

# Frauen mit Schizophrenie stehen in der Rehabilitation vor besonderen Hürden

## Bedeutende Kontextfaktoren zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

VON JUDITH OMMERT

Der Beitrag fasst die Ergebnisse einer empirischen Studie der Autorin zusammen, die sich mit den Kontextfaktoren für Frauen mit Schizophrenie im Rahmen ihrer beruflichen Rehabilitation und den Wechselwirkungen für die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung auseinandersetzt.

### Zur Ausgangssituation

Seit Jahren weisen die Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherungen einen enormen Anstieg von Arbeitsunfähigkeitstagen durch psychische Störungen auf (vgl. Marschall et al. 2018, S. 8). Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) benennt seit 2001 psychische Störungen als häufigste Bewilligungsdiagnose der Erwerbsminderungsrente (aktuell 43 Prozent) (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2018, S. 54).

Der allgemeine Arbeitsmarkt bleibt Menschen mit psychischen Störungen häufig verschlossen – trotz gesetzlicher Verankerungen, wie z.B. Art. 27 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und dem Recht von Menschen mit Behinderung auf bezahlte Arbeit, trotz der besonderen Berücksichtigung von Bedürfnissen von Menschen mit seelischen Behinderungen am Leben in der Gesellschaft im SGB IX und trotz der Vorgabe zur Schaffung eines inklusiven Arbeitsmarktes. Dies gilt insbesondere für Frauen mit psychischen Störungen, die aufgrund ihres Geschlechts und ihrer psychischen Störung eine doppelte Diskriminierung erfahren. An dieser Stelle kommt der beruflichen Rehabilitation eine wesentliche Bedeutung zu, die dazu beitragen soll, Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zu fördern.

Es ist davon auszugehen, dass diverse Kontextfaktoren mit ihren Wechselwirkungen dazu beitragen, dass die Rehabilitation und, darauf folgend, die Teilhabe an Arbeit gelingt bzw. nicht erfolgreich ist. Entsprechend stellt sich die Frage, welche Kontextfaktoren für Frauen mit psychischen Störungen in der Rehabilitation von zentraler Bedeutung sind und wie diese Faktoren durch ihre Wechselwirkungen die Teilhabe an Arbeit beeinflussen. Daher sollte der Fokus in der beruflichen Rehabilitation auf einem maximal exkludierten weiblichen Personenkreis mit psychischen Störungen liegen.

### Das Forschungsdesign

Die konzeptionelle Grundlage der Forschungsarbeit bildet das biopsychosoziale Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) mit seinen Kontextfaktoren und deren Wechselwirkungen auf die funktionale Gesundheit. Zur Bearbeitung der Fragestellungen wurde zu Beginn auf Grundlage von Routinedaten der DRV herausgearbeitet, welcher weibliche Personenkreis mit psychischen Störungen wenige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beansprucht (Maßnahmenebene) und welche statistischen Besonderheiten diesem Personenkreis zugrunde liegen.

Als besonders betroffener Personenkreis wurden Frauen mit Schizophrenie identifiziert.

Darauf folgten 15 problemzentrierte Interviews (hessenweite Vollerhebung) in hessischen Institutionen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) und in beruflichen Trainingszentren (BTZ). Hierbei handelt es sich um die beiden Rehabilitationsmaßnahmen zur Förderung der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, die ausschließlich für Menschen mit psychischen Störungen ins Leben gerufen wurden. Nach der Auswertung der Interviews konnten spezifische Kontextfaktoren und deren Wechselwirkungen identifiziert werden.

Auf Basis dieser Ergebnisse folgte die Bildung von Thesen, mit denen sich Praxisexpertinnen und -experten aus hessischen RPK- und BTZ-Institutionen in Gruppendiskussionen auseinandersetzten. In einer interpretativen Analyse wurden die Ergebnisse aus den Interviews und Gruppendiskussionen zu bedeutenden Kontextfaktoren und deren Wechselwirkungen für die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zusammengeführt.

### Ergebnisse aus der Analyse der Routinedaten der DRV

Wie bereits angedeutet, stellte sich bei der Auswertung der Routinedaten der DRV auf Basis des Scientific Use File (SUF) »Abgeschlossene Rehabilitationen 2014« heraus, dass es sich bei Frauen mit Schizophrenie um eine maximal exkludierte Gruppe im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben handelt. Unter den Leistungsberechtigten der DRV mit Schizophrenie ( $n = 808$ ) befinden sich 37 Prozent ( $n = 295$ ) Frauen und 63 Prozent ( $n = 513$ ) Männer. Dabei erkrankten ebenso viele Frauen wie Männer an dieser psychischen Störung.

Als weitere Besonderheiten dieses Personenkreises wurden folgende Aspekte generiert: Das Durchschnittsalter bei Antritt der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben liegt bei Frauen mit Schizophrenie bei 45 Jahren und bei Männern bei 42 Jahren. Den Hauptanteil der Leistungsberechtigten mit diesen Diagnosen bilden die 30- bis 54-Jährigen. Während dieser Altersspanne bleibt die Anzahl der leistungsberechtigten Männer etwa gleich. Die Zahl der Frauen steigt dagegen kontinuierlich an und erreicht im Alter von 45 bis 59 Jahren ihren Höhepunkt. Ab dem Alter von 40 Jahren machen Frauen mit Schizophrenie den größeren Anteil dieser Kohorte aus. Der unter den Leistungsberechtigten mit Schizophrenie am häufigsten vertretene Familienstand ist ledig.

Vor dem Antritt der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben sind mit Abstand die meisten Leistungsberechtigten mit Schizophrenie nicht erwerbstätig. Die Mehrzahl arbeitet in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ( $n = 691$ ) und nur ein sehr geringer Anteil dieser Leistungsberechtigten ( $n = 50$ ) befindet sich in RPK- und BTZ-Institutionen (vgl. FDZ-RV - SUFRSDQJ14B 2016).

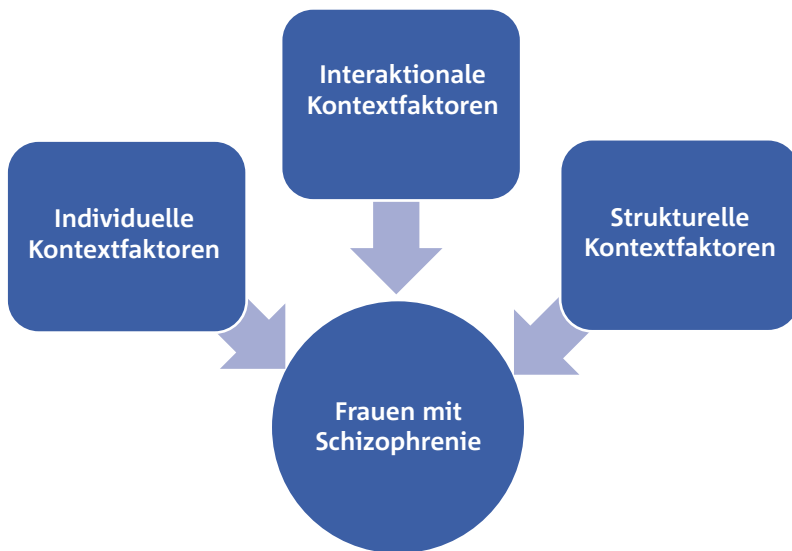


Abb.: Kontextfaktoren zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung bei Frauen mit der Diagnose Schizophrenie

### Ergebnisse aus den Interviews und Gruppendiskussionen

Identifiziert wurden fünf bedeutende Kontextfaktoren: berufliche Vorgeschichte, soziale Nahräume, störungsspezifische Erfahrungen und Einstellungen, das Rehabilitationssystem und Perspektiven. Mit ihren untergeordneten Kategorien in all ihren Ausprägungen und Wechselwirkungen, die auf das Individuum wirken, konnten die Kontextfaktoren zu drei Bereichen zusammengefasst werden (s. Abb.).

*Individuelle Kontextfaktoren* beziehen sich ausschließlich auf das Individuum. Diesbezügliche Barrieren können zum Großteil in der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahme durch personenbezogene Interventionen bearbeitet und/oder reduziert werden. Die befragten Frauen nennen hier beispielsweise überlastende Situationen im privaten und/oder beruflichen Kontext, die zum Ausbruch der psychischen Störung geführt haben, Erlebnisse der Zwangseinweisung in psychiatrischen Kliniken, aber auch Stigmatisierungs- und Mobbing Erfahrungen (inkl. Selbststigmatisierung). Nicht zu unterschätzende Faktoren sind die Akzeptanz der psychischen Störung und die Medikation mit ihren Nebenwirkungen. Den Befragten bleibt der Zugang zu weiteren Therapieformaten wie z.B. Psychotherapie häufig verschlossen. Zudem hat die psychische Störung bei den befragten Frauen zahlreiche Erfahrungen des Scheiterns (privat und beruflich) zur Folge, die aufgearbeitet werden können/sollten.

*Interaktionale Kontextfaktoren* beziehen sich auf Strukturen, die durch das Miteinander mit anderen Menschen entstehen. Die befragten Frauen benennen hier beispielsweise die Interaktion mit der Herkunftsfamilie, dem sozialen Umfeld, aber auch mit den professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Institutionen. Um diese Barrieren zu bearbeiten und abzubauen, ist es notwendig, die Inhalte der Rehabilitationsmaßnahme zu erweitern. Es wird zudem die Bereitschaft des privaten und professionellen Umfeldes benötigt, sich mit den Barrieren Betroffener auseinanderzusetzen. Zu nennen sind hier unter anderem die Herkunftsfamilie und der gegenseitige Umgang mit der psychischen Störung. Die Familie ist für die befragten Frauen in der Regel ein Förderfaktor und weniger eine Barriere. Doch durch die psychische Störung kann es zu herausfordernden Situationen auf beiden Seiten kommen. Hier sollte – so von beiden Seiten erwünscht – die Familie in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden, um Missverständnisse zu reduzieren, gegenseitiges Verständnis hervorzubringen, aber auch Abhängigkeitsverhältnisse zu erkennen und ggf. zu reduzieren. Der Einbezug der Familie in die Rehabilitationsmaßnahme ist laut Angabe der Praxisexpertinnen und -experten grundsätzlich möglich, wird aber nur sehr selten umgesetzt. Eine weitere Barriere stellt der Verlust von sozialen Kontakten bzw. die Gewinnung neuer sozialer Kontakte im Sozialraum dar, welcher im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt werden kann. Nicht

zu unterschätzen sind auch Erfahrungen, Einschätzungen und das Verhalten des professionellen Personals gegenüber den Rehabilitandinnen.

*Strukturelle Kontextfaktoren* beziehen sich auf gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen der Leistungsträger und Leistungserbringer. Die damit in Verbindung stehenden Barrieren können nicht in der Rehabilitationsmaßnahme bearbeitet werden, denn dazu bedarf es der langfristigen Veränderung von politischen und staatlichen Mechanismen. Unter diesem Punkt lassen sich die meisten Barrieren von Frauen mit Schizophrenie zusammenfassen:

Menschen mit Schizophrenie im Allgemeinen haben aufgrund der Schwere der Störung häufig schlechtere Rehabilitationsprognosen und bekommen die beantragte Leistung seltener bewilligt als Menschen mit anderen Störungsbildern wie z.B. Depressionen. Dies geht damit einher, dass sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer in ihrer Bilanz positive Ergebnisse verzeichnen müssen. Ist die Rehabilitationsprognose positiv, nimmt das Antragsverfahren eine große Zeitspanne in Anspruch und ist sehr komplex. Laut Statistik der Deutschen Rentenversicherung warten Frauen mit Schizophrenie im Durchschnitt 101 Tage und Männer 151 Tage auf die Bewilligung ihrer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme (vgl. FDZ-RV - SUFRSDQJ14B 2016). Dabei handelt es sich lediglich um die Wartezeit beim Leistungsträger. Hinzu kommt eine Wartezeit beim Leistungserbringer. Nicht alle Betroffenen sind in der Lage, diese Wartezeiten zu überbrücken und/oder zu kompensieren. Haben Betroffene keine Unterstützung bei der Beantragung dieser Leistungen, kommen sie häufig an ihre Grenzen.

Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Störungen finden überwiegend in stationärer Form statt. Gerade Frauen mit Betreuungspflichten ist es nur selten möglich, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu absolvieren. Die an der männlichen Normalbiografie ausgerichtete Rehabilitationsmaßnahme sieht eine Teilzeitrehabilitation nicht vor. Frauen mit Betreuungsverpflichtungen erhalten so

nicht die Möglichkeit der Bewältigung von Familie, Haushalt und Rehabilitationsmaßnahme. Treten Frauen die Vollzeitrehabilitationsmaßnahme neben ihren zusätzlichen Verpflichtungen an, kann es zu einer enormen Belastung kommen.

Rehabilitationsmaßnahmen haben eine gewisse Freiheit, was die Individualisierung der jeweiligen Maßnahme anbelangt. Innerhalb dieser Maßnahme gibt es aber auch unverhandelbare Inhalte. Entsprechend passen die Inhalte der Maßnahmen nicht auf alle Bedarfe der befragten Rehabilitandinnen, und wichtige Aspekte, deren Bearbeitung für die Teilhabe an Arbeit notwendig wären (z.B. Einbezug der Familie in großem Umfang, um psychische Belastungen zu reduzieren), können nicht bearbeitet werden.

Erst am Tag der Entlassung der Rehabilitandinnen kann der Abschlussbericht fertiggestellt werden und erreicht dann den Leistungsträger. Es entstehen Lücken zwischen den aktuellen Maßnahmen und potenziellen Folgemaßnahmen. Dies erhöht die Gefahr der Dekompensierung und/oder kann den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme schmälern.

Die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes sind aktuell konträr zu den Bedarfen von Menschen mit Schizophrenie, sodass es lediglich 10–20 Prozent der Menschen mit Schizophrenie möglich ist, einer Arbeit nachzugehen (vgl. Gühne et al. 2015, S. 19). Die Leistungserbringer können nichts an der Arbeitsmarktsituation verändern. Ihnen ist jedoch bewusst, dass sie die Rehabilitandinnen zwar meist arbeitsfähig entlassen, diese aber höchstwahrscheinlich keine Anstellung finden bzw. wenn, dann lediglich in Zeitarbeitsfirmen, deren Bedingungen dazu beitragen, dass ein neuer psychotischer Schub droht. Nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit folgt irgendwann die Erwerbsminderungsrente, deren Bezug wiederum eine Barriere für die Förderung von Teilhabe an Arbeit darstellen kann.

## Schlussfolgerungen

Die Möglichkeiten der Teilhabe an Arbeit von Frauen mit Schizophrenie werden durch folgende Faktoren maximal geschmälert: Schwierigkeiten beim Zu-



Foto: suschaa / Photocase

gang zu Rehabilitationsmaßnahmen, nicht passgenaue Maßnahmen (gerade für Frauen), familiäre Herausforderungen, wenige/keine Sozialkontakte, die Krankheitsbewältigung, erlebte Stigmatisierung und eine nicht vorhandene Willkommenskultur des allgemeinen Arbeitsmarktes gegenüber Menschen mit psychischen Störungen sowie fehlende sozialpolitische und staatliche Mechanismen zur wirklichen Förderung von Teilhabe an Arbeit von Menschen mit psychischen Störungen. Um die genannten Barrieren zu reduzieren und die Teilhabe an Arbeit zu fördern, benötigt es ein individuelles, auf die jeweilige Person ausgerichtetes Vorgehen. Strategien der Unterstützung müssen unabhängig von (Rehabilitations-)Einrichtungen, deren (ökonomischen) Zielsetzungen und den gesellschaftlich-sozialrechtlichen Rahmenbedingungen partizipativ geplant werden können. Es bedarf individueller, personenbezogener und manchmal auch situativer Interventionen im Sozialraum der betroffenen Frauen, die sich auf Basis der jeweiligen Teilhabeziele ableiten und sich nicht auf ausschließlich einen Lebensbereich sowie einen bestimmten Zeitraum beziehen. ■

**Judith Ommert**, Professorin für Soziale Arbeit an der IUBH Internationale Hochschule in Frankfurt  
E-Mail: j.ommert@iubh-dualesstudium.de

## Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2018) Reha-Bericht 2018. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin
- FDZ-RV - SUFRSDQJ14B (2016) Abgeschlossene Rehabilitation 2014. Berlin und Würzburg
- Gühne, Uta; Riedel-Heller, Steffi G. (2015) Arbeitssituation von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung. Hg. v. Gesundheitsstadt Berlin, DGPPN und Universität Leipzig. Berlin
- Marschall, Jörg; Heldebrandt, Susanne; Zich, Karsten; Tisch, Thorsten; Sörensen, Jelena; Nolting, Hans-Dieter (2018) DAK-Gesundheitsreport 2018. Hg. v. DAK Gesundheit
- Ommert, Judith (2020) Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Bedeutende Kontextfaktoren und Wechselwirkungen für Frauen mit Schizophrenie. Wiesbaden: Springer VS