	20/140 (14,3%)	38/257 (14,8%)	0,847
EM Rentenbezug	13/120 (10,8%)	14/141 (9,9%)	27/261 (10,3%)	0,876
Arbeitslosigkeit	34/121 (28,1%)	32/141 (22,7%)	66/262 (25,2%)	0,344
Veränderung der beruflichen Situation	50/120 (41,7%)	56/141 (39,7%)	106/261 (40,6%)	0,768

EM = Erwerbsminderung

Vor der Akuterkrankung waren rund zwei Drittel der Teilnehmenden in beiden Gruppen erwerbstätig, ein Viertel gab an, einer körperlich schweren Tätigkeit nachgegangen zu sein. Im Nachbeobachtungszeitraum von 12 Monaten ergab sich bei 40 % der Patientinnen und Patienten eine Veränderung der Erwerbssituation. Die Variablen zeigten allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.

In der multivariaten Analyse war die BWE ein Jahr nach der AHB mit einer bestehenden Arbeitslosigkeit vor sowie mit erhöhten Angstwerten zum Ende der AHB assoziiert (Abb. 11). Beide Variablen, Arbeitslosigkeit (OR 0,13, 95 % 0,06 - 0,33, $p < 0,001$) und Angstwert-Klassen T2 (≥ 10 vs. < 8) (OR 0,15, 95 % 0,06 - 0,37, $p < 0,001$), verringerten die Wahrscheinlichkeit einer BWE um jeweils 80 %. Bei den übrigen Prädiktoren lassen sich jeweils nur Tendenzen feststellen, da sich in der Analyse keine signifikanten Ergebnisse zeigten. Die beiden anderen HADS-Angstwert-Klassen zeigten keine signifikante Ergebnisse (Angstwert-Klasse 8 - 10 vs < 8 : OR 5,53, 95 % CI 0,23 - 1,23, $p = 0,141$; Angstwert-Klasse unbekannt vs < 8 : OR 0,77, 95 % CI 0,36 - 1,63, $p = 0,496$). Die beiden Variablen hingegen verringerten die Wahrscheinlichkeit einer betrieblichen Wiedereingliederung im geringen Umfang. Die Teilnahme an

Evaluation

der Intervention hingegen hatte nur einen sehr geringen, nicht signifikanten Einfluss auf die berufliche Wiedereingliederung nach einem Jahr nach der Anschlussrehabilitation (OR 1,10, 95 % CI 0,57 - 2,12, $p = 0,786$).

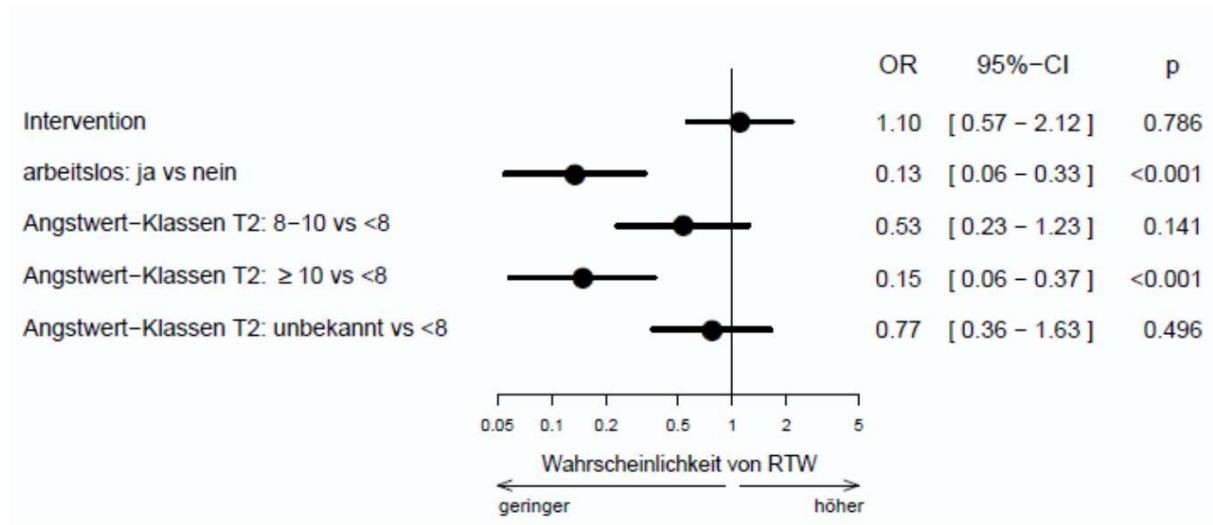


Abbildung 11: Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung ein Jahr nach der Rehabilitation („Return-to-Work“: RTW)

Demgegenüber bestanden signifikante Differenzen im Gesundheitsverhalten. Einerseits waren nach einem Jahr signifikant mehr Raucherinnen und Raucher in der Interventionsgruppe zu verzeichnen (26,2 % versus 15,1 %; $p = 0,027$), andererseits gaben diese an, in höherem Ausmaß einer Herz- oder Gefäßgruppe anzugehören (42,9 % versus 30,7 %; $p = 0,044$). Körperliche Aktivität von mehr als 90 Minuten pro Woche wurde allerdings von 70 % beider Gruppen gleich häufig angegeben (Tab. 8).

Tabelle 8: Gesundheitsverhalten ein Jahr nach der Rehabilitation

Variablen	Intervention (n=123)	Kontrolle (n=142)	Gesamt (n=265)	p-Wert
Gesundheitsverhalten				
Raucher	32/122 (26,2%)	21/139 (15,1%)	53/261 (20,3%)	0,027
Herz-/Gefäßgruppe	51/119 (42,9%)	43/140 (30,7%)	94/259 (36,3%)	0,044
Körperliche Aktivität (≥ 90 min/ Woche)	80/114 (70,2%)	92/132 (69,7%)	172/246 (69,9%)	0,935

5.4.3 Lebensqualität

Hinsichtlich des körperlichen Summenscores (KSK) des Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12) bestand zu keinem Zeitpunkt der Studie ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Die Werte im KSK haben in beiden Gruppen von Beginn bis zur Entlassung aus der Rehabilitation ebenso zugenommen wie zum Zeitpunkt drei bzw. zwölf Monate nach der Anschlussheilbehandlung (Abb. 12), wobei nur diejenigen Teilnehmenden in die Berechnung einbezogen wurden, die zu allen Messzeitpunkten die Fragebögen ausgefüllt hatten (Complete-Case Analysen zum jeweils letzten dargestellten Zeitpunkt). Innerhalb der Interventionsgruppe traf dies auf 55,3 %, in der Kontrollgruppe auf 63,1 % zu.

Bei der Analyse des körperlichen Summenscores im Untersuchungsverlauf zeigte sich zu Beginn der Untersuchung ein niedriger Score in beiden Gruppen, der bis zu T2 jeweils rasch anstieg. Anschließend stieg er kontinuierlich in kleineren Schritten an. Ein Jahr nach der Anschlussbehandlung überschritt der Score in beiden Gruppen jeweils die 40-Score-Schwelle.

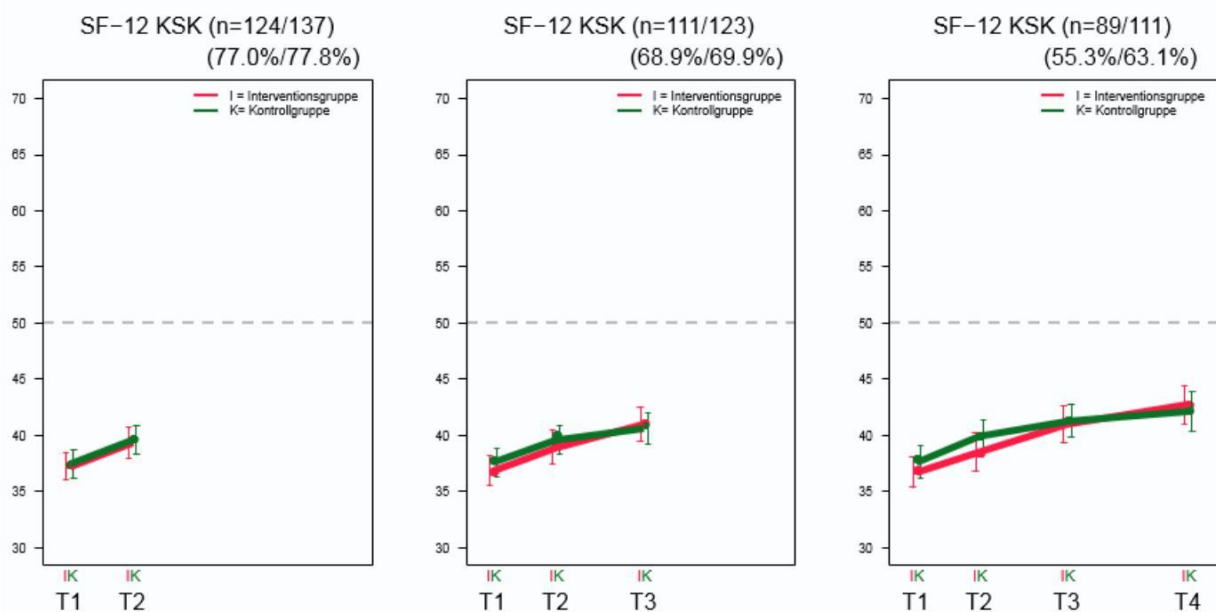


Abbildung 12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Änderung des körperlichen Summenscore im Untersuchungsverlauf (SF-12: KSK)

Im Vergleich des SF-12 KSK zum Zeitpunkt nach der Anschlussbehandlung mit dem 12-Monats Follow-Up ergaben sich signifikante Unterschiede. Abbildung 13 zeigt die Odds-Ratios der einzelnen Variablen im Hinblick auf die Beeinflussung des körperlichen Gesundheitszustands von T2 bzw. T3 auf T4.

Evaluation

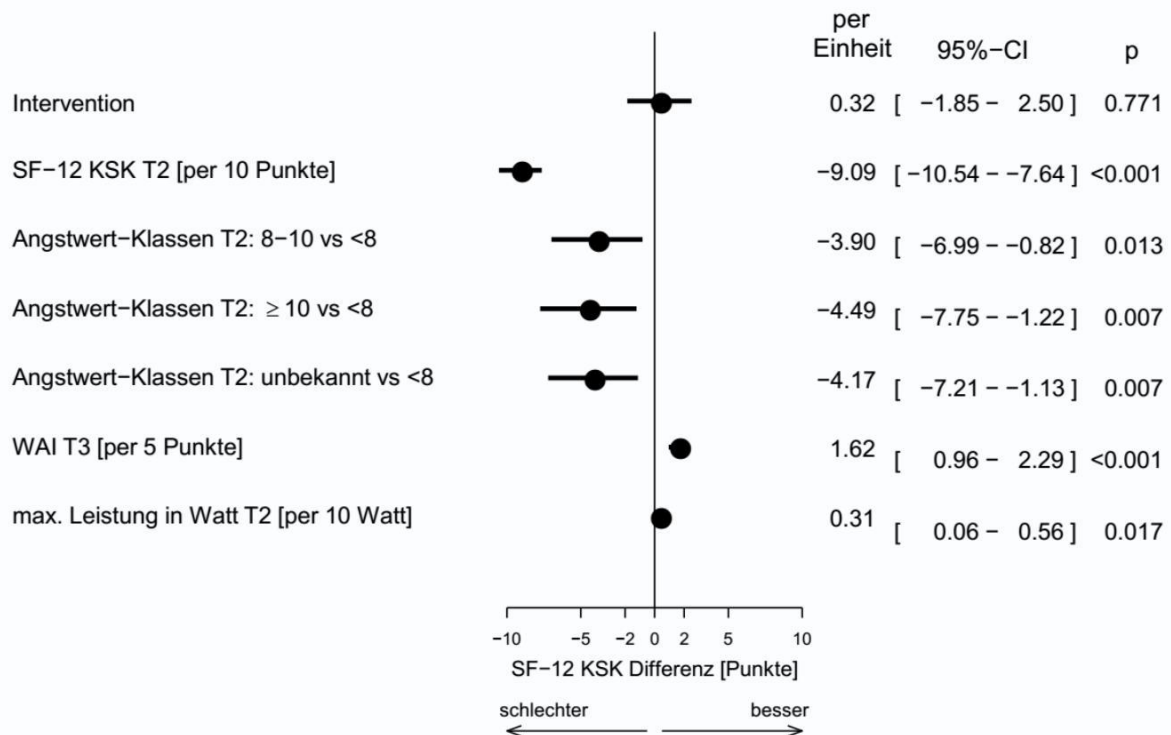


Abbildung 13: Einflussfaktoren auf die Änderung der körperlichen Lebensqualität zwischen Rehabilitationsende und drei Monaten bzw. einem Jahr nach der Rehabilitation

Ein höherer Wert des Work-Ability Index zum Zeitpunkt T3 erhöhte die Wahrscheinlichkeit eines verbesserten SF-12 KSK Wertes nach 12 Monaten signifikant um 62 % (OR 1,62, 95 % CI 0,96 - 2,29, $p < 0,001$). Ebenso bedingte ein hoher Wert der maximalen körperlichen Leistungsfähigkeit in Watt, gemessen zum Ende der stationären Rehabilitation, einen signifikant besseren körperlichen Gesundheitszustand im SF-12 KSK nach einem Jahr. Ein niedriger Wert des SF-12 KSK Summenscores zu T2 hatte einen eindeutig negativen Einfluss auf die körperliche Lebensqualität und führte schließlich auch ein Jahr später zu einem niedrigen Wert.

Andererseits erhöhte ein hoher negativer HADS-Angstwert (≥ 10 vs. < 8) signifikant die Wahrscheinlichkeit, im SF-12 KSK einen schlechteren Punktwert zu erzielen (OR -4,49, 95 % CI -7,75 - -1,22, $p = 0,007$). Auch die beiden anderen HADS-Angstwert-Klassen zeigten ähnliche signifikante Ergebnisse (Angstwert-Klasse 8 - 10 vs < 8 : OR -3,90, 95 % CI -6,99 - -0,82, $p = 0,013$; Angstwert-Klasse unbekannt vs < 8 : OR -4,17, 95 % CI -7,21 - -1,13, $p = 0,007$). Die Teilnahme an der Intervention hingegen hatte nur einen geringen, nicht signifikanten Einfluss auf den körperlichen Gesundheitszustand (OR 0,32, 95 % CI -1,85 - 2,50, $p = 0,771$).

Evaluation

Die Werte des psychischen Summenscores des SF-12 (PSK) zeigten während der Rehabilitation ebenfalls in beiden Gruppen einen Anstieg von T1 auf T2 und erreichten in der Interventionsgruppe den Normbereich um einen Wert von 50 (Abb. 14).

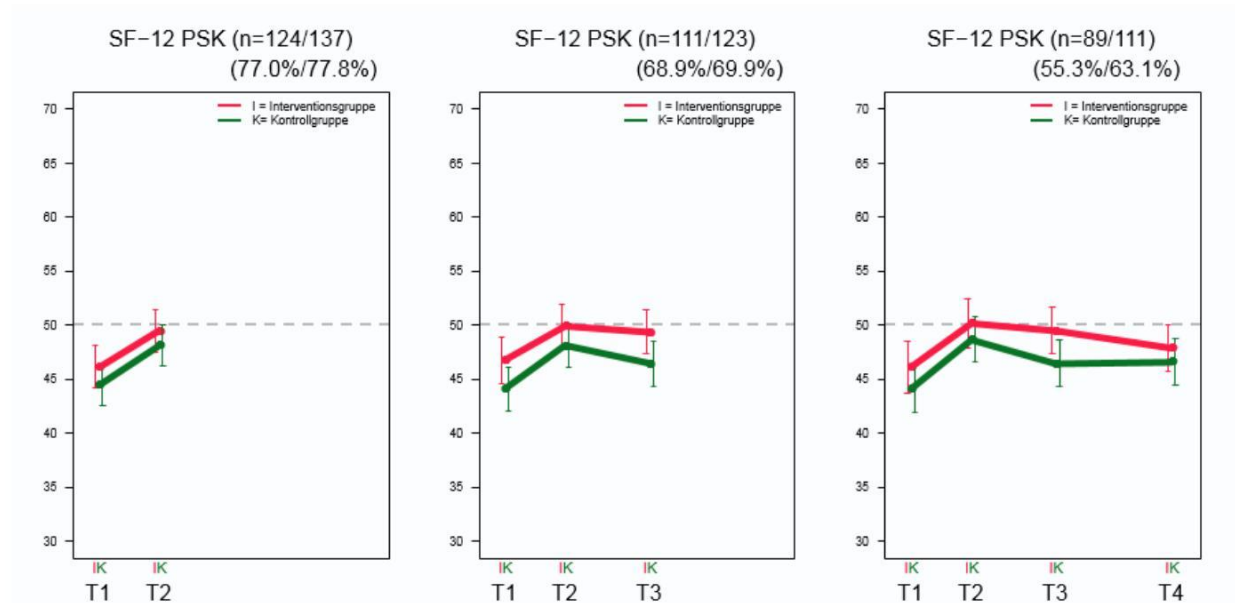


Abbildung 14: Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Änderung des psychischen Summenscore im Untersuchungsverlauf (SF-12: PSK)

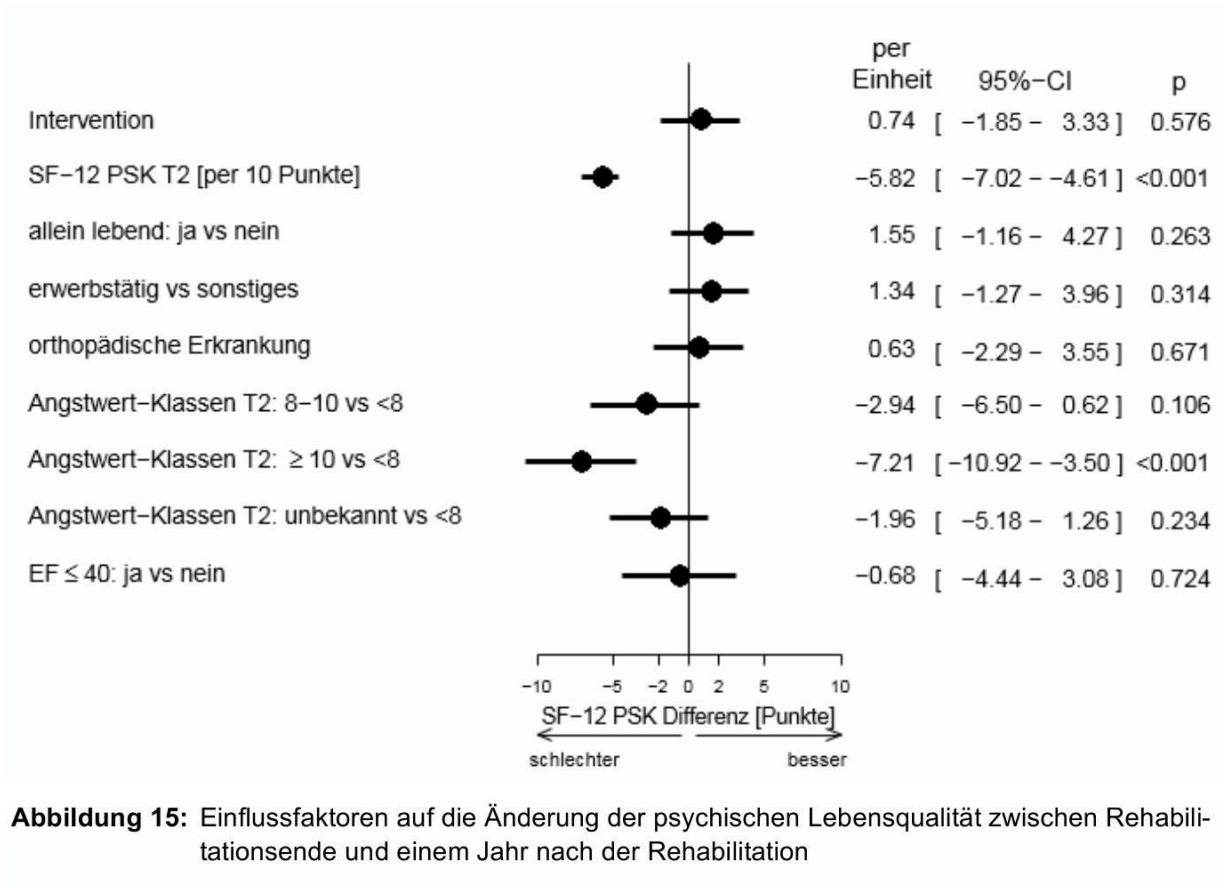
Danach stagnierte bzw. sank der Wert in der Interventionsgruppe leicht zu T3, während ein Rückgang in der Kontrollgruppe ersichtlich wird. Im Untersuchungsverlauf hin zu T4 stieg der psychische Summenscore in der Kontrollgruppe wieder leicht an, während er in der Interventionsgruppe geringfügig absank. Dabei war der Wert zum Zeitpunkt T4 in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe leicht erhöht, unterschied sich jedoch nicht signifikant. Im Hinblick auf den letzten Messzeitpunkt lässt sich zusammenfassend sagen, dass in beiden Gruppen die psychischen Summenscores höher lagen als zu Beginn der Untersuchung.

Hinsichtlich des psychischen Summenscores (PSK) des Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12) zeigten sich zu keinem Zeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Auch hier wurde eine Complete-Case Analyse gerechnet und nur die Patientinnen und Patienten in die Berechnung einbezogen, die zu allen Zeitpunkten die Fragebögen ausgefüllt hatten. Dies betraf in der Interventionsgruppe 55,3 % und in der Kontrollgruppe 63,1 %.

Die Intervention selbst hatte demgegenüber keinen Einfluss, sowohl auf die Veränderung der

Evaluation

körperlichen, als auch psychischen Lebensqualität. Letztere war ausschließlich mit einem niedrigen PSK-Wert und erhöhten Angstwerten negativ assoziiert (Abb. 15). Andere, im Modell verbliebene, Variablen wie eine orthopädische Begleiterkrankung oder eine herabgesetzte linksventrikuläre Pumpfunktion (Herzinsuffizienz) sowie die Lebenssituation (allein oder in Partnerschaft lebend) und nicht zuletzt eine bestehende Erwerbstätigkeit hatten keinen signifikanten Einfluss.



Unter Berücksichtigung der 95 %-Konfidenzintervalle waren signifikante Unterschiede zwischen dem Vergleich des Rehabilitationsendes und einem Jahr nach der Rehabilitation nur in den Kategorien SF-12 PSK (OR -5,82, 95 % -7,02 - -4,61, $p < 0,001$) und Angstwert-Klassen T2 (≥ 10 vs. < 8) (OR -7,21, 95 % -10,92 - -3,50, $p < 0,001$) zu finden.

5.4.4 Soziale Unterstützung

Die Soziale Unterstützung wurde mittels des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung K14 (F-SozU K14) zum Zeitpunkt T2 erhoben und differenziert zwischen der wahrgenommenen Un-

Evaluation

terstützung (Nennung unterstützender Personen; F-SozU NENUNT) und der sozialen Belastung (Nennung belastender Personen im Umfeld; F-SozU NENBEL). Bei Entlassung aus der Rehabilitation hatten aus der Interventionsgruppe 144 und aus Kontrollgruppe 149 Patientinnen und Patienten den Fragebogen ausgefüllt. Im Hinblick auf die Differenzierungen (F-SozU NENUNT und F-SozU NENBEL) gab es einen geringen Drop-out zu verzeichnen.

Der Mittelwert des Gesamtscores der Interventionsgruppe lag bei $M = 56,2 \pm 30,2$ und bei der Kontrollgruppe bei $M = 56,9 \pm 29,2$. Zur Überprüfung der Hypothesen wurden sowohl die Mittelwerte der unterstützenden als auch der belastenden Personen im Umfeld im Gruppenvergleich errechnet. Beide Werte der unterschiedlichen Experimentalgruppen unterschieden sich nicht signifikant ($p = 0,849$). Es gab keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich unterstützender und belastender Personen zu Beginn und bei Entlassung aus der Rehabilitation zu verzeichnen. Die Mittelwerte beider Gruppen werden von den Autorinnen und Autoren des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung als normal bzw. unauffällig definiert. Auch bei Hinzunahme der jeweiligen Standardabweichungen lagen die Werte im mittleren Normbereich. Eine Übersicht über die einzelnen Ergebnisse und Unterschiede zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 findet sich in Tabelle 9.

Tabelle 9: Psychosoziale Patientencharakteristika zu den Zeitpunkten T1 und T2 am Beispiel der Sozialen Unterstützung

Soziale Unterstützung	Intervention	Kontrolle	Gesamt	p-Wert
F-SozU K14 T1	56,3 ± 28,7 (n=156)	53,4 ± 29,5 (n=161)	54,8 ± 29,1 (n=317)	0,370
F-SozU K14 T2	56,2 ± 30,2 (n=144)	56,9 ± 29,2 (n=149)	56,6 ± 29,7 (n=293)	0,849
F-SozU NENUNT T1	12,7 ± 7,9 (n=156)	13,7 ± 7,9 (n=156)	13,2 ± 7,9 (n=312)	0,322
F-SozU NENUNT T2	12,9 ± 6,9 (n=142)	14,1 ± 8,5 (n=142)	13,5 ± 7,7 (n=284)	0,231
F-SozU NENBEL T1	1,5 ± 1,8 (n=156)	1,7 ± 1,9 (n=156)	1,6 ± 1,9 (n=312)	0,467
F-SozU NENBEL T2	1,7 ± 2,3 (n=142)	1,8 ± 2,0 (n=142)	1,8 ± 2,2 (n=284)	0,887

F-SozU K14 = Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Kurzversion mit 14 Items; NENBEL = Nennungen von belastenden Personen; NENUNT = Nennungen von unterstützenden Personen

Für die Variable Nennung belastender Personen im Umfeld ergab sich jeweils in der Gruppe Intervention und Kontrolle eine große Streuung (Intervention $M = 1,7 \pm 2,3$; Kontrolle $M = 1,8$

± 2,0). Deskriptiv lässt sich feststellen, dass durchschnittlich wesentlich weniger belastende Personen im sozialen Netzwerk der Patientinnen und Patienten genannt wurden. Im Vergleich zwischen Rehabilitationsbeginn und ein Jahr nach Anschlussrehabilitation waren keine Unterschiede in den Ausprägungen der jeweiligen Variablen des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung feststellbar.

5.4.5 Diskussion

In Bezug auf die genannten Forschungshypothesen ergaben sich, zuerst für die Haupthypothese und anschließend für die Nebenhypothesen, folgende Ergebnisse:

1. Die Haupthypothese, eine Teilnahme am sozialarbeiterischen Gruppenprogramm führt im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Arbeitsfähigkeit, zu einer Erhöhung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der Sozialen Unterstützung, konnte in dieser Stichprobe nicht nachgewiesen werden. In der Interventions-, wie auch in der Kontrollgruppe, erhöhte sich im Verlauf der Untersuchung die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die individuell wahrgenommene Soziale Unterstützung.

2. Die Nebenhypothesen, dass eine Teilnahme am Gruppenprogramm zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens führen würde, konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden. In beiden Gruppen wurde ein Jahr nach der Anschlussbehandlung körperliche Aktivität mit einer Dauer von mehr als 90 Minuten pro Woche bei 70 % der Patientinnen und Patienten gleich häufig angegeben. Bezüglich der individuell gesundheitsfördernden Verhaltensweisen gaben signifikant mehr Teilnehmende der Interventionsgruppe an, zu rauchen.

Die wichtigsten Ergebnisse zu den psychosozialen Faktoren und den Funktionsparametern, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer soziodemographischen Daten, Hauptindikation, Funktionsparameter, Komorbiditäten, Risikofaktoren und psychosozialen Faktoren. Lediglich der mittlere Body Mass Index differenzierte zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Etwa ein Viertel aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beider Gruppen war erwerbslos. Dies entsprach der Erwartung an die Untersuchungsgruppe, denn Erwerbslosigkeit stellt ein

entscheidendes Kriterium bei der Erfassung einer BBPL im eigesetzten Auswertungsbogen Würzburger-Screening dar.

2. Bei Betrachtung der beruflichen Situation zeigten die Variablen keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. In beiden Gruppen hatte sich die berufliche Situation bei 40 % der Patientinnen und Patienten verändert, 43,7 % hatten ihre Berufstätigkeit wieder aufgenommen. Variablen, wie die aktuelle Lebenssituation (allein oder in Partnerschaft lebend), eine orthopädische Begleiterkrankung oder eine herabgesetzte linksventrikuläre Pumpfunktion hatten keinen signifikanten Einfluss.

3. In der Interventions- und Kontrollgruppe berichtete etwa ein Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, sich ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitation in einer Arbeitslosigkeit zu befinden. Die Teilnahme an der Interventionsgruppe bewirkte die gleichen Chancen, ein Arbeitsverhältnis wiederaufzunehmen wie die Teilnahme an der Kontrollgruppe mit der regulären Behandlung.

4. Der körperliche (SF-12 KSK) und der psychische Summenscore (SF-12 PSK) im Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität wiesen keine Gruppenunterschiede auf, jedoch zeigte sich eine Verbesserung beider Scores von Beginn bis zur Entlassung aus der Rehabilitation ebenso wie drei und zwölf Monate nach der Anschlussheilbehandlung. Die Auswertung des KSK ergab zu jedem Zeitpunkt in beiden Gruppen eine schlechtere subjektive Gesundheitseinschätzung als die der amerikanischen Normpopulation. In der vorliegenden Studie wurde zu allen Befragungszeitpunkten jeweils das arithmetische Mittel aus den Scores gebildet, welches somit die Gesamtheit aller Scores zu den einzelnen Untersuchungszeitpunkten miteinander vergleicht.

Die Auswertung der Daten verwies auf unterschiedliche Einflüsse anderer Variablen auf den körperlichen Summenscore (KSK). So erhöhte ein hoher Wert des Work-Ability-Index zum Zeitpunkt T3 die Wahrscheinlichkeit eines verbesserten KSK-Werts signifikant um 62 %. Auch der Angstwert hatte einen Einfluss auf den KSK-Wert. Ein hoher negativer Angstwert erhöhte die Wahrscheinlichkeit eines schlechteren Punktwerts im KSK um die Hälfte. Auf der anderen Seite gab es einen positiven Einfluss der somatischen Lebensqualität bei einer höheren Leistung in der Belastungs-Ergometrie.

Die Werte des PSK dokumentierten einen differenzierteren Verlauf während der Untersuchung. Nach einem gemeinsamen Anstieg zwischen den einzelnen Gruppen blieb

der Wert in der Interventionsgruppe im Normbereich um den Wert 50. Zu Zeitpunkt T3 sank er geringfügig, während der PSK-Wert in der Kontrollgruppe etwas deutlicher abfiel. Zu T4 hin stieg er in der Kontrollgruppe wieder leicht an, wohingegen ein weiterer Abfall des PSK-Werts in der Interventionsgruppe sichtbar wurde.

5. Zu Beginn der Rehabilitation waren die HADS-Angst-Werte bei den Patientinnen und Patienten deutlich erhöht. Diese Werte waren bei Entlassung aus der Anschlussheilbehandlung zwar geringer, jedoch weiterhin stark erhöht. Auch die HADS-Depressionswerte waren zu Beginn und im Anschluss an die Rehabilitation erhöht. Diese Ergebnisse zeigten sich jeweils in der Interventions- und in der Kontrollgruppe. Da sich alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in einer BBPL befanden, lässt sich ein Zusammenhang vermuten.

6. Die Soziale Unterstützung wurde anhand des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung K-14 erhoben. Der F-SozU in seiner Kurzform mit 14 Items überprüft eindimensional die generelle, subjektive bzw. antizipierte Unterstützung im individuellen sozialen Umfeld der Person. Bei der Auswertung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Experimentalgruppen in den Kategorien Nennung unterstützender Personen und Nennung belastender Personen im Umfeld. Die einzelnen Werte liegen laut Normierung für beide Gruppen im Normbereich und gelten als unauffällig.

Die Ergebnisse vorliegender Untersuchung konnten keinen Effekt eines berufsorientierten Gruppenprogramms Sozialer Arbeit auf die berufliche Wiedereingliederung, die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder die Soziale Unterstützung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer BBPL ein Jahr nach der AHB nachweisen.

Berufliche Wiedereingliederung

Die Return-to-Work-Rate betrug mit dem angewendeten Rechenmodell 43,7 % für beide Untersuchungsgruppen und lag damit im Vergleich zu anderen Erhebungen unterhalb der bislang gemessenen Raten. Je nach Berechnungsvariante werden 46 - 83 % Erwerbstätigkeit nach einem Jahr erzielt [180].

Zur Erhöhung der Return-to-Work-Rate durch gezielte berufsorientierte Maßnahmen liegen insgesamt widersprüchliche Forschungsergebnisse vor. Für einige Indikationen konnte eine Überlegenheit der MBOR gegenüber der konventionellen medizinischen Rehabilitation nachgewiesen werden, für kardiovaskuläre Erkrankungen ist dies bislang nicht belegt. Das vorliegende Ergebnis bestätigt Studien in der neurologischen Rehabilitation sowie bei chronischen

Rückenschmerzen, wonach berufsbezogene Programme keinen signifikanten Effekt gegenüber der herkömmlichen Behandlung aufweisen [38, 61]. Es liegen andererseits auch Studienergebnisse bei onkologischen und kardiologischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vor, die eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung durch MBOR feststellen konnten [40, 57]. Ein direkter Vergleich der Interventionen zu Inhalten, Methoden, Frequenz und Setting könnte Hinweise darauf geben, welche Formen der Intervention erfolgreicher sind. Innerhalb der durchgeführten Untersuchung wurde lediglich die sozialarbeiterische Behandlung verändert, während weitere Strategien der MBOR nicht angewandt wurden.

Neben der Gestaltung der Intervention spielen der Schweregrad der Erkrankung sowie das zugehörige Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes eine wesentliche Rolle. Ein hoher Anteil (26,2 %) der Untersuchungsgruppe gab an, vor der Erkrankung eine Tätigkeit mit schwerem körperlichen Anforderungsprofil ausgeübt zu haben. Eine Rückkehr an einen solchen Arbeitsplatz ist aus sozialmedizinischer Sicht in vielen Fällen ausgeschlossen. Dementsprechend hatten ca. 15 % Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz beantragt. Ein ähnlich hoher Anteil der Untersuchungsgruppe bezog bereits zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (10,3 %) oder hatte einen Antrag darauf gestellt (23,3 %). Die Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe mittels SIMBO-Screening führte hier zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil im Vergleich zur bundesdeutschen Statistik. Beispielsweise belegt die Statistik des Rentenzugangs für das Jahr 2016 bei Männern 4.268 (5 %) und bei Frauen 1.778 (2 %) Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für koronare Herzkrankheiten mit einem Durchschnittsalter von 55 bzw. 54 Jahren [181]. Wie MBOR-Maßnahmen grundsätzlich, war auch die Intervention in dieser Studie auf die Vermeidung von Erwerbsminderung ausgerichtet. Es ist jedoch festzustellen, dass dieses harte Kriterium nicht zu beeinflussen war. Hinzu kommt, dass bestimmte soziodemografische und berufsbiografische Merkmale insofern als resistent gelten müssen, als sie durch rehabilitative Interventionen nicht veränderbar sind, beispielsweise eine fehlende Berufsausbildung oder ein fortgeschrittenes Alter.

Nicht übersehen werden darf bei der Betrachtung des Wiedereingliederungserfolgs die regionale Arbeitsmarktlage und die Arbeitslosenquote. Der überwiegende Anteil der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer war in Berlin oder Brandenburg wohnhaft, Bundesländer mit einer relativ hohen Arbeitslosenquote im bundesweiten Vergleich. Die Arbeitslosenquote beträgt in Berlin aktuell 8,0 % und in Brandenburg 5,6 %, mit einigen regionalen Unterschieden (z. B. 10,4 % in der Uckermark). Im Vergleich dazu weisen andere Bundesländer wesentlich geringere Quoten auf, beispielsweise Bayern mit 2,9 % und Baden-Württemberg mit 3,3 % [182]. Die Untersuchungsgruppe war mit einem Anteil an Arbeitslosen von 26,8 % zu Beginn der medizinischen Rehabilitation im besonderen Maße betroffen, einige Patientinnen und Patienten waren gekündigt worden, mutmaßlich wegen ihrer Erkrankung. Diese Besonderheit ist auf die Einschlusskriterien zurück zu führen, nach denen Arbeitslosigkeit zu einem positiven

Screening der BBPL führte und damit zum Einschluss in die Untersuchungsgruppe. Für die Soziale Arbeit bestand demzufolge eine hohe Herausforderung darin, arbeitslose Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beruflich wieder einzugliedern, sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Das Interventionskonzept sah vor, die Rückkehr in das Arbeitsleben durch Methoden Sozialer Arbeit zu beschleunigen, insbesondere durch das Konzept des Empowerment. Es galt, die Ressourcen der Teilnehmenden zu aktivieren, ihre Eigeninitiative zu stärken (z. B. durch erhöhte und zielgerichtete Bewerbungsinitiativen) und die Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld zu mobilisieren (z. B. durch Vermittlung von Informationen und persönlichen Kontakten). Dieses Vorhaben gelang mit der Intervention nicht besser als mit der regulären sozialarbeiterischen Beratung.

Ebenfalls keinen begünstigenden Einfluss nahm die Teilnahme an der Intervention in Bezug auf die Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitstage, die bei kardiovaskulären Erkrankungen einen relativ langen Zeitraum umfassen. Für die Pflichtmitglieder der Krankenkasse AOK wurden beispielsweise 2003 durchschnittlich 64 Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) für Männer und 63 AU-Tage für Frauen mit einer KHK gemessen. Damit liegt auch die Dauer der Krankheit bei denjenigen verhältnismäßig hoch, die weiterhin arbeiten können, obwohl der Anteil der AU-Tage mit 2,4 % im Vergleich zu 30,8 % bei Erkrankungen des Atmungssystems gering ausfällt [183]. Vergleichsweise geringer fallen die Auswirkungen der PAVK auf das Arbeitsleben aus, da das Durchschnittsalter der Betroffenen hier höher liegt. Aktuelle Zahlen sind nicht verfügbar, im Jahr 1995 wurden jedoch bei den Männern 4.393 (2,4 %) Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit verzeichnet, bei den Frauen waren dies 720 (0,6 %) [184]. Die Annahme der Studie war, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Intervention umfangreichere und gezielte berufsbezogene Informationen erhalten, die sie selbständig auf ihre persönliche Berufssituation anwenden und damit einen erheblichen Vorteil gegenüber den regulär behandelten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hinsichtlich einer schnelleren Rückkehr an den Arbeitsplatz nutzen. Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden.

Fernerhin ist das Ergebnis des Work-Ability-Index (WAI) zum Zeitpunkt T3 erwähnenswert. Der Work-Ability-Index misst die subjektive Arbeitsfähigkeit als einen Grundbaustein des individuellen Wohlbefindens. Seine Dimensionen umfassen neben der Krankheitsgeschichte auch die psychischen Leistungsreserven. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich ein höchst signifikanter Zusammenhang zum körperlichen Summenscore. Je höher der Work-Ability-Index war, desto besser wurde der körperliche Summenscore. Daraus lässt sich eine solide Fähigkeit der Patientinnen und Patienten zur Einsicht in ihre eigene berufliche Leistungsfähigkeit folgern. Da der WAI nur zu T3 und T4 gemessen wurde, liegen Aussagen zu möglichen Zusammenhängen für den Zeitraum während der Rehabilitation nicht vor. Der WAI erwies sich

jedoch als geeignetes Instrument zur gezielten Erfassung des berufsbezogenen Handlungsbedarfs, mit dessen Hilfe Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre eigenen Ressourcen in Hinsicht auf ihren Arbeitsplatz einschätzen können. Aus seinen Ergebnissen ließe sich ableiten, in welchen Bereichen besondere Unterstützung erforderlich ist, z. B. bezüglich des Arbeitsinhalts, der -umgebung oder der Arbeitsorganisation. Daher wäre der Einsatz bereits in der medizinischen Rehabilitation empfehlenswert.

Die berufliche Ausübung ist bei der Untersuchungsgruppe nachweislich besonders gefährdet und daher innerhalb der Versorgung zu beachten, offenbar jedoch nicht im ersten Schritt, wenn zunächst eine medizinische Behandlung bei akuten Beschwerden notwendig ist. Die zeitlich begrenzte, wenn auch sehr komprimierte, sozialarbeiterische Intervention, konnte einer bestehenden Arbeitslosigkeit oder einer drohenden Erwerbsminderung nicht gerecht werden. Beide Aspekte bedürfen vermutlich einer längeren, der Rehabilitation nachgeschalteten Betreuung.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe, eine Verbesserung ist von anderen Faktoren abhängig als der Teilnahme an der Intervention. Die Lebensqualität gilt als multidimensionales Konstrukt, „welches körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen abbildet.“ [185]. Die innerhalb der Studie durchgeführte sozialarbeiterische Gruppenintervention war auf die soziale Dimension gerichtet, konnte jedoch keinen hinreichenden Einfluss ausüben. Aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) ist bekannt, dass die Lebensqualität insbesondere abhängt von den Faktoren Geschlecht, Alter und sozialer Status. So weisen Männer, jüngere Menschen und Personen mit einem höheren sozialen Status eine bessere Gesundheit auf. Eine chronische Erkrankung führt bei allen Personen zu schlechterer Lebensqualität, sodass die Werte unterhalb der Norm für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorliegender Studie zu erwarten waren. Bei alleiniger Betrachtung der psychischen Gesundheit wurde in der DEGS1-Studie allerdings ein nahezu gleichbleibender PSK-Wert im Lebensverlauf, sogar ein leichter Anstieg mit zunehmendem Alter festgestellt. In den hier beobachteten Untersuchungsgruppen wurde ein leichter Anstieg der KSK- und PSK-Werte sichtbar, bei einem etwas unterschiedlichen Verlauf. Erhöhte Angstwerte zum Ende der AHB hingegen erwiesen sich als negativer Prädiktor, sowohl für die BWE als auch für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Welche Faktoren diese Verläufe beeinflusst haben, lässt sich mit der durchgeführten Studie nicht eindeutig klären. Die niedrigen Werte des PSK gehen jedoch mit den hohen zu T2 gemessenen HADS-Werten für Ängstlichkeit und Depressivität einher, die weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegen [186]. In den Interviews der Exploration wurden konkrete Ängste und Unsicherheiten in der körperlichen und

sozialen Dimension benannt, z. B. Angst vor einem weiteren Herzinfarkt, Zukunftsangst bei unklarer beruflicher Perspektive und Unsicherheit bezüglich des künftigen Lebensinhalts. Im Rahmen der Intervention wurde versucht, positiven Einfluss auf das psychische Befinden zu nehmen, eine Erhöhung des PSK konnte damit allerdings nicht erreicht werden. Hinsichtlich des prädiktiven Charakters der Ängstlichkeit stellt sich die Frage, inwieweit psychische Komponenten während der Behandlung in der medizinischen Rehabilitation unzureichend Berücksichtigung fanden.

Soziale Unterstützung

Ebenso wenig konnte die Soziale Unterstützung für die Interventionsgruppe signifikant erhöht werden. Die Studie beruft sich auf die inhaltliche Typologie Sozialer Unterstützung nach Diwald und konnte in der Exploration verschiedene existente Unterstützungsleistungen aus den Umfeldern der Befragten den Bereichen Interaktion, Kognition und Emotionen zuordnen. Es wurden für alle interviewten Personen hilfreiche Handlungen nahestehender Menschen ermittelt. Ein Ergebnis, das durch die Resultate der Evaluation bestätigt wurde, in der die Werte für erhaltene und wahrgenommene Soziale Unterstützung zu allen Messzeiten im Normbereich lagen. Die in wesentlich höherer Anzahl ermittelten unterstützenden als belastenden Beziehungen in den persönlichen Umfeldern der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern unterstrichen die positiven Wirkungen aus den sozialen Netzwerken. Ziel der Intervention war es jedoch, die Soziale Unterstützung zu erhöhen und damit auf die Genesung, die berufliche Wiedereingliederung und das Gesundheitsverhalten positiv einzuwirken. Denn eine Erhöhung der Sozialen Unterstützung verbessert nachweislich das Gesundheitsverhalten von herzerkrankten Patientinnen und Patienten [187]. Mit der durchgeführten Intervention, ohne Einbeziehung naher Bezugspersonen, war es allerdings nicht möglich, die Soziale Unterstützung zu verbessern.

Auftrag Sozialer Arbeit ist es stets, sozialer Isolation entgegen zu wirken, insbesondere galt dies für die getestete Intervention. Obwohl das wissenschaftliche Verständnis bezüglich sozialer Isolation geringer ausfällt, ist sie als Risiko vergleichbar mit anderen, gut erforschten Risikofaktoren, wie geringer körperlicher Aktivität oder Adipositas [188]. Es ist bekannt, dass isoliert oder einsam lebende Menschen ein höheres Risiko tragen, an einer KHK zu erkranken, einen Schlaganfall zu erleiden oder vorzeitig zu sterben [189, 190]. Aus den soziodemografischen Daten der durchgeführten Erhebung geht allerdings hervor, dass mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmenden in einer Partnerschaft lebten, soziale Isolation demzufolge für den Großteil keine Problemlage darstellte. Eine Verbesserung in dieser Hinsicht war folglich nicht zu erwägen.

Gesundheitsverhalten

Die Nebenhypothesen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens konnten nicht eindeutig belegt werden. Ein signifikanter Vorteil der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe wurde für die Teilnahme an einer Herz- oder Gefäßsportgruppe erzielt, ein mit den Erkenntnissen der vorangegangenen Exploration korrelierendes Ergebnis, in der eine zu 70 % auf physische Aspekte fokussierte Krankheitsbewältigung festzustellen war. Aktuelle quantitative Analysen patientenseitiger Rehabilitationsziele belegen explizit für das Fachgebiet der Kardiologie die starke Gewichtung körperbezogener Faktoren [117, 187]. Demzufolge war eine signifikante Erhöhung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen zu vermuten.

Andererseits wurden in der Interventionsgruppe ein Jahr später signifikant mehr Raucherinnen und Raucher erfasst. Die Untersuchungsgruppe wies überwiegend eine koronare Erkrankung mit vorzeitiger Atheromatose auf, deren Risikofaktorenlast mit einem hohen Anteil an Raucherinnen und Raucher sowie Diabetikerinnen und Diabetikern verbunden war und damit Ergebnisse großer Register bestätigte [188, 189]. Der Rauchverzicht gelang offenbar nur unzureichend und passt nicht zu einer gleichzeitig höheren Teilnahme an einer Herz-/Gefäßgruppe. Der Widerspruch könnte möglicherweise auf die Selbstauskunft bei entsprechender Erwartungshaltung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zurückzuführen sein. In diesem Zusammenhang hätte die Überprüfung des Nikotinspiegels mit Cotinin bzw. der körperlichen Aktivität z. B. durch Schrittzähler eine subjektive Fehleinschätzung der Patientinnen und Patienten dokumentieren können [190]. Die unmittelbare Psychoedukation sowie das Training gesundheitsförderlichen Verhaltens wurde jedoch im Rahmen der Untersuchung von anderen Professionen durchgeführt, die Intervention war nicht multiprofessionell angelegt. Ziel der sozialarbeiterischen Intervention war eine Aktivierung Sozialer Unterstützung hinsichtlich des Gesundheits-, eingeschlossen des Rauchverhaltens. Der Wirkkreis der Intervention beschränkte sich dabei lediglich auf die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden selbst und beeinflusste nicht direkt deren soziale Netzwerke, in welchen der Nikotinkonsum womöglich eine Förderung bzw. den Erhalt sozialer Beziehungen darstellte. Denn trotz psychoedukativer Elemente und Krankheitseinsicht stellt das soziale Umfeld einen bedeutenden Wirkfaktor für die Beendigung eines Nikotinkonsums dar [191]. Überdies bietet der Zigarettenkonsum in einigen Fällen eine für die Person wichtige Konstante, selbst wenn der Konsum kontraindiziert ist [192]. Wie die Ergebnisse der Exploration verdeutlichten, standen der Umsetzung einer Lebensstiländerung verschiedene Umwelt- oder personenbezogene Barrieren entgegen, obgleich diese Aspekte eine hohe Relevanz besaßen [193].

Die Realisierung von beispielsweise mehr körperlicher Aktivität im Lebensalltag hängt von diversen Faktoren ab, die mit der Studie nicht umfassend erhoben wurden. So ist aus der For-

schung zur sozialen Ungleichheit bekannt, dass der sozioökonomische Status eines Menschen „der wichtigste sozialstrukturierende Faktor für das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitsstatus“ darstellt [194, 195]. Beispielsweise rauchen Personen mit einem hohen sozialen Status seltener, sind körperlich aktiver, essen öfter Obst und Gemüse [196], Personen mit niedrigem sozialen Status dagegen trinken häufiger Alkohol in großen Mengen und sind häufiger adipös [197, 198]. Gemessen wird der sozioökonomische Status anhand von drei Faktoren: dem Bildungsgrad, dem beruflichen Status und dem Einkommen einer Person [199]. Die Zuordnung zu einer bestimmten sozialen Schicht richtet sich danach, über wie viele „Statuswerte“ eine Person verfügt. Unterschieden wird zwischen Unter-, Mittel- und Oberschicht mit jeweils ungleicher Verteilung der Ressourcen und ungleichen Lebensbedingungen, woraus u. a. Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten resultieren [194]. In der Untersuchungsgruppe hatten 17,4 % ihren höchsten Bildungsabschluss nach weniger als 10 Schuljahren erlangt. In diesen Kontext passt auch der hohe Anteil an Personen mit einer schweren körperlichen Berufstätigkeit (26,2 %), die signifikant häufiger von Menschen mit geringem Bildungsgrad ausgeübt wird [200, 201]. Zum beruflichen Status ist das hohe Ausmaß an Arbeitslosigkeit innerhalb der eingeschlossenen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer (26,8 %) zu berücksichtigen. Zum Einkommen, als dritten Messfaktor des sozioökonomischen Status, wurden keine konkreten Angaben erhoben. Vermutet werden muss jedoch eine Verschlechterung der finanziellen Situation durch den krankheitsbedingten Bezug von Einkommensersatzleistungen, wie dies explizit in der Exploration geschildert wurde. Demnach ist davon auszugehen, dass ein relativ hoher Anteil der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer einen eher niedrigen Sozialstatus aufwies. Im Vergleich zu Angehörigen einer hohen Statusgruppe verfügen Personen mit niedrigem sozialen Status über ein geringeres Gesundheitsbewusstsein und –wissen, glauben eher an das Glück bezüglich ihrer Gesundheit, schätzen ihre Lebenserwartung geringer ein und denken seltener über ihre Zukunft nach [202]. Nachweisbar wirken sich diese Einstellungen auf das gesundheitsförderliche respektive –gefährdende Verhalten aus. Am stärksten zeichnen sich die sozialen Unterschiede bei Krankheiten und Todesursachen ab, die sich in Verbindung mit dem Rauchen bringen lassen, z. B. Artherosklerose und Herzinfarkt [203]. Die Einflussnahme durch die Intervention Sozialer Arbeit konnte keine Verbesserungen des Rauchverhaltens erzielen, leider wurde sogar ein signifikant höherer Anteil gegenüber der Kontrollgruppe gemessen.

Gesundheitsverhalten lässt sich jedoch nicht allein auf die personalen Ressourcen reduzieren, sondern hängt ebenso von den „Verhältnissen“, den äußeren Gegebenheiten ab, wobei ein enger Zusammenhang zwischen beiden besteht. Menschen mit einem höheren Berufsstatus und Einkommen verfügen über bessere Möglichkeiten zur Nutzung der Infrastruktur und damit zur Realisierung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils in ihrem Alltag, wenn sie z. B.

durch flexible Arbeitszeiten eher sportlichen Freizeitaktivitäten nachgehen können (im Gegensatz zu Schichtarbeitenden) oder mit einem höheren Einkommen die Besuche von Sportstudios und –hallen finanzieren können. Ein geringerer sozioökonomischer Status bedingt außerdem den Wohnort in einer sozial schwächeren Gegend [202] und damit eine schlechtere Infrastruktur, z. B. für sportliche Aktivitäten. Insofern ist die erhöhte Teilnahme an Herz- und Gefäßsportgruppen nochmals als Erfolg hervorzuheben, mit der Anmerkung, dass die Kosten für diese Gruppen von den Sozialversicherungsträgern übernommen werden, ein weiteres Indiz für einen niedrigen Sozialstatus.

Zahlreiche Studien dokumentieren Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Problemen und Arbeitslosigkeit [204]. Bei Arbeitslosigkeit, die oftmals mit erheblichen materiellen und psychosozialen Belastungen verbunden ist, deuten Befunde auf ein gesundheitsriskanteres Verhalten der Betroffenen, auf ein geringeres Gesundheitsbewusstsein, geringere sportliche Aktivität und höheren Tabakkonsum hin [26, 205 - 208]. Diese Barrieren wurden mit der Intervention nicht überwunden.

Schließlich kommen zwei weitere Faktoren hinzu, die eine Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens der Untersuchungsgruppe erschwerten. Erstens entwickeln sich kardiovaskuläre Krankheiten oft schleichend und unbemerkt über einen langen Zeitraum, wobei die Veränderung der Gefäßwände erst bei hochgradiger Stenose (Verengung) von den Betroffenen bemerkt wird, wenn Krankheitssymptome auftreten¹⁸. Verhaltensweisen haben sich bis dahin verfestigt und sind dann oft nur mühsam und mit geringem Erfolg veränderbar. Zweitens wurden in der Untersuchungsgruppe hohe Werte für die Ängstlichkeit festgestellt, die potentiellen Einfluss nahm. Denn Ängstlichkeit ist mit einer signifikant geringeren Wahrscheinlichkeit verbunden, den Empfehlungen zur Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren in den ersten Monaten nach einem Myokardinfarkt nachzukommen [209].

Besonderheit der Untersuchungsgruppe

Ein besonderes Merkmal der Untersuchungsgruppe lag in ihrem hohen Anteil an männlichen Teilnehmenden. Die Geschlechterverteilung der Exploration war vergleichbar und zeigte dort u. a. Zurückhaltung bei Inanspruchnahme von Hilfen auf. Es stellt sich die Frage, ob eine Konzentration auf psychosoziale Beratungs- und Therapieangebote im Gruppensetting womöglich hinter dem Bedarf der überwiegend männlichen Zielgruppe zurück blieb. Um die Barrieren in

¹⁸ Die WHO teilt den Verlauf einer Artherosklerose in vier verschiedene Stadien ein, beginnend mit dem Nullstadium, in dem die Arterie noch keine Läsionen oder Veränderungen zeigt. Im zweiten Stadium treten die ersten Fettstreifen und Läsionen auf, die sich im dritten Stadium verstärken. Erst im vierten Stadium, der komplizierten Läsion, treten auch klinisch manifeste Folgekrankheiten auf. Die klinisch bedeutendsten und häufigsten Folgeerkrankungen der Arteriosklerose, die koronaren Herzkrankheiten (KHK), wie der Herzinfarkt oder der akute Herztod, können innerhalb weniger Minuten eintreten. Weitere Manifestationsformen der Arteriosklerose sind Schlaganfall und periphere Verschlusskrankheit.

unterstützenden Angeboten für Männer zu senken, bedarf es der Entwicklung differenzierter Zugangswege, die das soziale Umfeld der Patienten in den Fokus rückt und die Nutzung von persönlichen Ressourcen in der Gemeinschaft und im sozialen Umfeld forciert. Die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Beratungsangeboten durch Männer ist Gegenstand vielfältiger Diskussionen und Kontroversen in der Männergesundheitsbewegung [210, 211]. Männer würden als beratungsfern gelten und seien im Vergleich zu Frauen schwerer zur Teilnahme an Präventionsangeboten zu gewinnen. Dies korrespondiere mit gesundheitsbezogenem Risikoverhalten (Nikotinkonsum), wie in dieser Untersuchung ersichtlich. Seit langem wird seitens der Männergesundheitsbewegung eine mangelnde Wahrnehmung männerspezifischer Belange beklagt, ebenso ein defizitärer, auf Präventionsscheu und Risiken reduzierter Blick auf das Gesundheitsverhalten von Männern [212]. Um Wahrnehmungsregime zu ändern, eingengte Forschungs- und Versorgungsperspektiven zu überwinden und männergerechte Angebote zu etablieren, bedarf es einer umfassenden Strategie, welche das bisher weiblich konnotierte Gendermainstreaming um eine männerspezifische Perspektive erweitert. Mit traditionellen Rollenbildern korreliert häufig auch ein defizitäres männliches Gesundheitsverhalten [213]. Derartig sozialisierte Männer haben die Überzeugung, dass ihnen die männliche Rolle verbietet, überhaupt in eine Krise zu geraten. Eine Erweiterung der Blickrichtung auf vielfältige männliche Sozialisationserfahrungen ermöglicht die Einbeziehung potentieller männlicher Ressourcen für den Bereich von Aufklärung, Prävention und Psychoedukation [214, 215].

Abschließend ist festzuhalten, dass mit der dargelegten Untersuchung keine Aussagen über die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit zu treffen sind. Sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe erhielten Leistungen des Sozialdienstes, lediglich in einem anderen Format. Daher ist nicht feststellbar, ob überhaupt positive Veränderungen durch das Wirken Sozialer Arbeit stattfanden oder nicht. Es ist möglich, dass mit beiden Formaten die gleichen Ziele erreicht wurden. Nicht auszuschließen ist, dass die Menge an routinemäßiger Wissensvermittlung den teilnehmenden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Intervention nur noch eine geringe Aufmerksamkeit für die zusätzlichen Inhalte des durchgeführten Gruppenprogramms ließ. Dabei ist die bei über einem Drittel der Koronarkranken in Rehabilitationseinrichtungen bestehende kognitive Leistungseinschränkung zu berücksichtigen [216].

6 Fazit und Ausblick

Im Folgenden werden aus den Ergebnissen der qualitativen Exploration und der Evaluation Schlussfolgerungen gezogen.

Dass die Evaluation faktisch keine Überlegenheit des Gruppenprogramms gegenüber der herkömmlichen Behandlung nachweisen konnte, lässt auf Unschärfen des Programms schließen, an erster Stelle zu nennen die mangelnde Passgenauigkeit den Zeitpunkt der Intervention betreffend. Um die berufliche Wiedereingliederung nach einer kardiovaskulären Erkrankung zu fördern, sind Unsicherheiten und Schwierigkeiten unbedingt stets frühzeitig und intensiv innerhalb der medizinischen Rehabilitation zu thematisieren. Für die untersuchten Patientinnen und Patienten der AHB schien hierbei allerdings eine prozess- anstatt ergebnisorientierte Behandlung zielführender zu sein. Denn das Entwickeln eigener Ideen, Motive und Perspektiven bedarf eines ausreichenden Zeitraums, in dem feste Lebensstrukturen flexibilisiert und Veränderungen angenommen werden können. Innerhalb der Untersuchungsgruppe waren die Schweregrade der Erkrankungen unmittelbar nach den Krankenhausbehandlungen noch recht hoch und die physischen Beeinträchtigungen standen im Vordergrund. Die Bewältigung der beruflichen Schwierigkeiten konnte nicht mit vollem Einsatz der verfügbaren Fähigkeiten begonnen werden, nachweislich erfolgt die Stabilisierung der beruflichen Lage auch in anderen Studiengruppen erst nach einem Jahr nach der Rehabilitation [217]. Die Ergebnisse der Exploration konnten dieses Moment sehr gut abbilden, indem der hohe Anteil an sozialen Schwierigkeiten bei gleichzeitiger Konzentration auf die gesundheitlichen Schwierigkeiten sichtbar wurde. Daneben zeigte die Exploration ebenfalls, dass die beruflichen Schwierigkeiten über einen Zeitraum von mehreren Monaten anhielten, ohne dass die Betroffenen weitere Unterstützung oder Beratung erhielten. Es scheint daher empfehlenswert, zusätzliche Beratungsangebote Sozialer Arbeit, auch im Format der Kleingruppe, außerhalb der medizinischen Rehabilitation einzurichten. Denkbar wäre hier eine Angliederung an die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung. Ein solches Leistungsangebot käme der prozessorientierten Behandlung entgegen, denn die angestrebten Verhaltensänderungen können durch eine auf drei Wochen beschränkte Intervention, unabhängig von der Intensität, nicht erreicht werden [218, 219].

Des Weiteren soll auf mögliche abzuleitende Kooperationen verwiesen werden, zunächst auf eine engere Zusammenarbeit mit den psychologischen Abteilungen der Rehabilitationseinrichtungen. Die deutlich erhöhten Werte für den psychischen Bereich der Angst stehen offenbar in engem Zusammenhang mit den beruflichen Problemen und bedürfen sicherlich einer psychotherapeutischen Behandlung. Vorschlagen wäre eine Kooperation zwischen den Abteilungen der Sozialen Arbeit und der Psychologie, die über die multiprofessionellen Teambesprechungen hinausgehen. Womöglich könnten hier gemeinsam durchgeführte Elemente oder

Termine innerhalb von Gruppenprogrammen zielführend sein, beispielsweise zu Themen der Ressourcenerkundung oder Selbstwirksamkeit.

Eine zweite Ungenauigkeit der Passung betrifft höchstwahrscheinlich die Inhalte des Programms. Diese richteten sich, neben sozialrechtlicher Informationsvermittlung, mit einem hohen Anteil auf Aspekte des sozialen Verhaltens, z. B. die Selbstreflektion zu persönlichen Stärken, Ressourcen und Zielen oder die Erweiterung von Kommunikationsfähigkeiten. Die Untersuchungsgruppe wurde jedoch nach dem Kriterium der besonderen beruflichen Problemlage selektiert, soziale Kompetenzen wurden nicht abgefragt. Die gemessenen Werte des F-SozU lassen sogar vermuten, dass die Untersuchungsgruppe auf durchschnittlich gute soziale Kompetenzen zurückgreifen konnte, da sie zumindest über ein stützendes soziales Netzwerk verfügte. Ziel der durchgeführten Methoden war jedoch die Verbesserung defizitärer Fähigkeiten, die mutmaßlich gar nicht vorlagen. Hier könnte zur Klärung der Fragebogen „Inventar sozialer Kompetenzen“ von [220] eingesetzt werden, der aufgrund seines Umfangs leider nicht in den Fragenkatalog der Untersuchung aufgenommen werden konnte.

Des Weiteren spielen die Angehörigen und relevanten Bezugspersonen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine einflussreiche Rolle. Familie und Freundeskreis könnten durch eine engere Einbindung in den Rehabilitationsprozess gezielter unterstützen, denn Fürsorge und Engagement wurden bereitwillig angeboten, wie aus der Exploration hervor ging. Angehörige könnten zudem über die verschiedenen Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung informiert und in die Planung einbezogen werden. Ebenso entscheidend sind Angehörige hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens, sowohl als positiver wie auch als negativer Einflussfaktor. Für die Beendigung eines Nikotinkonsums z. B. stellt das soziale Umfeld, trotz psychoedukativer Elemente und Krankheitseinsicht einen bedeutsamen Wirkfaktor dar. Um Veränderungsmotivation langfristig zu stabilisieren, wäre es vorstellbar, die Angehörigen in Anteilen in die Intervention miteinzubinden und dadurch die Patientinnen und Patienten in ihren persönlichen Systemen zu verstehen. Eine weitere Möglichkeit im klinischen Kontext wäre das Angebot einer sozialarbeiterischen Beratung für Angehörige.

Zu guter Letzt wird auf die Rolle und Wirksamkeit sozialer Gruppenarbeit im Rahmen der medizinischen Rehabilitation eingegangen. Die Frage, ob soziale Einzelberatung in der medizinischen Rehabilitation durch das Format der Kleingruppenarbeit adäquat ersetzt werden kann, ist mit einem klaren „Ja“ zu beantworten. Das evaluierte Gruppenprogramm wies hinsichtlich der Zielparameter keine signifikanten Unterschiede gegenüber der regulären sozialarbeiterischen Beratung auf. Die Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit dem Angebot wurde nicht evaluiert, aufgrund derselben Ergebnisse in beiden Untersuchungsgruppen schien das Format jedoch keinen Einfluss auf die Zielerreichung zu haben. Hierbei ist anzumerken, dass die sozialarbeiterischen Regelleistungen in den zwei beteiligten Rehabilitations-

einrichtungen von hoher Qualität waren und spezifische berufsbezogene Angebote für die Untersuchungsgruppe bereits vor Studienbeginn vorhielten. Das Ergebnis der Ersetzbarkeit bezieht sich demnach auf diesen oder einen vergleichbaren Standard. Dagegen lässt sich keine Aussage darüber treffen, inwieweit das Gruppenprogramm grundsätzlich wirksam war, hierzu wäre eine Kontrollgruppe ohne sozialarbeiterische Leistungen erforderlich gewesen, was jedoch aus gesetzlichen und ethischen Gründen nicht praktikabel war. Bei Vorliegen eines geeigneten Messinstruments wäre dieser Forschungsansatz in Hinblick auf die Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation essenziell und durchführbar. Wie bereits in Abschnitt 2 erläutert, bedarf es hier der weiteren Forschung seitens der Sozialarbeitswissenschaft.

Es sei an dieser Stelle die Frage aufgeworfen, ob die Durchführung eines standardisierten Gruppenprogramms nicht eine höher gesicherte Qualität Sozialer Arbeit bietet als die bislang praktizierte Heterogenität im Versorgungsalltag. Wie Knoop et al. in einer aktuellen Übersichtsstudie zum Stand der Forschung in der Sozialen Arbeit konstatieren, sollten „im Sinne der Ziele der QS durch die DRV [...] in jeder Einrichtung dieselben Standards in der Versorgung auch durch die Soziale Arbeit gewährleistet sein.“ [221]. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten daraufhin, dass Kleingruppenprogramme für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer BBPL eine gesicherte Versorgung im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung garantieren können. Dabei sind bereits existierende Gruppenprogramme mit einem vergleichbaren inhaltlichen und methodischen Vorgehen sicherlich ebenso einsetzbar wie das hier getestete Programm. In diesem Zusammenhang sei noch erwähnt, dass die Motivation einer Verhaltensänderung im Sinne der Gesundheitsförderung in der Behandlungspraxis der Rehabilitation u. a. durch Methoden der Motivierenden Gesprächsführung verstärkt wird, indem Ambivalenzen aufgedeckt und begleitende Handlungsschritte zur Problembewältigung erörtert werden [222]. Im Rahmen einer Gruppenarbeit können die Fachkräfte der Sozialen Arbeit die sogenannte Compliance mithilfe der klassischen Motivierenden Gesprächsführung vermutlich weniger steigern als im Einzelsetting bei direkter Ansprache, jedoch durch motivierende Moderation die Potenziale der Gruppe hervorrufen und dadurch entstehende Dynamiken zur gegenseitigen Motivierung nutzen.

Ein auffälliges Element der Untersuchung stellte der hohe Anteil männlicher Teilnehmer dar, woraus eventuell eine weitere Schwierigkeit hinsichtlich der Passgenauigkeit des Gruppenprogramms abzuleiten ist. Innerhalb der Exploration wurde von den überwiegend männlichen Befragten die Sinnhaftigkeit des Lebens in Frage gestellt, wenn die Leistungsfähigkeit eingeschränkt und Berufstätigkeit nicht möglich war. Einige der Männer taten sich schwer damit, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Gruppenprogramm hingegen war darauf angelegt, sich mit Einschränkungen auseinanderzusetzen und Unterstützungspotenziale zu erkennen. Dieser Ansatz wird individuellen Männlichkeitskonzepten nicht gerecht, wenn es, neben der Etablierung einer gendergerechten Gesundheitsversorgung, auch um die Stärkung des Selbstwerts

während der Zeit der Erwerbslosigkeit geht. Es scheint ein Aufbau nachhaltiger sozialarbeiterischer Versorgungsangebote für Männer im Kontext von Gesundheit und Erwerbstätigkeit erforderlich zu sein, die sich im Bereich Gesundheitsverhalten auf die positive Wirkung von personellen Schutzfaktoren konzentriert und eine stärker ressourcenorientierte und salutogenetische Perspektive einnimmt.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass auch Gruppenprogramme eine möglichst weitgehende Zentrierung auf die Bedarfe der Teilnehmenden erfordern. Diese stellen das naheliegende Kriterium für die Passgenauigkeit dar und bestimmen in hohem Maß die Motivation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Deren krankheitsbedingte Aufgaben lassen sich nicht in einem solitären Vorgang erledigen, sondern benötigen einen längeren Prozess, der in der medizinischen Rehabilitation in Gang gesetzt werden soll und weiterer Impulse in der Nachsorge bedarf. Dieser Rehabilitationsprozess stellt eine interdisziplinäre Aufgabe dar, die im multiprofessionellen Team zu bearbeiten ist.

7 Literaturverzeichnis

- [1] Statistisches Bundesamt Destatis: Todesursachen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle.html> (eingelesen am 17.07.2019).
- [2] Deutsche Herzstiftung e. V.: Deutscher Herzbericht 2018. <http://www.herzstiftung.de/herzbericht> (eingelesen am 25.04.1029).
- [3] Pschyrembel: <http://pschyrembel.de> (eingelesen am 12.04.2018).
- [4] Deutsche Gesellschaft für Angiologie (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-003_S3_Diagnostik_und_Therapie_der_peripheren_arteriellen_Verschlusskrankheit__PAVK__03-2009_05-2012.pdf (eingelesen am 30.1.2014).
- [5] Fowkes FGR, Rudan D, Rudan I, Aboyans V, O Deneberg J, McDermott MM, Norman PE, Sampson UKA, Williams L, Mensah GA, Criqui MH: Comparison of global prevalence and risk factors for peripheral disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *Lancet* 2013; 382: 1329-1340.
- [6] Pittrow D, Trampisch HJ, Paar WD, Haberl R: Gravierende Unterschiede in der medikamentösen Versorgung: PAVK-Patienten im Vergleich zu KHK-Patienten deutlich benachteiligt. *Cardiovasc* 2007; 5: 36-9.
- [7] Deutsche Gefäßliga e.V.: GefäßReport Dezember 2013. http://www.deutsche-gefaesliga.de/images/greport/GR_2013_1.pdf (eingelesen 26.06.2019).
- [8] Störk S, Handrock R, Jacob J, Walker J, Calado F, Lahoz R, Hupfer S, Klebs S: Epidemiology of heart failure in Germany: a retrospective database study. *Clin Res Cardiol.* 2017; 106: 913-922.
- [9] Rehders T, Schneider H, Ince H, Nienaber CA: Diagnostisches und therapeutisches Management bei akutem Aortensyndrom. *Kardiologie up2date* 2(1). März 2006.
- [10] Mehta RH, Suzuki T, Hagan PG, Bossone E, Gilon D, Ilovet A, Maroto LC, Cooper JV, Smith DE, Armstrong WF, Nienaber CA, Eagle KA: International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD) Investigators: Predicting death in patients with acute type an aortic dissection. *Circulation* 2002; 105: 200-206.
- [11] Habashi JP, Doyle JJ, Holm TM, Aziz H, Schoenhoff F, Bedja D, Chen Y, Modiri AN, Judge DP, Dietz HC: Angiotensin II type 2 receptor signaling attenuates aortic aneurysm in mice through ERK antagonism. *Science* 2011; 332: 361-365.
- [12] Mörl H: Risikofaktoren arteriosklerotischer Gefäßkrankheiten. In: Mörl H (Hrsg.) *Gefäßkrankheiten in der Praxis*. 4. Aufl. Weinheim: VCH Verlag 1989.
- [13] Schneider CA: Kardiovaskuläre Risikofaktoren und deren therapeutische Beeinflussung. In: Erdmann E (Hrsg.): *Klinische Kardiologie. Krankheiten des Herzens, des*

- Kreislaufs und der herznahen Gefäße. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2011.
- [14] Keil U: Das weltweite WHO-MONICA-Projekt: Ergebnisse und Ausblick. Gesundheitswesen 2005; 67: 38-45.
- [15] Yusuf S, Hawken S, Óunpuu S et al.: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control-study. Lancet 2004; 364: 937-952.
- [16] Lampert T: Smoking, physical inactivity and obesity: associations with social status. Dtsch Ärztebl Int 2010; 107: 1-7.
- [17] Deindl C: Finanzielle Probleme und Stress im Lebenslauf haben einen Einfluss auf das Risiko einer Herzerkrankung im späteren Leben. Informationsdienst Soziale Indikatoren 2015; 54: 12-15.
- [18] Gößwald A, Schienkiewitz A, Nowassadeck E, Busch MA: Prävalenz von Herzinfarkt und Koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 650-655.
- [19] Albus C, Bakker G de, Bages N, Deter HC, Herrmann-Lingen C, Oldenburg B, Sans S, Schneiderman N, Williams RB, Orth-Gomer K: Psychosoziale Faktoren bei koronarer Herzkrankheit: wissenschaftliche Evidenz und Empfehlungen für die klinische Praxis. Das Gesundheitswesen 2005; 67: 1-8.
- [20] Breckenkamp J, Laaser U. Soziale Ungleichheit und Herz-Kreislaufferkrankungen. In: Mielck A (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie: eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim: Juventa; 2001: 117-127.
- [21] Lampert T, Kroll LE: Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt 2014; 5: 1-13.
- [22] Borgetto B, Kälble K: Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim, München: Juventa Verlag 2007.
- [23] Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006.
- [24] Mielck A: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 2005.
- [25] Mielck A: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 2000.
- [26] Lampert T, Kroll LE, Kuntz B: Gesundheitliche Ungleichheit. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): Datenreport 2011: Der Sozialbericht für Deutschland. Wiesbaden: Bundeszentrale für politische Bildung 2011; 247-258.

- [27] Hoffmeister H, Hüttner H: Sozialer Status und Gesundheit. Nationaler Gesundheits-Survey 1984-1986: Unterschiede in der Verteilung von Herz-Kreislauf-Krankheiten und ihrer Risikofaktoren in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nach Schichten und Gruppen. München: MMV Medizin Verlag München 1992.
- [28] Mühlum A, Gödecker-Geenen N: Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München: Ernst Reinhardt Verlag 2003.
- [29] Körner M, Luzay L, Plewnia A, Becker S, Rundel M, Zimmermann L, Müller C: A cluster-randomized controlled study to evaluate a team coaching concept for improving teamwork and patient-centeredness in rehabilitation teams. PLoS ONE 2017; 12(7), No. e0180171.
- [30] Dudeck A, Glattacker M, Gustke M, Dibbelt S, Greitemann B, Jäckel WH: Reha-Zielvereinbarungen – gegenwärtige Praxis in der stationären medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 2011; 50: 316-330.
- [31] Jolliffe L, Rees K, Taylor RRS, Thompson DR, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001; Issue 1. Art.No.: CD001800
- [32] SIGN-Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Secondary prevention of coronary heart disease following myocardial infarction. A National Clinical Guideline. SIGN Publication 41. Edinburgh 2000.
- [33] Agency for Health Care Policy and Research. Cardiac rehabilitation. Clinical Practice Guideline No. 17 (AHCPR-Publication No. 96-0672). Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1995.
- [34] Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen. Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen. Clin Res Cardiol Suppl 2 2007: III/1-III/54.
- [35] Deutsche Rentenversicherung Bund. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). Berlin: DRV Bund; 2015.
- [36] Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Koronare Herzkrankheit. Stand 2016. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehatherapiestandards/KH/rts_khk_download.pdf?_blob=publicationFile&v=1 (eingelesen am 15.06.2019).
- [37] Streibelt M, Buschmann-Steinhage R: Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. Rehabilitation 2011; 50: 160-167.
- [38] Blume C: Ökonomische Evaluation berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit Rückenschmerzen: Eine Kosten-Nutzen-Analyse aus

- Rentenversicherungsperspektive. Aachen: Shaker; 2007.
- [39] Bethge M: Berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: eine clusterrandomisierte Studie. Rehabilitation 2010; 48: 2-12.
- [40] Kittel J, Karoff M: Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. Rehabilitation 2008; 47: 14-22.
- [41] Streibelt M, Hansmeier T, Müller-Fahrnow W: Effekte berufsbezogener Behandlungselemente in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Rehabilitation 2006; 45: 161-171.
- [42] Streibelt M, Bethge M: Return to work?: Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2008.
- [43] Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L, Jacobi C: Work status and health-related quality of life following multimodal work hardening: a cluster randomized trial. J Back Musculoskelet Rehabil 2011; 24: 161-172.
- [44] Bethge M: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Rehabilitation 2017; 56: 14-21.
- [45] Bürger W, Deck R: SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 2009; 48: 211-221.
- [46] Löffler S, Wolf HD, Neuderth S et al.: Screening-Verfahren in der medizinischen Rehabilitation. In: Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2009: 133-140.
- [47] Streibelt M: Manual SIMBO – ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/_downloads/SIMBO_Manual_2009.pdf
- [48] Streibelt M: Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). Rehabilitation 2009; 48: 135-144.
- [49] Bethge M, Löffler S, Schwarz B, Vogel H, Schwarze M, Neuderth S: Gelingt die Umsetzung des Anforderungsprofils zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation? Rehabilitation 2014; 53: 184-190.
- [50] Streibelt M, Brünger M: Wie viele arbeitsbezogene Leistungen bekommen Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen? Analyse einer repräsentativen indikationsübergreifenden Stichprobe von Rehabilitanden. Rehabilitation 2014; 53: 369-375.

- [51] Knoop T, Dettmers S, Meyer T: Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung. *Rehabilitation* 2019; 58: 89–95.
- [52] Bethge M, Vogel M, Specht T, von Bodeman J, Glaser-Möller N: Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation: Ein Propensity Score gematchter Vergleich zweier Kohorten aus 2012 und 2014. *Rehabilitation* 2016; 55: 48-53.
- [53] Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A et al.: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 9: Cd000963.
- [54] Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ et al.: Physical conditioning as a part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8: Cd001822.
- [55] Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U: Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 12: Cd006237.
- [56] De Boer AGEM, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MHW, Verbeek JH: Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9: Cd007569.
- [57] Wienert J, Schwarz B, Bethge M: Effectiveness of work-related medical rehabilitation in cancer patients: study protocol of a cluster-randomized multicenter trial. *BMC Cancer* 2016; 16: 544.
- [58] Streibelt M, Bethge M: Effects of intensified work-related multidisciplinary rehabilitation on occupational participation: a randomized-controlled trial with chronic musculoskeletal disorders. *Int J Rehabil Res* 2014; 37: 61-66.
- [59] Beutel ME, Zwerenz R, Bleichner F, Vorndran A, Gustson D, Knickenberg RJ: Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation: short and long-term results from a controlled study. *Disabil Rehabil* 2005; 27: 891-900.
- [60] Hillert A, Staedtke D, Heldwein C, Toth A, Cuntz U: Randomisierte Evaluation der beruflichen Belastungserprobung (BE) bei psychosomatischen Patienten im Rahmen eines stationären verhaltenstherapeutischen Settings: 12-Monatskatamnese. *DRV-Schriften* 2003; 40: 287-290.
- [61] Streibelt M, Menzel-Begemann A: Hängt der Erfolg arbeitsbezogener Leistungen in der Rehabilitation neurologischer Erkrankungen von der Wiedereingliederungsprognose ab? Eine Re-Analyse von 2 kontrolliert-randomisierten Studien. *Rehabilitation* 2015; 54: 252-258.
- [62] Brinkmann C: Strukturen und Determinanten der beruflichen Wiedereingliederung von Langfristarbeitslosen. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.), Sonderdruck; 1978.*

- [63] Rosenblatt VB, Büchtemann CF: Arbeitslosigkeit und berufliche Wiedereingliederung. 1980 Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.), Sonderdruck; 1980.
- [64] Beiderwieden K: Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation - Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2001; 34: 182-206.
- [65] Beiderwieden K: Trotz schwieriger Rahmenbedingungen: 62 Prozent der Absolventinnen und Absolventen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke bundesweit wiedereingegliedert - Ergebnisse der Zwei-Jahres-Nachbefragung 2003. Deutsche Rentenversicherung, Sonderausgabe. Bad Homburg v. d. H.: WDV Wirtschaftsdienst; 2005: 236-238.
- [66] Bestmann A, Erbstößer S, Rothe G: Rehabilitationsträgerübergreifende Messung der Ergebnisqualität von beruflichen Bildungsmaßnahmen. Deutsche Rentenversicherung Bund, Sonderausgabe. Bad Homburg v. d. H.: WDV Gesellschaft für Medien und Kommunikation; 2006: 90-92.
- [67] Erbstößer S: Berufliche Bildungseinrichtungen auf dem Prüfstand – Vorbereitung der beruflichen Integration aus Teilnehmersicht. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Bremen. Tagungsband DRV-Schriften Bd. 77, Frankfurt a. M.; 2008: 244–246.
- [68] Arling V, Slavchowa V, Knispel J, Spijkers W: Die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsfaktoren für den beruflichen Rehabilitationserfolg. Rehabilitation 2016; 55: 6-11.
- [69] Otto HU, Polutta A, Ziegler H (Hrsg.): What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis. Opladen: Budrich; 2010.
- [70] Otto HU, Schneider K: Zur Wirksamkeit Sozialer Arbeit. Forum 2009; 288: 20-23.
- [71] Gerull S, Merckens M: Erfolgskriterien in der Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten. Folgestudie: Aktenanalyse und Diskussion der Gesamtergebnisse. Uckerland: Schibri; 2012.
- [72] Bommersbach P, Becker V: Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung – Evaluation eines Nachsorgeangebotes. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin; 2015: 165.
- [73] Nübling R, Kaluscha R, Holstiege J et al.: Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation: Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement – Reha-QM-Outcome-Studie [Abschlussbericht]; DRV Baden-Württemberg; 2015. https://www.h-brs.de/files/bericht_reha-qm-outcome-studie_maerz_2015 (eingelesen am 18.11.2017).

- [74] Meyer T: Medizinische Rehabilitation für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen: Variation des Erfolgs zwischen Rehabilitanden und Rehabilitationskliniken [Habilitationsschrift]. Lübeck: 2010.
- [75] Stamer M, Zeisberger M, Kleineke V et al. MeeR: Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung [Abschlussbericht]. Hannover: 2014.
- [76] Anton E, Haberkamp I, Rüdell H et al.: Fallbegleitung der stufenweisen Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation – Erste Ergebnisse aus dem Reha-Kompetenzzentrum Bad Kreuznach/Bad Münster am Stein. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin; 2008: 223.
- [77] Haller D, Müller de Menezes R, Jäggi F, Erzinger B, Glanzmann M: KOMPASS – Case Management für Menschen mit komplexen somatischen und psychosozialen Belastungen. Evaluation. Schlussbericht zur Periode Januar bis August 2012. Bern: Berner Fachhochschule.
- [78] Bayer-Oglesby L, Schmid H: Eintrittsprofile in der ambulanten und stationären Suchthilfe. Suchtmagazin 2014; 40: 24-27.
- [79] Haunberger S, Rügger C, Baumgartner E: Über die Wirkung von Sozialberatung auf die Lebensqualität und Belastungsbewältigung von Eltern mit einem krebskranken Kind: Einblicke in ein laufendes Forschungsprojekt. Soziale Passagen 2014; 6: 357-362.
- [80] Walther C: Wirksamkeitsforschung im Überblick: Ambulant betreutes Wohnen psychisch kranker Menschen in Deutschland. In: Hahn G, Hüttemann M (Hrsg.). Evaluationen psychosozialer Interventionen. Köln: Psychiatrie-Verlag; 89-108.
- [81] Gebrande J, Renz J, Diez R, Heidenreich T: Die Nachweisbarkeit von Wirkungen Klinischer Sozialarbeit. Das Forschungsprojekt SODEMA – Soziotherapie bei Müttern mit depressiven Erkrankungen. Soziale Arbeit 2016; 65: 229-236.
- [82] Clark MS, Rubenach S, Winsor A: A randomized trial of an education and counselling intervention for families after stroke. Clinical Rehabilitation 2003; 17: 703-712.
- [83] Miller JJ, Frost MH, Rummens TA, Huschka M, Atherton P, Brown P, Gamble G, Richardson J, Hanson J, Sloan JA, Clark MM: Role of a medical social worker in improving quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention. Journal of Psychosocial Oncology 2007; 254: 105-119.
- [84] Kayser K, Feldman BN, Borstelmann NA: Effects of a randomized couple-based intervention on quality of life of breast cancer patients and their partners. Social Work Research 2010; 341: 20-32.
- [85] Beder J: Evaluation research on social work interventions. A study on the impact of social worker staffing. Social work in health care 2014; 47: 1-13.
- [86] Thomas EJ, Rothman J: An integrative perspective on intervention research. Design

- and development for human service. New York, London, Norwood: The Haworth Press; 1994.
- [87] Pawson R, Tilley N: Realistic Evaluation. London: Sage; 1997.
- [88] Blom B, Morén S: Explaining social work practice – the CAIMeR-theory. *Journal of social work* 2009; 101: 98-119.
- [89] Hüttemann M, Solèr M, Süssstrunk S, Sommerfeld P: Wirkungsforschung und Evaluation in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit* 2017; 13: 4-6.
- [90] Gahleitner SB: Forschung „bio-psycho-sozial“: Bestandsaufnahmen und Perspektiven aus Sicht der Sozialen Arbeit. In: Schneider A, Rademaker AL, Lenz A, Müller-Baron I. (Hrsg.): *Forschung: bio-psycho-sozial. Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit*. Opladen: Budrich; 2013: 49-66.
- [91] Dettmers S: *Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall*. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2014.
- [92] Jungbauer J, Floren M, Krieger T: Der Angehörigenlotse: Erprobung und Evaluation eines phasenübergreifenden Beratungskonzepts für Angehörige von Schlaganfallbetroffenen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation*, 1/2017 (99):161-174.
- [93] Ades PA: Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001; 345: 892-902.
- [94] Gianuzzi P, Saner H, Björnstad H: Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24: 1273-8.
- [95] Köpke KH: *Nachsorge in der Rehabilitation, Eine Studie zur Optimierung von Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Lübeck, Hamburg: Hausdruckerei der DRV Schleswig-Holstein; 2004.
- [96] Hahmann HW, Wüsten B, Nuß B, Muche R, Rothenbacher D, Brenner H: Intensivierte kardiologische Nachsorge nach stationärer Anschlussheilbehandlung. *Ergebnisse der INKA-Studie*. *Herzmedizin* 2006; 23: 36-41.
- [97] Haaf HG: Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation* 2005; 44: 259-276.
- [98] Deck R, Raspe H: Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung im Anschluss an die Rehabilitation. In: Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O (Hrsg.): *Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung* 2004; 55-70.
- [99] Hoberg E, Bestehorn K, Wegscheider K, Brauer H: Auffrischkurse nach kardiologischer Rehabilitation (HANSA-Studie). *DRV-Schriften* 2004; 52: 150-1.

- [100] Mittag O, China C, Hoberg E, Juers E, Kolenda KD, Richardt G, Maurischat C, Raspe H: Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by Telefone (Luebeck follow-up trial): overall and gender-specific effects. *Inter J Rehabil Res* 2006; 29: 295-302.
- [101] Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR: Improving outcomes after myocardial infarction: a randomized controlled trial evaluating effects of a telephone follow-up intervention. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14: 429-437.
- [102] Keck M: Intensivierte Nachsorge zur Verbesserung der kardiovaskulären, Risikofaktoren sowie anderer relevanter Reha-Outcomes bei Patienten mit manifester koronarer Herzerkrankung mittels Telefonnachsorge. *DRV-Schriften* 2009; 83: 357-358.
- [103] Gerdes N, Bührlen B, Lichtenberg S, Jäckel W: Rehabilitationsnachsorge. Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung. Regensburg: S. Roderer-Verlag; 2005.
- [104] Müller C, Rundel M, et al.: Verankerung interprofessioneller Teamarbeit in den Qualitätsmanagement-Systemen der medizinischen Rehabilitation – Eine Bestandsaufnahme. *Phys Rehab Kur Med* 2015; 25: 36–43.
- [105] Lurie I, Myers V, Goldbourt U et al.: Perceived social support following myocardial infarction and long-term development of frailty. *Eur J Prev Cardiol* 2015; 22: 1346-1353.
- [106] Tsuchihshi-Makaya M, Kato N, Chishaki A et al.: Anxiety and poor social support are independently associated with adverse outcomes in patients with mild heart failure. *J Occup Rehabil* 2002; 12: 233-256.
- [107] Gallagher M, Muldoon OT, Pettigrew J: An integrative review of social and occupational factors influencing health and wellbeing. *Frontiers in Psychology* 2015; 6: 1281-1287.
- [108] Pogossova N, Saner H, Pedersen SS, et al.: Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology . *Eur J Prev Cardiol* 2015; 22: 1290-1306.
- [109] BAGFW – Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege: Standortbestimmung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zur Wirkungsorientierung in der Arbeit der Freien Wohlfahrtspflege. Berlin; 2015. <http://www.bagfw.de/uploads/media/bagfw-Standortbestimmung-Wirkungsorientierung.pdf>. (eingelesen am 13.03.2018).
- [110] Burmester M, Wohlfahrt N: Wozu die Wirkung Sozialer Arbeit messen? Freiburg: Lambertus; 2018.
- [111] Schulz-Behrendt C: Welches Handlungsspektrum deckt Soziale Arbeit ab? Im Fokus: Einzelberatung und Gruppenangebote in der medizinischen Rehabilitation. *Forum Sozialarbeit und Gesundheit* 2012; 1: 16-18.
- [112] Komrey H: Empirische Sozialforschung. 9. Aufl. Opladen: Leske und Budrich; 2000.

- [113] Badura B (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozial-epidemiologischer Forschung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1981.
- [114] Hurrelmann K: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa Verlag 2006.
- [115] Siegrist J: Medizinische Soziologie. Elsevier: Urban und Fischer; 2005.
- [116] Röhrle B, Sommer G, Nestmann F: Netzwerkintervention. Tübingen: dgvtv-Verlag; 1998.
- [117] Hammerschmidt GC, Jäckel WH, Glattcker M: Rehabilitationsziele von Patienten mit koronarer Herzerkrankungen und chronischen Rückenschmerzen – Eine inhaltliche Analyse freitextlicher Zielnennungen. *Rehabilitation* 2015; 54: 396-401.
- [118] Lamnek S: Qualitative Interviews. In: König E, Zedler P: Qualitative Forschung, Grundlagen und Methoden. Weinheim, Basel: Beltz; 2002.
- [119] Witzel A: Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag; 1982.
- [120] Flick U: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuchverlag; 2012.
- [121] Dresing T, Pehl T: Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Aufl.. Marburg: Eigenverlag; 2013.
- [122] Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz; 2015.
- [123] Strauss AL, Glaser BG: The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.
- [124] Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research (Online Journal)*, 2000; 1(2). <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm> (eingelesen am: 22.06.2019).
- [125] Diewald M: Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin: Ed. Sigma; 1991.
- [126] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz; 2010.
- [127] Kelle U: Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012.
- [128] Komrey H, Roose J, Strübing J: Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung mit Annotationen aus qualitativ-interpretativer Perspektive. 13. Aufl. Konstanz, München: UVK; 2016.
- [129] Carstensen J: Soziale Kontrolle und Gesundheitsverhalten. In: Haring R (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2018.

- [130] Pantuček P: Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3. Aufl. Wien: Böhlau; 2012.
- [131] Pearson RE, Nestmann F: Beratung und soziale Netzwerke. Eine Lern- und Praxisanleitung zur Förderung sozialer Unterstützung. Weinheim: Beltz; 1997.
- [132] World Health Organisation: Glossar Gesundheitsförderung. 1998: 2.
- [133] Eriksson E: Der vollständige Lebenszyklus. 2. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 1992.
- [134] Golla A, Saal S, Mau W: Systematische Bestandsaufnahme beruflich orientierter Leistungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Phys Med Rehab Kuror 2016; 26: 39-46.
- [135] Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag; 1997.
- [136] Wyers S, Dragano N, Richter M et al.: How does socio economic position link to health behavior? Sociological pathways and perspectives for health promotion. Global health promotion 2010; 17: 25-33.
- [137] Abel T, Buddeberg C, Duetz M: Gesundheitsrelevante Lebensstile. In: Buddeberg C. (Hrsg.): Psychosoziale Medizin. Springer-Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2004.
- [138] Altenhöner T, Philippi M, Böcken J: Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsverhalten – welche Relevanz haben Bildung und Schicht? Gesundheitswesen 2014; 76: 19–25.
- [139] Böhr D: Ratschläge in der Partnerschaft – Zum Einfluss des sozialen Netzwerks auf das Gesundheitsverhalten. Das Gesundheitswesen 2015; 77.
- [140] Rommel A, Saß AC, Born S, Ellert U: Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2015; 58: 543-552.
- [141] Jokar F, Yousefi H, Yousefy A et al.: Behavioral change challenges in the context of centre-based cardiac rehabilitation. A qualitative study. Iran Red Crescent Med J 2015; 17: 1-6.
- [142] Maunder RG, Newton GE, Nolan RP: Nervensysteme und kardiovaskuläre Gesundheit. Eine Studie zum Bindungsmuster erwachsener herzkranker Patienten. In: Brisch KH (Hrsg.): Bindung und Psychosomatik. Stuttgart: Klett-Cotta; 2014: 251-275.
- [143] Becofsky KM, Shook RP, Sui X, Wilcox S, Lavie CJ, Blair SN: Influence of the source of social support and size of social network on all-cause mortality. Mayo Clinic Proceedings 2015; 90: 1–8.
- [144] Nestmann F: Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersu-

- chung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. Berlin, New York: Verlag de Gruyter; 1998.
- [145] Christakis NA, Fowler JH: The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 2007; 357: 370-379.
- [146] Zentrum Patientenschulung: Indikationsübergreifende Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen – Ergebnisse des Delphi-Verfahrens
Würzburg: Zentrum Patientenschulung; 2014. Online: ww.zentrum-patientenschulung.de/theorie/schulungskonzept (eingelesen am 25.04.2019).
- [147] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen. Ausgabe 2015. Berlin: DRV Bund; 2015.
- [148] Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. 3. Aufl. (4/2009).
- [149] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Biopsychosoziales Modell der ICF. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/> (eingelesen am 12.03.2017).
- [150] Schuntermann MF: Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 3. überarbeitete Auflage. Heidelberg: Ecomed Medizin; 2009.
- [151] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)* 1977; 196: 129–136.
- [152] Egger JW: Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Forschung und Lehre/Research*. 2005; 16: 3-12.
- [153] Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM: The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, And Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine* 2004; 2: 576-582.
- [154] Pauls H: Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung (Grundlagentexte Soziale Berufe). 3. Aufl. Weinheim: Juventa Beltz; 2013.
- [155] Pauls H: Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015. *Klinische Sozialarbeit* 2015; 11: 6-8.
- [156] Binner U, Ortmann K, Zimmermann RB, Zirnstein J: Strategische Lösungsansätze. Probleme in der Versorgung älterer Menschen nach Krankenhausaufenthalt. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit* 2012; 92: 22-24.
- [157] Klumker CJ: Fürsorgewesen. Eine Einführung in das Verständnis der Armut und der Armenpflege. Leipzig: Quelle und Meyer; 1918.
- [158] Salomon A: Soziale Diagnose. Die Wohlfahrtspflege in Einzeldarstellungen, Band 3. Berlin: Carl Heymann Verlag; 1926.
- [159] Richmond ME: Social Diagnosis. New York: Russell Sage Foundation; 1917.

- [160] Herriger N: Empowerment in der Sozialen Arbeit. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2014. 25.
- [161] Herriger N: Empowerment in der Sozialen Arbeit. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2014: 95.
- [162] Hinsch R, Wittmann S: Soziale Kompetenz kann man lernen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz; 2010.
- [163] Hinsch R, Pfingsten U: Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK; Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. 6. Aufl. Weinheim: Beltz; 2007: 5.
- [164] Kanning UP: Soziale Kompetenz - Definition, Strukturen und Prozesse. Zeitschrift für Psychologie 2002; 2104: 154-163.
- [165] Thiersch H: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 6. Aufl. Weinheim: Juventa; 2006.
- [166] Kraus B: Lebenswelt und Lebensweltorientierung – eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft. Kontext. Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2006; 37: 116–129.
- [167] Dehmel S, Ortmann K: Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Berlin: Katholische Hochschule für Sozialwesen; 2006.
- [168] Barth S: Soziale Unterstützung; 2004. <http://www.stephan-barth.de/sozialeunt.htm> (eingelesen am 25.01.2012).
- [169] Röhrle B: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1994.
- [170] Paulus P: Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Gesundheit. In: Homfeldt HG, Hünerdorf G (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied: Luchterhand; 1997: 175-203.
- [171] Paulus P: Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Gesundheit. In: Homfeldt HG, Hünerdorf G (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied: Luchterhand; 1997: 179.
- [172] Fydrich T, Sommer G, Brähler E: F-SOZU - Fragebogen zur sozialen Unterstützung. Göttingen: Hogrefe; 2007.
- [173] Veiel HOF, Ihle W: Das Copingkonzept und das Unterstützungskonzept: Ein Strukturvergleich. In: Laireiter AR (Hrsg.): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde. Huber, Bern (u.a.); 1993: 55-63.
- [174] Laireiter AR (Hrsg.): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde. Huber, Bern (u.a.); 1993.
- [175] Diewald M: Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung

- in informellen Netzwerken. Berlin: Ed. Sigma; 1991.
- [176] Herriger N: Empowerment in der Sozialen Arbeit. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2014: 52.
- [177] Schulz von Thun F: Miteinander reden. Hamburg: Rowohlt; 2005.
- [178] Morfeld M, Kirchberger I, Bullinger M: Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form - 36 Health Survey. 2. Aufl. S.I. Göttingen: Hogrefe; 2011.
- [179] Hasselhorn HM, Freude G: Der Work Ability Index. Ein Leitfaden. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für neue Wiss; 2007.
- [180] Nübling R, Kaluscha R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E: Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Varianten der Berechnung auf der Basis von Patientenangaben und Validierung durch Sozialversicherungs-Beitragszahlungen. Phys Med Rehab Kuror 2016; 26(06): 293-302.
- [181] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rente 2016. Berlin: DRV Bund; 2017.
- [182] Bundesagentur für Arbeit: Statistik nach Regionen. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur-Nav.html> (eingesehen am 24.08.2019).
- [183] Rebscher H (Hrsg.): Gesundheitsreport 2016. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung Band 13, Hamburg: DAK-Gesundheit; 2016.
- [184] Robert Koch-Institut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI; 2003.
- [185] Ellert U, Kurth BM: R: Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 2013; 56: 643–649.
- [186] Breeman S, Cotton S, Fielding S et al.: Normative data for the Hospital Anxiety and Depression Scale. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation 2015; 24: 391-398.
- [187] Buchholz I, Kohlmann T: Ziele von Patienten der medizinischen Rehabilitation - Eine Übersicht zum Forschungsstand in Deutschland. Die Rehabilitation 2013; 52: 75-85.
- [188] Reibis R, Treszl A, Wegscheider K et al. Disparity in risk factor pattern in premature versus late-onset coronary artery disease: a survey of 15,381 patients. Vascular health and risk management 2012; 8: 473–481
- [189] Virtanen M, Nyberg ST, Batty GD et al.: Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2013; 347: 46-47.

- [190] Twardella D, Kupper-Nybelen J, Rothenbacher D et al.: Short-term benefit of smoking cessation in patients with coronary heart disease: estimates based on self-reported smoking data and serum cotinine measurements. *European heart journal* 2004; 25: 2101-2108.
- [191] Ausfeld-Hafter B, Marti F, Hoffmann S: Raucherentwöhnung mit Ohrakupunktur. Deskriptive Studie über Patienten nach einer Raucherentwöhnungsbehandlung mit Ohrakupunktur. *Complementary Medicine Research* 2004; 11: 8-13.
- [192] Kröger CB, Piontek D, Nowak M: Raucherentwöhnung. *Gefäßchirurgie* 2010; 15: 270-272.
- [193] Schulz-Behrendt C, Völler H, Ortmann K, Salzwedel A: Aspekte beruflicher und sozialer Wiedereingliederung aus Sicht kardiovaskulär erkrankter Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen – Ergebnisse einer qualitativen Erhebung. *Die Rehabilitation* 2017; 56: 181-188.
- [194] Hurrelmann K: *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.* Weinheim, München: Juventa Verlag; 2006.
- [195] Robert Koch-Institut (Hrsg.): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin: 2005.
- [196] Wardle J, Steptoe A: Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 57: 440-443.
- [197] Robert Koch-Institut (Hrsg.). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«.* Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: 2014.
- [198] Lampert T, Mensink GB, Mütters S: Körperlich-sportliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2012; 55: 102-110.
- [199] Mielck A: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2000.
- [200] Mielck A: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion.* Bern: Verlag Hans Huber; 2005.
- [201] Oppolzer A: Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck A (Hrsg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland.* Opladen: Leske und Budrich 1994; 125-165.
- [202] Lampert T, Mielck A: *Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik.* GGW 2008; 8: 7-16.

- [203] US Department of Health and Human Services (USDHHS): The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2004.
- [204] Kroll LE, Lampert T: Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE kompakt 2012; 3. Berlin: Robert Koch-Institut.
- [205] Kroll LE, Müters S, Lampert T: Bundesgesundheitsblatt 2016; 59: 228–237.
- [206] Eggs J, Trappmann M, Unger S: Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG II Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. IAB Kurzbericht 2014; 23: 8.
- [207] Holleder A: Unemployment and health in the German population: results from a 2005 microcensus. J Public Health 2011; 19: 257-268.
- [208] Schunck R, Rogge BG: Unemployment and its association with health-relevant actions: investigating the role of time perspective with German census data. Int J Public Health 2010; 55: 271-278.
- [209] Kuhl EA, Fauerbach JA, Bush DE et al.: Relation of anxiety and adherence to risk-reducing recommendations following myocardial infarction. The American journal of cardiology 2009; 103: 1629-1634.
- [210] Wong YJ, Ho MHR, Wang SY, Miller ISK: Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health related outcomes. Journal of Counseling Psychology 2017; 64: 80-93.
- [211] Altgeld T: Lieber doch im vollen Galopp? Was Männer nicht über Gesundheit wissen wollen. Impulse 2012; 74: 7-8.
- [212] Böhnisch L, Stecklina G: Männliche Sozialisation und Gesundheit. In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre multiprofessionelle Einführung. Weinheim und München: Beltz; 2007.
- [213] Altgeld T, Schluck S: Einführung: Gesundheit von Männern und Jungen – Herausforderungen für die Prävention und die Gesundheitsinformation. In: BZgA (Hrsg.). Gesundheit von Jungen und Männern. Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung konkret. Bd. 14; Köln: BZgA; 2011.
- [214] Faltmeier T: Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. IN: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention 2011.
- [215] Stöver H: Mann, Rausch, sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In: Jacob J, Stöver H (Hrsg): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Wiesbaden: VS-Verlag; 2006.

- [216] Salzwedel A, Heidler MD, Haubold K et al.: Prevalence of mild cognitive impairment in employable patients after acute coronary event in cardiac rehabilitation. *Vasc Health Risk Manag* 2017; 13: 55-60.
- [217] Jankowiak S, Kaluscha R, Holstiege J, Krischak G: Evaluation unterschiedlicher Modelle medizinisch-beruflich-orientierter Rehabilitation in Baden-Württemberg (Eva-MBOR-BW) – Ergebnisse einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; Karlsruhe: 2014: 62.
- [218] Whooley MA, Jonge P de, Vittinghoff E et al: Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA* 2008; 300: 2379-2388.
- [219] Parashar S, Rumsfeld JS, Spertus JA et al.: Time course of depression and outcome of myocardial infarction. *Archives of internal medicine* 2006; 166: 2035-2043.
- [220] Kanning UP: Inventar sozialer Kompetenzen. Göttingen: Hogrefe; 2009.
- [221] Knoop T, Dettmers S, Meyer T: Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung. *Rehabilitation* 2019; 58: 94.
- [222] Miller WR, Rollnick, S: Talking oneself into change: Motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2004; 18: 299-308.

Veröffentlichungen

Originalarbeiten

1. Salzwedel A, Wegscheider K, Schulz-Behrendt C, Dörr G, Reibis R, Völler H. No impact of an extensive social intervention program on return to work and quality of life after acute cardiac event: a cluster-randomized trial in patients with negative occupational prognosis. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019 Jun 7. [Epub ahead of print]
2. Schulz-Behrendt C, Salzwedel A, Rabe S, Ortmann K, Völler H. Subjective Aspects of Return to Work and Social Reintegration in Patients with Extensive Work-related Problems in Cardiac Rehabilitation – Results of a Qualitative Investigation. *Rehabilitation (Stuttg.)*. 2017; 56: 181-188. German.

Abstracts

1. Rabe S, Völler H, Schulz-Behrendt C, Dörr G, Wegscheider K, Salzwedel A. Wirksamkeit einer sozialtherapeutischen Gruppenarbeit bei kardiologischen Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage. 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Frankfurt/M., März 2017.
2. Rabe S, Schulz-Behrendt C, Dörr G, Völler H, Salzwedel A. Häufung psychischer Belastungen bei kardiologischen Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen. 25. 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Aachen, Februar 2016.
3. Schulz-Behrendt C, Völler H. Qualitative Erhebung des Forschungsprojekts SoKo – Förderung sozialer Kompetenzen bei Rehabilitanden in besonderen beruflichen *Problemlagen*. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Karlsruhe, März 2014.