



Eine qualitative Studie zur Bestimmung von Einflussfaktoren auf die Berufsperspektive von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science“ im Fach

„Integrative Sport-, Bewegungs- und Gesundheitswissenschaften“

vorgelegt der

Professur für Rehabilitationsmedizin

Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

Universität Potsdam

Lara Luisa Wolff

Erstgutachterin: Frau Priv.-Doz. Dr. rer. medic. habil. Annett Salzwedel

Zweitgutachterin: Frau Priv.-Doz. Dr. med. habil. Rona Reibis

Soweit nicht anders gekennzeichnet, ist dieses Werk unter einem Creative-Commons-Lizenzvertrag Namensnennung 4.0 lizenziert.
Dies gilt nicht für Zitate und Werke, die aufgrund einer anderen Erlaubnis genutzt werden.
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-55056>
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:517-opus4-550566>

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|---|
| AHB | Anschlussheilbehandlung |
| APC model | Adaptiveness, purposefulness, and cooperativeness model (dt. Modell der Anpassungsfähigkeit, Zielstrebigkeit und Kooperationsfähigkeit) |
| AR | Anschlussrehabilitation |
| BBPL | Besondere berufliche Problemlage |
| CR | Cardiac rehabilitation (dt. kardiologische Rehabilitation) |
| DES | Drug eluting stent (dt. medikamenten-beschichteter Stent) |
| ICD | Implantable cardioverter defibrillator (dt. implantierbarer Kardioverter/Defibrillator) |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health (dt. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) |
| IIQ | Illness Identity Questionnaire (dt. Fragebogen zur Krankheitsidentität) |
| MBOR | Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation |
| PRO | Patient-reported outcome (dt. von PatientIn berichtetes/r Ergebnis/Erfolg) |
| SIMBO | Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen |
| SMART | Specific, measurable, achievable, realistic/relevant, timed (dt. spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch, terminiert) |
| SOC | Sense of coherence (dt. Kohärenzsinn) |
| RTW | Return to work (dt. Rückkehr zur Arbeit) |
| WBS | Würzburger Screening |
| WHO | World Health Organization (dt. Weltgesundheitsorganisation) |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1. Charakteristika der befragten RehabilitandInnen | 15 |
| Tabelle 2. Kurzbeschreibung der sieben Schlüsselthemen..... | 17 |
| Tabelle 3. Phasen der Bereitschaft für den beruflichen Wiedereinstieg nach Franche und Krause (2002) ⁵⁹ | 35 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1. Wechselwirkungen der ICF-Komponenten, übersetzt nach World Health Organization (2001) ⁵ | 2 |
| Abbildung 2. APC Modell, übersetzt nach Schwarz et al. (2018) ³⁴ | 6 |
| Abbildung 3. Schematische Darstellung des Ablaufes der Rekrutierung der PatientInnen bis zur Datenauswertung | 9 |
| Abbildung 4. Thematische Karte der sieben identifizierten Schlüsselthemen | 29 |
| Abbildung 5. Übertragung der „Theorie des geplanten Verhaltens“ nach Ajzen (1991) auf die Studienergebnisse ⁶² | 31 |
| Abbildung 6. Vorschlag einer schrittweisen Implementierung der Erkenntnisse | 40 |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Zusammenfassung | VI |
| Abstract..... | VII |
| 1 Einleitung..... | 1 |
| 1.1 Kardiologische Rehabilitation | 1 |
| 1.2 Besondere berufliche Problemlagen von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation..... | 3 |
| 1.2.1 Identifizierung von BBPL-PatientInnen..... | 3 |
| 1.2.2 Einflussfaktoren des beruflichen Wiedereinstiegs | 4 |
| 1.2.3 Struktur der Einflussfaktoren: Signifikanz der PatientInnenperspektive | 5 |
| 1.3 Zielsetzung..... | 8 |
| 2 Methodik..... | 9 |
| 2.1 Rekrutierung der PatientInnen | 9 |
| 2.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien..... | 10 |
| 2.1.2 Stichprobenauswahl: Theoretisches Sampling und Sättigung..... | 10 |
| 2.2 Qualitative ExpertInneninterviews | 11 |
| 2.3 Auswertung: Thematische Analyse | 13 |
| 3 Ergebnisse..... | 15 |
| 3.1 PatientInnenpopulation | 15 |
| 3.2 Ergebnisse der Hauptgruppe | 17 |
| 3.2.1 Personenbezogene Faktoren | 18 |
| 3.2.2 Umweltbezogene Faktoren..... | 20 |
| 3.2.3 Krankheitsbezogene Vorerfahrungen | 22 |
| 3.2.4 Zukunftsvorstellungen | 23 |
| 3.2.5 Gesundheitswahrnehmung und wahrgenommene Belastbarkeit..... | 24 |
| 3.2.6 Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen..... | 25 |
| 3.2.7 Angst, erneut zu erkranken..... | 27 |
| 3.3 Fähigkeit zu relativieren, mentale Stärke und Selbstverständlichkeit des beruflichen Wiedereinstiegs als Charakteristika der Kontrastgruppe..... | 28 |
| 3.4 Strukturierung und Lokalisierung der Schlüsselthemen..... | 29 |
| 4 Diskussion..... | 30 |
| 4.1 Selbstwahrnehmung als zentraler Aspekt | 30 |
| 4.2 Kardiologisches Ereignis als Impuls für eine positive (Lebensstil-) Entwicklung..... | 32 |
| 4.3 Zukunftsideen sind vorhanden, aber noch keine konkrete Planung | 34 |
| 4.4 Soziale Unterstützung als wichtiger externer Einfluss | 36 |
| 4.5 Kritische Betrachtung des BBPL-Begriffes..... | 38 |

| | | |
|-----|-----------------------------------|----|
| 4.6 | Implikationen für die Praxis..... | 40 |
| 4.7 | Limitationen der Arbeit..... | 41 |
| 4.8 | Schlussfolgerung..... | 42 |
| 5 | Literaturverzeichnis | 43 |
| | Eidesstattliche Erklärung..... | IX |
| | Anhang | X |
| | PatientInneninformation..... | |
| | Einwilligungserklärung..... | |
| | Interviewleitfaden | |
| | Prüfbogen | |
| | Codematrizes..... | |

Zusammenfassung

Einleitung: Bisherige Untersuchungen deuten darauf hin, dass etwa 30-40 % der PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation eine besondere berufliche Problemlage (BBPL) aufweisen. Die hindernden und fördernden Faktoren des beruflichen Wiedereinstiegs wurden vielfach untersucht. Beispielsweise können eine positive Gesundheitswahrnehmung, Beschwerdefreiheit und Berufszufriedenheit als Förderfaktoren, und Komorbiditäten, die Krankheitsschwere, motivationale Gründe sowie das Alter beispielhaft als Hindernisse benannt werden. In dieser Arbeit sollten die Faktoren, die die subjektiven Berufsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Anschlussheilbehandlung (AHB) bestimmen, identifiziert und beschrieben werden. Daraus sollten Impulse für ein patientInnenzentriertes Vorgehen in der AHB abgeleitet werden.

Methode: In einer qualitativen, monozentrischen Interviewstudie wurden insgesamt 20 PatientInnen mit und ohne BBPL in der kardiologischen AHB als ExpertInnen gefragt, um die subjektiven Erwerbserwartungen zu eruieren und die PatientInnenperspektive besser zu verstehen. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und codiert. Die Auswertung erfolgte mittels der thematischen Analyse.

Ergebnisse: Es wurden sieben Schlüsselthemen identifiziert. Hierzu gehörten die krankheitsbezogenen Vorerfahrungen sowie Zukunftsvorstellungen als perspektivische Einflussfaktoren. Außerdem wurden interne und externe Aspekte, darunter die Gesundheitswahrnehmung (inkl. Belastbarkeitseinschätzung), die Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen und die Angst, erneut zu erkranken, als bedeutsame Themen ermittelt. Deutlich wurde auch, dass die BBPL-PatientInnen in das Berufsleben zurückkehren wollten, das kardiologische Ereignis jedoch zu einer wahrgenommenen Notwendigkeit für Lebensstil- und Prioritätenänderungen geführt hat. Zur Umsetzung dieser wollten sich die PatientInnen Zeit nehmen, auch das soziale Umfeld unterstützte die Priorisierung der Gesundheit.

Schlussfolgerung: Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer multiprofessionellen, dabei individuell-differenzierten Herangehensweise in der kardiologischen AHB. Ein besonderer Fokus sollte auf der Berücksichtigung der Selbsterwartung, der individuellen Zielsetzung im Hinblick auf die Berufszukunft und dem Einbeziehen des sozialen Umfelds liegen. Des Weiteren wird eine Überarbeitung des BBPL-Begriffes vorgeschlagen, da die Zuweisung einer solchen Problemlage durch den Kostenträger paradox und stigmatisierend erscheint.

Abstract

Introduction: About 30-40 % of the patients in German cardiac rehabilitation are positively screened for a negative self-rated occupational prognosis. A positive health perception, being free from medical complaints and job satisfaction are exemplary for supporting return to work. Comorbidities, the severity of the disease, lack of motivation and age can be seen as hindering factors. The aim of the present study was to identify and to describe the subjective factors that determine the self-rated occupational prognosis of patients in CR. Consequentially, impulses for a patient-centred approach in CR were to be deduced.

Methods: In the present qualitative, monocentric study 20 patients with and without a negative self-rated occupational prognosis were interviewed to better understand their perspectives regarding their subjective occupational prognosis. The interviews were recorded, transcribed and coded using thematic analysis to generate themes.

Results: Seven main themes were identified and refer to prior experiences with diseases and future prospects (perspective factors), as well as internal and external factors such as health perception including physical capacity, possibilities for work adjustments and heart-focused anxiety. Furthermore, patients were willing to return to work but the cardiac event provoked the intrinsic need for lifestyle and priority changes. Therefore, patients considered taking time to concentrate on their health behaviour. They received social support for health prioritisation through their families and employers.

Conclusion: The findings support the need for a multi-professional and individually differentiated approach in CR. Special focus should be set on self-expectations, goal setting and including the social environment in the process of returning to work. Further, a revision of the German term “besondere berufliche Problemlage” is suggested because of the stigmatization of patients by the German pension insurance and a paradox use of the word “problem” in reference to the results of this study.

1 Einleitung

Laut dem Herzbericht 2020 beruhten 8,8 % der vollstationären Hospitalisierungen in Deutschland (im Jahre 2019) auf Herzkrankheiten, wie beispielsweise den chronisch-ischämischen Herzkrankheiten (Koronare Herzkrankheit), dem Myokardinfarkt und der akuten Herzinsuffizienz.¹ Der Anteil der Frauen lag hier bei 42,0 % und der Männer bei 58,0 %.¹ Altersbedingte Auffälligkeiten ließen sich vor allem in dem frühen Anstieg der Hospitalisierungsrate bei den Männern mit ischämischer Herzkrankheit und Herzrhythmusstörungen ab dem 45. bis 50. Lebensjahr erkennen.¹ Entsprechend dem 3-Phasen-Modell der kardiologischen Rehabilitation kann nach der Frühmobilisation der PatientInnen im Akutkrankenhaus (Phase 1) der Übergang in die zweite Phase, der Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. -rehabilitation (AR), die in der Regeln auf drei Wochen begrenzt ist, erfolgen.^{2,3} Anschließend beginnt die dritte Phase der Langzeitrehabilitation, einschließlich der Nachsorgeangebote der Rentenversicherung, um die Nachhaltigkeit der AHB bzw. der AR zu sichern.^{2,3} Auch die Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe gehört beispielsweise zu einer nachhaltigen Versorgung.^{3,4}

1.1 Kardiologische Rehabilitation

Zu den häufigsten Zuweisungsindikationen der kardiologischen Rehabilitation zählen das akute Koronarsyndrom (27,1 %), die aortokoronare Bypass-Operation (16,4 %) und interventionelle Herzklappenkorrekturen (12,8 %).¹ Für die RehabilitandInnen soll nach der jüngst erschienenen S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation eine multidisziplinäre und individuell differenzierte Therapie gewährleistet werden.² Die Inhalte der Rehabilitation beziehen sich dabei auf physische, medizinische, edukative und psychologische Aspekte und sind sekundärpräventiv zu verstehen.²

Die Umsetzung erfolgt idealerweise anhand der Konzepte der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, engl. International Classification of Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, engl. World Health Organization).⁵ Demnach beruht die funktionale Gesundheit einer Person auf ihrem Lebenshintergrund, den sogenannten Kontextfaktoren, den Körperfunktionen und -strukturen sowie den Aktivitäten und der Teilhabe in Lebensbereichen (Abbildung 1).^{5,6} Das Konzept der Kontextfaktoren, in dem die Umweltfaktoren und die personenbezogenen Faktoren zusammengefasst werden, verdeutlicht die Komplexität der verschiedenen

Einflussmöglichkeiten auf die (funktionale) Gesundheit, da sie als Barrieren oder Förderfaktoren wirken können.⁶

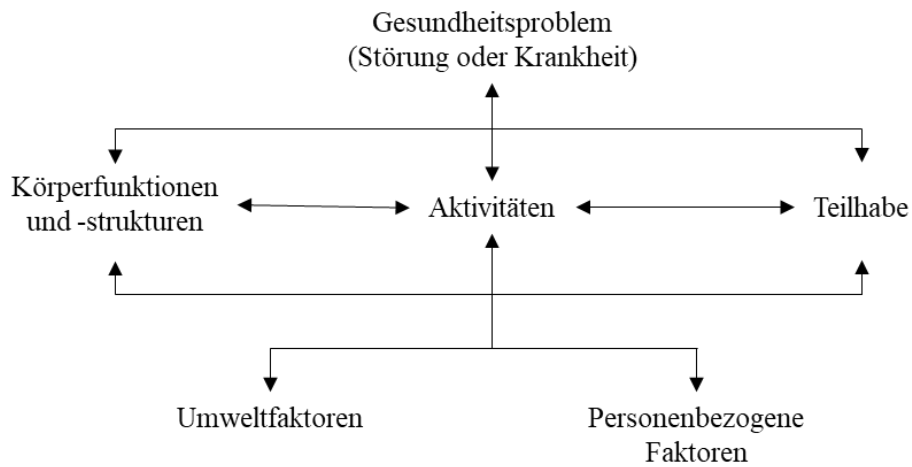


Abbildung 1. Wechselwirkungen der ICF-Komponenten, übersetzt nach World Health Organization (2001)⁵

Die Aufgabenstellung der Rehabilitation lässt sich als Regeneration der Funktionsfähigkeit, mit besonderem Fokus auf die Aktivitäten und Teilhabe der RehabilitandInnen formulieren.^{7,8} Hierfür sollte zunächst der Rehabilitationsbedarf ICF-basiert ermittelt werden.⁸ Auch bei der Maßnahmenplanung und Evaluation empfiehlt sich die Anwendung der ICF-Konzepte.⁶⁻⁸

Das Scheitern der beruflichen Wiedereingliederung als Störung der Teilhabe bei etwa 35 % der PatientInnen sechs Monate nach der kardiologischen Rehabilitation verdeutlicht die Notwendigkeit der Berücksichtigung der ICF-Komponenten.^{9,10} Nach Streibelt und Brünger (2014) ist die Implementierung berufsorientierter Leistungen bei PatientInnen mit besonderer beruflicher Problemlage (BBPL) in der medizinischen Rehabilitation (AHB ausgenommen) noch nicht in ausreichendem Maße vorhanden.¹¹ In der Kardiologie werden knapp 68 % der Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die soziale Arbeit, etwa 15 % an die berufsbezogenen Gruppen und lediglich ca. 3 % an das Arbeitsplatztraining erfüllt.¹¹ Daher erhalten die BBPL-PatientInnen nicht das Maß an empfohlenen Leistungen in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR).^{11,12} Weiterhin wird bemängelt, dass die MBOR-Leistungen nicht adäquat an das jeweilige Berufsbild angepasst sind.¹¹

In der AHB stehen den BBPL-PatientInnen die beruflich orientierten Basisangebote zur Verfügung.¹² Hierzu gehören Maßnahmen zur Stressbewältigung, Entspannungstraining und Ergotherapie sowie Gruppenangebote oder Vorträge, in denen sozialrechtliche

Informationen vermittelt werden.¹² Salzwedel et al. (2019) untersuchten in einer clusterrandomisierten Studie die Wirksamkeit einer extensiven Sozialintervention auf die Rückkehr in das Berufsleben und die Lebensqualität bei PatientInnen in der AHB nach einem akuten kardiologischen Ereignis.¹³ Im Vergleich zur üblichen Behandlung konnte kein zusätzlicher Einfluss der Intervention nachgewiesen werden.¹³ Es wurde geschlussfolgert, dass aufgrund des ohnehin schon sehr intensiven Programms in der AHB zusätzliche Interventionen die PatientInnen überfordern würden und ohne Wirkung auf die Rückkehr in den Beruf blieben.¹³ Darüber hinaus scheint während der Inanspruchnahme der Rehabilitation aus PatientInnensicht oftmals noch keine klare Vorstellung zum beruflichen Wiedereinstieg oder einer Neuorientierung zu existieren.¹⁴ Die Frage nach einer Möglichkeit der Einflussnahme auf den hohen Anteil der BBPL-PatientInnen in der kardiologischen AHB bleibt offen.

1.2 Besondere berufliche Problemlagen von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation

Von einer BBPL ist dann auszugehen, wenn die üblichen Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausreichen, um einen Wiedereinstieg in das Berufsleben zu erreichen bzw. dieser erschwert wird.² Laut dem Anforderungsprofil zur Durchführung der MBOR der Deutschen Rentenversicherung Bund (2019) werden Personen mit einer BBPL identifiziert, wenn der sozialmedizinische Verlauf als problematisch eingeschätzt wird, also eine Arbeitslosigkeit vor der Rehabilitation bestand oder daran anschließend für mehr als drei Monate zu erwarten ist.¹² Weiterhin sind eine negative subjektive Erwerbsprognose bzw. das Stellen eines Rentenantrages sowie eine durch die Sozialmedizin diagnostizierte notwendige berufliche Veränderung Kriterien, um BBPL-PatientInnen zu identifizieren.^{2,12}

1.2.1 Identifizierung von BBPL-PatientInnen

Zum Screening auf das Vorhandensein einer BBPL stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. Beispielsweise wird das Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen (SIMBO) angewandt.¹⁵ Mit einer Sensitivität von 77,2 % und einer Spezifität von 76,4 % kann das SIMBO eine BBPL post-rehabilitativ korrekt vorhersagen.^{15,16} Dafür enthält das Assessment sieben verschiedene Komponenten, darunter sozialmedizinische Parameter, die subjektive Erwerbsprognose und

MBOR-Erwartungen.¹⁵ Zur Ergebnisbestimmung, ob ein Bedarf für eine MBOR vorhanden ist, kann ein Cut-off-Wert genutzt werden.¹⁵

Als weiteres Instrument zur Vorhersage einer BBPL mittels Cut-off-Wert kann das Würzburger Screening (WBS) herangezogen werden, welches aus den Skalen der subjektiven Erwerbsprognose, den beruflichen Belastungen und dem Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten besteht.^{17,18} Bei einem Cut-off-Wert von einem Punkt^a kann der Erwerbsstatus sechs Monate post-rehabilitativ mit einer Sensitivität von 86,3 % und einer Spezifität von 82,0 % korrekt vorhergesagt werden.¹⁶⁻¹⁸

Ersteres Assessment (SIMBO) nutzten Streibelt und Brünger (2014), die den Anteil der BBPL-PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation mit 32,2 % angaben.¹¹ Das Würzburger Screening ergab in einer retrospektiven Routinedatenanalyse von Salzwedel et al. (2019), dass mehr als 40 % der PatientInnen in der kardiologischen AHB eine BBPL aufweisen, wobei mehrheitlich Frauen (28 %; Männer 20 %) betroffen sind.¹⁹ In einer Sekundärdatenanalyse von Versicherungsdaten aus Mitteldeutschland fanden Golla et al. (2015) heraus, dass bei 56 % der PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation mindestens ein BBPL-Indikator (vgl. 1.2) vorlag.²⁰

1.2.2 Einflussfaktoren des beruflichen Wiedereinstiegs

Bisherige Untersuchungen ergaben, dass seitens der PatientInnen eine positive Gesundheitswahrnehmung bzw. Beschwerdefreiheit sowie Anpassungen des Arbeitsplatzes und ein angenehmes Kollegium bzw. Zufriedenheit mit dem Beruf zu den Förderfaktoren des beruflichen Wiedereinstiegs nach einem kardiologischen Ereignis gehören.^{9,21} In einer disziplinübergreifenden systematischen Übersichtsarbeit identifizierten Gagnano et al. (2017) die Unterstützung durch Vorgesetzte, die return-to-work-Selbstwirksamkeit (RTW, dt. Rückkehr zur Arbeit) und die Motivation bzgl. des Wiedereinstiegs als drei von insgesamt neun Förderfaktoren.²²

Demgegenüber stehen physische Einschränkungen und Komorbiditäten sowie psychische Erkrankungen und motivationale Gründe als hindernde Faktoren bezüglich des beruflichen Wiedereinstiegs.⁹ Reibis et al. (2019) fassten in einer Übersichtsarbeit zusammen, dass die Rate der Wiederkehr in den Beruf nach einem akuten Koronarsyndrom von medizinischen, beruflichen und psycho-kognitiven Faktoren bestimmt sei.²³ In einer Untersuchung der

^a Laut dem Benutzermanual wird den RehabilitandInnen, die einen Punkt auf der Skala der subjektiven Erwerbserwartung erreichen eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine BBPL zugeschrieben. Bei zwei Punkten auf dieser Skala wird die Wahrscheinlichkeit für eine BBPL als sehr hoch eingeschätzt.¹⁸

psychologischen und klinischen Einflussfaktoren auf den beruflichen Wiedereinstieg von Bhattacharyya et al. (2007) war das Vorhandensein von Depressivität bei der Hospitalisierung aufgrund eines akuten Koronarsyndroms negativ mit dem beruflichen Wiedereinstieg innerhalb von 12 Monaten nach dem Ereignis assoziiert.²⁴ O’Neil et al. (2010) schlussfolgerten in ihrem Review, dass das Vorhandensein einer Depression ein Prädiktor für den beruflichen Wiedereinstieg nach einem Myokardinfarkt sei.²⁵

Außerdem beeinflusst das Alter den beruflichen Wiedereinstieg: Laut Osler et al. (2014) ist die Wahrscheinlichkeit der Rückkehr in die Erwerbstätigkeit bei Personen unter 50 Jahren am höchsten.²⁶ Des Weiteren wird das Alter als Barriere für den Wiedereinstieg betrachtet.^{9,22} Gragnano et al. (2017) identifizierten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit neben den Förderfaktoren auch neun Barrieren der Rückkehr in das Berufsleben, darunter hohe Belastungen am Arbeitsplatz, Depressionen, hohes Alter, geringe Bildung und das weibliche Geschlecht.²²

Ein geringerer Bildungsgrad, das Empfangen von Krankengeld bzw. eine dem Ereignis vorausgegangene Arbeitslosigkeit sowie die Schwere des kardiologischen Ereignisses sind außerdem mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des vorgezogenen Renteneintritts assoziiert.^{27,26} Neben psychischen, physiologischen und sozialen Faktoren sind auch demografische Aspekte bedeutsam: Frauen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit des vorgezogenen Renteneintritts als Männer, bedingt durch soziale und gesundheitliche Unterschiede.^{26,28}

Psychosoziale, soziodemografische und berufliche Faktoren sind bei der Betrachtung der Wahrscheinlichkeit und der Gründe des beruflichen Wiedereinstiegs von besonderer Bedeutung.^{10,22,23,29–32} Blokzijl et al. (2021) kamen in einer qualitativen Interviewstudie zu dem Schluss, dass neben regulatorischen, systemischen und arbeitsassoziierten Faktoren auch persönliche Aspekte u. a. affektiver Natur von PatientInnen mit aortokoronarem Bypass als relevant bewertet wurden.³³ Von Mirmohammadi et al. (2014) wurde die PatientInnenentscheidung als häufigster Grund gegen eine Rückkehr in das Berufsleben identifiziert.²¹

1.2.3 Struktur der Einflussfaktoren: Signifikanz der PatientInnenperspektive

In einer Metasynthese qualitativer Forschungsergebnisse zur Rückkehr in das Berufsleben nach einem Schlaganfall entwickelten Schwarz et al. (2018) das „APC model of RTW factors in stroke survivors“ (adaptiveness, purposefulness, and cooperativeness model, dt. Modell der Anpassungsfähigkeit, Zielstrebigkeit und Kooperationsfähigkeit, Abbildung

2).³⁴ Dabei sind die betreffende Person, der Arbeitsplatz und die Rehabilitationseinrichtung die interagierenden Instanzen, die den Prozess des beruflichen Wiedereinstiegs beeinflussen.³⁴ Zu den patientInnenbezogenen Schlüsselfaktoren gehören die Struktur- und Funktionseinschränkungen des Körpers, Bewältigungs- und Anpassungsstrategien sowie die subjektive Erwerbsaussicht und die Motivation. Seitens der ArbeitgeberInnen spielen die beruflichen Ansprüche der ArbeitnehmerInnen, die betrieblichen Möglichkeiten des Berufsunfähigkeits- bzw. Behinderungsmanagements und die Arbeitsatmosphäre die wichtigsten Rollen.³⁴ Der Einfluss der Rehabilitationseinrichtungen richtet sich nach der Verfügbar- und Erreichbarkeit sowie der Angemessenheit von z. B. den Behandlungen, der Dauer und der Schwerpunktsetzung.³⁴ Die Beziehungen zwischen den drei Instanzen sind durch die Kapazität, Befähigung und Leistung bestimmt, welche als Grundlage für die Planung der Wiederkehr dienen.³⁴ Den Erfolg der Rückkehr in das Berufsleben machen die Autoren an den namensgebenden Prinzipien des Modells fest, nach denen von allen drei Instanzen gehandelt werden soll: der Anpassungsfähigkeit, der Zielstrebigkeit und der Kooperationsfähigkeit.³⁴

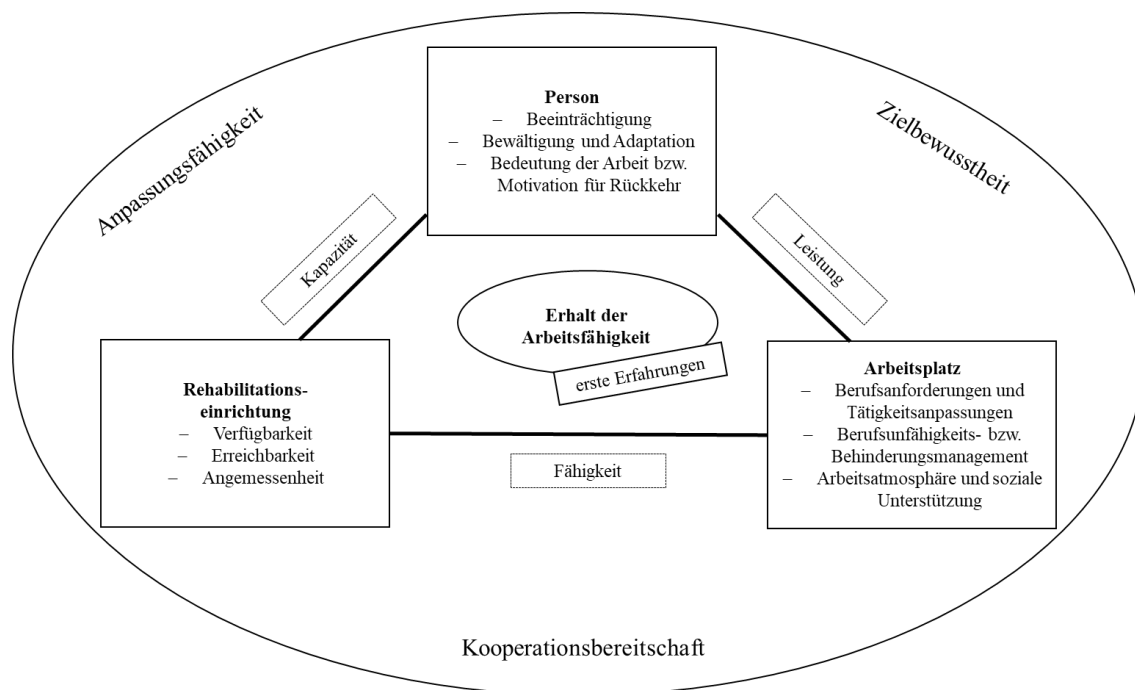


Abbildung 2. APC Modell, übersetzt nach Schwarz et al. (2018)³⁴

APC: adaptiveness, purposefulness, and cooperativeness (dt. Anpassungsfähigkeit, Zielstrebigkeit und Kooperationsfähigkeit)

Aus dem Modell geht grundsätzlich hervor, dass die PatientInnen maßgeblich zum Erfolg der Rehabilitation hinsichtlich der Wiederkehr in das Berufsleben beitragen. Aspekte wie die von den PatientInnen wahrgenommene Bedeutung der Arbeit und die Motivation zur

Rückkehr in das Berufsleben finden sich auch in bisherigen Forschungsergebnissen bezüglich PatientInnen mit kardiologischen Erkrankungen wieder.^{22,33}

Die PatientInnenperspektive ist hinsichtlich der Erwerbserwartungen von erheblicher Bedeutung für die Prognose des beruflichen Wiedereinstiegs und damit verbunden für den Rehabilitationsverlauf.^{10,35} In einer multizentrischen Registerstudie fanden Salzwedel et al. (2020) heraus, dass „patient-reported outcomes“ (PROs, dt. von PatientInnen berichtetes/r Ergebnis/Erfolg) die berufliche Wiedereingliederung in einem stärkeren Maße als beispielsweise klinische Parameter bestimmen können.³⁶ Neben Herzangst ermittelten sie das Rentenbegehren und eine negative Erwerbserwartung als Barrieren des beruflichen Wiedereinstiegs.³⁶ Biering et al. (2012) gaben in einer populationsbasierten Studie zu den Prädiktoren der beruflichen Rückkehr bei PatientInnen nach einer perkutanen Koronarintervention an, dass die Angst, sich selbst durch arbeitsbezogenen physischen und psychischen Stress zu schädigen, die berufliche Wiedereingliederung beeinträchtigt.²³ Thomson et al. (2019) kamen in einer retrospektiven Querschnittstudie zu dem Schluss, dass Personen nach einer Herztransplantation eher in den Beruf zurückkehrten, wenn sie ihre Berufsfähigkeit hoch einschätzten.²⁷ Ihrer Beurteilung nach sind die Wahrnehmungen und Glaubenssätze der PatientInnen deterministisch für ihre soziale Rehabilitation.²⁷ Die Autoren empfahlen weitere Untersuchungen der Gesundheits- bzw. Krankheitswahrnehmungen, um Rehabilitationsmaßnahmen zu verbessern.²⁷

Die WHO legt nahe, die PatientInnen bezüglich der Entscheidungen und des Vorgehens im Hinblick auf ihre Gesundheit einzubeziehen und ihnen Kontrolle darüber zu ermöglichen (engl. patient empowerment).³⁷ Angelmar und Berman (2007) sahen das Verständnis der PatientInnen für ihre eigene Rolle als eine entscheidende Bedingung, um „patient empowerment“ zu erreichen.³⁸ Mit PatientInnen als HauptakteurInnen in Bezug auf Entscheidungen der Gesundheitsfürsorge wird die Bedeutung der PROs unterstützt.³⁹ Der Einfluss der Sichtweisen, Erfahrungen und Motivation von PatientInnen auf ihre Therapieerfolge ist demnach nicht zu unterschätzen, auch wenn die Interpretation und Bedeutsamkeit von Veränderungen in PROs in der klinischen bzw. kardiologischen Forschung noch diskutiert werden.³⁹

1.3 Zielsetzung

Wie eine aktuelle Studie von Salzwedel et al. (2019) zeigt, weisen etwa 40 % der PatientInnen in der kardiologischen AHB eine BBPL auf.¹⁹ Obgleich die PatientInnenperspektive hinsichtlich der Erwerbserwartungen und Bewältigungsstrategien bereits eruiert wurde^{10,14,21,33} und die wahrscheinlichsten Charakteristika von BBPL-PatientInnen untersucht sind,^{22,24–26,28} fehlt bislang ein umfassendes und detailliertes Verständnis dafür, welche subjektiven Faktoren die Erwerbserwartung bei PatientInnen in der kardiologischen AHB bestimmen. Außerdem merkten Young et al. (2005) an, dass das Konstrukt der Rückkehr in die Erwerbstätigkeit bisher weitgehend untersucht wurde, die Wiederkehr in den Beruf jedoch als ein sich entwickelnder dynamischer Prozess zu betrachten sei und ExpertInnengruppen in die weitere Forschung einzubeziehen wären.⁴⁰

Somit ergibt sich die Notwendigkeit für ein Verständnis der PatientInnenperspektive im Hinblick auf die Einflussfaktoren der subjektiven Erwerbsprognose. Für ein ICF-basiertes und patientInnenzentriertes Vorgehen ist dieses von großer Bedeutung, um den PatientInnen in der kardiologischen AHB differenziert und kontextbezogen zu begegnen und sie auf die berufliche Wiedereingliederung vorzubereiten. Auch bezüglich bereits existierender Hinweise auf eine Sättigung des Rehabilitationsprogramms^{3,13} ist es essenziell, die PatientInnenperspektive zu durchdringen, um Verbesserungspotenziale und Lösungsansätze für die kardiologische AHB aufzudecken.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Faktoren, die die subjektiven Berufsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen AHB bestimmen, mittels ExpertInneninterviews zu identifizieren und zu beschreiben. Daraus sollen Implikationen für die Praxis abgeleitet werden.

2 Methodik

Für die vorliegende Arbeit wurde ein qualitativ-deskriptives, exploratives Design gewählt, um die Bestimmungsfaktoren der subjektiven Erwerbsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen AHB zu identifizieren. Die PatientInnen wurden in Einzel-ExpertInneninterviews befragt. 16 RehabilitandInnen mit BBPL (Hauptgruppe) und vier ohne BBPL (Kontrastgruppe) nahmen an den teilstandardisierten und leitfadengestützten Interviews (vgl. Anhang), geführt von zwei geschulten Interviewerinnen, teil. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Potsdam genehmigt.

2.1 Rekrutierung der PatientInnen

Der Ablauf der PatientInnenrekrutierung und das anschließende Vorgehen bis zur Datenauswertung ist in Abbildung 3 schematisch dargestellt. Entsprechend dem Prinzip des theoretischen Samplings (vgl. 2.1.2) erfolgten die Rekrutierung und die Auswertung parallel.⁴¹

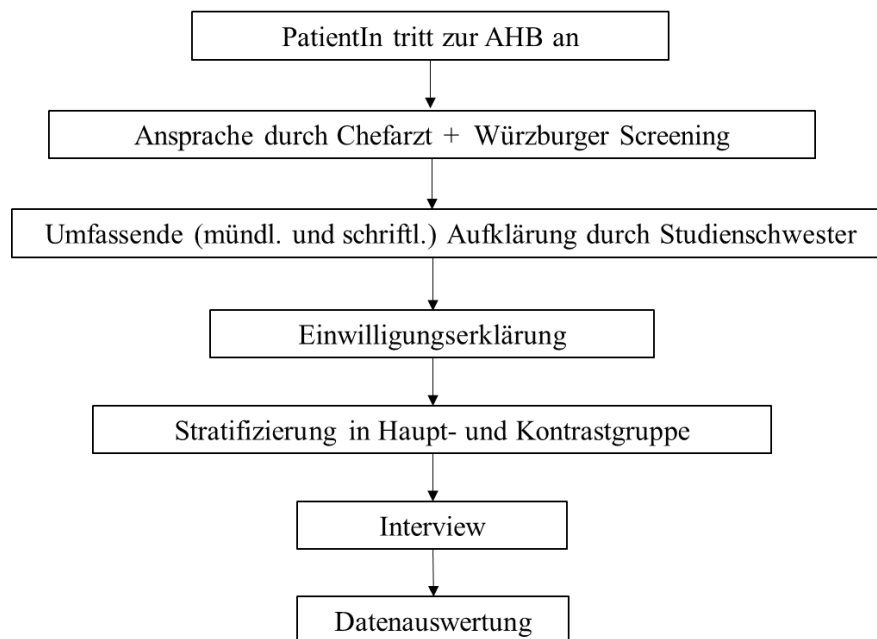


Abbildung 3. Schematische Darstellung des Ablaufes der Rekrutierung der PatientInnen bis zur Datenauswertung

AHB: Anschlussheilbehandlung; PatientInneninformation und Einwilligungserklärung im Anhang einsehbar

2.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Einschlusskriterien für die Hauptgruppe waren

- (i) die gegenwärtige AHB in der kardiologischen Rehabilitation,
- (ii) das berufsfähige Alter (18-60 Jahre),
- (iii) fließende Deutschkenntnisse, um Missverständnisse durch Sprachbarrieren zu vermeiden,
- (iv) maximal drei Monate Arbeitslosigkeit vor dem kardiologischen Ereignis,
- (v) das Vorliegen einer BBPL.

Die maximale Arbeitslosigkeit von drei Monaten vor dem kardiologischen Ereignis wurde als Kriterium gewählt, da Langzeitarbeitslose von der Untersuchung ausgeschlossen werden sollten. Somit wurde der Schwerpunkt auf den Krankheitsbezug der BBPL gelegt und der Arbeitsmarktbezug der Problematik verringert. Lediglich im fünften Kriterium, dem Vorliegen einer BBPL, sollten sich die Haupt- und die Kontrastgruppe unterscheiden.

Die potenziellen TeilnehmerInnen wurden mittels der Klinikversion des WBS hinsichtlich der BBPL selektiert. Hierbei wurde der Cut-off-Wert von einem Punkt gewählt.

2.1.2 Stichprobenauswahl: Theoretisches Sampling und Sättigung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Stichprobe anhand des theoretischen Samplings nach Glaser und Strauss (2010) ausgewählt. Das theoretische Sampling beinhaltet den Prozess der Theoriegenerierung bei gleichzeitiger Datenerhebung, -codierung und -analyse.⁴¹ Dabei kontrolliert die entstehende Theorie den weiteren Verlauf der Rekrutierung und Erhebung, was voraussetzt, dass die Untersuchenden Sensibilität für die Daten und deren Konzeptualisierung in einer Theorie beibehalten müssen.⁴¹ Der Abschluss des Samplings erfolgte bei theoretischer Sättigung. Sobald die maximale Differenz der Daten als eine größtmögliche inhaltliche Unterschiedlichkeit erreicht wurde und keine Lücken in der Theorie mehr identifizierbar waren, wurden die Rekrutierung und Datenerhebung gestoppt.⁴¹ Durch das wiederholte Durchlaufen von Datenerhebung und -analyse vervollständigte sich die Theorie, bis Beschreibungen und Erläuterungen für alle Konzepte vorlagen und alle Kategorien gesättigt waren.⁴²

Zum Vergleich bzw. zur Abgrenzung der Ergebnisse der Hauptgruppe wurden Daten einer kleineren Kontrastgruppe von PatientInnen ohne BBPL hinzugenommen. Damit sollte das Ergebnisbild vervollständigt und die identifizierten Faktoren den BBPL-PatientInnen

zuschreibbar gemacht werden.⁴³ Tiefgreifende Rückschlüsse auf die subjektiven Einflussfaktoren der Kontrastgruppe waren wegen der geringen TeilnehmerInnenzahl nicht geplant. Aufgrund des explorativen Charakters der vorliegenden Arbeit konnte nur eine voraussichtliche TeilnehmerInnenzahl von insgesamt 20 bis 25 PatientInnen vorab festgelegt werden.⁴⁴

2.2 Qualitative ExpertInneninterviews

Mit dem Ziel, die PatientInnenperspektive besser zu verstehen, wurden die PatientInnen in der kardiologischen AHB als ExpertInnen einzeln interviewt.⁴⁵ Zu diesem Zweck wurde ein teilstandardisierter Interviewleitfaden (vgl. Anhang) konzipiert. Für die Durchführung der Studie bereiteten sich zwei Interviewerinnen vor. Sie erprobten den Leitfaden nach der Erstfassung und modifizierten ihn anschließend. Inhaltliche Doppelungen zwischen den Themenblöcken durch ähnlich gerichtete Fragen und Suggestionen von Gefühlen wurden entfernt. Die überarbeitete Version des Interviewleitfadens wurde erneut von den beiden Interviewerinnen geprobt und anschließend für die Anwendung in der Klinik angenommen.

Der Interviewleitfaden enthielt eine kurze Begrüßung, einen Erzähleinstieg, fünf Themenblöcke und die Verabschiedung. Die Fragen wurden offen formuliert, um den RehabilitandInnen Raum für die Äußerung von individuellen Meinungen, Einschätzungen und Erfahrungen zu geben. Als offener Einstiegsimpuls wurden die RehabilitandInnen gebeten, über ihren Beruf zu erzählen. So konnten sie im Gespräch ankommen, ohne bereits inhaltlich in die Tiefe zu gehen.⁴⁶

Daraufhin wurde zum ersten Themenblock zu den bestimmenden Faktoren der aktuellen beruflichen Situation übergeleitet. Die RehabilitandInnen wurden nach den entscheidenden Faktoren, ihren Berufsaussichten und deren Klarheit gefragt. Nachdem die Vorstellungen der Berufsaussichten eruiert wurden, schlossen sich im zweiten Themenblock zu den persönlichen Faktoren die Frage nach den eigenen Gestaltungsmöglichkeiten der Berufszukunft sowie Fragen zu fördernden und hindernden Charaktereigenschaften und Erfahrungen an. Es wurde auch nach Gefühlen und der Häufigkeit des Nachdenkens über die Erwerbssaussichten gefragt.

Anschließend wurde auf das soziale Umfeld und dessen Reaktionen auf die jeweilige Berufsaussicht eingegangen. Des Weiteren wurden Auswirkungen dieser Reaktionen des sozialen Umfeldes und die Bedeutung der sozialen Unterstützung erfragt. Im vierten Block

wurde der Einfluss der Rehabilitation auf die persönliche Erwerbsprognose thematisiert. Als Impuls diente die Frage nach Denkanstößen durch die Rehabilitationsmaßnahmen. Neben besonders hilfreichen Maßnahmen und deren Wirkungen sollten auch Verbesserungspotenziale und Schwachpunkte eruiert werden. Der letzte Themenblock zielte auf die persönliche Zukunftsperspektive ab und enthielt Fragen zu Vorstellungen, Notwendigkeiten, Hindernissen und Neuerungen in Hinblick auf die persönliche Zukunft. Zum Abschluss des Interviews wurde den RehabilitandInnen die Möglichkeit gegeben, Ergänzungen zum bisher Gesagten vorzunehmen bzw. zusammenzufassen.

Insgesamt bestand der Interviewleitfaden aus interpretierenden bzw. erläuternden und vertiefenden Interventionen. So konnte flexibel auf die von den RehabilitandInnen eingeleiteten Richtungen reagiert und Verständnislücken geschlossen werden.⁴⁶ Die Einzelinterviews fanden im Studienzimmer der Klinik statt, sodass eine ruhige und störfreie Gesprächsatmosphäre gewährleistet werden konnte. Sie dauerten 20 bis 30 Minuten und sie wurden tonaufgezeichnet.

Um die untersuchte PatientInnenpopulation detailliert beschreiben zu können und die Stichprobe hinsichtlich der beruflichen Charakteristika möglichst kontrastierend zu gestalten, wurden von allen TeilnehmerInnen die Rehabilitationsindikationen, die Komorbiditäten und der ausgefüllte Bogen des Würzburger Screenings von der Klinik angefordert. Darüber hinaus wurden soziodemografische Daten erfasst und im Prüfbogen (vgl. Anhang) notiert. Somit konnten die Interviewerinnen im Verlauf der Studiendurchführung gezielt die InterviewteilnehmerInnen selektieren, um ein möglichst breites PatientInnenspektrum abzubilden.

2.3 Auswertung: Thematische Analyse

Zur Auswertung der Daten wurde zunächst die Transkription mit Amberscript (Amberscript B.V., 2021) durchgeführt und manuell durch die Interviewerinnen korrigiert. Klarnamen wurden entfernt. Zur Codierung wurde die Software MAXQDA 2020 (VERBI Software, 2019) genutzt. Die Interviewerinnen fügten ihre Projektzwischenstände regelmäßig über die softwareinterne Funktion zusammen, sodass die Codierungen für beide dem aktuellen Stand entsprachen.

Die Auswertung erfolgte auf Basis der thematischen Analyse, wie von Braun und Clarke beschrieben.^{47,48} Obgleich die „Grounded Theory“ in der qualitativen Forschung im klinischen Setting stark verankert ist,^{41,49} wurde dieses Vorgehen für die vorliegende Arbeit abgelehnt, da es sich um eine Methodik mit dem Ziel der Entwicklung einer sich aus den Daten ergebenden Theorie handelt.⁴⁷ Da es in dieser Arbeit v. a. um die Identifikation, Analyse und Berichterstattung von Daten gehen sollte, fiel die Wahl auf die thematische Analyse.⁴⁷ Diese lässt eine höchst detaillierte Organisation und Beschreibung zu, sodass auch Teilaspekte tiefgehend untersucht werden können.^{47,50–53} Die thematische Analyse wurde bereits mehrfach im klinischen Setting, z. B. in der Psychiatrie,⁵⁴ Orthopädie⁵⁵ und Onkologie⁵⁶ genutzt, was die Anwendung in der vorliegenden Arbeit bekräftigte. Sie ermöglicht einen Einblick in die Gedankenwelt der Befragten sowie Untersuchungen von Erwartungen, Erfahrungen und Meinungen. Phänomene, wie die BBPL können durch den direkten Austausch mit den PatientInnen tiefgreifend untersucht werden.⁵⁷

Eine der größten Herausforderungen der Arbeit mit der thematischen Analyse im Allgemeinen ist es jedoch, neben dem Umgang mit großen Datenmengen bei qualitativen Untersuchungen, die aggregierten Daten nicht nur zu beschreiben, sondern Muster zu erkennen.^{57,58} Während der Erarbeitung von Schlüsselthemen besteht die Gefahr, die Hauptfragen des Interviews zu übernehmen, was gegen eine tiefgründige Analyse und eher für eine bloße Zusammenfassung der Daten spricht.⁵⁰ Um dem entgegenzuwirken, wurde in der vorliegenden Arbeit nach den von Braun und Clarke (2006) beschriebenen sechs Phasen der Analyse vorgegangen.^{47,52} Diese wurden rekursiv durchlaufen, sodass bereits analysierte Interviews zu einem späteren Zeitpunkt erneut auf mögliche Codierungen geprüft und überarbeitet wurden.⁴⁷

- 1) Im ersten Schritt erfolgte das Familiarisieren mit den Daten. Hierzu gehörte das Transkribieren, das wiederholte Lesen sowie das Aufnehmen von Memos (Notizen im Transkript). Alle Interviews wurden von beiden Interviewerinnen gelesen und ggf. um Memos ergänzt, sodass sie sich einen Gesamteindruck der Gedanken und Meinungen der RehabilitandInnen machen konnten.
- 2) Anschließend codierten die beiden Interviewerinnen zunächst die selbst durchgeführten Interviews, dann die der jeweils anderen. Es wurden systematisch erste Textstellen codiert und die Daten codespezifisch sortiert.
- 3) Darauffolgend wurden die codierten Segmente den identifizierten möglichen Schwerpunktthemen zugeordnet und alle Daten entsprechend zugewiesen. Auch dies erfolgte für alle Interviews durch beide Interviewerinnen. Die Zwischenergebnisse wurden verglichen und diskutiert.
- 4) Im vierten Schritt wurden die identifizierten Themen auf ihre Relation zu den zugeordneten Codes und Daten überprüft, sodass eine thematische Karte der Analyse entstand.
- 5) Diese Karte wurde dann spezifiziert, sodass der Inhalt der Gesamtanalyse deutlich wurde. Im gleichen Zuge wurden die finalen Themen benannt und definiert.
- 6) Den letzten Schritt bildete die Berichterstellung. Es wurden ausgewählte Ausschnitte diskutiert, die in Bezug zum Forschungshintergrund und zur Forschungsfrage standen.

Beim Vorgehen nach der thematischen Analyse waren die Untersucherinnen Teil des „Forschungsinstruments“ bzw. der Methodik.⁵⁰ Methodisch kann zwischen einem „top-down“ Ansatz oder einer theoretischen thematischen Analyse und einem „bottom-up“ Ansatz oder induktiven Vorgehen differenziert werden.^{47,50} In der vorliegenden Arbeit wurden die Schlüsselthemen im Sinne der Induktion direkt aus den Daten entwickelt. Dabei flossen das Verständnis und die Wahrnehmungen der Interviewerinnen bezüglich des Phänomens der BBPL in die Themenbildung ein.⁵⁰ Die entwickelten Schlüsselthemen sind nur noch in geringem Maße auf die den TeilnehmerInnen gestellten Fragen zurückzuführen und beruhen nicht auf einer zuvor entwickelten Theorie, obgleich die Untersucherinnen nicht frei von theoretischem Hintergrund waren.⁴⁷

3 Ergebnisse

3.1 PatientInnenpopulation

Die Charakteristika der RehabilitandInnen sind in Tabelle 1 dargestellt. Der Median für das Alter aller TeilnehmerInnen lag bei 55,5 Jahren (31 bis 60 Jahre; Hauptgruppe - Median: 54,5 Jahre, 31 bis 60 Jahre; Kontrastgruppe – Median: 58 Jahre, 46 bis 60 Jahre). Es wurden fünf Frauen und elf Männer in der Hauptstichprobe und zwei Frauen und zwei Männer in der Kontraststichprobe befragt. Alle PatientInnen waren vor dem kardiologischen Ereignis berufstätig. Die beruflichen Tätigkeiten der BBPL-PatientInnen waren den Bereichen des Handwerks, des Verkaufs, der Pflege, der Sachbearbeitung, der Informationstechnik und dem Sozialen zuzuordnen. In der Kontrastgruppe waren die Berufsgruppen der ErzieherInnen, SchlosserInnen, Verwaltungsfachangestellten und ProduktdesignerInnen vertreten. Dementsprechend waren die Berufsfelder beider Gruppen ähnlich. Die meisten TeilnehmerInnen waren in Vollzeit angestellt (Hauptgruppe: 75,0 %; Kontrastgruppe: 75,0 %). Die Mehrheit beider Gruppen wies einen Schulabschluss der Mittleren Reife (10. Klasse) auf (Hauptgruppe: 81,3 %; Kontrastgruppe: 50,0 %) und gab an, mit einem/einer PartnerIn (Hauptgruppe: 93,8 %; Kontrastgruppe: 100,0 %) zu leben.

Tabelle 1. Charakteristika der befragten RehabilitandInnen (n = 20)

| Parameter | | Haupt- gruppe (n = 16) | Kontrast- gruppe (n = 4) |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| Geschlecht | Männlich | 11 (68,8 %) | 2 (50,0 %) |
| | Weiblich | 5 (31,3 %) | 2 (50,0 %) |
| Alter | Männlich | 55 (39–60) | 52,5 (46–59) |
| | Weiblich | 50 (31–59) | 58,5 (57–60) |
| Lebenssituation | Alleinlebend | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| | Familie/PartnerIn | 15 (93,8 %) | 4 (100,0 %) |
| Höchster Bildungsab- schluss | Haupt-/Volksschule (8./9. Klasse) | 2 (12,5 %) | 0 (0,0 %) |
| | Realschule/Mittlere Reife (10. Klasse) | 13 (81,3 %) | 2 (50,0 %) |
| | Abitur (12./13. Klasse) | 0 (0,0 %) | 1 (25,0 %) |
| | Abgeschlossenes Studium (Fachhochschule/Universität) | 1 (6,3 %) | 1 (25,0 %) |

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------|-------------|
| Anstellungsverhältnis | Vollzeit | 12 (75,0 %) | 3 (75,0 %) |
| | Teilzeit | 4 (25,0 %) | 1 (25,0 %) |
| Arbeitszeitmodell | Klassisch „Nine-to-Five“ | 8 (50,0 %) | 1 (45,0 %) |
| | Schicht- und Nachtarbeit | 6 (37,5 %) | 1 (25,0 %) |
| | Gleitzeit/Kernarbeitszeit | 2 (12,5 %) | 2 (50,0 %) |
| Rehabilitationsindikationen | Myokardinfarkt | 13 (81,3 %) | 4 (100,0 %) |
| | Lungenarterienembolie | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| | Mitralklappenrekonstruktion | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| | Koronararterien-Bypass | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| Prozeduren | Perkutane koronare Intervention | 10 (62,5 %) | 4 (100,0 %) |
| | DES-Implantation | 9 (56,3 %) | 3 (75 %) |
| | Rekanalisation | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| | Konservatives Procedere | 0 (0,0 %) | 1 (25,0 %) |
| | Koronararterien-Bypass | 3 (18,8 %) | 0 (0,0 %) |
| | Minimalinvasive Klappenoperation | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| | PFO-Verschluss | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| | Konservatives Procedere bei Lungenarterienembolie | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| Kardiovaskuläre Komorbiditäten | Koronare Herzerkrankung | 13 (81,3 %) | 3 (75,0 %) |
| | Herzinsuffizienz | 1 (6,3 %) | 1 (25,0 %) |
| | Lungenarterienembolie | 1 (6,3 %) | 1 (25,0 %) |
| | Klappenerkrankung | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| | andere | 4 (25,0 %) | 0 (0,0 %) |
| Rhythmusstörungen | Vorhofflimmern | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| | SM/ICD-Aggregat | 1 (6,3 %) | 1 (25,0 %) |
| Komorbiditäten | Neurologische | 1 (6,3 %) | 0 (0,0 %) |
| | Orthopädische | 2 (12,5 %) | 0 (0,0 %) |
| | Psychische | 0 (0,0 %) | 2 (50,0 %) |
| | andere | 3 (18,8 %) | 1 (25,0 %) |

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------------|------------|
| Kardiovaskuläre Risikofaktoren | Adipositas | 9 (56,3 %) | 1 (25,0 %) |
| | Diabetes mellitus | 4 (25,0 %) | 0 (0,0 %) |
| | RaucherIn | 9 (56,3 %) | 2 (50,0 %) |
| | Arterielle Hypertonie | 13 (81,3 %) | 3 (75,0 %) |

N: Anzahl, DES: drug eluting stent (dt. medikamenten-beschichteter Stent), PFO-Verschluss: Verschluss des persistierenden Foramen Ovale, SM: Schrittmacher, ICD: implantable cardioverter defibrillator (dt. implantierbarer Kardioverter/Defibrillator); Darstellung der absoluten (n) und relativen Häufigkeiten (in %); Altersangaben als Median und Range in Jahren

3.2 Ergebnisse der Hauptgruppe

Im Rahmen des Analyseprozesses wurden sieben Schlüsselthemen entwickelt. Diese basieren auf den induktiv gebildeten Hauptkategorien (Tabelle 2). Die Unterkategorien und die entsprechenden Anzahlen von Codierungen sind den Codematrizes (vgl. Anhang) zu entnehmen.

Tabelle 2. Kurzbeschreibung der sieben Schlüsselthemen

| | Schlüsselthemen | Kurzbeschreibung |
|---|---|---|
| 1 | Personenbezogene Faktoren | Personenbezogene Faktoren beinhalten physische und psychische Aspekte der RehabilitandInnen. Dazu zählen auch Einstellungen, Erwartungen und Motivationen. |
| 2 | Umweltbezogene Faktoren | Umweltbezogene Faktoren schließen das soziale Umfeld und systemische Aspekte (z. B. Gesundheitssystem, Bürokratie) ein. |
| 3 | Krankheitsbezogene Vorerfahrungen | Diese Faktoren beziehen sich auf Erfahrungen mit Erkrankungen, die dem kardiologischen Ereignis voraus gingen und in Verbindung mit der BBPL stehen. |
| 4 | Zukunftsvorstellungen | Die Zukunftsvorstellungen beziehen sich auf Aspekte nach dem kardiologischen Ereignis u. a. mit Bezug zur BBPL. |
| 5 | Gesundheitswahrnehmung | Die Gesundheitswahrnehmung reflektiert die subjektive Betrachtung der eigenen Gesundheit, u. a. hinsichtlich des Berufslebens. |
| 6 | Angst, erneut zu erkranken | Die Angst, erneut zu erkranken, spiegelt subjektive Wahrnehmungen und Gedanken bezüglich des kardiologischen Ereignisses wider. |
| 7 | Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen | Die Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen beinhaltet arbeitsplatzbezogene Aspekte wie Begründungen für einen Tätigkeitswechsel, Vorstellungen und Einstellungen bezüglich Veränderungen. |

BBPL: Besondere berufliche Problemlage

3.2.1 Personenbezogene Faktoren

Die RehabilitandInnen mit BBPL sprachen über eine Vielzahl personenbezogener Aspekte. Es wurde mehrmals deutlich, dass eine hohe Selbsterwartung bzw. Perfektionismus vorhanden waren. Die RehabilitandInnen grenzten die Erwartungen an das Selbst dabei zumeist von denen des sozialen Umfelds ab: *„Ich denke mal, das ist mein Muster, das hängt von mir ab. Also es ist bestimmt alles, wenn man sich das auch anders vorstellt. Keiner von meinen Arbeitgebern oder von meiner Familie hat von mir verlangt, dass das alles extrem perfekt ist. Das ist ja, glaube ich, auch eine innere Einstellung von einem selbst.“* (Interview 020). Des Weiteren gaben einige RehabilitandInnen an, ihre eigenen Bedürfnisse zurückgestellt zu haben. Damit ließen sie ihren Familienmitgliedern und KollegInnen den Vortritt: *„Und dadurch habe ich mich da auch gerne, sage ich mal, zurückgenommen und habe dann gesagt: ‚Okay, mach du.‘“* (Interview 008). Auch die Arbeit wurde z. T. höher priorisiert als die persönlichen Bedürfnisse: *„[...] weil wie gesagt, ich hatte mich die letzten Wochen und Monaten etwas vernachlässigt. Ich habe sehr unregelmäßig gegessen, aber keinen Ausgleich gesucht und gefunden. Ich bin im Prinzip eigentlich nur nach Hause und auf Arbeit.“* (Interview 006).

Die Mehrheit der RehabilitandInnen war sich ihrer positiven Charaktereigenschaften wie beispielsweise Empathiefähigkeit und Loyalität bewusst: *„[...] Charaktereigenschaften ist eigentlich, das hohe Einfühlungsvermögen, dass ich mich also in die Leute reinversetzen kann. [...] Das ist eigentlich die Stärke, das Zuhören und auch wie gesagt, deshalb war es so ein großes Vertrauen auch zu mir, bin da sehr loyal. Und das sind eigentlich so die Stärken.“* (Interview 007). Auch die Aussagen zur Lebenseinstellung fielen größtenteils positiv aus. Viele Befragte sprachen davon, sich von negativen Geschehnissen nicht beirren zu lassen und generell mit ihrem Leben zufrieden zu sein: *„Aber es ist nun mal so, wenn man sagt: ‚Okay, ich werde gesund, ich schaffe es‘, da schafft man es letztendlich unter dem Strich auch. Es dauert zwar alles eine Zeit, bis es dann wieder annähernd so ist wie früher. So wie früher wird es nie mehr werden. Aber ja, dann schafft man auch den Schritt wieder ins Berufsleben, bin ich der Meinung.“* (Interview 012). Die Aussagen wurden vor allem in den Kontext des Umgangs mit der Erkrankung gebracht. In diesem Zuge zeigte sich eine zuversichtliche Betrachtung der aktuellen Lebenslage: *„Ich bin grundsätzlich eigentlich ein sehr positiv eingestellter Mensch, lass mich eigentlich nicht so schnell unterkriegen. Das hat mich jetzt natürlich ein ganzes Stück zurückgeworfen. Aber grundsätzlich bin ich ja jemand, der immer sagt, es muss irgendwie weitergehen. Und es geht auch weiter.“* (Interview 019).

Weiterhin teilten einige RehabilitandInnen mit, dass die Situation schlechter sein könnte: *„Und ja, das ist die Hauptsache. Das Leben geht weiter. Kopf in Sand stecken bringt nichts. Es hätte mich schlimmer treffen können.“* (Interview 012). Sie verglichen dann ihre eigene Situation mit schlimmeren Szenarien: *„[...] dass es Menschen gibt, denen es noch beschissener geht. Also man hat das eine oder andere schlimmere Leid kennengelernt und man denkt ein bisschen anders über gewisse Krankheiten nach.“* (Interview 013).

Viele Gründe für den beruflichen Wiedereinstieg bezogen sich auf die Einstellungen oder Motivationen der RehabilitandInnen: *„Also wie gesagt, ich bin hochmotiviert, war eigentlich vor dem Ereignis hochmotiviert. Hatte die letzten 25 Jahre keinen einzigen Fehltag, war also außer meinem Urlaub und die Wochenenden oder freien Tagen jeden Tag vor Ort.“* (Interview 006). So wurde vor allem betont, dass die Arbeit Spaß machte und abwechslungsreich war: *„[...] ich mache den Job gerne. Wenn ich mir das noch mal aussuchen könnte, würde ich genau das Gleiche wieder machen. Fühle mich da wohl.“* (Interview 019). Auch die Tatsache, dass der Beruf schon sehr lang ausgeübt wurde oder dass ein positives Verhältnis zur Arbeit bestand, gehörten zu den Gründen für den beruflichen Wiedereinstieg: *„Vorher war die Arbeit wirklich super, hab sie gern gemacht. In der Firma, wo ich jetzt bin, bin ich über 11 Jahre jetzt. Die Arbeit hat mir Spaß gemacht, die war top.“* (Interview 002). Außerdem wurde ein Rentenbegehren abgelehnt und vielmehr darauf verwiesen, dass beispielsweise das Zuhausesein auf Dauer nicht infrage kommen würde: *„Du willst ja wieder was machen. Ich meine, die ganze Zeit nur zu Hause sitzen, dann wirst du ja blöd. Aber das ist mal vollkommen klar.“* (Interview 003). Manche RehabilitandInnen sprachen auch an, dass sie nicht von anderen bedauert werden möchten: *„[...] ich möchte es einfach nicht, möchte kein Mitleid, akzeptiert mich genauso wie vorher.“* (Interview 001). Weiterhin spielten teilweise auch die finanzielle Absicherung bzw. Verpflichtungen eine Rolle für den beruflichen Wiedereinstieg. Dieser wurde als notwendig betrachtet, um in Bezug auf den Rentenerhalt keine Abstriche erwarten zu müssen oder um den/die PartnerIn finanziell nicht allein zu lassen: *„Ist ja auch das Finanzielle, obwohl der Ehepartner ja auch voll verdient, aber man will ja auch wieder bisschen Geld verdienen und sich einbringen.“* (Interview 016).

3.2.2 Umweltbezogene Faktoren

Neben den personenbezogenen Einflüssen auf die subjektive Berufsperspektive ermöglichten die Einzelinterviews einen Einblick in externe Faktoren, die sich auf die Umwelt der RehabilitandInnen bezogen. Ein großer Schwerpunkt war das soziale Umfeld. Dieses wurde einerseits als belastend empfunden, wenn es beispielsweise familiäre Probleme gab: *„Meine Eltern sind pflegebedürftig und deswegen arbeite ich auch 20 Stunden, weil ich sie auch unterstütze. Und das ist schon ein wenig belastend.“* (Interview 020) oder der Freundeskreis fehlte: *„Ich bin ja erst vor zwei Jahren umgezogen und durch die Arbeit konnte ich auch keinen Freundeskreis aufbauen. Ging nicht, weil man nur unterwegs war.“* (Interview 005). Andererseits wurde auch die Entlastung betont, wenn sich die RehabilitandInnen über ihre gesundheitliche Lage austauschen konnten. Auch die Kontaktaufnahme durch KollegInnen während des Krankenhausaufenthaltes bzw. der Rehabilitation wurde mehrmals berichtet und als positiv empfunden: *„Ich habe halt auch ganz viel Zuspruch von meinen Kollegen. Die melden sich regelmäßig und fragen, wie es mir geht. Und die sind halt auch interessiert daran, dass ich wiederkomme. Und das macht unheimlich viel aus.“* (Interview 019). Meist sprachen die RehabilitandInnen davon, dass die Familie und das Arbeitsumfeld mit Verständnis reagiert haben und ihnen Zeit zur Genesung einräumten: *„Also, wenn ich jetzt Interesse zeigen würde, würde ich Unterstützung von allen Seiten bekommen. Das ist ja jetzt auch so. Mir wurde ja jetzt durch meinen Mann und durch meine Schwiegermutter natürlich auch die Möglichkeit eingeräumt, dass ich sagen kann: ‚Ich nehme mich jetzt drei Wochen raus‘ und ich weiß, es läuft zu Hause. Ich muss jetzt hier nicht sitzen und Nägel kauen und denken: ‚Oh Gott, wann ist es vorbei?‘ Sondern ich kann das wirklich genießen und weiß, zu Hause geht alles so weiter wie bisher.“* (Interview 008). Oftmals wurde vom sozialen Umfeld die Priorisierung der Gesundheit unterstützt. Es wurde berichtet, dass das Kollegium Zeit einräumte, Ängste nahm und Verständnis entgegenbrachte: *„Wo ich schon zu Hause war und wenn ich da bei der Arbeit war, wir haben uns dann auch schon drüber unterhalten, da waren auch alle Kollegen dabei und da kam dann auch, dass ich mir niemals Gedanken machen soll.“* (Interview 016). Nicht nur die KollegInnen sprachen sich dafür aus, den beruflichen Wiedereinstieg erst nach der Genesung anzugehen: *„Also, dass ich eigentlich dann einsteige, sie guckt, dass sie dann auch noch da ist, und wenn es von zu Hause aus ist. Damit ich dann auch wieder einsteigen kann. Hat sie gesagt: ‚Geh ins Hamburger Modell, lass dir alle Zeit der Welt.‘“* (Interview 016), sondern auch seitens der ArbeitgeberInnen wurde Zeit eingeräumt: *„Er [Arbeitgeber] hat eben wörtlich zu mir gesagt: ‚Nimm dir die Zeit, die du brauchst und dann kommst du*

zurück. ‘ So, und dadurch hat er so viel Druck rausgenommen und so viel, dass ich jetzt einfach sagen kann: ‚Ich konzentriere mich jetzt auf meine Gesundheit, dass ich wieder fit werde und dass ich dann auch wieder arbeiten gehen kann. ‘“ (Interview 008).

Mit den Gesprächen wurden meist auch externe Erwartungen an die RehabilitandInnen deutlich. Diese waren zum einen positiv, da sich beispielsweise KollegInnen oder KundInnen auf die Wiederkehr freuten, zum anderen aber auch mit Druck verbunden: ‚Nach dem Motto: ‚Du musst, du musst, du musst unbedingt. Der Kunde hat immer Recht‘ und so weiter. ‘“ (Interview 005). Dieser war entweder direkt durch die Vorgesetzten oder indirekt durch die von den RehabilitandInnen projizierte Erwartung ausgelöst: ‚Weil man halt auch nicht weiß, wie die anderen darauf reagieren. Wenn man jetzt auf einmal sagt: ‚Nee, jetzt nicht‘. Ich weiß nicht mal, ob das anderen Leuten so extrem auffallen würde oder ob ich das nur so sehe, kann ich nicht mal so sagen. ‘“ (Interview 019). Die Erwartungen standen teilweise im Widerspruch zur Meinung der RehabilitandInnen: ‚Hm, geteilt. Also mein Mann würde es gerne sehen, wenn ich zu Hause bleiben würde. Ich nicht. Meine Schwester würde es gerne sehen, wenn ich weniger arbeiten würde. Ich nicht. ‘“ (Interview 017).

Laut den RehabilitandInnen folgten ihren Gesprächen mit Personen aus dem Sozialkreis verschiedenste Auswirkungen. Einerseits fühlten sich die RehabilitandInnen in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt oder in der Priorisierung ihrer Gesundheit bestärkt: ‚Und für mich ist es halt einfach durch die Gespräche auch klar geworden, dass ich wirklich eigentlich nichts anderes machen will. Dass ich mich da irgendwie durchboxen möchte und ich das irgendwie möglich machen will für mich, dass ich da bleiben kann. ‘“ (Interview 019). Andererseits waren einige RehabilitandInnen in ihren Entscheidungen so entschlossen, dass die Gespräche ohne Rückwirkung blieben oder sie ihre Berufsperspektive nicht thematisierten: ‚Die halte ich soweit raus, meine Freunde sind... ja die halte ich soweit raus. Ist ja mein Leben. Ich muss ja damit klarkommen und letztendlich. Von daher... ich binde da keinen mit ein. ‘“ (Interview 004).

Zu den umweltbezogenen Faktoren, die die subjektive Erwerbsprognose beeinflussten, gehörte auch die Einschätzung des Arbeitsmarktes durch die RehabilitandInnen: ‚Eigentlich gut, weil wie gesagt, der Markt ist da, wenn ich nicht in der Verwaltung eingestellt werde, dann muss ich gucken, irgendwas anderes. Aber Arbeit gibt es ja überall. ‘“ (Interview 013). Oftmals flossen das Alter und die Fachkräftesituation der Branche in die Einschätzung ein: ‚Ich meine, ich habe ja ein bestimmtes Alter und es ist nicht mehr so einfach einen Job zu finden und ich habe schon etliches gemacht. ‘“ (Interview 016).

3.2.3 Krankheitsbezogene Vorerfahrungen

Die RehabilitandInnen sprachen teilweise über Komorbiditäten wie Rücken- oder Organbeschwerden. Auch Vorerfahrungen mit der kardiologischen Erkrankung wurden thematisiert. Zur Sprache kam dies u. a. in Bezug auf die aktuelle berufliche Situation und die Perspektive, aber auch im Hinblick auf die Einschätzung der Rehabilitationsmaßnahmen. Neben den körperlichen Beschwerden waren auch die Belastungen am Arbeitsplatz ein Thema, das viele RehabilitandInnen vor dem kardiologischen Ereignis beschäftigte. Diese Belastungen waren einerseits durch die pandemische Lage (SARS-CoV-2) und den damit verbundenen Maßnahmen, wie das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung am Arbeitsplatz, bedingt. Andererseits war auch die Belastung durch die berufsüblichen Tätigkeiten oder die Verantwortung ausschlaggebend. Manchmal führte eine Kombination aus pandemischer und beruflicher Belastung auch zu einem Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse oder der Familie: *„Gut, Corona genau. Wie gesagt, viel zu tun in letzter Zeit. Der Arbeitsaufwand mit dem einzelnen Patienten ist größer geworden. Die Anzahl der Patienten ist größer geworden. Die Dienste sind anstrengender geworden. Man hat oder ich persönlich habe mich in der Beziehung etwas vernachlässigt. In Sachen Ruhephasen, habe nicht meine Pausen eingehalten, habe eher zu meinen Kollegen gesagt: ‚Geht ihr mal, macht mal, macht euch um mich keine Sorgen.‘“* (Interview 006).

Teilweise bewerteten die RehabilitandInnen ihre Arbeitsbedingungen als physisch und/oder psychisch ungesund. Es wurden beispielsweise die Pausenzeiten nicht eingehalten, Mahlzeiten wurden unregelmäßig verzehrt, Bewegung fehlte und auch Wettereinflüsse spielten eine Rolle: *„[...] und das war immer so gewesen: Termindruck, unregelmäßiges Essen, keine Bewegung, weil eben fahren, fahren, fahren. Druck vom Chef und so weiter, keine Freizeit, wenn man zu Hause war.“* (Interview 005). Psychisch ungesund empfanden die RehabilitandInnen vor allem den Stress: *„Die Kunden, die greifen mich persönlich an. Und das ist das, was mir Schwierigkeiten macht. Da bin ich immer ganz schnell auf 115 oder 180, obwohl man weiß, dass man nicht selber dafür verantwortlich ist. Aber wie gesagt, wenn jemand, ein anderer Mensch mich persönlich angreifen tut, ja, so kann man dann irgendwann nicht mehr schlucken und nicht mehr verarbeiten.“* (Interview 004). Stress entstand den Aussagen der RehabilitandInnen zufolge beispielsweise auch durch Zeitdruck oder ein schlechtes Verhältnis zum/zur ArbeitgeberIn.

3.2.4 Zukunftsvorstellungen

Viele RehabilitandInnen gaben an, Gedanken an die Berufszukunft auszublenden und sich aktuell nicht damit beschäftigen zu wollen. Eine Priorisierung der Genesung und das Konzentrieren auf sich selbst standen im Fokus: *„Also jetzt im Moment blende ich alles aus. Ich will erstmal gesund werden, ich will wieder körperlich fit werden kann, sodass ich wieder einigermaßen mein Leben gestalten kann. Von daher versuche ich das so gut wie möglich auszublenden.“* (Interview 004). Andere Befragte wiederum sprachen davon, mit dem Nachdenken über das kardiologische Ereignis abgeschlossen zu haben: *„Und dann habe ich nachgedacht und habe dann gesehen: kann mir jederzeit wieder und wieder passieren, ob ich im Auto sitze oder ob ich einkaufen bin. Dass ich da auch einen Herzinfarkt wiederbekomme. Also habe ich damit abgeschlossen. Dass es auf Arbeit wieder passiert. Das kann überall passieren, damit habe ich abgeschlossen und dadurch geht es mir auch ein bisschen besser. Weil ich keine Gedanken mehr daran verschwende.“* (Interview 009).

Die Rehabilitationsmaßnahmen wurden im Hinblick auf die berufliche Zukunftsperspektive überwiegend positiv bewertet: *„Im Prinzip zum Nachdenken... Sie [die Rehabilitationsmaßnahmen] haben mich insofern gestärkt, wenn ich merke, dass ich wieder fitter werde, dass ich wieder mehr machen kann, dass ich auch denke, dass ich das dann auf Arbeit alles irgendwie hinkriege. Ich habe halt auch viele Tipps, autogenes Training und Entspannungsübungen, die mir in so einer Stresssituation halt auch helfen sollen.“* (Interview 019). Besonders hervorgehoben wurden die Stress- und Herzseminare sowie Ernährungs- und Sportkurse. Einigen Interviews ging ein Termin beim Sozialdienst voraus, wodurch viele den Mehrwert der Beratung und Unterstützung bei beruflichen Angelegenheiten hervorhoben. Des Weiteren wurde auf die Empfehlungen und Meinungen der ÄrztInnen eingegangen, wenn es um den beruflichen Wiedereinstieg ging. Die RehabilitandInnen äußerten viele Punkte, die sie während der Rehabilitation gelernt hätten und daran anschließend beibehalten würden. Hierzu zählten v. a. eine gesunde Ernährung und mehr Bewegung. In wenigen Fällen wurde davon ausgegangen, dass sich die Erwerbsaussichten durch die Rehabilitation nicht verändert haben.

Die Befragten äußerten im Allgemeinen vage Zielsetzungen nach der Erfahrung des kardiologischen Ereignisses. Diese bezogen sich einerseits auf die Körperfunktionen, andererseits aber auch auf die Teilhabe am Arbeitsleben und Aktivitäten: *„Gut, also das will ich und sehe ich auch als machbar. Man muss eben gewisse Dinge ändern, eben schon den Arbeitsplatz etwas anders einrichten. Und ja, dann letzten Endes Ausgleich schaffen, mehr*

Bewegung. Das ist so mein Ziel.“ (Interview 015). Die Ziele wurden insofern schon vorformuliert, als dass sich die RehabilitandInnen auf einen möglichen Zeitpunkt des beruflichen Wiedereinstiegs oder das Arbeiten bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters bezogen: „Naja ich meine, ich habe ja auch ein Ziel. Ich möchte ja auch die Rente noch erleben und bis dahin sind es noch 7 Jahre, also das würde ich schon gerne. Also das ist mein Ziel, dass ich es erreiche. Auch, dass ich bis dahin arbeiten gehen kann.“ (Interview 017).

Es erfolgten Überlegungen zu Veränderungen der Arbeitsbedingungen. An dieser Stelle wurden auch Möglichkeiten des Berufswechsels wie neue Stellenangebote oder Qualifizierungen genannt. Es zeigte sich oft eine Zuversicht, da die Berufsperspektiven als umsetzbar eingeschätzt wurden und ein Neuanfang angestrebt wurde: *„So, und das sind für mich neue Herausforderungen. Dem stehe ich gern gegenüber. Möchte ich und werde ich auch schaffen, bin ich von überzeugt und mit diesem, mit diesem [Ausbilder-Schein] hier rauszugehen und zu sagen: ‚Ich fang was Neues an‘. Nicht direkt Neues beruflich, aber dem noch eins draufzusetzen, nach vorne zu schauen, das finde ich doch toll.“ (Interview 001).* Dieser Wunsch nach einem Neuanfang bezog sich sowohl auf die berufliche als auch auf die gesundheitliche Ebene.

3.2.5 Gesundheitswahrnehmung und wahrgenommene Belastbarkeit

Die meisten RehabilitandInnen berichteten, dass das kardiologische Ereignis das Bedürfnis nach Veränderungen hervorgerufen hat: *„Ich will sagen, es musste erst dieser Herzinfarkt passieren, weil man hat es nicht ernst genommen.“ (Interview 001).* Ihnen wurde der Wert ihrer Gesundheit bewusst und demzufolge auch, inwieweit sie diese im Berufsalltag strapazierten: *„Ich habe dann einfach irgendwann zwischendurch im Auto gegessen und das würde ich jetzt gerne vermeiden, aber eben so, dass ich die Zeit vielleicht schiebe, dass ich danach auch die Möglichkeit habe, zu sagen: ‚Ich habe jetzt Feierabend und jetzt kann ich vielleicht mein Mittag in Ruhe zu mir nehmen‘ oder so.“ (Interview 008).* Daraus ergaben sich häufig Änderungswünsche hinsichtlich ihrer Prioritäten und Lebensstilanpassungen wurden angestrebt.

Die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit war unterschiedlich. Einige RehabilitandInnen betrachteten sich nicht als krank oder beeinträchtigt: *„Eben, weil ich das nicht als Behinderung ansehe oder - gut Erkrankung, muss man damit leben. Ist halt so.“ (Interview 001).* Andere waren sich der Auswirkungen ihrer Erkrankung sehr bewusst und sie gingen davon aus, noch viel Zeit zu benötigen und nicht mehr den gleichen Stand wie

vor der Erkrankung zu erreichen: „Ja, aber wenn man tatsächlich das so bedenkt, dass die Psyche ja schon was mitgemacht hat und man das psychisch besser verarbeiten will, braucht man tatsächlich bisschen mehr Zeit.“ (Interview 020).

3.2.6 Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen

Viele RehabilitandInnen sprachen von Veränderungen in den Arbeitsbedingungen. Sie wünschten sich beispielsweise eine Anpassung der Arbeitszeiten oder eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes: „Dann der Arbeitsalltag, dass ich ja zum einen meinen Arbeitsplatz umgestalte, dass ich flexibler stehen, sitzen kann und so weiter, bewegen.“ (Interview 015). Auch eine ruhigere und entspanntere Arbeitsweise nahmen sie sich beispielsweise vor: „Ich werde versuchen [...] die schwere Belastung der Ware, wenn ich im alten Beruf bleibe, nicht in Eile, sage ich mal, zu verräumen, wegzuräumen, zu tragen, sondern in Ruhe.“ (Interview 012). Z. T. würde auch der/die bisherige ArbeitgeberIn neue Möglichkeiten einräumen. Die Abgabe der Nachtschichten, aber auch Angebote für Weiterbildungen (z. B. AusbilderInschein) oder Umsetzungen in andere Abteilungen waren verfügbar: „Ich habe mit meiner unmittelbaren Vorgesetzten geredet. Für die ist es auch okay, dass ich gesagt habe, ich gehe raus aus den Nächten. Die ermöglicht mir das, sie hat selber angeboten: ‚Wenn es gar nicht anders geht, mache ich dann deine Nächte.‘ Denen ist es auch wichtig, dass ich wiederkomme.“ (Interview 019). Es gab auch einige RehabilitandInnen, die eine Veränderung der Arbeitsbedingungen als nicht möglich einschätzten: „Ich bin das gar nicht gewöhnt. Ich habe immer schwer gearbeitet und wüsste jetzt nicht, leichte Arbeiten... Bei uns in der Firma geht es nicht, weil wir nur ständig im Brunnenbau sind, selbst im Lager hast du schwere Arbeit. Also ich wüsste nicht, wie es da mit leichter Arbeit ...und bei anderer Firma ...was ist da leichte Arbeit.“ (Interview 001).

Des Weiteren stellte die Personalsituation ein oft betontes Problem dar. Dies war je nach Branche mehr oder weniger stark ausgeprägt, durch die pandemische Situation jedoch sehr präsent: „Im Moment ist es ja sowieso alles noch stressiger als es vorher war. Noch weniger Personal, als man sowieso ohnehin schon hat.“ (Interview 019). Außerdem wurde vereinzelt von egoistischen ArbeitgeberInnen berichtet, die beispielsweise aus Kostengründen nicht in Weiterbildungen investieren würden, wenig Empathie gegenüber den ArbeitnehmerInnen zeigten oder auch Personal aus anderen Niederlassungen abwarben: „[...], wenn du also Führungskräfte hast, die ganz oben sitzen, die das nicht erkennen, dass die einfach nur Zahlen sehen. Aber über die Zahlen eigentlich den Menschen unten vergessen. Und das ist also sehr sensibel, das merkst du also auch in der Stimmung bei deinen Mitarbeitern oder

eben im ganzen Haus. Das mag ja alles schön und gut sein, aber da fehlt diese Menschlichkeit im Moment und die darfst du nicht unterschätzen. Und das ist für viele auch Kündigungs - [Sprechpause]- haben auch viele aufgehört. Weil das eben nicht funktioniert hat, das Verhältnis.“ (Interview 007).

Ein Berufs- bzw. Tätigkeitswechsel hin zu leichterem Tätigkeit, kam für einige RehabilitandInnen infrage. Die Belastungen in der bisherigen Tätigkeit wurden als zu hoch eingeschätzt oder es wurden mit einem Wechsel Vorteile für die eigene Gesundheit gesehen: *„[...] hätte definitiv nicht so eine körperlich schwere Arbeit, dass definitiv dort stattfindet, was für mich eigentlich für meine Gesundheit von Vorteil wäre.“ (Interview 012).* Zu den Gründen für einen geplanten Berufswechsel zählten auch neue Stellenangebote, eine bisherige unangemessene Bezahlung, Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und die eigene Einschätzung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Im Falle einer geplanten Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz gaben nahezu alle RehabilitandInnen an, dass sie mit wenigen Stunden beginnen und sich dann steigern würden. Oftmals kam direkt das Hamburger Modell zur Sprache: *„Also für mich wäre es wichtig, eben dieses Hamburger Modell, weil ich es mir noch nicht zutraue, direkt voll zu arbeiten.“ (Interview 016).* Die Unterstützung durch den Sozialdienst wurde geschätzt: *„Wo ich das Thema angesprochen habe, mit dem Hamburger Modell zum Wiedereinstieg. Das muss natürlich vom Arzt befürwortet werden und die Dame sagte mir aber, sie geht davon aus, dass er das befürworten wird, sodass sich dann diese Sozialarbeiterin mit meiner Firma in Verbindung setzt und das dann abklärt. Das, was für mich eine sehr große Unterstützung wäre.“ (Interview 004).*

Wie in den personenbezogenen Faktoren beschrieben, formulierten die meisten RehabilitandInnen ihre beruflichen Zukunftsvorstellungen eher vage. Einerseits waren sie positiv eingestellt, freuten sich auf die Zukunft und wollten gern wieder arbeiten. Andererseits waren sie unsicher, brauchten Zeit zur Entscheidungsfindung und Genesung: *„Ja, also das ist quasi mein zukünftiger Plan, was ich für mich so entschieden habe. Natürlich, Kopf sagt was anderes und Bauch sagt was anderes. Aber ich denke, ich brauche doch Zeit.“ (Interview 020).* Teilweise knüpften sie ihre Vorstellungen an bestimmte Bedingungen: *„Ich freue mich schon nach der Zeit wieder arbeiten gehen zu können. Wann dieser Zeitpunkt sein wird, steht allerdings noch nicht fest, weil dann muss ich auch noch mit meiner Hausärztin da-rüber reden, wie sie das sieht und so weiter und so fort. Was ist da noch gesagt? Und Blutdruck, Einstellung und so weiter. So klitzekleine Sachen, die halt noch ein*

bisschen bearbeitet werden müssen.“ (Interview 006). Es bestanden Wünsche nach Veränderung in den Arbeitsbedingungen, jedoch wurde noch kein eindeutiger Plan erstellt.

3.2.7 Angst, erneut zu erkranken

Viele RehabilitandInnen gaben an, im Hinblick auf die berufliche Zukunft gesundheitliche Bedenken zu haben und die Angst, erneut zu erkranken, war präsent. Teilweise war das Nachdenken über die gesundheitliche und berufliche Zukunft für die Befragten belastend: *„Also wie kann ich es körperlich verkraften? Wie komme ich jetzt weiter? So, das hat mich in dem halben Jahr doch ein bisschen im Kopf, ein bisschen, wo ich sage ich bin ja willensstark, aber das beschäftigt einen ja.“ (Interview 001). Auch die Einschätzung der Belastbarkeit war oftmals von Unsicherheit geprägt. Die ärztliche Meinung diesbezüglich sowie hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit war für die Befragten wichtig: „Wie gesagt, ich hoffe, dass alles abgeschlossen ist. Gut, dann kommt das mit der Herzschwäche dazu, was die Ärzte sagen. Das ist alles jetzt.... ich weiß jetzt noch nicht so richtig, wie es jetzt weitergeht.“ (Interview 002).*

3.3 Fähigkeit zu relativieren, mentale Stärke und Selbstverständlichkeit des beruflichen Wiedereinstiegs als Charakteristika der Kontrastgruppe

Mittels der Befragung einer Kontrastgruppe ohne BBPL sollten die Besonderheiten der PatientInnen mit BBPL herausgestellt werden. In vielerlei Hinsicht überschneiden sich die Ergebnisse beider Gruppen. So nannten die TeilnehmerInnen der Kontrastgruppe ähnliche Gründe für einen beruflichen Wiedereinstieg: kein Rentenbegehren, ein positives Verhältnis zum/zur ArbeitgeberIn, Spaß an der Arbeit und eine langjährige Ausübung der Tätigkeit. Ihr soziales Umfeld schätzten sie ebenfalls meist als Entlastung ein, da die Gespräche Rückhalt gaben und ablenkten. Familiäre Probleme, aber auch Erwartungen und Druck durch die Arbeit wurden, wie auch in der Hauptgruppe, als belastend empfunden. Die Befragten der Kontrastgruppe berichteten ebenfalls davon, Pausen nicht eingehalten zu haben sowie von ungesunden Arbeitsbedingungen, ihren Komorbiditäten und einem aus der Erkrankung resultierenden Wunsch, den Lebensstil zu verändern. Wie auch in der Hauptgruppe wurde Wert auf die Empfehlungen der ÄrztInnen gelegt und die RehabilitandInnen waren größtenteils mit den Rehabilitationsmaßnahmen zufrieden. Dennoch berichteten auch sie Bedenken, dass sie erneut erkranken könnten und waren hinsichtlich ihrer Belastbarkeit unsicher.

Andererseits gab es kontrastierende Aspekte im Vergleich der beiden Gruppen. So konnten die Befragten der Kontrastgruppe ihre gesundheitliche Perspektive meist relativieren, indem sie Körper und Geist als zusammenhängend sahen und Wissen über medizinische Aspekte einbezogen. Perfektionismus und eine hohe Selbsterwartung kamen kaum zur Sprache. Stattdessen betonten sie ihre mentale Stärke, Selbstbewusstsein und die eigene Motivation. Außerdem wurde weniger über konkrete Veränderungen in der Arbeitsweise gesprochen und ein beruflicher Wiedereinstieg wurde für selbstverständlich gehalten. Die Berufszukunft wurde im Vergleich zur Hauptgruppe detaillierter geplant, es existierten klare Vorstellungen. Der Einstieg mittels Hamburger Modell kam für die meisten Befragten infrage.

3.4 Strukturierung und Lokalisierung der Schlüsselthemen

Aus der Strukturierung und Lokalisierung der Schlüsselthemen ergab sich eine thematische Karte (Abbildung 4). Drei der sieben Themen lassen sich als interne Einflussfaktoren kategorisieren. Hierzu gehören die personenbezogenen Faktoren und damit verbunden die Gesundheitswahrnehmung und die Angst, erneut zu erkranken. Die umweltbezogenen Faktoren und die damit verbundene Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen lassen sich als externe Einflussfaktoren kategorisieren. Als dritte Kategorie werden die krankheitsbezogenen Vorerfahrungen sowie die Zukunftsvorstellungen als perspektivische Einflussfaktoren zusammengefasst. All diese Themen können als bedeutsam für die subjektive Erwerbserwartung der befragten BBPL-PatientInnen eingeschätzt werden. Zu beachten ist jedoch, dass die Gewichtung der einzelnen Faktoren individuell unterschiedlich ausfiel.

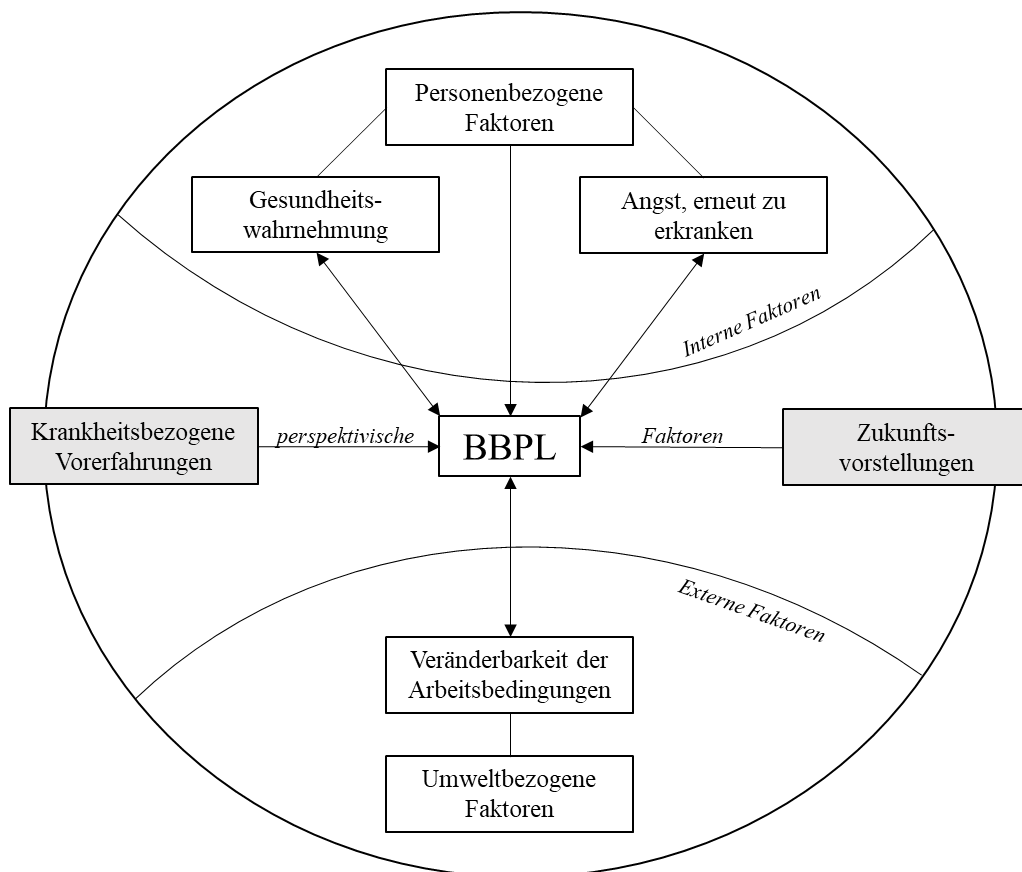


Abbildung 4. Thematische Karte der sieben identifizierten Schlüsselthemen
BBPL: Besondere berufliche Problemlage

4 Diskussion

Mit der Durchführung einer qualitativen Interviewstudie in der kardiologischen AHB sollten die bestimmenden Faktoren der subjektiven Erwerbsaussichten von PatientInnen mit einer BBPL identifiziert und beschrieben werden. Anhand der thematischen Analyse der ExpertInneninterviews wurden sieben Schlüsselthemen gebildet. Hierbei wurden die personenbezogenen Faktoren, die Gesundheitswahrnehmung und die Angst, erneut zu erkranken, als interne Bestimmungsfaktoren der BBPL kategorisiert. Extern wirkten die umweltbezogenen Faktoren und die Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen auf die subjektive Erwerbsprognose ein. Krankheitsbezogene Vorerfahrungen und Zukunftsvorstellungen bildeten die perspektivischen Einflussfaktoren. Innerhalb der Schlüsselthemen waren die Selbstwahrnehmung, das aus dem kardiologischen Ereignis resultierende Bedürfnis nach Veränderungen, die Zukunftsplanung und die soziale Unterstützung besonders bedeutsam.

4.1 Selbstwahrnehmung als zentraler Aspekt

Die personenbezogenen Faktoren, wie beispielsweise die Lebenseinstellung und die Gründe, die Berufstätigkeit wieder aufzunehmen, waren überwiegend positiver Natur. Es zeigten sich jedoch Auffälligkeiten in der Selbstwahrnehmung vieler RehabilitandInnen. So sprachen sie hinsichtlich ihrer Charaktereigenschaften meist von Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, zeigten aber oftmals hohe Selbsterwartungen und Perfektionismus.

Des Weiteren wurde der berufliche Wiedereinstieg meist als notwendig betrachtet, besonders dann, wenn er mit finanzieller Absicherung und einem Pflichtgefühl verbunden war. Hierdurch wird deutlich, dass sich viele RehabilitandInnen einem inneren Druck aussetzten, indem sie der Berufstätigkeit einen hohen Stellenwert in ihrem Leben zuwiesen, sodass sie teilweise eigene grundlegende Bedürfnisse vernachlässigten und die anderer (Familie, KollegInnen) priorisierten. Außerdem zeigte sich die hohe Erwartung an das Selbst in der Aussage, nicht von anderen bedauert werden zu wollen. Dies steht im Einklang mit der berichteten Wahrnehmung, dass sich manche RehabilitandInnen nicht als krank sahen.

Durch die ambivalenten Aussagen wird deutlich, dass die Entscheidung für den beruflichen Wiedereinstieg von unterschiedlichen Aspekten beeinflusst wurde. Da laut Mirmohammadi et al. (2014) die eigene RTW-Entscheidung der RehabilitandInnen einer der am häufigsten genannten Gründe für den beruflichen Wiedereinstieg ist²¹ und die Rückkehr in das

Berufsleben als Verhaltensänderung betrachtet werden kann,⁵⁹ kann die „Theorie des geplanten Verhaltens“ von Ajzen (1991) zur Einordnung und Erklärung der Ergebnisse dienen.⁶⁰⁻⁶² Hierbei ist die Intention die Basis für das jeweilige (Gesundheits-) Verhalten.⁶¹ Diese wird durch Einstellungen hinsichtlich der Vor- und Nachteile des geplanten Verhaltens, subjektive Normen und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle beeinflusst.^{60,62} Letztere wird im Zusammenhang mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit, die als wahrgenommene Bewältigungsfähigkeit definiert ist, betrachtet.^{60,63}

Anhand der vorliegenden Ergebnisse wird erkennbar, dass die meisten RehabilitandInnen mit einer BBPL durch ihre eigenen Einstellungen (z. B. Selbstwahrnehmung, Pflichtgefühl), durch soziale Normen bzw. externe Erwartungen (z. B. den/die EhepartnerIn finanziell nicht allein zu lassen) und der wahrgenommenen Kontrolle ihrer Erkrankung (z. B. sich nicht als krank sehen) in ihrer subjektiven Einschätzung der Berufsprognose beeinflusst wurden (Abbildung 5). Somit können diese Aspekte, in die Kategorien der internen und externen Faktoren eingeordnet, als Einflussfaktoren auf die subjektive Erwerbserwartung bezeichnet werden.

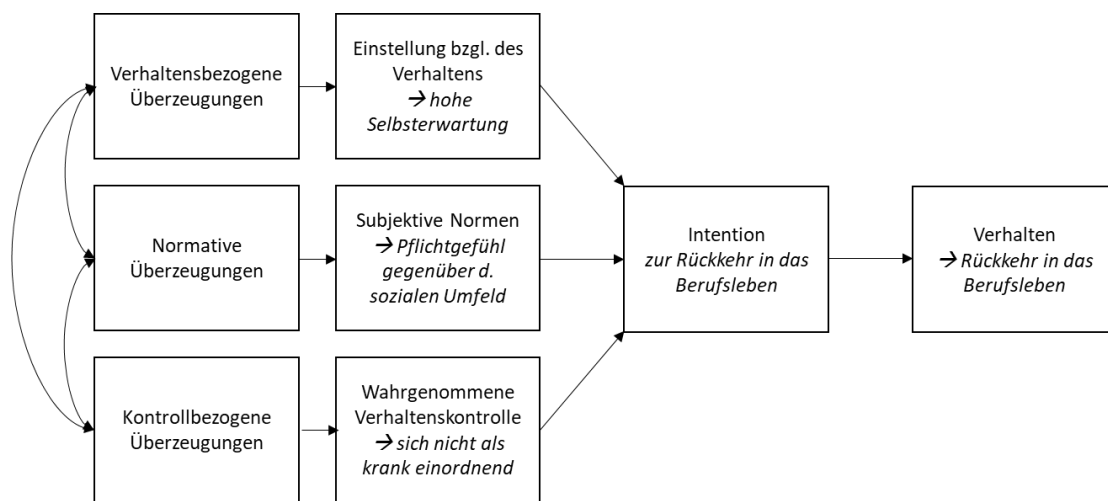


Abbildung 5. Übertragung der „Theorie des geplanten Verhaltens“ nach Ajzen (1991) auf die Studienergebnisse⁶²

Brouwer et al. (2009) untersuchten in einer prospektiven Kohortenstudie die Assoziation der drei Verhaltensdeterminanten der „Theorie des geplanten Verhaltens“ auf die Zeitdauer bis zur Wiederkehr in das Berufsleben.⁶⁰ Sie kamen zu dem Schluss, dass eine hohe Bereitschaft für die Umsetzung eines bestimmten Verhaltens, neben der Einstellung zur Arbeit und starker sozialer Unterstützung, signifikant mit einer kürzeren Zeit bis zur Rückkehr in den Beruf assoziiert ist.⁶⁰ Auch Gragnano et al. (2017) identifizierten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit u. a. die RTW-Selbstwirksamkeit, die RTW-Intention und die

wahrgenommene Gesundheit als starke Förderfaktoren für die Rückkehr in den Beruf.²² Zudem scheinen “subjektive emotionale Symptome und Bedenken”^b laut Thomson et al. (2019) eine wichtige Rolle für die Erwerbstätigkeit nach einem kardiologischen Ereignis zu spielen.²⁷

Insgesamt deuten die Ergebnisse hinsichtlich der Selbstwahrnehmung darauf hin, dass die RehabilitandInnen mit einer BBPL eine als positiv einzuschätzende Intention für die Wiederkehr in den Beruf haben. Diese sollte in der AHB aufgefasst und bestärkt werden, sodass das gewünschte Verhalten, die Rückkehr in das Berufsleben, verstärkt unterstützt werden kann.

4.2 Kardiologisches Ereignis als Impuls für eine positive (Lebensstil-) Entwicklung

Das kardiologische Ereignis wurde von den BBPL-PatientInnen als initiale Warnung wahrgenommen und Prioritätenänderungen, mit einem stärkeren Fokus auf die eigene Gesundheit wurden als Lektionen aus dieser Erfahrung empfunden. Die eigene Gesundheit wurde vor allem in Bezug auf den Arbeitsplatz priorisiert. Z. T. wirkten die Befragten kompromisslos, wenn es um die eigene Gesundheit ging, denn Veränderungen wurden größtenteils als notwendig betrachtet. Auch im persönlichen Umfeld sollte die Gesundheit mehr thematisiert werden, Lebensstiländerungen waren für die Mehrheit der Befragten, auch in der Kontrastgruppe obligat.

Zu einer ähnlichen Erkenntnis kamen Nicolai et al. (2018) in einer qualitativen Studie, in der 21 Personen interviewt wurden, die kürzlich einen akuten Myokardinfarkt erlitten hatten.⁶⁴ Auch einige dieser PatientInnen nahmen das kardiologische Ereignis als Warnung wahr und sprachen infolgedessen von einer Neubewertung ihrer Prioritäten.⁶⁴

Im Zuge der Vorstellung der “Organismic Valuing Theory of Growth through Adversity” als Theorie des Wachstums durch Widrigkeiten erklärten Joseph und Linley (2005)⁶⁵ drei Facetten des Wachstums nach negativen Ereignissen: verbesserte Beziehungen, eine veränderte Selbstwahrnehmung und Veränderungen in der Lebensphilosophie.⁶⁵ Auslöser für ein Wachstum im Sinne positiver Veränderungen nach belastenden oder traumatisierenden Ereignissen können u. a. auch kardiologische Erkrankungen sein.^{65,66} Im Hinblick auf die vorliegenden Ergebnisse lässt sich feststellen, dass die RehabilitandInnen

^b Thomson D, Maddison A, Sharp J. *A Cross-Sectional Study of Return to Work Rate Following Heart Transplantation and the Contributing Role of Illness Perceptions.* J Cardiopulm Rehabil Prev 2019; 39: S. 256.

mit BBPL neben der Selbstwahrnehmung und der Unterstützung durch das soziale Umfeld (vgl. 4.4) auch über Veränderungen des Lebensstils und ihrer Prioritäten sprachen, sodass das der Rehabilitation vorausgehende kardiologische Ereignis als Auslöser für Wachstum klassifiziert werden kann.

Eine Einordnung dieser Ergebnisse kann durch das Konzept der Krankheitsidentität (engl. illness identity) gelingen.⁶⁷ Van Bulck et al. (2019) widmeten sich der Krankheitsidentität als Maß dafür, wie beispielsweise die kardiologische Erkrankung in die Identität der PatientInnen integriert ist^{68,69} und empfehlen, diese im Umgang mit PatientInnen mit chronischen und akuten kardiologischen Erkrankungen zu berücksichtigen.⁶⁷ Die Dimension der Krankheitsidentität zu identifizieren, wie es bereits für Diabetes-PatientInnen mittels des Illness Identity Questionnaires (IIQ) durchgeführt wurde,⁶⁸ kann auch für PatientInnen mit kardiologischen Erkrankungen hilfreich sein, um Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit zu ziehen.⁶⁹

Dem Konzept der Krankheitsidentität zufolge lassen sich die Dimensionen der Vereinnahmung durch die Erkrankung (engl. engulfment), der Ablehnung der Erkrankung (engl. rejection), der Akzeptanz der Erkrankung (engl. acceptance) und der Bereicherung durch die Erkrankung (engl. enrichment) unterscheiden.⁶⁸ Die befragten BBPL-PatientInnen schienen größtenteils die Vereinnahmung und Ablehnung ihrer Erkrankung überwunden zu haben, diese meist schon als Teil ihrer Selbst zu akzeptieren und allmählich positive Konsequenzen hinsichtlich ihres Lebensstils und ihrer Prioritäten zu ziehen. Die Befragten der Kontrastgruppe könnten diesbezüglich fortgeschrittener gewesen sein.

Diese Erkenntnis ist für die klinische Praxis relevant, da je nach aktueller Phase bzw. Dimension der Krankheitsidentität, in der sich ein/e PatientIn befindet, unterschiedliche differenzierte Angebote gemacht werden könnten. Neben der Unterstützung bei der Krankheitsakzeptanz sind auch die Entwicklung und Etablierung eines positiven Lebensstils bereits fest in der Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation verankert.² Die Empfehlung der Durchführung von Bewegungstherapien, Schulungen und psychologischer Betreuung mit dem Ziel, die Krankheitsakzeptanz zu erhöhen, wird mit den vorliegenden Ergebnissen bestärkt.²

Um patientInnenzentriert vorzugehen, scheint außerdem die Übertragung der Schlussfolgerung einer repräsentativen Umfrage hinsichtlich der Präferenzen für eine medikamentöse Behandlung oder Lebensstilveränderungen bei der Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen von Jarbøl et al. (2017) auf die AHB angebracht: Das

Gesundheitspersonal sollte u. a. auch den Glauben an die eigene Fähigkeit für die Aufnahme von Lebensstilveränderungen und mögliche Barrieren bei den PatientInnen erfragen.⁷⁰

4.3 Zukunftsideen sind vorhanden, aber noch keine konkrete Planung

Hinsichtlich der Zukunftsvorstellungen wurde deutlich, dass alle RehabilitandInnen bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter arbeiten gehen wollten, wenn der gesundheitliche Zustand es zulasse. Die genaue Anzahl an Jahren sowie Ideen für Arbeitsplatz- und Tätigkeitsanpassungen hatten sie vor Augen. Jedoch lagen keine konkreten Pläne zur Umsetzung des beruflichen Wiedereinstiegs und der Maßnahmen für (Lebensstil-)Veränderungen vor.

In der bereits erwähnten qualitativen Studie von Nicolai et al. (2018) wurde ebenso berichtet, dass ein individueller und konkret entwickelter Plan für das Selbstmanagement eher eine Ausnahme war.⁶⁴ Fernandez et al. (2012) untersuchten in einer deskriptiven, retrospektiven Querschnittstudie u. a. die Ziele von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation.⁷¹ Dabei identifizierten sie vier Hauptkategorien, darunter die Rückkehr zu einem normalen Leben, wozu auch die Wiederkehr in das Berufsleben zählte.⁷¹ Weiterhin merkten sie an, dass die Ziele zu weit formuliert wurden, sodass sie als Schlussfolgerung empfahlen, dass das medizinische Personal im Sinne des „patient empowerment“ das Setzen von realistischen und messbaren Zielen unterstützen sollte.⁷¹

Im Hinblick auf das von Franche und Krause (2002) entwickelte Modell der Bereitschaft für RTW nach einer Verletzung oder Erkrankung (engl. Readiness for Return to Work Following Injury or Illness, Tabelle 3) können die befragten BBPL-PatientInnen der vorliegenden Studie in die zweite von fünf Phasen, die durch das Erwägen charakterisiert ist, eingeordnet werden.⁵⁹ Per definitionem ziehen sie die Rückkehr in das Berufsleben in naher Zukunft in Betracht, ohne jedoch aktiv zu planen.⁵⁹ In dieser Phase überwiegen die Vorteile des Wiedereinstiegs die Nachteile noch nicht.⁵⁹ Zu erwarten wäre entsprechend dem Modell, dass sich der Übergang in die Aktionsvorbereitung anschließt und mit der konkreten Planung begonnen wird. Die PatientInnen der Kontrastgruppe befanden sich möglicherweise schon in der Phase der Aktionsvorbereitung und waren damit hinsichtlich der Bereitschaft für die berufliche Rückkehr fortgeschrittener. Zu beachten ist jedoch die individuell unterschiedliche Zeitdauer der einzelnen Phasen und dass ein Rückfall in eine vorherige Phase möglich ist.⁵⁹

Tabelle 3. Phasen der Bereitschaft für den beruflichen Wiedereinstieg nach Franche und Krause (2002)⁵⁹

| | Phasen | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|-----------------|---|--|--|
| | Pre-Erwägung | Erwägung | Aktionsvorbereitung | Aktion | Aufrechterhaltung |
| Entscheidungs-gleichgewicht | Kontra > Pro | Kontra = Pro | Kontra < Pro | Kontra < Pro | Kontra < Pro |
| Selbstwirk-samkeit | gering | gering | moderat | moderat bis hoch | hoch |
| Veränderung | minimal | experimental | experimental | verhaltens-bezogen | verhaltens-bezogen |
| Allgemeine Motivation | unwissend, desinteressiert | ambivalent | engagiert und motiviert für Veränderungen | zuversicht-lich, das neue Verhalten verinner-lichend | verinner-lichtes Verhalten, Rückfall- risiko |

Indem die Bereitschaft für den beruflichen Wiedereinstieg der BBPL-PatientInnen in das von Franche und Krause entwickelten Modell⁵⁹ eingeordnet wird, können vor allem interne Einflussfaktoren der subjektiven Erwerbsprognose tiefgreifende Beachtung finden. Der Prozess des Abwägens, die Selbsterwartung, die Veränderungen der Erwerbserwartung und die Motivation werden nachvollziehbar und bieten wichtige Ansatzpunkte für rehabilitative Maßnahmen.

Nach der Einordnung in das Modell⁵⁹ können die BBPL-PatientInnen bei der (beruflichen) Zukunftsplanung unterstützt werden, indem zunächst die individuelle Situation besprochen wird und Wünsche und Erwartungen berücksichtigt werden.⁷² Für eine konkrete Planung der beruflichen Zukunft könnte die Anwendung des SMART-Akronyms⁷² (engl. specific, measurable, achievable, realistic/relevant, timed) gemeinsam mit den BBPL-PatientInnen hilfreich sein. Durch das Formulieren von spezifischen, messbaren, erreichbaren, realistischen und terminierten Zielen kann für jede/n BBPL-PatientIn durch eine standardisierte Vorgehensweise zu einer individuellen Zukunftsplanung beigetragen werden.⁷² Bovend'Eerd et al. (2009) beschrieben in ihrem praktischen Leitfaden die Anwendung des SMART-Akronyms im Kontext der Rehabilitation, wobei vier Teilaspekte berücksichtigt werden sollten.⁷²

- 1) Zunächst sollte die Zielaktivität so detailliert und spezifisch wie möglich formuliert werden.⁷² Für eine der befragten BBPL-Patientinnen, die als Essenskurier arbeitete, könnte Folgendes als Zielaktivität festgehalten werden: „allein mit dem Dienstfahrzeug zu KundInnen im Umkreis von 15 km fahren“.
- 2) Anschließend sollte die benötigte Unterstützung praktischer, emotionaler und/oder kognitiver Art spezifiziert werden.⁷² Für das Beispiel wäre “mithilfe eines Navigationssystems” eine mögliche Formulierung.
- 3) Weiterhin sollte die Leistung durch die dafür benötigte Zeit, die Häufigkeit oder Frequenz quantifiziert werden.⁷² Für die Patientin könnte diese Angabe “zwei Mal pro Woche” lauten.
- 4) Zuletzt wird ein kurz- bis mittelfristiger Zeitraum für das Erreichen des Ziels festgelegt.⁷² Im Beispielfall könnte “innerhalb der nächsten vier Wochen” als Zeitraum definiert werden, welcher auch von Bovend'Eerdt et al. (2009) als angemessen erachtet wurde.⁷²

4.4 Soziale Unterstützung als wichtiger externer Einfluss

In der vorliegenden Untersuchung wurde das soziale Umfeld von den PatientInnen beider Gruppen oftmals als entlastend und die soziale Unterstützung im Allgemeinen als wichtig eingeschätzt. Allerdings bezog sich diese Bewertung bei den BBPL-PatientInnen nicht immer unmittelbar auf die subjektive Erwerbsprognose, sondern vielmehr auf das Einräumen von Zeit zur Genesung, die Bestärkung in der Priorisierung der Gesundheit sowie die Unterstützung im Alltag durch Familie und FreundInnen.

In der qualitativen Interviewstudie von Blokzijl et al. (2021) gaben die TeilnehmerInnen ebenfalls an, von Familienangehörigen Ratschläge für eine ruhige Herangehensweise an die berufliche Wiederkehr erhalten zu haben.³³ Nicolai et al. (2018) berichteten, dass die Befragten in ihrer qualitativen Studie von einem Gefühl des Komforts durch die Unterstützung von FreundInnen und Familie sprachen.⁶⁴ Insgesamt wurde geschlussfolgert, dass das unmittelbare soziale Umfeld unbedingt in Interventionen einbezogen werden sollte.⁶⁴ Diese Empfehlung wird durch weitere Untersuchungen auch im Zusammenhang von psychischer Gesundheit bei kardiologischen Erkrankungen gestützt.^{73,74}

Neben der Familie und FreundInnen gehört beispielweise auch das Kollegium zum unmittelbaren sozialen Umfeld. In der vorliegenden Arbeit wurden die befragten BBPL-PatientInnen von ihren jeweiligen KollegInnen meist positiv bestärkt. Sie gaben z. T. auch

an, dass die Vorgesetzten direkt davon sprachen, dass die PatientInnen erst richtig gesund werden sollten, bevor sie an den Arbeitsplatz zurückkehren.

In der semi-strukturierten Telefonumfrage von Slebus et al. (2012) wurde u. a. ein als angenehm wahrgenommenes Kollegium als ein Förderfaktor für den beruflichen Wiedereinstieg von den PatientInnen mit einem akuten Koronarsyndrom angegeben.⁹ Unter Einbeziehen der Perspektive von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen untersuchten Lysaght und Larmour-Trode (2008) die soziale Unterstützung als einen Einflussfaktor auf den beruflichen Wiedereinstieg.⁷⁵ Aus der Perspektive der ArbeitnehmerInnen zählten u. a. Empathie und Verständnis von den Vorgesetzten als wichtige Aspekte der Erfahrung der beruflichen Rückkehr.⁷⁵ Neben der sozialen Unterstützung des beruflichen Umfeldes wurde von den ArbeitnehmerInnen v. a. der Einfluss von Familie und FreundInnen genannt, der besonders emotionaler Natur war.⁷⁵ Seitens der ArbeitgeberInnen wurde u. a. Zuspruch und eine positive Einstellung als relevant für eine erfolgreiche Wiedereingliederung erachtet.⁷⁵ Insgesamt wurde die emotionale soziale Unterstützung am Arbeitsplatz als sehr bedeutsam empfunden, da somit z. B. Mitgefühl, Interesse und Vertrauen signalisiert wurden.⁷⁵

Nach dem bereits vorgestellten Modell der Bereitschaft zur beruflichen Wiedereingliederung von Franche und Krause (2002) sind externe Ressourcen von besonderer Relevanz (vgl. 4.3).⁵⁹ Die BBPL-PatientInnen, die sich noch in der Phase der Erwägung befinden, könnten vom Einbeziehen ihres sozialen Umfeldes in den Rehabilitations- und Rückkehrprozess profitieren. In Zusammenarbeit mit den RehabilitandInnen und dem Sozialdienst könnten unter Zuhilfenahme des Modells von Franche und Krause (2002)⁵⁹ konkrete Maßnahmen geplant und umgesetzt werden. Beispielsweise wären Interventionen zur Unterstützung beim Abwägen von Pro und Kontra des beruflichen Wiedereinstiegs denkbar. Außerdem ist davon auszugehen, dass die PatientInnen im Übergang in die Phase der Aktionsvorbereitung mehr externe Ressourcen wie die Unterstützung durch Familie, FreundInnen und das Kollegium in Anspruch nehmen werden.⁵⁹ In der aktuellen Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation finden sich bereits diesbezügliche Empfehlungen, wie das Einbeziehen von Familienmitgliedern, um z. B. bei der Verhaltensänderung zu unterstützen.²

Im Anbetracht der Ergebnisse anderer Studien,^{9,33,64,76,75} und den vorliegenden kann zusammenfassend bekräftigt werden, dass das soziale Umfeld einen wichtigen Einfluss auf die subjektive Erwerbsprognose nimmt und deshalb als Unterstützung bei der Rückkehr in das Berufsleben fungieren sollte.

4.5 Kritische Betrachtung des BBPL-Begriffes

Hinsichtlich des Begriffes der „besonderen beruflichen Problemlage“ zeigt sich ein Hinweis auf eine Paradoxie. Einerseits lagen die Punkte der RehabilitandInnen der Hauptgruppe auf der Skala der subjektiven Erwerbsfähigkeit des WBS über dem Cut-off-Wert von einem Punkt¹⁸ und die TeilnehmerInnen wurden demzufolge mit einer negativen subjektiven Erwerbsprognose als BBPL-PatientInnen klassifiziert. Andererseits gaben diese RehabilitandInnen in den Einzelinterviews an, nach mehr als einem Monat wieder in das Berufsleben zurückkehren zu wollen. Einen Antrag auf Berentung zu stellen wurde ausgeschlossen. Außerdem berichteten sie auffällig häufig, dass sowohl die Familie als auch das Arbeitsumfeld Zeit zur Genesung einräumte und erst dann wieder mit der Arbeit begonnen werden sollte, wenn sich die RehabilitandInnen gesund fühlten. Weiterhin zeigte die Mehrheit der Befragten eine positive Erwartungshaltung gegenüber der Zukunft und war zuversichtlich, die Herausforderungen des beruflichen Wiedereinstiegs angehen zu können.

PatientInnensicht im Widerspruch zu der Sicht des Kostenträgers

Die Sicht der befragten PatientInnen in der kardiologischen AHB steht im Kontrast zu der Sicht des Kostenträgers (Deutsche Rentenversicherung). Die Feststellung einer BBPL, die laut dem Anforderungsprofil zur Durchführung der MBOR der Deutschen Rentenversicherung Bund (2019) auch allein aufgrund der Aktenlage erfolgen kann und durch den Einsatz eines Screenings unterstützt werden sollte,¹² verdeutlicht die gegenwärtige Distanz zu einem patientInnenzentrierten und individualisierten Vorgehen. Dabei bleibt nicht nur die PatientInnenperspektive unberücksichtigt, auch die von Dichotomie geprägte pathologische Sichtweise wird deutlich: Ein/e PatientIn hat eine BBPL oder nicht.⁷⁷⁻⁸⁰

Anstelle einer negativen Betrachtung der verzögerten Rückkehr in das Berufsleben sollte die Zuversicht der Befragten, diese Herausforderung bewältigen zu können, unterstützt und bestärkt werden. Dies kann durch eine salutogenetische Perspektive gelingen, die sich mit der Frage nach den Ursprüngen von Gesundheit beschäftigt und zu beantworten versucht, was auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eine Bewegung zum Pol der Gesundheit bewirkt.^{77,80}

Antonovsky, als Vertreter des salutogenetischen Modells, betonte den Kohärenzsinn als positive globale Einstellung hinsichtlich herausfordernder Lebenssituationen und die generalisierten Widerstandsressourcen, die Schäden durch belastende Lebenssituationen vermeiden und/oder vermindern können,⁷⁹ als Grundlagen von Gesundheit.⁸⁰ In bisherigen Studien wurde der Zusammenhang des Kohärenzsinnes und der Vorhersage von

Rehabilitationsergebnissen bzw. der Wiederkehr in das Berufsleben untersucht und als (potenzieller) Prädiktor identifiziert.^{81,82}

Laut Fries (2009) ergibt sich hier ein großes Potenzial für das Gesundheitswesen, da es als eine Widerstandsressource fungieren und den Kohärenzsinn stärken könne.⁷⁹ Für die kardiologische AHB würde das bedeuten, dass PatientInnen mit BBPL in der Weiterentwicklung ihres Kohärenzsinnens unterstützt werden, indem z. B. auf die Krankheitsidentität, die Intention für die berufliche Rückkehr und verfügbare Bewältigungsressourcen individuell eingegangen wird.

Zusammenfassend sollte den PatientInnen, die angeben, mit dem Wiedereinstieg in das Berufsleben nach mehr als einem Monat zu rechnen, keine Problemlage zugeschrieben werden. Vielmehr sollte anstelle einer solchen Stigmatisierung die subjektive Erwerbsprognose im Sinne der salutogenetischen Sichtweise betrachtet und die PatientInnenperspektive einbezogen werden. Eine Bezeichnung als „Bedarf an erwerbsorientierten Aktivierungsimpulsen für Bewältigungsressourcen“ wird als Alternative zur „besonderen beruflichen Problemlage“ vorgeschlagen. Neben dem WBS könnten weitere spezifische Assessments angewandt werden, um den Bedarf zu identifizieren bzw. zu spezifizieren, beispielsweise der von Antonovsky konzipierte Kohärenzsinn-Fragebogen (SOC-29 bzw. SOC-13, engl. sense of coherence).^{83,84}

4.6 Implikationen für die Praxis

Aus den diskutierten Schwerpunkten ergeben sich für BBPL-PatientInnen in der kardiologischen AHB vielfältige und zugleich zusammenhängende Implikationen. Zum einen sollte festgestellt werden, ob ein Bedarf an erwerbsorientierten Aktivierungsimpulsen für Bewältigungsressourcen besteht. Zum anderen sollten grundlegend die personenbezogenen Einflussfaktoren auf die subjektive Erwerbserwartung besonders berücksichtigt werden (Abbildung 6). Dies kann erfolgen, in dem die Intention für den beruflichen Wiedereinstieg eruiert und die Krankheitsidentität eingeordnet wird.^{62,67} Hiermit wird die Basis für ein patientInnenzentriertes Vorgehen gelegt. Anschließend empfiehlt es sich, den Glauben an die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung der Situation und mögliche Barrieren des Wiedereinstiegs mit den RehabilitandInnen zu besprechen. Um konkreter auf die Rückkehr in das Berufsleben einzugehen, sollte dann die Bereitschaft diesbezüglich eingeordnet werden.⁵⁹ Unter Anwendung des SMART-Akronyms könnten dann konkrete Ziele entwickelt und langfristig die Zukunftsideen weiterentwickelt werden.⁷² Zuletzt sollte der Bedarf an erwerbsorientierten Aktivierungsimpulsen nach dem Erreichen der Zielterminierung (T-Kriterium des SMART-Akronyms) neu ermittelt und bewertet werden.

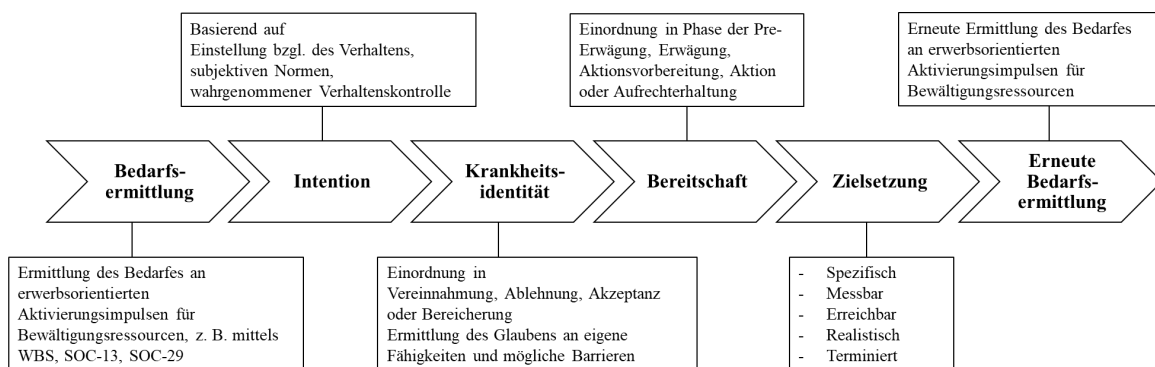


Abbildung 6. Vorschlag einer schrittweisen Implementierung der Erkenntnisse WBS: Würzburger Screening, SOC-13 bzw. 29: Sense of Coherence Skala (Kurz- bzw. Langform)

Die externen Einflussfaktoren können in der schrittweisen Implementierung der Erkenntnisse (Abbildung 6) berücksichtigt werden. Das soziale Umfeld kann beispielsweise bei PatientInnen in der Phase der Erwägung und der Aktionsvorbereitung nach dem Modell der Bereitschaft für den beruflichen Wiedereinstieg nach Franche und Krause (2002)⁵⁹ Einfluss nehmen. Indem Familie, FreundInnen oder KollegInnen durch Gespräche während des Abwägens von Für und Wider des geplanten Verhaltens, die Rückkehr in das Berufsleben, helfen oder bei der Vorbereitung dessen unterstützen, könnten sie als externe Bewältigungsressourcen fungieren.

4.7 Limitationen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit weist hinsichtlich der Methodik Limitationen auf. Die Rekrutierung fand mittels einer Vorselektion durch den Chefarzt der Klinik sowie durch die Interviewerinnen im Verlauf der Studie statt. Auch wenn Letzteres dem Erreichen der theoretischen Sättigung diene, kann ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden.

Außerdem muss angemerkt werden, dass die RehabilitandInnen zu jeweils unterschiedlichen Zeitpunkten ihres Aufenthaltes in der Klinik befragt wurden. Diese Information wurde nicht erfasst, sodass eventuelle Verzerrungen durch die verschiedenen Erfahrungen der Rehabilitationsmaßnahmen aufgetreten sein können. Dieser Aspekt kann v. a. bei der Einordnung der Krankheitsidentität⁶⁷ und der Bereitschaft zum beruflichen Wiedereinstieg⁵⁹ Einfluss genommen haben. Bei derartigen Untersuchungen empfiehlt es sich in Zukunft die Aufenthaltsdauer zum Zeitpunkt des Interviews zu erfassen und zu berücksichtigen.

Da es sich um ein qualitatives Design handelte, bei dem die RehabilitandInnen sich an zurückliegende Ereignisse und Emotionen erinnern sollten, ist das Auftreten von Recall-Bias möglich. Außerdem wurden sie zu einer gesellschaftlich relevanten Thematik interviewt, sodass eventuell ein sozial erwünschtes Antwortverhalten gezeigt wurde. Beispielsweise könnten Fragen in Bezug auf den/die ArbeitgeberIn oder die Rehabilitationsmaßnahmen aus Angst vor Konsequenzen verzerrt worden sein.

Auch die Interviewerinnen könnten die RehabilitandInnen beeinflusst haben. So sind Verzerrungen durch ein mehr oder weniger vorhandenes Vertrauensempfinden der InterviewpartnerInnen oder durch das Einbeziehen von bisherigen Erkenntnissen und damit Suggestionen durch die Interviewerinnen nicht auszuschließen.

4.8 Schlussfolgerung

Ziel dieser Arbeit war es, die Faktoren, die die subjektiven Berufsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation bestimmen, mittels ExpertInneninterviews zu identifizieren und zu beschreiben. Außerdem sollten daraus Praxisimpulse abgeleitet werden.

De facto scheint es unpassend, PatientInnen der kardiologischen AHB eine BBPL zuzuschreiben und sie somit zu stigmatisieren, da die Wiederkehr in den Beruf von allen befragten BBPL-PatientInnen anvisiert wurde. Eine Berentungserwartung der RehabilitandInnen konnte nicht festgestellt werden. Des Weiteren konnte keine derart negative Konnotation herausgestellt werden, um die Klassifizierung mit einer BBPL aus PatientInnensicht zu rechtfertigen. Somit besteht eine Diskrepanz zwischen der PatientInnen- und der Kostenträgersicht.

Als Schlüsselthemen wurden die personenbezogenen Faktoren, die umweltbezogenen Faktoren, die krankheitsbezogenen Vorerfahrungen, die Zukunftsvorstellungen, die Gesundheitswahrnehmung inkl. wahrgenommener Belastbarkeit, die Veränderbarkeit der Arbeitsbedingungen und die Angst, erneut zu erkranken, identifiziert. Besonders die personenbezogenen und die umweltbezogenen Faktoren waren von Bedeutung. Hierbei zeigten sich die Einflüsse der Selbsterwartung und -wahrnehmung der RehabilitandInnen sowie der Bereitschaft für den beruflichen Wiedereinstieg und der Relevanz der sozialen Unterstützung, u. a. durch das Einräumen von Zeit zur Genesung. Das kardiologische Ereignis stellte für die PatientInnen einen Impuls für Lebensstil- und Prioritätenänderungen dar. Konkrete Pläne für die berufliche Rückkehr hatten die RehabilitandInnen jedoch noch nicht.

Aus den Ergebnissen der Studie konnten Implikationen für die Praxis abgeleitet werden, die primär auf der Feststellung eines Bedarfs an erwerbsorientierten Aktivierungsimpulsen für Bewältigungsressourcen basieren. Mit der Untersuchung der Intention und der Einordnung der Bereitschaft für den geplanten Wiedereinstieg sowie dem Eruiieren der Krankheitsidentität wird ein patientInnenzentriertes Vorgehen unterstützt. Durch eine anschließende individualisierte und konkrete Zielsetzung, gemeinsam mit den RehabilitandInnen und eine abschließende erneute Ermittlung des Bedarfs an erwerbsorientierten Aktivierungsimpulsen für Bewältigungsressourcen ergibt sich ein Weg für eine dynamische Berücksichtigung der ermittelten Einflussfaktoren auf die subjektiven Erwerbsaussichten der RehabilitandInnen in der kardiologischen AHB.

5 Literaturverzeichnis

1. Deutscher Herzbericht 2020: Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie, Herzchirurgie und Kindermedizin in Deutschland. Deutsche Herzstiftung e.V., (ed), Frankfurt am Main, 2021.
2. S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation im deutschsprachigen Raum Europas (D-A-CH). AWMF-Registernummer: 133-001 AWMF-Registernummer: 133-001, 2021.
3. Karoff M, Held K, Bjarnason-Wehrens B. Cardiac rehabilitation in Germany. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14: 18–27.
4. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK - Leitlinienreport, <https://www.leitlinien.de/themen/khk/5-auflage> (2013, accessed 20 March 2022).
5. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF, Geneva, 2001.
6. World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Exposure draft for comment, Geneva, 2013.
7. Schuntermann M. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) by WHO - Short Summary. *Phys Rehab Kur Med* 2001; 11: 229–230.
8. Ewert T, Cieza A, Stucki G. Die ICF in der Rehabilitation. *Phys Rehab Kur Med* 2002; 12: 157–162.
9. Slebus FG, Jorstad HT, Peters RJG, et al. Return to Work after an Acute Coronary Syndrome: Patients' Perspective. *Safety and Health at Work* 2012; 3: 117–122.
10. Salzwedel A, Reibis R, Heidler MD, Wegscheider K, Völler H. Determinants of Return to Work After Multicomponent Cardiac Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2019; 100: 2399–2402.
11. Streibelt M, Brünger M. Wie viele arbeitsbezogene Leistungen bekommen Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen? Analyse einer repräsentativen indikationsübergreifenden Stichprobe bei Rehabilitanden. *Die Rehabilitation* 2014; 53: 369–375.
12. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation: Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund, (ed), Berlin, 2019.
13. 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; 92: 1109–1120.

14. Schulz-Behrendt C, Salzwedel A, Rabe S, Ortmann K, Völler H. Aspekte beruflicher und sozialer Wiedereingliederung aus Sicht kardiovaskulär erkrankter Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen – Ergebnisse einer qualitativen Erhebung. *Die Rehabilitation* 2017; 56: 181–188.
15. Streibelt M, Gerwinn H, Hansmeier T, Thren K, Müller-Fahrnow W. SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation-Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. *Die Rehabilitation* 2007; 46: 266–275.
16. Faller H. Sensitivität, Spezifität, positiver und negativer Vorhersagewert. *Die Rehabilitation* 2005; 44: 44–49.
17. Löffler S, Wolf HD, Vogel H. Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen – Entwicklung und Validierung. *Gesundheitswesen* 2008; 70: A77.
18. Löffler S, Wolf HD, Gerlich C, Vogel H. Benutzermanual für das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen, Universität Würzburg, Würzburg, 2008.
19. Salzwedel A, Reibis R, Hadzic M, Buhlert H, Völler H. Patients' expectations of returning to work, co-morbid disorders and work capacity at discharge from cardiac rehabilitation. *Vascular Health and Risk Management* 2019; 15: 301–309.
20. Golla A, Saal S, Mau W. Besondere berufliche Problemlagen bei Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland. *Phys Rehab Kur Med* 2015; 25: 325–331.
21. Mirmohammadi SJ, Sadr-Bafghi SM, Mehrparvar AH, et al. Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction. *ARYA Atheroscler* 2014; 10: 137–140.
22. Gragnano A, Negrini A, Miglioretti M, Corbière M. Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. *J Occup Rehabil* 2017; 28: 215–231.
23. Reibis R, Salzwedel A, Abreu A, et al. The importance of return to work: How to achieve optimal reintegration in ACS patients. *Eur J Prev Cardiol* 2019; 26: 1358–1369.
24. Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Whitehead DL, Steptoe A. Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *European Heart Journal* 2007; 28: 160–165.
25. O'Neil A, Sanderson K, Oldenburg B. Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 95.

26. Osler M, Mårtensson S, Prescott E, Carlsen K. Impact of gender, co-morbidity and social factors on labour market affiliation after first admission for acute coronary syndrome. A cohort study of Danish patients 2001-2009. *PLOS ONE* 2014; 9: e86758.
27. Thomson D, Maddison A, Sharp J. A Cross-Sectional Study of Return to Work Rate Following Heart Transplantation and the Contributing Role of Illness Perceptions. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2019; 39: 253–258.
28. Dreyer RP, Xu X, Zhang W, et al. Return to Work After Acute Myocardial Infarction: Comparison Between Young Women and Men. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2016; 9: 45-52.
29. van Cauter J, Bacquer D, Clays E, Smedt D, Kotseva K, Braeckman L. Return to work and associations with psychosocial well-being and health-related quality of life in coronary heart disease patients: Results from EUROASPIRE IV. *Eur J Prev Cardiol* 2019; 26: 1386–1395.
30. Stendardo M, Bonci M, Casillo V, et al. Predicting return to work after acute myocardial infarction: Socio-occupational factors overcome clinical conditions. *PLOS ONE* 2018; 13: e0208842.
31. Drory Y, Kravetz S, Koren-Morag N, Goldbourt U. Resumption and maintenance of employment after a first acute myocardial infarction: sociodemographic, vocational and medical predictors. *CRD* 2005; 103: 37–43.
32. Butt JH, Rørth R, Kragholm K, et al. Return to the workforce following coronary artery bypass grafting: A Danish nationwide cohort study. *Int J Cardiol* 2018; 251: 15–21.
33. Blokzijl F, Onrust M, Dieperink W, et al. Barriers That Obstruct Return to Work After Coronary Bypass Surgery: A Qualitative Study. *J Occup Rehabil* 2021; 31: 316–322.
34. Schwarz B, Claros-Salinas D, Streibelt M. Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *J Occup Rehabil* 2018; 28: 28–44.
35. Biering K, Nielsen TT, Rasmussen K, Niemann T, Hjollund NH. Return to work after percutaneous coronary intervention: the predictive value of self-reported health compared to clinical measures. *PLOS ONE* 2012; 7: e49268.
36. Salzwedel A, Koran I, Langheim E, et al. Patient-reported outcomes predict return to work and health-related quality of life six months after cardiac rehabilitation: Results from a German multi-centre registry (OutCaRe). *PLOS ONE* 2020; 15: e0232752.
37. World Health Organization. Health Promotion Glossary, Geneva, 1998.
38. Angelmar R, Berman PC. Patient empowerment and efficient health outcomes. In: *Financing sustainable healthcare in Europe: new approaches for new outcomes*, pp. 139–160.
39. Anker SD, Agewall S, Borggrefe M, et al. The importance of patient-reported outcomes: a call for their comprehensive integration in cardiovascular clinical trials. *Eur Heart J* 2014; 35: 2001–2009.

40. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil* 2005; 15: 557–568.
41. Glaser BG, Strauss AL. *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*. 3., unveränd. Aufl., Bern: Huber, 2010.
42. Morse JM. "Data were saturated...". *Qual Health Res* 2015; 25: 587–588.
43. Turner P, Turner S. Triangulation in practice. *Virtual Reality* 2009; 13: 171–181.
44. Sim J, Saunders B, Waterfield J, Kingstone T. Can sample size in qualitative research be determined a priori? *International Journal of Social Research Methodology* 2018; 21: 619–634.
45. Bogner A, Menz W. Das theoriegenerierende Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner A, Littig B, Menz W, (eds). *Das Experteninterview*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2002, pp. 33–70.
46. Niebert K, Gropengießer H. Leitfadengestützte Interviews. In: Krüger D, Parchmann I, Schecker H, (eds). *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung*. Berlin, Heidelberg: Springer Spektrum, 2014, pp. 121–132.
47. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3: 77–101.
48. Braun V, Clarke V. What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? *Int J Qual Stud Health Well-being* 2014; 9: 26152.
49. Lazenblatt A, Elliott N. How to recognise a 'quality' grounded theory research study. *The Australian Journal of Advanced Nursing* 2005; 22: 48–52.
50. Maguire M, Delahunt B. Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *AISHE-J* 2017; 9: 33501–33514.
51. Neuendorf KA. Content analysis and thematic analysis. In: Brough P, (ed). *Advanced Research Methods for Applied Psychology: Design, Analysis and Reporting*. New York: Routledge, 2018, pp. 211–223.
52. Alhojailan MI. Thematic analysis: A critical review of its process and evaluation. *West East Journal of Social Sciences* 2012; 1: 39–47.
53. Braun V, Clarke V. Thematic analysis. In: American Psychological Association, (ed). *APA Handbook of Research Methods in Psychology*, pp. 57–71.
54. Stewart D, Burrow H, Duckworth A, et al. Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing* 2015; 24: 82–90.
55. Waters S, Edmondston SJ, Yates PJ, Gucciardi DF. Identification of factors influencing patient satisfaction with orthopaedic outpatient clinic consultation: A qualitative study. *Manual Therapy* 2016; 25: 48–55.

56. Kamimura A, Schneider K, Lee CS, Crawford SD, Friese CR. Practice environments of nurses in ambulatory oncology settings: a thematic analysis. *Cancer Nursing* 2012; 35: E1.
57. Castleberry A, Nolen A. Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* 2018; 10: 807–815.
58. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Medical Teacher* 2020; 42: 846–854.
59. Franche RL, Krause N. Readiness for Return to Work Following Injury or Illness: Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors. *J Occup Rehabil* 2002; 12: 233–256.
60. Brouwer S, Krol B, Reneman MF, et al. Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior. *J Occup Rehabil* 2009; 19: 166–174.
61. Ajzen I. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl J, Beckmann J, (eds). *Action Control*. Berlin, Heidelberg: Springer, 1985, pp. 11–39.
62. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50: 179–211.
63. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 1978; 1: 139–161.
64. Nicolai J, Müller N, Noest S, et al. To change or not to change - That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic Illness* 2018; 14: 25–41.
65. Joseph S, Linley PA. Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth through Adversity. *Review of General Psychology* 2005; 9: 262–280.
66. Affleck G, Tennen H, Croog S, Levine S. Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55: 29–35.
67. van Bulck L, Luyckx K, Goossens E, Oris L, Moons P. Illness identity: Capturing the influence of illness on the person's sense of self. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2019; 18: 4–6.
68. Oris L, Rassart J, Prikken S, et al. Illness Identity in Adolescents and Emerging Adults With Type 1 Diabetes: Introducing the Illness Identity Questionnaire. *Diabetes Care* 2016; 39: 757–763.
69. Oris L, Luyckx K, Rassart J, et al. Illness Identity in Adults with a Chronic Illness. *J Clin Psychol Med Settings* 2018; 25: 429–440.
70. Jarbøl DE, Larsen P, Gyrd-Hansen D, et al. Determinants of preferences for lifestyle changes versus medication and beliefs in ability to maintain lifestyle changes. A population-based survey. *Prev Med Rep* 2017; 6: 66–73.

71. Fernandez R, Rajaratnam R, Evans K, Speizer A. Goal setting in cardiac rehabilitation: implications for clinical practice. *Contemporary Nurse* 2012; 43: 13–21.
72. Bovend'Eerdt TJH, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 352–361.
73. Compare A, Zarbo C, Manzoni GM, et al. Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review. *Front Psychol* 2013; 4: 384.
74. Blikman MJC, Jacobsen HR, Eide GE, Meland E. How Important Are Social Support, Expectations and Coping Patterns during Cardiac Rehabilitation. *Rehabilitation Research and Practice* 2014; 2014: 973549.
75. Lysaght RM, Larmour-Trode S. An exploration of social support as a factor in the return-to-work process. *Work* 2008; 30: 255–266.
76. Brouwer S, Reneman MF, Bültmann U, van der Klink JJJ, Groothoff JW. A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 104–112.
77. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int* 1996; 11: 11–18.
78. Mittelmark MB, Bauer GF. The Meanings of Salutogenesis. In: Mittelmark MB, Lindström B, Bauer GF, et al., (eds). *The Handbook of Salutogenesis*. Open Access online: Springer, 2017, pp. 7–13.
79. Fries CJ. Healing Health Care: From Sick Care Towards Salutogenic Healing Systems. *Soc Theory Health* 2020; 18: 16–32.
80. Antonovsky A. Health, Stress, and Coping. *New Perspectives on Mental and Physical Well-Being* 1979: 12–37.
81. Melin R, Fugl-Meyer AR. On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2003; 35: 284–289.
82. Hansen A, Edlund C, Bränholm IB. Significant resources needed for return to work after sick leave. *Work* 2005; 25: 231–240.
83. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
84. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine* 1993; 36: 725–733.

Diese Seite enthält persönliche Daten und wurde aus der Arbeit entfernt.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die eingereichte Masterarbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Passagen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen wurden, habe ich unter genauer Angabe der Quelle deutlich als Zitat kenntlich gemacht. Diese Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung bzw. lag keiner anderen Prüfungsbehörde bereits vor.

Königs Wusterhausen, den 01.04.2022

Lara Luisa Wolff

Information zur Studie

„BessEr: Bestimmende Faktoren der subjektiven Erwerbsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation: Eine qualitative Studie“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

hiermit möchten wir Sie um Ihr Einverständnis zur Teilnahme an unserer BessER-Studie bitten, die von der Professur für Rehabilitationsmedizin der Universität Potsdam in Zusammenarbeit mit der Klinik am See durchgeführt wird.

Bevor Sie sich entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten, ist es wichtig, dass Sie den Zweck und den Ablauf der Studie verstehen. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die folgenden Informationen aufmerksam zu lesen.

Thema und Studienziel

Sie sind aufgrund einer kardiovaskulären Erkrankung in der Rehabilitation, in der Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden gefördert werden sollen. Danach sollten Sie in einem möglichst beschwerdefreien Alltag, der auch die Berufstätigkeit einschließt, zurückkehren können.

Bei einigen Patienten und Patientinnen gelingt die Rückkehr in den Beruf jedoch nicht. Die Betroffenen mutmaßen häufig schon während der Rehabilitation, dass sie nicht wieder arbeiten werden. Wir möchten gern herausfinden, welche Faktoren die berufsbezogenen Erwartungen der Patienten und Patientinnen bestimmen und führen dazu eine wissenschaftliche Untersuchung durch. Hierfür werden wir verschiedene Patienten und Patientinnen nach ihren Meinungen und Einschätzungen bezüglich ihrer persönlichen Erwerbsaussichten befragt.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema ist ein wichtiger Schritt, um die Patientenperspektive besser verstehen und diese Erkenntnisse für Verbesserungen rehabilitativer Maßnahmen zu nutzen.

Ablauf der Studie und Datenerhebung

Wenn Sie an der Studie teilnehmen möchten, wenden Sie sich bitte nach dem vollständigen und aufmerksamen Durchlesen von diesem Informationsblatt an die Studienschwester. Die Studienschwester wird Ihre Fragen beantworten und Sie können den unterzeichneten Bogen der Studienschwester geben. Anschließend wird ein Interviewtermin mit Ihnen vereinbart.

Sie werden an einem circa 30-60 Minuten dauerndem Einzelinterview mit einem*r geschulten Interviewer*in von der Professur für Rehabilitationsmedizin teilnehmen. Die Interviews werden mit einem Diktiergerät als Audioaufnahmen aufgezeichnet und im Anschluss in schriftlichen Text umgewandelt. Alle persönlichen Daten wie Ihr Name, werden von der Interviewerin nicht notiert und ggf. aus den Audioaufnahmen rausgeschnitten, um den kompletten Schutz

Ihrer Daten zu gewährleisten. Sie werden gebeten, Ihren Namen sowie Namen dritter Personen während des Interviews nicht zu erwähnen.

Im Rahmen des Interviews werden Ihnen offene Fragen gestellt, die sich thematisch auf Faktoren, die Ihre persönlichen Berufsaussichten bestimmen, beziehen. Zusätzlich werden soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Lebenssituation, Bildungsniveau) und berufsbezogene Daten (Beschäftigungsverhältnis, Arbeitsschwere, Arbeitsunfähigkeitstage, Beruf) erfragt. Außerdem werden Ihre Rehabilitationsindikation, Begleiterkrankungen sowie das Ergebnis des Fragebogens zur beruflichen Problemlage aus Ihrer Patientenakte entnommen und an die Universität Potsdam in pseudonymisierter Form weitergeleitet.

Freiwilligkeit der Teilnahme, Widerruf des Einverständnisses

Die Studie dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit ihre Einwilligung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass Ihnen in irgendeiner Form ein Nachteil entsteht.

Wie werden die Daten geschützt?

Sofern Sie einwilligen, werden Ihre Daten im Rahmen dieser Studie wie folgt verarbeitet:

Pseudonymisierung: Für jeden Studienteilnehmer/in wird von der Studienschwester ein Pseudonym (ein alphanumerischer Code, z. B. I01) vergeben. Sämtliche studienbezogenen Daten werden dem Pseudonym zugeordnet und ohne Klarnamen gespeichert. Die Mitarbeiter der Universität Potsdam erhalten ausschließlich dieserart pseudonymisierte Daten aus Ihrer Patientenakte (Soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Lebenssituation, Bildungsniveau); Berufsbezogene Daten (Arbeitsschwere, Arbeitsunfähigkeitstage, Beruf, Beschäftigungsverhältnis); Komorbiditäten (Begleiterkrankungen, Anzahl der Begleiterkrankungen); Rehabilitationsindikation (Diagnose)). Sie werden anhand des Pseudonyms den aufgezeichneten Interviews zugeordnet.

Die Klarnamenliste: Die Klarnamenliste, aus der das Ihnen zugeordnete Pseudonym ersichtlich ist, verbleibt im Studienbüro der Klinik am See. Ausschließlich die Studienschwester hat darauf Zugriff. Die Liste wird unmittelbar nach Ende der Datenauswertung gelöscht.

Tonaufnahmen (aufgezeichnete Interviews): Die MP3-Dateien mit den aufgezeichneten Interviews werden zuerst auf einem Diktiergerät gespeichert und mit Ihrem Pseudonym benannt. Die MP3-Dateien werden auf einen Rechner der Professur für Rehabilitationswissenschaften übertragen, auf Anonymität überprüft (wir schneiden die erwähnten Klarnamen aus der MP3-Datei raus) und in Text umgewandelt. Nach dieser Umwandlung und Prüfung der Transkripte erfolgt die endgültige Löschung der MP3 Datei.

Interviewtexte und sonstige Daten: Die schriftlichen Interviewtexte sowie die erhobenen zusätzlichen Daten werden ohne Namen und Personenangaben auf einem Computer in der Universität Potsdam gespeichert. Die Wissenschaftlerinnen der Universität Potsdam haben keinen Zugriff auf Ihren Namen – die Auswertung der Daten erfolgt somit anonym. Diese anonymisierten Daten werden für mindestens 10 Jahre aufbewahrt.

Sie haben das Recht, Auskunft über die Ihre Person betreffenden Angaben und die Forschungsergebnisse zu verlangen, soweit dies aus technischen Gründen möglich ist. Sollten Sie sich zu einem späteren Zeitpunkt gegen eine Teilnahme entscheiden, werden keine weiteren

Daten über Sie zum Zweck der o. g. Studie erhoben und aufgezeichnet. Die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten werden gelöscht, solange die Klarnamenliste existiert und Ihre Daten reidentifizierbar sind.

Wie werden Ihre Daten wissenschaftlich benutzt und was ist der Zweck der Datenverarbeitung?

Die Ergebnisse der Studie werden in einer internationalen Zeitschrift mit rehabilitationswissenschaftlichem Schwerpunkt veröffentlicht.

Die zusätzlich zum Interview erhobenen Daten werden pseudonymisiert in einer Tabelle dokumentiert. Sie dienen der Beschreibung der Studienteilnehmer in der geplanten Publikation der Ergebnisse. Diese Daten ermöglichen keinerlei Rückschlüsse auf Einzelpersonen.

Die Interviewtexte werden nach gehäufte Nennung einzelner Aspekte analysiert und die Inhalte strukturiert. Einzelne Satzpassagen aus den Interviewtexten können in der Publikation wortwörtlich oder paraphrasiert wiedergegeben werden. Die Interviewtexte werden von den Wissenschaftlerinnen analysiert, um die Faktoren, die Ihre persönlichen Berufsaussichten bestimmen, zu identifizieren. Die Ergebnisse werden anonymisiert veröffentlicht. Ein Rückschluss auf Ihre Person aus der Veröffentlichung ist auf keinen Fall möglich.

Informationen zum Datenschutz

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG).

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Universität Potsdam

vertreten durch den Präsidenten, Herrn Prof. Oliver Günther, Ph.D.

Am Neuen Palais 10

14469 Potsdam

Telefon: +49 331 977-0

Telefax: +49 331-97 21 63

www.uni-potsdam.de

Datenverarbeitende Stelle

Klinik am See

Vertreten durch den ärztlichen Direktor, Herrn Prof. Dr. med Heinz Völler

Seebad 84

15562 Rüdersdorf

Tel. 033638-78623

<http://www.klinikamsee.com>

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist eine Einwilligung in die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten in Form von Gesundheitsdaten nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO.

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Empfänger der Daten

Eine Übermittlung Ihrer Daten an Dritte findet nicht statt.

Dauer der Datenspeicherung

Die Klarnamenliste wird nach der Datenauswertung gelöscht. Die Tonaufnahmen werden nach Transkribierung und Prüfung gelöscht.

Die anonymisierten Forschungsdaten werden für mindestens 10 Jahre aufbewahrt.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, von uns Auskunft über die Verarbeitung Sie betreffender, personenbezogener Daten zu verlangen. Dieses Auskunftsrecht umfasst neben einer Kopie der personenbezogenen Daten auch Angaben zu dem Zweck der Datenverarbeitung, Datenempfängern sowie der Speicherdauer.

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, können Sie von uns die Berichtigung dieser Daten verlangen. Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen aus Art. 17 bzw. 18 DSGVO vor, steht Ihnen zudem grundsätzlich das Recht auf Löschung personenbezogener Daten oder auf eine Einschränkung der Verarbeitung zu. Bitte beachten Sie, dass eine eingeschränkte Verarbeitung der Daten unter Umständen nicht möglich ist. Sie haben das Recht, Ihre personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen (Art. 20 DSGVO). Soweit die Datenverarbeitung ohne Ihre Einwilligung zulässig ist, können Sie unter den Voraussetzungen von Art. 21 DSGVO der Verarbeitung widersprechen.

Wir möchten Sie darum bitten, sich zur Ausübung Ihrer oben genannten Rechte zu wenden an:

Natalia Brehmer

Universität Potsdam

Professur für Rehabilitationsmedizin,

Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

Am Neuen Palais 10

Haus 12, Raum 0.38

14469 Potsdam

Tel: +49 331 977-1718

E-Mail: natalia.brehmer@fgw-brandenburg.de

Auskunft können Sie abweichend davon beim Chief Information Officer (Universität Potsdam, Karl-Liebknecht-Straße 24-25, 14476 Potsdam) beantragen. Das dafür vorgesehene Formular finden Sie unter:

<https://www.uni-potsdam.de/de/praesidialbereich/praesident-vizepraesidenten/cio.html>.

Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universität Potsdam wenden:

Dr. Marek Kneis

Universität Potsdam

Am Neuen Palais 10

14469 Potsdam

Telefon: +49 331 977-124409

Telefax: +49 331 977- 701821

E-Mail: datenschutz@uni-potsdam.de

Falls Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz eine Beschwerde einzureichen.

Einwilligungserklärung zur Studie

„BessEr: Bestimmende Faktoren der subjektiven Erwerbsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation: Eine qualitative Studie“

Hiermit erkläre ich, _____ (Name, Vorname),

geboren am ____/____/____,

dass ich über Ziele, Inhalt, Umfang und Bedeutung der wissenschaftlichen Studie

„BessEr: Bestimmende Faktoren der subjektiven Erwerbsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation: Eine qualitative Studie“ vollumfänglich mündlich und schriftlich durch das Studienpersonal der Rehabilitationsklinik informiert wurde.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, meine diesbezüglichen Fragen in einem eingehenden Gespräch zu klären. Ich habe die schriftliche Patienteninformation sowie eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten, gelesen und verstanden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen kann.

Entbindung des Klinikpersonals von der Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit das Klinikpersonal von der Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt ausschließlich im Rahmen der Studie für routinemäßig während der Rehabilitationsmaßnahme erhobene Daten (Soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Lebenssituation, Bildungsniveau); Berufsbezogene Daten (Arbeitsschwere, Arbeitsunfähigkeitstage, Beruf, Beschäftigungsverhältnis); Komorbiditäten (Begleiterkrankungen, Anzahl der Begleiterkrankungen); Rehabilitationsindikation (Diagnose); die Tonaufnahmen in MP3-Format (die aufgezeichneten Interviews)). Diese Daten dürfen in die Beschreibung der Probandengruppe in die Studie einbezogen werden, wobei keine Rückschlüsse auf die Einzelpersonen möglich sein werden.

Ort, Datum

Name/Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Erklärung zur Teilnahme an der Studie und zur Datenverarbeitung

Ich willige in die Teilnahme an der oben genannten wissenschaftlichen Studie einschließlich der damit verbundenen Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, welche auch Gesundheitsdaten umfassen, ein.

Ort, Datum

Name/Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Bestätigung des aufklärenden Studienpersonals

Die Patientin/der Patient wurde von mir über Ziele, Inhalt, Umfang und Bedeutung der o. g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt. Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich dem Patienten ausgehändigt.

Ort, Datum

Name/Unterschrift des Studienpersonals

„BessEr: Bestimmende Faktoren der subjektiven Erwerbsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation: Eine qualitative Studie“

Interviewleitfaden

| Themen | Aussagen/Fragen | Memos |
|--|---|-------|
| Begrüßung | <p>Wir möchten gern herausfinden, welche Faktoren die berufsbezogenen Erwartungen der Patienten und Patientinnen bestimmen und führen dazu eine wissenschaftliche Untersuchung durch. Hierfür werden Sie nach Ihrer Meinung und Einschätzung bezüglich Ihrer persönlichen Erwerbsaussichten befragt.</p> <p>Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema ist ein wichtiger Schritt, um die Patientenperspektive besser zu verstehen und diese Erkenntnisse für Verbesserungen rehabilitativer Maßnahmen zu nutzen.</p> | |
| Prüfbogen | Zuerst möchte ich ein paar Daten zu Ihrer Person erfragen. | |
| Starter | Erzählen Sie bitte über Ihren Beruf! | |
| Bestimmende Faktoren | <p>Können Sie Ihre aktuelle berufliche Lage/Situation beschreiben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Faktoren sind für Ihre derzeitige Berufssituation entscheidend? • Wie stellen Sie sich Ihre Berufsaussichten vor? • Warum denken Sie, dass Sie diese Berufsperspektiven haben? • Wie klar sind diese Berufsaussichten? ➔ Welche Faktoren oder Umstände hindern Ihrer Meinung nach Ihren beruflichen Wiedereinstieg? ➔ Welche Faktoren oder Umstände fördern Ihrer Meinung nach Ihren beruflichen Wiedereinstieg? | |
| Persönliche Faktoren | <p>Wie hoch schätzen Sie Ihre Möglichkeiten die eigene berufliche Situation selbst zu gestalten?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wenn hohe Einschätzung, damit anfangen: Welche persönlichen Charaktereigenschaften/Erfahrungen helfen Ihnen dabei? ➔ Wenn nicht, damit anfangen: Was hindert Sie daran, Ihre Berufswünsche zu verwirklichen? • Wie fühlen Sie sich, wenn Sie sich Gedanken über Ihre persönliche Berufsaussichten machen? • Denken Sie viel über Ihre Berufsperspektive nach? | |
| Soziales Umfeld und Arbeitgeber | Wie geht Ihr Umfeld mit Ihren Berufsaussichten um? | |

| | | |
|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Betrachten Sie Ihr soziales Umfeld eher als Belastung oder Entlastung? Warum? ➔ Wie wichtig ist/wäre die <u>Unterstützung</u> in Ihrem sozialen Umfeld für Sie? • Haben Sie sich mit jemandem über Ihre Berufsaussichten tiefgründlich ausgetauscht? • Wie sind die Auswirkungen dieser Gespräche auf Ihre berufliche Perspektive? • Können Sie bitte die Reaktion Ihres Umfeldes auf Ihre persönlichen Berufsaussichten beschreiben? • Hat diese Reaktion Auswirkungen auf Ihre Meinung bezüglich Ihrer beruflichen Zukunft gehabt? | |
| Einfluss der Rehabilitation auf die persönliche Berufsprognose | Inwieweit haben die Reha-Maßnahmen Sie zum Nachdenken in Bezug auf Ihre berufliche Zukunft gebracht? | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wenn ja: Welche Maßnahmen waren das? ➔ Wenn nein: Was hätten Sie sich dann gewünscht bezüglich der berufsbezogenen Unterstützung in der Reha? • Gibt es etwas, was Sie von der Rehabilitation mitgenommen haben und zukünftig umsetzen möchten, in Bezug auf Ihre Berufsaussichten? • Angenommen Sie hätten keine Reha-Maßnahmen in Anspruch genommen, – Denken Sie, dass Ihre Berufsaussichten anders gewesen wären? – Warum? • Was denken Sie sonst über die durchgeführten Reha-Maßnahmen und ihre Auswirkungen auf Ihr Berufsleben? • Können Sie bitte die Schwachpunkte/Verbesserungspotentiale in Reha nennen? | |
| Persönliche Zukunftsperspektive | Wie stellen Sie sich Ihre Berufszukunft vor? <i>Wenn keine Vorstellungen: Wie stellen Sie sich sonst Ihre Zukunft vor?</i> | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Was wäre dafür notwendig, damit sich Ihr Zukunftsbild verwirklicht? • Müssen Sie dann proaktiv selbst etwas verändern? • Sind Sie bereit, das zu tun? • Denken Sie, dass Sie es schaffen können? • Gibt es Hindernisse, die Sie als unüberwindbar betrachten? • Wie können Sie sich Ihren Tagesablauf ohne Erwerbstätigkeit vorstellen? (<i>Neue Hobbys, mehr Zeit für Familie, Gesundheit, Sport, Ehrenamt usw.</i>) • Werden Sie Ihr Berufsleben vermissen? • Was genau wird Ihnen fehlen/was nicht? • Was genau wird Ihnen nicht fehlen? | |

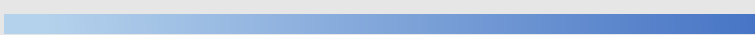
| | | |
|-------------|---|--|
| Ende | <p>Damit wären wir nun am Ende des Interviews angelangt.</p> <ul style="list-style-type: none">• Gibt es etwas, was Sie noch ergänzen möchten, wenn es um die wichtigsten Faktoren geht, die in Ihre Berufsaussichten reingespielt haben? <p>Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, meine Fragen zu beantworten.</p> | |
|-------------|---|--|

„BessEr: Bestimmende Faktoren der subjektiven Erwerbsaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation: Eine qualitative Studie“

Prüfbogen

Patienten ID: _____

Datum: _____

| | |
|---|--|
| 1 | Alter |
| | ┌┐ Jahre |
| 2 | Geschlecht |
| | <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers |
| 3 | Lebenssituation |
| | <input type="radio"/> alleinlebend <input type="radio"/> Partner*in/Familie <input type="radio"/> andere, nämlich _____ |
| 4 | Höchsten Bildungsabschluss |
| | <input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> Abitur (12./13. Klasse) <input type="radio"/> Haupt-/Volksschule (8./9. Klasse) <input type="radio"/> abgeschlossenes Studium (Fachhochschule/Uni) <input type="radio"/> Realschule/Mittlere Reife (10. Klasse) <input type="radio"/> andere, nämlich _____ |
| 5 | Berufsstatus |
| | <input type="radio"/> angestellt <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> andere, nämlich _____ <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> andere, nämlich _____ |
| 6 | Beruf |
| | _____ |
| 7 | Berufsschwere (körperlich) |
| | Leicht  Schwer |
| 8 | Arbeitszeitmodell |
| | <input type="radio"/> klassische „Nine-to-Five“ <input type="radio"/> Schicht- und Nachtarbeit <input type="radio"/> Gleitzeit/Kernarbeitszeit |
| | Notiz: _____ _____ _____ |

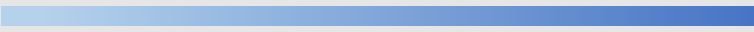
| | | | |
|----|--|--|----------------------------|
| 9 | Rehabilitationsindikation/ggf. Prozedur (Intervention/Operation/konservativ) | | |
| | _____ / _____ | | |
| 10 | kardiologische Erkrankungen | | |
| | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Klappenerkrankung | |
| | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie | |
| | <input type="checkbox"/> Lungenarterienembolie | <input type="checkbox"/> andere, nämlich _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankung | | |
| 11 | SM/ICD/CRT-Träger | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Sinusrhythmus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Vorhofflimmern | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 12 | Komorbiditäten/Risikofaktoren | | |
| | <input type="checkbox"/> neurologische | <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI \geq 30 kg/m ²) | |
| | <input type="checkbox"/> onkologische | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | |
| | <input type="checkbox"/> orthopädische | <input type="checkbox"/> Raucher/in | |
| | <input type="checkbox"/> psychische | <input type="checkbox"/> andere, nämlich _____ | |

„BessEr: Bestimmende Faktoren der subjektiven Erwerbssaussichten von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation: Eine qualitative Studie“

Prüfbogen/Skala

Patienten ID: _____

Datum: _____

| | |
|---|--|
| 7 | Berufsschwere |
| | Leicht  Schwer |



Codematrix der Kontrastgruppe

| Codesystem | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----|
| Personenbezogene Faktoren | | | | | | 0 |
| Selbstbewusstsein/Selbstvertrauen | | | | ■ | ■ | 3 |
| Perfektionismus/Selbsterwartung | ■ | | | | | 6 |
| Positive Lebenseinstellung | | | | | ■ | 2 |
| Negative Lebenseinstellung | | | | | | 0 |
| Vernachlässigen eigener Bedürfnisse (Zurückstecken) | | | | | | 0 |
| Familiäre Gründe | ■ | | | | | 1 |
| Wissen über medizinische/krankheitliche Aspekte | | | | ■ | ■ | 4 |
| Vertrauen in Medizin | | | | | | 0 |
| Arbeitsweise | | | | ■ | ■ | 3 |
| Gründe für Berufswechsel (Gesundheitsbezogen) | | | | | | 0 |
| Gründe für beruflichen Wiederanstieg | | | | | ■ | 2 |
| Kein Rentenbegehren/will nicht zu Hause sitzen | | | | ■ | ■ | 4 |
| Positives Verhältnis zum Arbeitgeber | ■ | | | | ■ | 2 |
| Finanzielle Sicherheit/Verpflichtungen | | | | ■ | | 1 |
| Keine Lust, dass sie mich bedauern. | | | | | | 0 |
| Es ist nicht das erste Mal. | | | | ■ | | 1 |
| Ich mache den Job schon sehr, sehr lange. | ■ | ■ | | ■ | | 4 |
| Beschwerdefreiheit | | | | | ■ | 4 |
| Weil mir die Arbeit Spaß macht, sie ist sehr abwechslungsreich. | ■ | ■ | ■ | ■ | | 8 |
| Ich bin immer offen für Neues | | | | | | 0 |
| Es könnte schlimmer sein | | | | | | 0 |
| Krankheit als Chance nutzen | | | | | | 0 |
| Umweltbezogene Faktoren | | | | | | 0 |
| Soziale Unterstützung | | ■ | ■ | ■ | ■ | 11 |
| Gesundheitsverhalten von sozialem Kreis | | | | | | 0 |
| Belastender/fehlender Sozialkreis | | | | | ■ | 8 |
| Gespräche über Berufsperspektiven | | ■ | | | ■ | 3 |
| Unerwünschte Reaktionen im Sozialkreis | | | | | | 0 |
| Externe Erwartungen | | | | | ■ | 3 |
| Einschätzung des Arbeitsmarktes | | ■ | ■ | ■ | ■ | 6 |
| Arbeitsplatz als sicher betrachtet | | ■ | | | | 1 |
| Einfluss der Reha | | ■ | ■ | | ■ | 4 |
| Schwachpunkte/Verbesserungspotenziale der Rehamassnahmen | | ■ | | ■ | ■ | 4 |
| Bürokratische/Organisatorische Hindernisse | | | | | ■ | 1 |
| Krankheitsbezogene Vorerfahrungen | | | | | | 0 |
| Ungesunder Lebensstil | | ■ | | | | 4 |
| Vorerfahrung mit Krankheit | | | | | | 0 |
| Vorerkrankungen | | | | ■ | ■ | 2 |
| Arbeits Erfahrung mit Erkrankung | | | | ■ | | 1 |
| Arbeitsbedingungen | | ■ | | | | 1 |
| Hohe Belastungen am Arbeitsplatz | | ■ | | | ■ | 3 |
| Zufriedenheit mit altem Beruf | | | | | | 0 |
| Ungesunde Arbeitsbedingungen | | | | | | 0 |
| Arbeit belastete Familienleben | | | | | | 0 |
| Zufriedenheit mit Arbeitsplatz/Arbeitgeber | | | | | ■ | 1 |

