



Tomke S. Gerdes

# Psychische Beeinträchtigung und Erwerbsarbeit

Eine qualitative Studie zu Frauen und Männern mittleren Alters  
in der Öffentlichen Verwaltung

Gerdes

# Psychische Beeinträchtigung und Erwerbsarbeit



Tomke Sabine Gerdes

# Psychische Beeinträchtigung und Erwerbsarbeit

Eine qualitative Studie zu Frauen und Männern  
mittleren Alters in der Öffentlichen Verwaltung

Verlag Julius Klinkhardt  
Bad Heilbrunn • 2019

k

*Gewidmet*  
*Prof. (i.R.) Dr. Horst Biermann*  
*(† 2015)*

Die vorliegende Arbeit wurde von der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund 2019 als Dissertation angenommen.

Gutachterin: Prof. (i.R.) Dr. Ulrike Schildmann.

Gutachter: Dr. Martin Koch (Leibnitz-Universität Hannover).

Tag der Disputation: 12.06.2019.

Dieser Titel wurde in das Programm des Verlages mittels eines Peer-Review-Verfahrens aufgenommen.  
Für weitere Informationen siehe [www.klinkhardt.de](http://www.klinkhardt.de).

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet abrufbar über <http://dnb.d-nb.de>.

2019.kg © by Julius Klinkhardt.

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung  
des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Kay Fretwurst, Spreeau.

Bildnachweis Umschlagseite 1: © ractapopulous / pixabay.

Druck und Bindung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten.

Printed in Germany 2019.

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem alterungsbeständigem Papier.

ISBN 978-3-7815-2350-0

# Zusammenfassung

Psychisch beeinträchtigte Frauen und Männer sind vom Ausschluss aus Erwerbsarbeit, und dies mit zunehmendem Lebensalter verstärkt, betroffen, wie z.B. Daten zur Erwerbsbeteiligung, zu Arbeitsunfähigkeit sowie Erwerbsminderungsrenten belegen. Verschiedene Forschungen zeigen zwar Hürden wie auch Förderfaktoren beruflicher Teilhabe auf, jedoch ist unklar, wie die Teilhabefaktoren aus subjektiver Sicht der Beteiligten bewertet werden und welche Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren vorliegen. Daher war die Frage zu untersuchen, welche Einflussfaktoren die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer mittleren Alters prägen. Ziel der Studie war die Identifizierung von Gestaltungsspielräumen für eine verbesserte berufliche Teilhabe, die aus individueller und gesamtgesellschaftlicher Perspektive von Relevanz ist.

Der Schwerpunkt wurde auf einen spezifischen Arbeitsmarktsektor gelegt: die Öffentliche Verwaltung, die aufgrund eines hohen Anteils behinderter Beschäftigter sowie bedingt durch ein hohes Fehlbelastungsniveau und durch einen hohen Krankenstand auffällt. Die Stichprobe wurde auf Kommunalverwaltungen sowie auf die Region des Ruhrgebiets/NRW konzentriert. Der theoretische Zugang wurde auf Grundlage der Modelle unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen erschlossen (Rehabilitationswissenschaften, sozialwissenschaftliche Geschlechterforschung, Arbeitswissenschaft), um der Komplexität des Teilhabesettings gerecht zu werden. Es wurde ein Analysemodell entwickelt, das Aussagen über förderliche und hinderliche Faktoren auf der Ebene der beeinträchtigten Person, der sozialen Ebene und der strukturelle Ebene beruflicher Teilhabe erlaubt.

Mittels qualitativer Forschungsmethoden wurden Beteiligte unterschiedlicher Statusgruppen im Teilhabesetting in insgesamt 35 Interviews befragt: psychisch beeinträchtigte Frauen und Männer mittleren Alters, Schwerbehindertenvertretungen, Beauftragte für Betriebliches Eingliederungsmanagement und Personalverantwortliche. In der themenzentrierten Auswertung kam die qualitative Inhaltsanalyse zur Anwendung.

Die gewonnenen Erkenntnisse geben differenziert Aufschluss über förderliche und hinderliche Faktoren und Faktorenkonstellationen für berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer mittleren Alters. Sie weisen auf Gestaltungsspielräume – auch über die untersuchte Zielgruppe hinausgehend – für die Umsetzung von beruflicher Teilhabe hin. Als besonders entscheidend ist anzusehen, dass nicht nur einzelne Faktoren in den Blick genommen und für diese dann Umsetzungsstrategien entwickelt werden, sondern dass das Gesamtgefüge der Faktoren mit seinen wechselseitigen Wirkungen beachtet werden muss. Vor allem – und das macht die Studie sehr deutlich – braucht berufliche Teilhabe angemessene strukturelle Bedingungen.

# Abstract

Men and women with mental health impairments are confronted with exclusion from gainful employment – increasingly so at an older age, as is supported by data concerning, for example, labour market participation, incapacity for work as well as disability pension benefits. Different research shows obstructing as well as conducive factors for occupational participation; however, it is unclear how those factors are valued in the subjective perception of the individuals concerned and which interdependencies can be found between the individual factors.

Therefore, the objective was to examine which influential factors shape the occupational participation of men and women with mental health impairments. The aim of the study was the identification of a scope for design for improved occupational participation which is relevant from an individual as well as a societal perspective.

Emphasis has been placed on a specific labour market sector, namely the public administration, which is notable due to a high proportion of disabled workers as well as high levels of undue stress and sick leave. The sample in this study focused on local authorities within the region of the Ruhr area/North Rhine Westphalia (NRW).

The theoretical framework was developed based on models of different scientific disciplines (rehabilitation sciences, gender studies, labour research) in order to meet the challenges of the complexity of the participation setting. An analytical model was developed which allows statements on conducive and obstructing factors on the following three levels: the personal level of individuals considered, their social level and the structural level of occupational participation.

Using qualitative research methods, 35 interviews were conducted, speaking to subjects of different status groups within the setting of occupational participation: middle-aged women and men with mental health impairments, elected speakers for the severely disabled employees, return-to-work coordinators, and Human Resources staff. The qualitative content analysis was used for the evaluation.

Findings obtained give differentiated information on the influential factors and factor constellations regarding the occupational participation of middle-aged women and men with mental health impairments. They indicate scopes for design for the implementation of occupational participation – also appropriate for groups other than the focus group of this study.

It is specifically important to note that implementation strategies should be developed based on both the individual factors examined and the constellation of those factors. The most significant insight of this study is that occupational participation needs adequate structural conditions.

# Danksagung

Während der langen Zeit der Erstellung dieser Arbeit haben mich viele Menschen auf verschiedene Weise inspiriert, herausgefordert oder ermutigt. Welche hohe Bedeutung es hat, einen Kreis an zuverlässigen und engagierten Begleiterinnen und Begleitern zu haben, ist mir ganz besonders in der äußerst arbeitsintensiven letzten Phase vor der Einreichung der Dissertation bewusst geworden. Nur durch sie konnte ich die vielen für die Fertigstellung (mühsam von sonstigen Aufgaben der Erwerbs- und der Familienarbeit) freigekämpften Tage und Stunden als Oasen des Abtauchens in die Einsamkeit des Auswertens und Schreibens produktiv nutzen. An alle, die hieran beteiligt waren, ist daher mein Dank gerichtet.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Horst Biermann, ehem. Leiter des Fachgebiets Berufspädagogik und berufliche Rehabilitation, der die ersten Jahre meiner Promotion in sehr fachkundiger und fürsorglicher Weise begleitet hat. Bereits in meinem Studium der Diplom-Pädagogik begeisterte er mich für Fragestellungen beruflicher Rehabilitation im Erwachsenenalter, v.a. durch seine beständigen Theorie-Praxis-Transfers. Seine pointierten Analysen regten mich dazu an, verstärkt „hinter die Fassaden“ zu blicken. Ohne ihn hätte mich nicht auf den Promotionsweg begeben. Sein unerwarteter Tod 2015 hinterließ eine große Lücke.

Zu meinem Glück konnte ich auf meine Doktormutter Prof. Dr. Ulrike Schildmann als konstante Beraterin bauen, die von Beginn an mein Promotionsvorhaben unterstützte und fortan als Erstbetreuerin fungierte. Bereits in den ersten Semestern meines Studiums erlernte ich durch sie in tiefgründigen Lehrveranstaltungen ihres Fachgebietes Frauenforschung in der Behindertenpädagogik wichtige Grundlagen und kritische Sichtweisen, die sie mit beeindruckender, klarer Haltung vertrat. Sie begleitete meinen Weg an so mancher Gabelung mit konstruktiven Anregungen und viel Ausdauer. Dafür bin ich ihr sehr dankbar.

Mein weiteres Glück war es, dass Dr. Martin Koch als Vertr.-Prof. am Fachgebiet tätig wurde und die Aufgabe des Zweitbetreuers übernahm. Die gemeinsamen Reflexionen auf Basis seiner Expertise zu beruflicher Pädagogik und Rehabilitation sowie seiner Methodenkenntnisse waren für mich eine große Bereicherung. Vor allem danke ich ihm für seine unverstellten Einsichten in wissenschaftliche Erkenntnis- und Schreibprozesse und die von ihm ausgehende Zuversicht, die mir in der Abschlussphase immer wieder neue Kraft gab.

Auch an meine Drittprüferin Dr. Susanne Dirks geht mein Dank, die auf der wichtigen letzten Etappe mein Promotionsverfahren in wertschätzender Weise begleitete.

Ohne kollegialen Zusammenhalt wäre die Durchführung eines solchen Projekts für mich nicht möglich gewesen. Besonders danke ich Andrea Nobs, mit der mich eine langjährige Bürogemeinschaft und darüber hinausgehender intensiver Austausch verbindet. Eine wichtige Stütze war für mich ebenfalls der Austausch im Doktorand\_innen-Kolloquium bei Ulrike Schildmann – insbesondere mit Sarah Saulheimer, Dr. Sabrina Schramme und Astrid Tan. Mit Daniela de Wall-Kaplan verbinde ich viele wertvolle Gespräche, v.a. zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Dirk Sischka danke ich für die angenehme kollegiale Atmosphäre.

Danken möchte ich weiterhin Volker Althoff, der für mich eine wichtige Brücke zur Praxis war. Im Alltag von Forschung und Lehre spielen studentische bzw. wissenschaftliche Hilfskräfte eine wichtige Rolle, so auch bei mir. Viele von ihnen haben mir im Laufe der Jahre Aufgaben abgenommen und somit auch das Fortschreiten meines Promotionsprozesses unterstützt. Besonders

danke ich Stefanie Kautz, Jana Elsbernd und Christine Opitz für die wunderbare Zusammenarbeit. Am Fachgebiet danke ich ebenfalls Susanne Sroka, die mir meine Sorgen um Datenverlust abgenommen hat.

Familiären Rückhalt fand ich zu jedem Zeitpunkt bei meinen Eltern und meiner Schwester. Dafür bin ich sehr dankbar. Promotionen wirken sich auf das Familienleben aus: Meinem Mann danke ich daher besonders für seinen zuverlässigen Einsatz in der Abschlussphase. Für unsere beiden Kinder war es gefühlt eine unendlich lange Zeit, die sie ihre Mama entbehren mussten. Daher danke ich ihnen von ganzem Herzen für ihr Mitdurchhalten und für ihr Mitfreuen!

Im privaten Umfeld danke ich besonders Dr. Rebecca Babilon für die fachlichen Reflexionen und die Schaffung von „Klausur-Räumen“. Nicole Richter sage ich danke dafür, dass sie mich immer wieder ins „echte“ Leben zurückgeholt hat. Den Bochumer Beginen danke ich ebenfalls für ihre Alltagshilfen und Anteilnahme.

Der Dreh- und Angelpunkt meiner Dissertation sind die Interviewpartnerinnen und -partner. Allen Menschen, die diese Studie durch ihre Zeit und Offenheit überhaupt erst möglich gemacht haben, danke ich sehr – vor allem den in meiner Dissertation im Mittelpunkt stehenden psychisch beeinträchtigten Menschen, die ihren Platz im Leben und in der Gesellschaft suchen. Es war eine große Bereicherung, sie zu treffen und ihre Sichtweisen zu erfahren. An die Arbeitsgemeinschaft der Schwerbehindertenvertretungen NRW geht mein Dank für die Unterstützung bei der Akquise.

Da auch in wissenschaftlicher Arbeit Humor wichtig ist, den ich mit vielen der o.g. Wegbegleiterinnen und -begleitern teilen durfte, beende ich diese Danksagung mit einem lauten TRÖÖÖÖÖÖT! Es ist vollbracht!

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	13
<b>1 Theoretischer Bezugsrahmen</b> .....	19
1.1 Gesundheit, Krankheit, Beeinträchtigung und Behinderung .....	19
1.2 Einflussfaktoren im Erwerbsarbeitssetting und ihre Folgen für Beschäftigte .....	28
1.3 Intersektionalität: Wechselwirkungen zwischen sozialen Strukturkategorien ...	35
1.4 Zwischenfazit .....	44
<b>2 Datenlage und Forschungsstand zu beruflicher Teilhabe psychisch beeinträchtiger Frauen und Männer</b> .....	47
2.1 Erwerbsbeteiligung psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer .....	47
2.2 Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern mittleren Alters .....	50
2.3 Relevante Faktoren für die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer .....	56
2.3.1 Personenfaktoren .....	56
2.3.2 Soziale Faktoren am Erwerbsarbeitsplatz .....	58
2.3.3 Faktoren an der Schnittstelle Medizin/Rehabilitation – Erwerbsarbeitsplatz .....	60
2.3.4 Arbeitsmarktbezogene und betriebliche Umweltfaktoren .....	61
2.4 Zwischenfazit .....	70
<b>3 Forschungsdesiderate, Ableitung der Forschungsfrage und methodische Anlage der empirischen Untersuchung</b> .....	73
3.1 Forschungsdesiderate und Ableitung der Forschungsfrage .....	73
3.2 Anlage der empirischen Untersuchung .....	75
3.3 Auswertungsmethode .....	81
3.4 Reflexion des forschungsmethodischen Vorgehens .....	88
3.5 Zwischenfazit .....	91

<b>4</b>	<b>Ergebnisse der empirischen Untersuchung</b>	<b>93</b>
4.1	Personenbezogene Faktoren beruflicher Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer	93
4.1.1	Einschätzungen zur Bedeutung von Erwerbsarbeit vor dem Hintergrund von psychischer Beeinträchtigung	95
4.1.2	Konkrete Maßnahmen zur Frage des Beschäftigungserhalts	97
4.1.3	Wahrnehmungen zu relevanten personenbezogenen Faktoren beruflicher Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer	104
4.1.3.1	Zunahme psychischer Beeinträchtigungen	105
4.1.3.2	Leistungsfähigkeit als Schlüsselfaktor beruflicher Teilhabe	106
4.1.3.3	Fehlzeiten, Erkrankungssymptome und Zeitbedarf in der Maßnahmengestaltung	112
4.1.3.4	Verhaltensbezogene Faktoren der beeinträchtigten Person	115
4.1.3.5	Anerkannte Schwerbehinderung und damit verbundene Nachteilsausgleiche	118
4.1.3.6	(Veränderte) Haltung bedingt durch Erfahrungen mit der eigenen Beeinträchtigung bzw. durch den Umgang mit psychisch beeinträchtigten Beschäftigten	120
4.1.4	Mit der Geschlechtszugehörigkeit verbundene Einflussfaktoren	125
4.1.5	Mit der Familiensituation verbundene Einflussfaktoren	130
4.1.6	Diskussion der personenbezogenen Faktoren	133
4.2	Soziale Faktoren beruflicher Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer	137
4.2.1	Bedeutung von Vorgesetzten im Zusammenhang mit psychischer Beeinträchtigung	138
4.2.2	Bedeutung von Kolleg_innen im Zusammenhang mit psychischer Beeinträchtigung	148
4.2.3	Offenbarung einer Beeinträchtigung und Bedeutung von Vertraulichkeit	155
4.2.4	Kenntnisse und Kompetenzen des sozialen Umfeldes und der Funktionsträger_innen in Bezug auf den Umgang mit psychisch beeinträchtigten Mitarbeiter_innen	159
4.2.5	Diskussion der sozialen Faktoren	168
4.3	Strukturelle Faktoren beruflicher Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer	171
4.3.1	Bewertung der Arbeitsbedingungen in der Verwaltung hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Beschäftigung psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer	172
4.3.1.1	Negativ bewertete Arbeitsbedingungen und ihre Folgen für Beschäftigte	172
4.3.1.2	Positiv bewertete Arbeitsbedingungen	177
4.3.2	Dienstvereinbarungen	180
4.3.3	Organisationskultur	183
4.3.4	Geschlechteraspekte auf struktureller Ebene	187
4.3.5	Schnittstelle Privatleben/Familie und Beruf	190
4.3.6	Bedingungen für älter werdende Beschäftigte	193

4.3.7	Instrumente und Angebote für Gesundheit und Teilhabe .....	196
4.3.7.1	Betriebliche Gesundheitsförderung .....	197
4.3.7.2	Schwerbehindertenvertretung .....	198
4.3.7.3	Betriebliches Eingliederungsmanagement .....	203
4.3.7.4	Medizinisches Versorgungs- und Rehabilitationssystem .....	210
4.3.8	Diskussion der strukturellen Faktoren .....	215
<b>5</b>	<b>Schluss: Zusammenfassung zentraler inhaltlicher und methodischer Erkenntnisse und Konsequenzen für Forschung und Praxis .....</b>	<b>221</b>
	<b>Verzeichnisse .....</b>	<b>225</b>
	Literatur .....	225
	Abkürzungsverzeichnis .....	241
	Abbildungsverzeichnis .....	244
	Tabellenverzeichnis .....	244
	<b>Anhänge .....</b>	<b>245</b>



# Einleitung

## Problemaufriss und Zielsetzung der Arbeit

Psychische Beeinträchtigungen sind in unserer Gesellschaft in den letzten Jahren im öffentlichen wie im wissenschaftlichen Diskurs vermehrt zum Thema geworden. Dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit. Dabei wird kontrovers diskutiert, ob es sich bei der oftmals angeführten Zunahme psychischer Erkrankungen um ein gesamtgesellschaftliches Phänomen handelt (vgl. Deutsche Angestellten Krankenkasse – DAK 2005 u. 2013; Spießl/Jacobi 2008; Jacobi 2009, 17; Zielke 2014a). Epidemiologischen Angaben zufolge sind etwa 27% der Menschen zwischen 18 und 79 Jahren in Deutschland innerhalb eines Jahres von einer psychischen Erkrankung betroffen (vgl. Jacobi/Höfler/Strehle et al. 2014, 81). Dabei wird seit Jahren eine vergleichsweise hohe Konstanz festgestellt (vgl. ebd.; Richter/Berger 2013, 181). Verschiedene Ursachen kommen für die Wahrnehmung, psychische Erkrankungen hätten zugenommen, in Frage, darunter leichte Enttabuisierung, veränderte hausärztliche Diagnosestellung, Weiterentwicklung von Diagnosesystemen (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS 2013, 381; Deutsche Rentenversicherung Bund – DRV 2014, 3). Von einer allgemeinen Steigerung der Prävalenz – mit Ausnahme der Diagnose Depression (vgl. Mathers/Loncar 2006, 2022; Wittchen/Jacobi/Klose et al. 2010, 7) – kann jedoch nicht ausgegangen werden (vgl. DAK Forschung 2013, 29, 52-56; Jacobi 2009, 17; Jacobi/Höfler/Strehle et al. 2014, 81; Jacobi/Bretschneider/Müllender 2015, 62-71; Richter/Berger/Reker 2008; Richter/Berger 2013, 181). Dennoch ist unübersehbar: Der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Situation, der sich zum einen aus individueller Sicht der Betroffenen und zum anderen aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive abzeichnet, ist groß (vgl. z.B. Beule 2015; BMAS 2017, 418; BMAS 2016, 42; DRV 2014, 3; von Kardorff/Ohlbrecht 2015, 81; Schlipfenbacher/Jacobi 2014, 2.e3; Robert-Koch-Institut – RKI 2015, 112; Wittchen/Jacobi/Rehm et al. 2011, 656).

Der Handlungsbedarf gründet vor allem auf den im Arbeitsunfähigkeits- sowie im Erwerbsminderungsrentengeschehen abgebildeten Folgen von Erkrankungen. Psychische Erkrankungen sind häufig Gründe für Arbeitsunfähigkeiten (vgl. z.B. TK 2010, 77; Knieps/Pfaff 2016, 17; TK 2018, 7) und für Erwerbsminderungsrenten (vormals Frührenten genannt; vgl. DRV 2017, 105). Als Hauptursache für Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat sich der Anteil dieser Diagnosen an allen Erwerbsminderungsrenten von 1993 (15,3%) bis 2016 (42,8%) mehr als verdoppelt (vgl. ebd.). Dabei sticht insbesondere die Kohorte der geburtenstarken Jahrgänge (geboren um 1964) hervor, die diese Entwicklung prägt (vgl. Zielke 2014a, 2014b). Die so genannte Babyboomer-Generation steht momentan in der letzten Phase ihrer Erwerbstätigkeit und bewegt sich auf den Übergang in die Altersrente zu. Bedingt durch ihre Größe stellt diese Kohorte die Gesellschaft vor neue Herausforderungen, denn diese (schulisch und beruflich im Durchschnitt gut ausgebildete) Gruppe hat noch einige Jahre im Erwerbsleben vor sich, die es – auch unter der möglichen Prämisse einer eintretenden Beeinträchtigung – zu gestalten gilt (vgl. Schildmann/Gerdes 2008; BMAS 2017, 379). Im Zusammenhang von Beeinträchtigung und Lebensalter zeigen sich weitere Auffälligkeiten in der Schwerbehindertenstatistik. Ab dem mittleren Lebensalter – verstanden als das Alter zwischen 35 und 64 Jahren (vgl. BMAS 2017, 379) – nehmen anerkannte (Schwer-)Behinderungen deutlich zu (vgl. Statistisches Bundesamt – Destatis 2014, 5), so dass zu vermuten ist, dass sich Krankheitsfolgen mit zunehmenden

dem Alter zu gravierenden Behinderungen verfestigen bzw. dass sich Ursachen für (Schwer-) Behinderungen ab dem mittleren Alter häufen. Somit sind die letzten Jahre vor dem Ruhestandsalter für relativ viele Menschen durch eine Behinderung geprägt. Auch hier sind Steigerungen psychischer Ursachen für Behinderungen zu erkennen, wenn auch auf niedrigem Niveau (vgl. Destatis 2007, 10; dass. 2014, 8).

Die Daten zu psychischen Beeinträchtigungen zeigen deutliche geschlechterspezifische Unterschiede. Frauen sind häufiger als Männer von einer psychischen Erkrankung betroffen (bezogen auf einen Zwölfmonatszeitraum sind etwa 33% aller Frauen und 22% aller Männer in Deutschland erkrankt, vgl. Jacobi et al. 2014, 81). Nationale und internationale Studien zeigen bezüglich der Erkrankungsarten, dass bei Frauen eher Depression und Angststörungen, bei Männern eher Abhängigkeitserkrankungen diagnostiziert werden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ 1999, 576f.; BMFSFJ 2004, 139; Jacobi et al. 2014, 80f.; Wittchen et al. 2010, 51; Busch/Maske/Ryl et al. 2013, 745). Das Vorliegen differierender Erkrankungen bei Frauen und Männern wird u.a. auf unterschiedliches Risikoverhalten, divergierende Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie von Präventionsangeboten zurückgeführt und mit der sozialen Bedeutung von Geschlechterstereotypen assoziiert (vgl. Kolip/Hurrelmann 2002, 20f.; Kolip/Koppelin 2002, 492f.; Pauli/Hornberg 2010; Franke 2012, 199f.). 2016 waren „psychische Störungen“ (definiert nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ – ICD) bei fast der Hälfte aller frühverrenteten Frauen für das vorzeitige Ausscheiden verantwortlich. Bei Männern macht diese Diagnosegruppe gut ein Drittel aus (vgl. DRV 2017, 113-115). Geschlechterspezifische Unterschiede lassen sich darüber hinaus in der Schwerbehindertenstatistik finden. Hiernach sind über die gesamte Lebensspanne männliche Personen häufiger als weibliche von Behinderung betroffen (vgl. Destatis 2017a, 6). Diese Befunde weisen darauf hin, dass die oben festgestellten Handlungsnotwendigkeiten Geschlechteraspekte einschließen.

Angesichts der Entwicklung und Relevanz psychischer Beeinträchtigungen wird – vor dem Hintergrund eines multikausalen Ursachengeflechts – verstärkt darüber diskutiert, welche Ursachen (anteile) in der Erwerbsarbeit zu finden sein können (vgl. DAK Forschung 2013; 66, Metz/Rothe 2017, 15f.). Diese Frage wird u.a. für die Öffentlichen Verwaltungen aufgeworfen, zumal hier besonders hohe negative Arbeitsbelastungen konstatiert werden (vgl. z.B. Brandl/Stelzl 2013). Bei der Betrachtung der vorliegenden Daten zu Arbeitsunfähigkeiten fällt der Arbeitsmarktsektor der Öffentlichen Verwaltungen seit vielen Jahren durch einen hohen Krankenstand auf (vgl. z.B. DAK Forschung 2009, 91; Knieps/Pfaff 2016, 451; DAK Forschung 2018, 266) und der Anteil psychischer Erkrankungen an allen Erkrankungsarten wird hier von einigen Krankenkassen als besonders hoch ausgewiesen (vgl. DAK Forschung 2013, 46f.; Knieps/Pfaff 2015, 247). Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen am Erwerbsarbeitsplatz und psychischen (sowie körperlichen) Erkrankungen (vgl. z.B. Rau/Henkel 2013, 798; Rothe/Adolph/Beermann et al. 2017, 84) bzw. Erwerbsminderungsrenten wurden bereits belegt (vgl. Dragano 2007). Eine Rolle spielen hierbei die Charakteristika des Arbeitsmarktes im Allgemeinen sowie der verschiedenen Arbeitsmarktsektoren im Besonderen. Die maßgebenden Marktmechanismen und Belastungen im leistungsgeprägten Wettbewerb gelten dabei gleichermaßen für die Gesamtheit der Beschäftigten wie für psychisch beeinträchtigte erwerbstätige Frauen und Männer.

Daher sind betriebliche Präventions- und Teilhabeinstrumente als Teil der für die Beschäftigten relevanten Faktoren der Erwerbsarbeit anzusehen, die in ihrer Wirkung sektorenübergreifend

teilweise bereits untersucht wurden (vgl. z.B. Niehaus/Magin/Marfels et al. 2008) und seitens der Politik im Rahmen der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) weiter als zukünftige Aufgaben forciert werden (vgl. BMAS 2017, 420, 477f.; siehe auch Trenk-Hinterberger 2012).

Möglichkeiten beruflicher Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer wurden hinsichtlich verschiedener Faktoren vielfach erforscht und es zeigt sich, dass sie verglichen mit Menschen anderer Beeinträchtigungsarten besonders viele Hürden beim Zugang zur Erwerbsarbeit erleben (vgl. Baer/Frick/Fasel et al. 2010, XI; von Kardorff/Ohlbrecht 2013, 120; Slavchova/Spijkers/Arling 2017, 222f.). Es ergeben sich drei wesentliche Forschungsbefunde. Erstens werden Krankheit bzw. Behinderung im Erwerbsarbeitskontext tendenziell individualisiert, während jedoch die meisten Handlungsansätze für eine verbesserte Teilhabe auf Seiten der Umweltfaktoren und weniger auf Seiten der Personenfaktoren erkannt werden (vgl. z.B. von Kardorff/Ohlbrecht 2013, 8). Zweitens werden die Kenntnisse über die Wirkung verschiedener Faktoren des Arbeitsplatzes auf Beschäftigte meist übergreifend für alle Beschäftigten erforscht und sind für psychisch beeinträchtigte Frauen und Männer zu unspezifisch (vgl. z.B. Rothe/Adolph/Beermann et al. 2017, 89f.). Die Analyse des Forschungsstandes zeigt drittens, dass Bezüge zwischen Personen- und Umwelt- (insbesondere Arbeitsmarkt-)Faktoren nicht systematisch untersucht werden.

Daher kann die Frage, welche Faktoren auf Basis der subjektiven Sichtweisen der Beteiligten im Gesamtgefüge des Erwerbsarbeitsplatzes die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer mittleren Alters in welcher Weise prägen und wie diese miteinander in Wechselwirkung stehen, als weitgehend unbeantwortet gelten. Aufgrund der aufgezeigten Relevanz psychischer Beeinträchtigung im mittleren Alter ist es aus gesamtgesellschaftlicher und aus individueller Perspektive sinnvoll, die beruflichen Entwicklungs- und Förderungsmöglichkeiten für diese Gruppe zu untersuchen. Die vorliegende Studie hat daher das Ziel, Einflussfaktoren auf die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer mittleren Alters im exemplarischen Feld der Öffentlichen Verwaltungen aufzudecken, um Teilhabespielräume identifizieren zu können. An Relevanz gewinnt die Fragestellung insofern, als der normativ gesetzte und seit 2009 in Deutschland durch die Ratifizierung der UN-BRK gesetzlich gültige Anspruch auf Inklusion einzulösen ist (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017, 2).

### **Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel. Die theoretische Verortung wird im ersten Kapitel beleuchtet. Da es „keine in sich geschlossene Theorie der beruflichen Rehabilitation“ (Biermann 2008, 208) bzw. der beruflichen Teilhabe gibt, finden verschiedene theoretische Ansätze Berücksichtigung, die jeweils mit einem bestimmten Fokus auf das facettenreiche Feld beruflicher Teilhabe gerichtet sind und für einen umfassenden Überblick miteinander kombiniert werden müssen. Dabei geht es um drei Ebenen der Einflussfaktoren auf berufliche Teilhabe: die Ebene der Person, die Ebene der Strukturen und die Ebene sozialer Beziehungen als Vermittler zwischen den beiden erstgenannten. Für jede Ebene werden in der vorliegenden Arbeit Ansätze verschiedener wissenschaftlicher Fachdisziplinen herangezogen und für die Bearbeitung der Fragestellung miteinander in Beziehung gesetzt, wobei sich die Frage stellt, wie ergiebig die Verschränkungen der theoretischen Perspektiven für die Analyse sind.

Die Ebene der Person findet sich im biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis wieder. Auf diesem beruht die „International Classification of Functioning, Disability and

Health“ (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI 2005). Diese nimmt Bezüge zwischen individuellem Gesundheitsproblem und gesellschaftlichen Kontextfaktoren auf, um Faktoren von Teilhabe bzw. von Beeinträchtigung in ihrer gesellschaftlichen Rahmung zu beschreiben (vgl. ebd., 14). Vor diesem Hintergrund ist weiterhin der Ansatz der Salutogenese hilfreich (vgl. Antonovsky 1987, deutsche Übersetzung durch Franke 1997, im Folgenden als Antonovsky 1997 bezeichnet). Er hat das als Persönlichkeitsvariable angelegte Kohärenzgefühl zum Kern, das Aussagen über das Verhältnis gesunder und erkrankter Anteile einer Person machen kann (vgl. ebd.). Der ICF und dem Salutogenese-Konzept ist gemein, dass sie einen Subjektfokus haben.

Um die Faktoren im Erwerbsarbeitssetting<sup>1</sup>, dem hier untersuchten Ort der Teilhabe, zu systematisieren, wird unter Rückgriff auf arbeitswissenschaftliche Bezüge ein Modell zur Einordnung von Einflussfaktoren am Arbeitsplatz und deren Wirkung auf Beschäftigte genutzt: das Belastungs-Beanspruchungs-Modell (Rohmert/Rutenfranz 1975; Udris/Kraft/Mussmann et al. 1992). Im Wesentlichen erfahren die Einflussfaktoren eine Dreiteilung, indem personenbezogene, soziale und strukturelle Faktoren unterschieden werden (vgl. Udris/Rimann 1999, 405). Dieses Modell bietet für die Studie den erforderlichen Faktorenfokus (als Gegenpol zum Subjektfokus) und leistet die notwendige Beschreibung der Strukturierung von Arbeitsplatzbedingungen. Es zeigt sich, dass damit Einflussfaktoren auf Gesundheit und auf Teilhabe zu systematisieren sind, die mit den ICF-Faktoren ineinander greifen: die Einteilung in personenbezogene, soziale und strukturelle Faktoren.

Die Zusammenführung der personenbezogen (subjektfokussiert) und strukturell (faktorenfokussiert) angelegten Einflussfaktoren auf Teilhabe lenkt den Blick auf soziale Beziehungen. In ihnen wird das Aushandeln der Einflussfaktoren durch die Beteiligten deutlich. Hierfür wird als Rahmen der Ansatz der Intersektionalitätsforschung gewählt, mit dem sich analysieren lässt, wie sich gesellschaftliche Diskurse und Praktiken in ihren Verwobenheiten im subjektiven und institutionellen Verhalten abbilden und welche Machtstrukturen sich dabei zeigen (vgl. Walgenbach 2012, 1; Winker/Degele 2009, 8). Exemplarisch werden für diese Studie die Merkmale *Geschlecht*, *Alter* und *Beeinträchtigung bzw. Behinderung* in ihren Verschränkungen im Kontext der Erwerbsarbeit betrachtet.

Vor diesem theoretischen Hintergrund können Einflussfaktoren auf Spielräume für Teilhabe aufgezeigt werden. An dieser Stelle muss eine Grundsatzentscheidung für die Studie zu der Frage der Priorisierung von Struktur- oder Subjektorientierung getroffen werden. Da hier vor allem die strukturellen Möglichkeiten von Eingliederungsszenarien erforscht werden, werden Strukturen und Faktoren anstelle von einzelnen biographischen Konstellationen favorisiert.

Nach der Darlegung der theoretischen Bezüge im ersten Kapitel erfolgt im zweiten Kapitel eine kritische Reflexion der Datenlage und des Forschungsstands, um den oben aufgeworfenen Problemaufriss zu vertiefen. Es wird der Frage nachgegangen, welche Forschungserkenntnisse bereits zu einzelnen Einflussfaktoren und zu deren Zusammenwirken auf die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer mittleren Alters vorliegen und welche Perspektiven die unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen dabei einnehmen.

Das dritte Kapitel widmet sich den Forschungsdesideraten und dem methodischen Vorgehen der für diese Arbeit durchgeführten empirischen Untersuchung. Es ist das Anliegen der Studie, die folgende zentrale Forschungsfrage zu bearbeiten:

<sup>1</sup> Unter Setting werden hier stabile Sozialzusammenhänge in unterschiedlichen Lebenswelten verstanden (vgl. Altgeld/Geene/Glaeske et al. 2006, 13).

## Welche Einflussfaktoren prägen die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer mittleren Alters?

Die Studie fragt damit nach Erkenntnissen zu teilhabeförderlichen und -hemmenden Faktoren für die genannte Zielgruppe basierend auf den subjektiven Einschätzungen verschiedener Beteiligter. Die Motivation für diese Arbeit gründet sich auf dem Ziel, neue Erkenntnisse für die Entwicklung verbesserter dauerhafter Teilhabemöglichkeiten für psychisch beeinträchtigte Menschen im Erwerbsleben zu nutzen.

Die Studie ist als qualitative Untersuchung angelegt, die feldverstehend und ohne Anspruch auf Repräsentativität erforscht, welche Faktoren sich insgesamt aus einer Vielzahl subjektiver Ansichten und Erlebensweisen der Beteiligten als relevant erkennen lassen. Weiterhin ist von Interesse, welche Bezüge die für berufliche Teilhabe relevanten Faktoren zueinander aufweisen und welche Faktorenkonstellationen sich als günstig bzw. ungünstig erweisen. Hierbei wird ebenfalls danach gefragt, inwiefern die vorliegenden Analysemodelle die Komplexität der Einflussfaktoren erfassen und strukturieren.

Da das soziale und strukturelle Umfeld für die berufliche Teilhabe bei Behinderung im Allgemeinen sowie bei psychischer Beeinträchtigung im Besonderen eine erhebliche Bedeutung hat, werden in die Beantwortung der Fragestellung nicht nur die Perspektiven direkt Betroffener, sondern auch die Sichtweisen verschiedener im Erwerbsarbeitssetting Beteiligter eingebunden: So kommen neben psychisch beeinträchtigten Frauen und Männern ebenfalls die Arbeitgeberseite und von ihr im betrieblichen Eingliederungs- bzw. Gesundheitsmanagement (BEM bzw. BGM) eingesetzte Mitarbeiter\_innen<sup>2</sup> sowie die Schwerbehindertenvertretungen zu Wort. Damit werden verschiedene Akteurinnen und Akteure des Feldes zu konkreten Prozessen der Wiedereingliederung bzw. beruflichen Teilhabe befragt. Dieses Vorgehen bietet die Grundlage für die Entwicklung eines Gesamtbildes des Teilhabesettings und fundiert die Entwicklung von Handlungsansätzen.

Die Betroffenen werden – den theoretischen Ausführungen folgend – als Subjekte betrachtet, die Arbeitgeber als die Gestalter der Arbeitsbedingungen und Personalverantwortliche als deren Repräsentant\_innen, die Schwerbehindertenvertretungen und Akteur\_innen des BEM bzw. BGM in unterschiedlichem Grad als Vermittler. Von Interesse ist, wie die einzelnen Faktoren zwischen den Beteiligten in diesem Feld verhandelt werden und wie die subjektiven Wahrnehmungen der tendenziell als gegensätzlich angenommenen Interessen ausgedrückt werden. Angenommen wird zudem, dass sich durch das Aushandeln zwischen den personalen Faktoren und den strukturellen Faktoren die sozialen Konstellationen ausbilden. Die Gegenüberstellung soll Förderfaktoren und Hemmnisse für berufliche Teilhabe als Resultate dieser Aushandlungsprozesse (Interessengegensätze und gefundene Kompromisse) beleuchten. In bisherigen Forschungsarbeiten wurde nicht in dieser Weise systematisch mehrperspektivisch vorgegangen und es fehlen oftmals die subjektiven Sichtweisen der Beteiligten.

Zur Beantwortung der Fragestellung wird ein konkreter Ort der Teilhabe benötigt, da sich die Faktoren nicht abstrakt untersuchen lassen. Als exemplarisches Feld mit vergleichbaren Handlungsbedingungen kommt der Öffentliche Dienst aus mehreren Gründen in Frage: Er hat einen gesellschaftlichen Auftrag bzw. eine Vorbildfunktion in Bezug auf die Beschäftigung (schwer) behinderter Beschäftigter (vgl. Art. 27 UN-BRK) und hat zudem durch seine Struktur meist langfristig Beschäftigte. Außerdem fallen Öffentliche Verwaltungen durch einen hohen Krankenstand sowie zunehmend durch fehlbelastende Arbeitsbedingungen auf (siehe oben). Durch

2 Die Sichtbarmachung der verschiedenen Geschlechtergruppen ist in dieser Arbeit ein wichtiges Anliegen, jedoch wird nicht jede Personenbezeichnung geschlechterneutral formuliert.

die in Öffentlichen Verwaltungen im Vergleich zur freien Wirtschaft engere Bindung an seine Beschäftigten ist davon auszugehen, dass der Öffentliche Dienst angesichts demographischer Veränderungen verstärkt vor der Frage<sup>3</sup> steht, wie mit älter werdenden und erkrankten oder behinderten Beschäftigten umzugehen ist.<sup>4</sup> Zur weiteren Eingrenzung des sehr vielseitigen Öffentlichen Sektors wurden für diese Studie als Stichprobe die vergleichbaren Organisationen der Kommunalverwaltungen ausgewählt.

Die Konkretisierung der Zielgruppe erfolgt durch die Eingrenzung auf psychische Erkrankungen, diagnostiziert auf Basis der ICD-10, Kapitel F, sowie durch das Kriterium einer anerkannten Behinderung bzw. Schwerbehinderung. Angesichts der aufgezeigten Unterschiede der beruflichen Teilhabe zwischen Frauen und Männern wird die soziale Strukturkategorie Geschlecht in die Analyse einbezogen.

Die Untersuchung richtet den Fokus nicht nur verengt auf die einzelnen, fachspezifisch aufgegriffenen Ebenen, deren theoretischer Blickwinkel sich im Forschungsstand spiegelt, sondern fragt nach einem übergreifenden Analysemodell, das Wechselwirkungen einzelner Faktoren der verschiedenen Ebenen in den Blick zu nehmen vermag.

Nach der Vorstellung des Untersuchungsdesigns und der Reflexion der Grenzen der Studie im dritten Kapitel erfolgt im vierten Kapitel die Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung. Leitend sind hier die drei Hauptkategorien personenbezogene, soziale und strukturelle Faktoren. Die Ergebnisse werden dieser Systematik folgend vorgestellt. Sie basieren auf der vergleichenden Analyse der Interviews mit den Mitgliedern der verschiedenen Statusgruppen. Eine Ausdifferenzierung dieser drei Faktoren eröffnet den Blick auf vielfältige Facetten, die für die Fragestellung von Bedeutung sind. Die Relevanz der einzelnen Faktoren sowie ihrer Bezüge untereinander für berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer werden deutlich und es zeigt sich, wo sich Teilhabespielräume öffnen oder verschließen. Im Anschluss an die Ergebnisdarstellung jeder der drei Hauptkategorien erfolgt eine Diskussion, die den Bogen zu den in den ersten Kapiteln der Arbeit ausgeführten Inhalten spannt.

Diese Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung zentraler inhaltlicher und methodischer Ergebnisse unter Einbezug der Erkenntnisse des theoretischen Rahmens, des Forschungsstandes sowie der eigenen empirischen Untersuchung. Daraus abgeleitet werden Konsequenzen für Forschung und Praxis skizziert.

---

3 Diese Frage bleibt insofern aktuell, als sie auch dann noch gilt, wenn die Babyboomer-Jahrgänge das mittlere Alter durchschritten haben und aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sein werden.

4 Hier wirkt sich u.a. aus, dass das Rentenalter für nicht behinderte Personen sukzessive heraufgesetzt wird (DRV 2018, 33) und auch die Altersgrenze für eine abschlagsfreie Rente bei Schwerbehinderung ab Geburtsjahrgang 1952 von 63 auf 65 Jahre schrittweise angehoben wird und eine vorzeitige Inanspruchnahme ab 62 statt ab 60 Jahren möglich ist (vgl. DRV 2013, 19).

# 1 Theoretischer Bezugsrahmen

Hinführend auf die Fragestellung dieser Studie, welche Einflussfaktoren die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer mittleren Alters prägen, wird im vorliegenden Kapitel der theoretische Bezugsrahmen erläutert. Drei Stränge werden genutzt, um das Spannungsfeld beruflicher Teilhabe in seiner Komplexität zu erfassen. Für relevant erachtet werden die Personen-Ebene, die Ebene der Faktoren im Erwerbsarbeitssetting und – als verbindendes Element zwischen diesen – die Ebene sozialer Faktoren. Jede Ebene wird auf Basis einer Bezugstheorie bzw. eines theoretischen Modells betrachtet.

- Die Subjektebene wird mit Hilfe des biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsmodells, welches im Konzept der funktionalen Gesundheit der ICF enthalten ist, dargestellt (siehe Abschnitt 1.1). Hier fließt die salutogenetische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit ein. Die Disziplin Rehabilitationspädagogik/-wissenschaft nimmt einen Fokus ein, der stark auf die beeinträchtigte Person ausgerichtet ist.
- Die strukturelle Ebene des konkreten Teilhabe-Ortes, des Erwerbsarbeitssettings im allgemeinen Arbeitsmarkt, wird in Modellen zu Belastungen an Arbeitsplätzen erfasst. Diese ordnen die Zusammenhänge von Belastungen und ihrer Wirkungen auf Beschäftigte ein und systematisieren die auftretenden Faktoren (siehe Abschnitt 1.2). Diese Modelle entstammen überwiegend der Disziplin der Arbeitswissenschaft.
- Die soziale Ebene verbindet die Subjekt-Ebene und strukturelle Ebene miteinander. Es geht um die Interaktionen der Beteiligten, in denen zum Ausdruck kommt, wie die Individuen im Setting handeln. Auf dieser Ebene wird deutlich, welche Bedeutung gesellschaftliche Strukturkategorien jeweils einzeln und in ihren Verschränkungen auf die individuelle Lebenssituation von Menschen haben. Der Ansatz der Intersektionalitätsforschung kommt hier zum Einsatz, weil er die unterschiedlichen Merkmale der Person als gesellschaftliche Konstrukte begreift und sie in ihren Verwobenheiten und Wechselwirkungen unter Berücksichtigung von Machtstrukturen durchleuchtet (siehe Abschnitt 1.3). Dieser Ansatz entstammt den Sozialwissenschaften, konkret der Frauen- und Geschlechterforschung.

Im vorliegenden Kapitel werden die zugrunde gelegten Modelle zunächst einzeln eingeführt und im Zwischenfazit (Abschnitt 1.4) miteinander in Beziehung gesetzt.

## 1.1 Gesundheit, Krankheit, Beeinträchtigung und Behinderung

In diesem Abschnitt wird zunächst das dieser Arbeit zugrundeliegende Verständnis von Gesundheit und Krankheit erläutert. Darauf aufbauend geht es um das Verständnis von Beeinträchtigung und Behinderung sowie um die Charakteristika psychischer Beeinträchtigungen.

### **Biopsychosoziales und salutogenetisches Gesundheits- und Krankheitsmodell**

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit variiert im Vergleich verschiedener Fachdisziplinen erheblich und unterliegt einem stetigen Wandel. Trotz eines Nebeneinanders mehrerer Erklärungsmodelle (vgl. Franke 2012, 129-133, 169f.) hat das biopsychosoziale Modell besondere Bedeutung erlangt (vgl. Egger 2005, 3), da es verschiedene Denkansätze zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit vereint. Sowohl biologische als auch psychische und soziale

Einflussgrößen werden in ihren Wechselwirkungen berücksichtigt (vgl. Egger 2005, 4; Franke 2012, 129-133). Das Modell greift auf verschiedene Entwicklungslinien zurück, die auf Basis der jeweiligen Fachrichtungen entstanden sind. Das biomedizinische Verständnis mit Fokus auf dem organischen Geschehen und einem dezidierten Blick auf krankheitsverursachende Bedingungen spielt eine Rolle (vgl. Bormann 2012, 29; Egger 2005, 3f.; Franke 2012, 133, 184). Psychische Faktoren, wie sie erstmals in der Psychoanalyse betont wurden, fließen ein. Psychosomatische und soziokulturelle Modelle bilden einen weiteren Strang (vgl. Franke 2012, 131):

„Gesundheit und Krankheit wurden zunehmend nicht als ausschließlich somatisches, sondern als ein somato-psycho-soziales Geschehen begriffen, was zur Folge hatte, dass diese drei Ebenen – Körper, Psyche und Soziales – in ein Modell von Krankheit integriert werden mussten.“ (Franke 2012, 131).

Diesem Modell wird beträchtliches Potential zugeschrieben:

„Das biopsychosoziale Modell ist das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird.“ (Egger 2005, 4).

Als Gesundheit wird in diesem Modell ein positives Konzept verstanden, das die Relevanz sozialer und individueller Ressourcen gleichwertig zu körperlichen Fähigkeiten betrachtet (vgl. WHO 1986, 1). Dass die drei Einflussgrößen Körper, Psyche und soziales Umfeld einbezogen werden, verspricht eine „optimierte Medizin“ (Egger 2005, 12) und kann folglich auch für die Rehabilitation von erkrankten Menschen ebensolche Bedeutung haben. Die WHO rückt insbesondere die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Gesundheit stärker in den Mittelpunkt, u.a. in ihrer Strategie für die Umsetzung von Gesundheitsförderung, der Ottawa-Charta, die auch in Deutschland als handlungsleitend gilt (vgl. Franke 2012, 190-194; WHO 1986).<sup>5</sup> Es ist mit diesen Ausführungen deutlich geworden, dass die Erklärungsmodelle für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit unterschiedliche Faktoren aufgreifen und die Bedeutung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, z.B. im Setting Erwerbsarbeit, als Voraussetzung für individuelle Gesundheit immer stärkere Beachtung findet.

Das Gesundheitsmodell der Salutogenese hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und bringt eine für die Fragestellung dieser Arbeit wichtige Perspektive ein. Im Zentrum steht die Frage nach Gesundheit fördernden Faktoren (vgl. Antonovsky 1997, 15-20; Franke 2012, 184; siehe auch Bengel/Strittmatter/Willmann 2001).

Zu den zentralen Aussagen gehört die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum (vgl. Antonovsky 1997, 23; vgl. Franke 2012, 169-195). Insofern hat jeder Mensch, solange er lebt, gesunde und kranke Anteile in sich (vgl. Antonovsky 1997, 23f.). Wesentlich im Modell der Salutogenese ist zudem der Aspekt der Heterostase, der besagt, dass jeder Mensch permanent dynamisch dabei ist, sich zu verändern und neuen Bedingungen anzupassen. Krankheit ist demnach nicht als Abweichung vom Regelfall zu sehen, sondern gehört als integraler Bestandteil zum menschlichen Leben (vgl. Franke 2012, 47).

Eine weitere Komponente ist das so genannte Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC), ein als Persönlichkeitsvariable angelegter Parameter für Gesundheit (vgl. Antonovsky 1997, 34-46;

<sup>5</sup> Kritisch sei zur WHO-Definition von Gesundheit von 1946 (vgl. WHO 1946) angemerkt, dass diese vielfach als Utopie kritisiert wurde (vgl. Franke 2012, 190), die zudem Gesundheit zu einem „absolute[n] Kriterium, dessen Nichterreichbarkeit definitorisch vorgegeben ist [erhebt] und die potentielle Ausgrenzung von Individuen vorwegnimmt, die dem Idealbild nicht genügen.“ (Bleidick 1999, 22).

Franke 2012, 183). Dieser steuert wesentlich, wie gut jemand mit den alltäglichen Stressoren<sup>6</sup> des Lebens umgehen kann (vgl. Franke 2012, 174), und der sich durch die im Laufe des Lebens erworbenen Erfahrungen ausbildet (vgl. Antonovsky 1997, 93). Hier werden demnach Erfahrungen, die aufgrund der Geschlechtszugehörigkeit, einer Beeinträchtigung oder des Lebensalters gemacht werden, aufgegriffen und als bedeutsam für die Entwicklung des Kohärenzgefühls erklärt. Mit einem hohen SOC werden tägliche Spannungen erfolgreich bewältigt, was zur Gesunderhaltung beiträgt. Während bei misslingender Spannungsbewältigung „Stress“ (Bengel et al. 2001, 33) bzw. eine gesundheitsschädigende Folge entsteht (vgl. ebd., 33f.). Antonovsky geht davon aus, dass dauerhaft vorhandene Ressourcen und Stressoren, die die Lebenserfahrung einer Person prägen, sowie herausragende Lebensereignisse das SOC verändern können (vgl. ebd., 44f.). Das SOC setzt sich aus drei Teilen zusammen:

1. Verstehbarkeit ist als kognitives Verarbeitungsmuster aufzufassen, mit dem es gelingt, die Welt nicht als chaotisch, willkürlich und zufällig, sondern als geordnet und konsistent zu erleben (vgl. Antonovsky 1997, 34f.; Bengel et al. 2001, 29).
2. Handhabbarkeit ist als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster angelegt (vgl. Bengel et al. 2001, 29), das ein Gefühl kennzeichnet, den Herausforderungen des Lebens begegnen zu können (vgl. Antonovsky 1997, 36). Es bezieht explizit nicht nur eigene Kontrollmöglichkeiten ein, sondern auch die „legitimierter anderer“ (Antonovsky 1997, 35), z.B. Lebenspartner\_in, Freund\_innen, Kolleg\_innen, denen eine Person vertraut (vgl. ebd.).
3. Bedeutsamkeit (als motivationale Komponente des SOC) ist die Voraussetzung dafür, die anderen Komponenten einzusetzen. Nur wer einigen Bereichen seines Lebens einen Sinn beimisst, wird Energie in sie investieren (vgl. Antonovsky 1997, 35f.). Für ein starkes SOC sollten zu den subjektiv bedeutsamen Lebensbereichen folgende gehören: „die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, [...] [die] wichtigste Tätigkeit und existentielle Fragen“ (Antonovsky 1997, 39).

Daraus ist zu folgern, dass die Erwerbsarbeit im Leben eines Menschen einen bedeutsamen Erfahrungsraum für die Ausformung des SOC darstellt (vgl. ebd., 105), so dass es sinnvoll ist, in diesem Bereich SOC-förderliche Bedingungen herzustellen und die Gesundheit von Beschäftigten zu schützen. Diese Annahme wird durch Studien gestützt, die ein hohes Kohärenzgefühl im Zusammenhang mit einer guten psychischen Verfassung belegen konnten (vgl. Grabert 2007, 34f.; Rottmann 2012, 12).

Neben dem SOC sind die so genannten generalisierten Widerstandsressourcen („generalized resistance resources“ – GRR; Antonovsky 1997, 18) für die Gesundheit von Menschen entscheidend. Diese sind als gesellschaftliche Ressourcen zu verstehen, die Lebenserfahrungen ermöglichen, welche u.a. Partizipation und Anforderungsbalance beinhalten (vgl. ebd., 18, 43; Franke 2012, 173, 183f.). Sie umfassen politische, ökonomische und soziale Aspekte und implizieren dabei eine Mitverantwortung der Gesellschaft an der Gesundheit ihrer Mitglieder (vgl. Franke 2012, 173f.). Damit wird hier, wie in der ICF, gesellschaftlichen Bedingungen eine hohe Relevanz für die Lage der Individuen zugeschrieben, wengleich die gesellschaftlichen Einflüsse in diesem Modell wenig detailliert erläutert werden.

Dem Modell der Salutogenese wird insbesondere für Gesundheitsförderung und Prävention ein hohes Potential zugestanden, da es die Stärkung individueller Ressourcen und gesellschaftlich förderlicher Bedingungen für Gesundheit in den Vordergrund rückt (vgl. Franke 2012, 178,

<sup>6</sup> Im Fokus der Salutogenese liegen psychosoziale, tägliche Anforderungen, die in Industrienationen mehr Gewicht als in anderen Ländern haben, während z.B. physikalische Reize, wie beispielsweise Waffengewalt und Hungersnot, eher mit Ansätzen basierend auf pathogenetischer Denkweise begegnet werden kann.

184; Bengel et al. 2001, 93-95; Bormann 2012, 33; Dollinger 2006, 187). Die durch Franke und Kolleg\_innen entworfene ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Modells ist besonders relevant, da die von ihnen ergänzten positiven Lebensgefühle (z.B. Wohlbefinden, Bedürfnisbefriedigung) die Gesundheit von Menschen vor allem auch am Arbeitsplatz fördern können (vgl. Franke 2012, 180, 182).

Für die vorliegende Studie ist somit festzuhalten, dass vom Modell der Salutogenese wichtige Impulse für eine ressourcenorientierte betriebliche Förderung (psychischer) Gesundheit von Beschäftigten ausgehen können.

Die beiden vorgestellten Denkmodelle des biopsychosozialen und des salutogenetischen Gesundheitsverständnisses haben zudem eine Bedeutung für die Definition der Arbeitsfähigkeit einer Person. Diese wird in einer sich entwickelnden Abkehr vom Pathogenese-Modell nicht mehr nur als Abwesenheit von diagnostizierter Krankheit betrachtet, sondern in Wechselbeziehung mit Umweltfaktoren (und hier dezidiert mit Ressourcen) betrachtet (vgl. Pech/Rose/Freude 2010, 242):

„[D]er Begriff der Arbeitsfähigkeit [ist] also die Leistungsfähigkeit im Hinblick auf konkret zu benennende Arbeitsanforderungen, insbesondere im Hinblick auf die vor Ort zu erledigenden Arbeitsaufgaben. Sie wird damit nicht abstrakt und allgemein als Fähigkeit zur Arbeit verstanden, sondern als Fähigkeit zu bestimmten Aufgaben in bestimmten Situationen.“ (Prümper/Richenhagen 2011, 136).

Die Erweiterung der Perspektive auf spezifische Umweltfaktoren in ihren Wechselwirkungen mit den individuellen Personenfaktoren macht damit die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit einer Person aus.

### **Beeinträchtigung und Behinderung**

Auch die ICF, die die WHO 2001 verabschiedet hat (vgl. DIMDI 2005, 24f.; Franke 2012, 97f.; Schuntermann 2006a, 23), greift die Verantwortung der Gesellschaft für die Gesundheit der einzelnen Mitglieder auf – wie im vorherigen Abschnitt dargestellt:

„Die ICF versucht eine Synthese zu erreichen, die eine kohärente Sicht der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene ermöglicht.“ (DIMDI 2005, 25).

Die ICF gilt als „Klassifikation der ‚Komponenten der Gesundheit‘“ (DIMDI 2005, 10) und bietet eine Definition von Behinderung, die in das biopsychosoziale Modell eingebettet ist, „das in der Literatur oft als ‚Konzept‘ oder ‚Philosophie‘ der ICF bezeichnet wird“ (Ewert/Stucki 2007, 954). Im Folgenden wird das Phänomen *Behinderung* auf Basis dieses Modells vorgestellt. Es bietet einen Ansatz, drei Perspektiven zu vereinen. Gemeint sind der Menschenrechtsaspekt unter Einbezug von Gesetzgebung, Rechtsprechung sowie Politik, der Aspekt subjektiver Erfahrung und der Aspekt der Interventionen auf der Individuumsebene (vgl. Schuntermann 2006b, 231).

Trotz des Schwerpunktes einer individuumszentrierten Sichtweise nimmt die ICF in ihrer Behinderungsdefinition mit den so genannten Kontextfaktoren den gesellschaftlichen Einfluss auf die jeweilige Lage des einzelnen Menschen auf. Die Kontextfaktoren werden unterteilt in *Umweltfaktoren* („fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt“; DIMDI 2005, 17), wie z.B. Verhalten von Familie, Freund\_innen, Kolleg\_innen, Arbeitgeber oder Produkte und Technologien (vgl. DIMDI 2005, 21f.; Landtag NRW 2004, 40; Schuntermann 2006b, 232; ders. 2007, 24) sowie in *personenbezogene Faktoren* („Einflüsse von Merkmalen der Person“; DIMDI 2005, 17). Zu diesen

gehören u.a. Persönlichkeitsmerkmale, Alter, Geschlechtszugehörigkeit und Verhaltensweisen wie z.B. Gesundheitsverhalten (vgl. DIMDI 2005, 21f.; Landtag NRW 2004, 40; Schuntermann 2006b, 232; ders. 2007, 24). Kontextfaktoren können zum einen als Förderfaktoren<sup>7</sup>, zum anderen als Barrieren der Gesundheit wirken (vgl. ebd. 2007, 24f.).<sup>8</sup> Damit wird der gesamte Lebenshintergrund einer Person aufgegriffen (vgl. DIMDI 2005, 4).

Zentraler Kern ist im ICF-Modell der Ansatz der funktionalen Gesundheit einer Person:

„Eine Person ist *funktional gesund*, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen)“ (DIMDI 2005, 4).

Einschränkungen der körperlichen Funktionen und Strukturen werden als „Schädigung“ bezeichnet (DIMDI 2005, 17). Wenn aufgrund dieser Einschränkungen Aktivitäten nicht realisiert werden können, wird von „Beeinträchtigung“ (ebd.) gesprochen, die als funktionale Beeinträchtigung zu verstehen ist. „Behinderung“ (ebd., 22) tritt auf, wenn Teilhabe an Lebensbereichen durch Wechselwirkungen mit Umweltfaktoren dauerhaft eingeschränkt werden (vgl. ebd.). Da die ICF nicht trennscharf zwischen Aktivitäten und Teilhabe differenziert (vgl. ebd., 21), werden in der vorliegenden Arbeit die Begrifflichkeiten, die Einschränkungen zum Ausdruck bringen (Beeinträchtigung bzw. Behinderung), wie oben definiert verwendet. Zentral ist dabei, dass in der ICF der Begriff Beeinträchtigung im Sinne einer eingeschränkten Aktivität umfassend eingesetzt wird, während sich der Begriff Behinderung auf die Einschränkung von Teilhabe durch gesellschaftliche Faktoren bezieht (vgl. DIMDI 2005, 5, 17; BMAS 2013, 7).<sup>9</sup> Schuntermann (2006b) erläutert dazu:

„Insbesondere die Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. [...] Erwerbsleben [...]) kann durch Kontextfaktoren (z.B. [...] Überzeugungen der Menschen in der Gesellschaft [...]) beeinträchtigt oder unterstützt werden. Im ersten Fall wird von *Barrieren* und im zweiten Fall von *Förderfaktoren* gesprochen [Herv. i. O., Anm. T.S.G.]. Unter Behinderung versteht die WHO die negative Wechselwirkung einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit (insbesondere der Teilhabe an einem Lebensbereich)“ (ebd., 232f.).

In der ICF ist der Begriff Behinderung weiter gefasst als im SGB IX (vgl. Schuntermann 2006b, 233). Es ist davon auszugehen, dass ein kleinerer Anteil der von Behinderung Betroffener diese amtlich als (Schwer-)Behinderung anerkennen lässt (vgl. BMAS 2013, 8).

7 Nach Schuntermann (2007) werden positiv auf die Gesundheit einer Person wirkende Personfaktoren oftmals als „Ressourcen“ bezeichnet (ebd., 27).

8 Im Zusammenspiel von Förderfaktoren und Barrieren weist Schuntermann (2007) darauf hin, dass fehlende Barrieren sich positiv auf die funktionale Gesundheit auswirken können und fehlende Förderfaktoren entsprechend negativ (vgl. ebd., 27).

9 Zur vertiefenden Diskussion um die Definition von Behinderung siehe Dederich (2009), Bach (1999), Bleidick (1999, 15). Auf die Bedeutung, Behinderung über die soziale Einbettung hinausgehend mit einem menschenrechtlichen Modell zu fassen, das u.a. Behinderung als Teil menschlicher Vielfalt wertschätzt, geht Degener (2015, 64f.) ausführlich ein.

In der ICF werden „Funktionsfähigkeit und Behinderung als Ergebnis einer dynamischen Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem einerseits und den Kontextfaktoren andererseits angesehen“ (C. Lindmeier 2005, 10; vgl. Schuntermann 2006a, 23f.). Das bedeutet, dass bidirektionale Interaktionen innerhalb der drei Dimensionen stattfinden, so dass Partizipationsprobleme oder Aktivitätseinschränkungen auch Gesundheitsprobleme zur Folge haben können (vgl. C. Lindmeier 2005, 10).

In die UN-BRK wurde auf dieser Basis aufgenommen, dass

„Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (Präambel, Buchstabe e UN-BRK 2008).

An der ICF als internationale Sprachregelung (vgl. Schuntermann 2004, 56) für alle Professionen orientiert sich die vorliegende Arbeit, die meist den Terminus *beeinträchtigte* Frauen und Männer verwendet. Von *behinderten* Frauen und Männern wird vor allem dann gesprochen, wenn sozialrechtliche Zusammenhänge behandelt werden bzw. Eigennamen von Organisationen oder andere Quellen wiedergegeben werden. Die Begrifflichkeit *erkrankte* Menschen wird eingesetzt, wenn es insbesondere um die Phase der (Erst-) bzw. Akuterkrankung geht.

Mit der Berücksichtigung sozialer und gesellschaftlicher Aspekte betont die ICF den relationalen Charakter von Behinderung, der sich in Abhängigkeit verschiedener Kontexte zeigt (vgl. Dederich 2009, 15f.; C. Lindmeier 2005, 10). Die Behinderungsdefinition, die dieses Modell bietet, trifft in der Teilhabeforschung/Rehabilitationswissenschaft auf einen großen Konsens (vgl. z.B. Dederich 2009, 16; Gröschke 2007, 104), wie folgendes Zitat belegt:

„Dadurch [durch die Weiterentwicklung zur ICF, Anmerkung T.S.G.] sollte einer defizitorientierten und defektologischen Auslegung des Behinderungsbegriffs vorgebeugt und eine subjekt- und ressourcenorientierte Perspektive begünstigt werden, die Selbstbestimmung und -gestaltung der von Behinderung betroffenen Menschen und ihr Recht auf uneingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe und soziale Inklusion als Leitprinzipien und Zielvorgabe der Rehabilitation betonen will.“ (Gröschke 2007, 104).

Das Konzept der Teilhabe mit den daraus ableitbaren rehabilitativen Hilfen nimmt eine besondere Stellung ein, wird Teilhabe doch als „wichtigstes Konzept der ICF“ beschrieben, (Schuntermann 2006a, 24; siehe auch ders. 1999, 354f.):

„Es bezieht sich auf den Menschen als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt. *Teilhabe* ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die eine Person beim Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich hat. Im Teilhabekonzept sind die Aspekte der Menschenrechte und der subjektiven Erfahrung integriert.“ (Schuntermann 2006a, 24).

Teilhabe an allen gesellschaftlichen Bereichen gilt damit als Ziel aller Rehabilitationsbemühungen (vgl. ebd.) und wird im Zuge von Selbstbestimmung und Empowerment in ein gewandeltes Behinderungsverständnis integriert. Auch in der UN-BRK nimmt der Teilhabebegriff eine zentrale Stellung ein, denn es wird auf die „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ als Grundsatz abgezielt (Art. 3 UN-BRK). In der englischen, rechtsverbindlichen Fassung der UN-BRK wird als Grundsatz „full and effective participation and inclusion in society“ formuliert (Art. 50 UN-BRK) und hiermit eher eine gleichberechtigte Ebene der Bedeutungen von Teilhabe und Inklusion transportiert. Der Begriff Inklusion bedeutet dabei eine Erweiterung von Integration und hat seine Wurzeln in den 1980er Jahren im englischen Sprachraum:

„Im Kontrast hierzu [zur Integration, Anm. T.S.G.] begreift sich der Ansatz der Inklusion als allgemeinpädagogischer Ansatz, der auf der Basis von Bürgerrechten argumentiert, sich gegen jede gesellschaftliche Marginalisierung wendet und somit allen Menschen das gleiche volle Recht auf individuelle Entwicklung und soziale Teilhabe ungeachtet ihrer persönlichen Unterstützungsbedürfnisse zugesichert sehen will“ (Hinze 2006, 98).

Inklusion gilt als generelles Prinzip, die Heterogenität von Gesellschaftsmitgliedern, nicht nur bezüglich Behinderung, sondern z.B. auch hinsichtlich ethnischer Herkunft, Weltanschauungen, sexuellen Orientierungen, als zu bejahenden Bestandteil anzusehen (vgl. Hinze 2006, 98) und wird auch so in der UN-BRK verstanden (vgl. Eikötter 2017, 149).<sup>10</sup> In dieser Arbeit wird das Konzept der Teilhabe, wie es in der ICF angelegt ist, genutzt und damit die gesellschaftliche Eingebundenheit vor dem Hintergrund eines Gesundheitsproblems verstanden. Diese kann insofern etwas enger ausgelegt werden als das Konzept der Inklusion, führt jedoch auf das Ziel der inklusiven Gesellschaft hin.

Bezogen auf berufliche Teilhabe sei hier auf die Legitimation durch die UN-BRK hingewiesen, denn diese betont das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch eigene Arbeit zu verdienen, „[...] in einem offenen, integrativen<sup>11</sup> und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt“ (Art. 27 Abs. 1 UN-BRK). Explizit berücksichtigt werden dabei auch jene Menschen, die im Laufe ihres Arbeitslebens eine Behinderung erwerben (Art. 27 Abs. 1 UN-BRK). Die Beschäftigung im Öffentlichen Sektor soll gefördert werden (Art. 27 Abs. 1 Buchstabe g UN-BRK), wie auch die Beschäftigung im privaten Sektor, u.a. durch Anreize und Maßnahmen (Art. 27 Abs. 1 Buchstabe h UN-BRK). Die UN-BRK fordert für Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht auf gleichwertig entlohnte Arbeit und gesunde Arbeitsbedingungen wie für die Gesamtbevölkerung (Art. 27 Abs. 1 Buchstabe b). Damit beschreibt die UN-BRK einen hohen normativen Anspruch in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben. Kritisch ist mit Biermann (2015a, 40) festzuhalten, dass die UN-BRK einen Arbeitsbegriff zugrunde legt, der sich auf Erwerbsarbeit als Maßstab für Inklusion bezieht und Reproduktionsarbeit wie auch andere Arbeitsformen, z.B. bürgerschaftliches Engagement, ausklammert. Dieses Verständnis werde „nicht der Vielfalt von Gesellschaftsvisionen gerecht“ (ebd.).

Um im Modell der ICF das Ziel der Sicherung, Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Teilhabe zu erreichen, werden zwei Ansatzpunkte für rehabilitative Angebote gesehen (vgl. Schuntermann 2004, 56; ders. 2006a, 24):

- das Aktivitätenkonzept (insbesondere die Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit)
- das Konzept der Kontextfaktoren (Abbau von Barrieren, Stärken von Förderfaktoren).

Insbesondere in der Anpassung von Kontextfaktoren wird die Chance gesehen, Behinderung zu verhindern bzw. zu mildern, da diese eher zu verändern sind als verschiedene Schädigungen bzw. Aktivitätsbeeinträchtigungen (vgl. C. Lindmeier 2005, 56).

### Psychische Beeinträchtigung

Psychische Erkrankung wird beschrieben als meist „extreme Ausprägung an sich normalen Erlebens (z.B. übersteigerte Angst oder Traurigkeit)“ (Jäger/Jacobi 2014, 47). Dazu führt Bastine (1998) aus:

<sup>10</sup> Der Diskurs zur Definition von Inklusion bzw. Teilhabe und deren geringe Trennschärfe kann hier nicht vertieft werden (ausführlich siehe Eikötter 2017, 147; Lindmeier/Lindmeier 2012, 180).

<sup>11</sup> Die offizielle deutsche Übersetzung verwendet „integrativ“ (Art. 27 Abs. 1 UN-BRK), die Schattenübersetzung hingegen „inklusiv“ (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2017, 24).

„Psychische Störungen sind Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen, interpersonalen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äußern und die von der jeweiligen Person nicht oder nur begrenzt beeinflussbar sind.“ (ebd., 19).

Dauer und Folgen einer Erkrankung können sehr unterschiedlich sein: von der vollständigen Genesung bis zu wiederkehrenden Erkrankungsphasen und chronischem Verlauf/dauerhaften Funktionsbeeinträchtigungen, die zu einer Behinderung führen können (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation – BAR 2010, 21f.; von Kardorff/Ohlbrecht 2006, 19).<sup>12</sup> Einer psychischen Erkrankung liegt die Abweichung von psychischer Gesundheit zugrunde, welche wie folgt definiert wird:

„Mental health is a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community.“ (WHO 2005, 2).

Um die bezüglich Art und Schwere der Erkrankung sehr heterogene Gruppe der Menschen zu beschreiben, die aufgrund eines psychischen Gesundheitsproblems (das durch entsprechende Symptomatik deutlich wird) in ihren Aktivitäten oder in ihrer Teilhabe kurzzeitig oder langfristig eingeschränkt ist, eignet sich der Begriff *psychische Beeinträchtigung*. Dieser Begriff umschließt jene, die auf der Aktivitäten-Ebene funktional beeinträchtigt sind ebenso wie jene, die darüber hinaus in ihrer Teilhabe behindert werden. Wohlwissend, dass es andere Begriffe gibt, die auch von Betroffenen selbst bevorzugt werden wie z.B. Psychiatrie-Erfahrene, und dass die Bezeichnung *Gruppe* kritisch gesehen werden kann (vgl. z.B. Aigner 2015, Kap. 1.2), wird der o.g. Begrifflichkeit in dieser Arbeit der Vorrang gegeben, um zum einen für die heterogene Gruppe zutreffend zu sein und zum anderen möglichst wenig stigmatisierend zu wirken. Der Fokus auf der Sprachregelung *Beeinträchtigung* eröffnet zudem die Möglichkeit, die in der Alltagswahrnehmung von Beteiligten, z.B. am Erwerbsarbeitsplatz, bestehende Differenzierung zwischen Beeinträchtigung aufgrund von Erkrankung und amtlich anerkannter (Schwer-)Behinderung zu vereinen: Menschen mit einer Erkrankung werden häufig nicht als *behindert* angesehen, obwohl eine anerkannte Behinderung vorliegen kann. Zugleich ist das Alltagsverständnis von *Behinderung* von Körper-, Sinnes- oder geistiger Behinderung geprägt und wird (vordergründig) nicht mit Erkrankung in Verbindung gebracht (vgl. von Kardorff/Ohlbrecht 2015, 16f.). Diese Beobachtung trifft insbesondere bei psychischer Erkrankung zu. Zur Beschreibung dieser beiden Personengruppen (beeinträchtigt durch Erkrankung bzw. behindert), unter denen Schnittmengen bestehen, eignet sich der Begriff der Beeinträchtigung folglich in besonderer Weise.

In der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision“ (ICD-10) werden psychische Erkrankungen klassifiziert. Die Diagnosen der Gruppen F00-F99 (ICD-10) werden zusammenfassend als „Psychische und Verhaltensstörungen“ (ebd.) bezeichnet. Eine Diagnose gilt als Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen der sozialen Sicherungssysteme (vgl. Franke 2012, 32, 86) und hat damit versorgungspraktische und juristische Relevanz (vgl. Jäger/Jacobi 2014, 52). Folglich haben Diagnosestellungen eine große Bedeutung für die Betroffenen und die Gesellschaft. Der Begriff *Störung* wird in den Klassifikationssystemen („Diagnostic and Statistical

12 Zur Vertiefung (insbesondere der Ätiologie psychischer Erkrankungen, Diagnostik, Prävalenz, Verlauf, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten) sei z.B. auf Dörner/Plog/Teller et al. 2015 verwiesen.