

## Endbericht der qualitativen Begleitforschung des REHAPRO-Modellprojekts *SEMpsych*

Uwe Krähnke  
Janina Myrczik  
Katharina Mühlich  
Beate Lieb<sup>1</sup>

Medical School Berlin  
Rüdesheimer Straße 50  
14197 Berlin

Berlin, 17.6.2025

**HINWEIS:** Das Datenmaterial (Aufzeichnungen von Einzelinterviews und Gruppendiskussionen) wurde vor der Analyse einer Pseudonymisierung unterzogen. Dies bedeutet, dass die im Endbericht auftauchenden Namen von Personen, Orten und Einrichtungen keine Klarnamen sind – mit Ausnahme von “Blaufeuer”.

---

<sup>1</sup> In den vorliegenden Endbericht sind Zwischenergebnisse eingeflossen, die im Rahmen der Projektbesprechungen mit allen SEMpsych-Beteiligten vorgestellt und diskutiert wurden. Die zahlreichen und wertvollen Hinweise konnten nicht im Einzelnen erfasst werden. Zudem enthält der Endbericht auch Zwischenergebnisse, die aus einzelnen, von Scott Gissendanner, Connie Weiß und Helen Gissendanner im Rahmen der Auftragsvergabe durchgeführten Erhebungen und Auswertungen hervorgegangen sind. Bei der endgültigen Korrektur und dem Redigieren des Manuskripts unterstützte uns Franca Schlimbach (Studentische Hilfskraft an der Medical School Berlin).

Bei allen diesen Personen möchten wir uns an dieser Stelle für die fruchtbare Zusammenarbeit herzlich bedanken.

## Abstract

Der vorliegende Endbericht enthält die Ergebnisse der qualitativen Begleitforschung des REHA-PRO-Modellprojekts SEMpsych („Die Gesundheits- und Arbeitspiloten: Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“). Federführend bei der Konzeption und der praktischen Umsetzung dieses 2019 gestarteten und durch das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ nach § 11 SGB IX geförderten Modellprojekts war die Deutsche Rentenversicherung Bund.

Die qualitative Evaluation ist von einem Forschungsteam der Medical School Berlin realisiert worden. Im Rahmen dieser Begleitforschung sind 18 Einzelinterviews mit den Teilnehmenden der Blaufeuer-Beratung sowie 7 Gruppendiskussionen mit Stakeholdern durchgeführt worden. Auf dieser empirischen Datenbasis (und ergänzender Feedbackbögen der Teilnehmenden) wurden explorativ-vertiefende Erkenntnisse über die praktische Umsetzung der im SEMpsych-Modellprojekt vorgesehenen Leistungen und organisatorischen Maßnahmen gewonnen. Im Fokus standen die Erfahrungen der Teilnehmenden mit der Intervention im Prozessverlauf; die Wirksamkeit und die Abläufe des Blaufeuer-Angebots sowie die Koordinations-, Übersetzungs-, und Abstimmungsleistung der Fallmanager:innen sowie das Zusammenwirken aller Akteure. Weiterhin interessierte, was die *Differentia specifica* des Blaufeuer-Angebots ist und inwiefern es sich im bestehenden Versorgungssystem für psychisch belastete bzw. erkrankte Arbeitnehmer:innen einfügt. Die qualitative Evaluation der Blaufeuer-Beratung zeigt, dass diese Versorgungsleistung für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen einen eigenständigen Stellenwert innerhalb der Versorgungslandschaft einnimmt. Die Angebote sind institutionsunabhängig und klient:innenzentriert. Dies ermöglicht eine neutrale und stigma-sensitive Unterstützung, die über punktuelle Beratungsleistungen hinausgeht und langfristige Veränderungsprozesse bei den Klient:innen fördert. Die Fallmanager:innen kombinieren sozialtherapeutische, sozialarbeiterische und Coaching-Elemente, um sowohl tiefere psychische Belastungsdynamiken als auch konkrete Alltagsprobleme zu adressieren.

Ein weiteres Merkmal von Blaufeuer ist die niedrigschwellige Zugänglichkeit des Angebots. Gerade das Fehlen von Zugangshürden und die Offenheit schafft ein Gefühl der Akzeptanz und ermöglicht es den Hilfesuchenden, ihre Anliegen in ihrem eigenen Referenzrahmen zu klären. Die Fallmanager:innen strukturieren diffuse Anliegen und bieten Unterstützung in verschiedenen Bereichen, wie der Bewältigung des Alltags und der Linderung psychischer Beschwerden. Zusammenfassend fungiert Blaufeuer als Schnittstelle im Versorgungssystem, indem es die Bedarfe der Teilnehmenden unvoreingenommen mit den verfügbaren Angeboten abgleicht und sie bei der Inanspruchnahme von Leistungen begleitet. Diese integrative Herangehensweise (Kombination von psychosozialer Beratung mit alltagspraktischer Unterstützung) fördert so die Rückkehr der Teilnehmenden in die Erwerbsarbeit sowie deren Wohlbefinden und Gesundheit.

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Einleitung und thematische Gliederung des Endberichts .....</b>	<b>4</b>
<b>II. Modellprojekt SEMpsych – Hintergrund und Versorgungsleistung .....</b>	<b>4</b>
<b>III. Ziele der qualitativen Begleitforschung und methodisches Vorgehen .....</b>	<b>6</b>
III.1 Durchführung von qualitativen Interviews mit Blaufeuer-Teilnehmenden und Auswertung mittels Grounded Theory und sequenzieller interpretativer Verfahren .....	7
III.2 Durchführung und Auswertung von Gruppendiskussionen nach der Dokumentarischen Methode .....	9
III.3 Tätigkeitsfelder des Medical School Berlin -Teams und Rollenklärung im Modellprojekt .....	10
<b>IV. Ergebnisse der qualitativen Evaluation – Praxiserfahrungen im Modellprojekt .....</b>	<b>13</b>
IV.1 Erfahrungen der Teilnehmenden mit der Blaufeuer-Beratung – Fallbeschreibungen und Analyseergebnisse .....	13
IV. 2 Blaufeuer-Beratung als passende Versorgungsleistung für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen .....	20
IV.3 Blaufeuer innerhalb der Versorgungslandschaft.....	31
IV.4 Grenzen des Blaufeuer-Angebots .....	41
IV.5 Verstetigung .....	43
<b>V. Zusammenfassung, Ausblick und methodische Limitationen .....</b>	<b>44</b>
V.1 Besonderheit des Blaufeuer-Fallmanagements im Versorgungssystem.....	44
V.2 Limitationen beim methodischen Vorgehen.....	47
V.3 Ausblick: Herausforderungen und Perspektiven für die Verstetigung des Modellprojekts .....	48
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>51</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>53</b>

## **I. Einleitung und thematische Gliederung des Endberichts**

Der vorliegende Endbericht enthält die Ergebnisse der qualitativen Begleitforschung des REHA-PRO-Modellprojekts SEMpsych. Die Einleitung gibt einen Überblick über die thematische Gliederung der qualitativen Begleitforschung.

Die Hintergründe des zugrundeliegenden Modellprojekts "SEMpsych" sowie die darin geplante Versorgungsleistung sind Gegenstand des zweiten Kapitels. Im dritten Kapitel werden kurz die Ausrichtung der qualitativen Begleitforschung sowie das methodische Vorgehen erläutert, insbesondere die Datenerhebung der Einzelinterviews und der Gruppendiskussionen, die Datenaufbereitung (Pseudonymisieren und Transkribieren) und die Analyseverfahren für die Datenauswertung.

Das vierte Kapitel enthält zentrale Analyseergebnisse der 18 Einzelinterviews mit den Teilnehmenden<sup>2</sup> der Blaufeuer-Beratung. Anhand dieser Selbstauskünfte lassen sich Rückschlüsse darüber ziehen, wie das Modellprojekt von denen erlebt wird, an die es adressiert ist. Welche Muster über die Einzelfälle hinaus lassen sich erkennen? Was erwarten die Teilnehmenden und wie stellen sich die Blaufeuer-Fallmanager:innen auf die Teilnehmenden ein. Zudem interessiert, welche Wirkeffekte entstehen.

Es wird beleuchtet, welche Bedeutung Beziehung in der Blaufeuer-Beratung hat. Von Interesse ist: Wie gestaltet sich die Interaktion zwischen Fallmanager:in und teilnehmender Person? Wie erfolgt die gemeinsame Problemsichtung, die Ziel- und Handlungsplanung sowie die Umsetzung der Vereinbarungen?

Im Zuge der qualitativen Prozessevaluation wird auch danach gefragt, was die Differentia specifica des Blaufeuer-Angebots ist und inwiefern es sich im bestehenden Versorgungssystem für psychisch belastete bzw. erkrankte Arbeitnehmer:innen einfügt. Zudem werden die Grenzen des Angebots aufgrund der empirischen Ergebnisse aufgezeigt. Schließlich weisen die Ergebnisse auf wichtige Aspekte für eine Verstetigung hin. Im fünften Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse noch einmal zusammengefasst und diskutiert, die methodischen Limitationen transparent gemacht und ein Ausblick auf die Verstetigung des Blaufeuer-Angebots gegeben.

## **II. Modellprojekt SEMpsych – Hintergrund und Versorgungsleistung**

Wie empirische Untersuchungen belegen, ist der durch psychische Erkrankungen bedingte Arbeitsausfall von Erwerbstätigen in der Bundesrepublik in den letzten Jahren stark angestiegen. So lassen sich knapp unter 20 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Krankschreibungen zurückführen (Knieps, Pfaff 2021; Schumann et al. 2022). Zudem sind psychische Beeinträchtigungen inzwischen die häufigste Ursache für Erwerbsminderungsrenten (Deutsche Rentenversicherung 2022). Die Problemlagen der Betroffenen sind vielfältig. Sie reichen von psychiatrischen Diagnosen (etwa Depression, Posttraumatische Belastungsstörung über Burnoutsyn-drome) bis hin zu akuten, kritischen Lebensereignissen und biografischen Sinnkrisen.

---

<sup>2</sup> Im Folgenden ist die Rede von den „Teilnehmenden“. Gemeint sind die Klient:innen der Blaufeuerberatung, die sich zur Teilnahme am Modellprojekt bereit erklärt hatten. Im Rahmen des SEMpsych-Gesamtteams wurde die Vereinbarung getroffen, die Formulierung „Teilnehmende“ zu verwenden. Diese Sprachregelung wurde auch im Endbericht beibehalten.

Häufig fehlt es an zeitnahen Hilfeangeboten und adäquaten Ansprechpartner:innen für die Betroffenen. In der Regel muss zu lange auf eine fachärztliche Behandlung oder/und einen Psychotherapieplatz gewartet werden. Zudem sind die angebotenen Interventionen vorrangig auf die Behandlung klinisch relevanter Symptomatiken ausgerichtet, so dass arbeitsplatzbezogene Faktoren nicht genügend berücksichtigt werden. Darüber hinaus mangelt es in den jeweiligen betrieblichen Kontexten der Betroffenen an professioneller psychosozialer Unterstützung, um die verlorene Arbeitsfähigkeit assistiert wieder zu erlangen und arbeitsplatzbezogene Veränderungen vorzunehmen. Ein weiteres Problem ist die fragmentierte Sozial- und Gesundheitsversorgung. Die unterschiedlichen Angebote des stark versäulten Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – die Akutversorgung, die Rehabilitation und das Betrieblichen Eingliederungsmanagement – sind untereinander nicht genügend vernetzt. Insbesondere der Zugang zu den betrieblichen und außerbetrieblichen Versorgungsangeboten ist nicht ausreichend niedrigschwellig, weil die Angebote jeweils nur für einen bestimmten Adressatenkreis zur Verfügung stehen. In der Regel werden sie zufallsabhängig in Anspruch genommen werden – je nach der konkreten Verfügbarkeit und dem Bekanntheitsgrad.

Angesichts dieser multiplen Problemlage bei der Versorgung von psychisch belasteten Arbeitnehmer:innen ist 2019 das Modellprojekt SEMpsych („Die Gesundheits- und Arbeitspilote: Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“) konzipiert und in den Folgejahren umgesetzt worden. SEMpsych wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ nach § 11 SGB IX gefördert. Federführend war die Deutsche Rentenversicherung Bund, Kooperationspartner sind die Universität sowie das Universitätsklinikum Würzburg und die Medical School Berlin (wissenschaftliche Begleitforschung), sowie das Institut für Qualitätssicherung und Prävention an der Deutschen Sporthochschule Köln und die regionalen Berufsförderungswerke (BFW) in den drei Modellregionen Berlin, Köln und Nürnberg.

Seit Oktober 2020 gibt es an drei Standorten „Blaufeuer“<sup>3</sup> – Anlaufstellen mit jeweils vier Fallmanager:innen. Das Ziel dieser Einrichtungen ist die stabile und nachhaltige Rückkehr der Betroffenen an den Arbeitsplatz sowie eine Verbesserung ihrer Lebensqualität. Im Rahmen des bis Mai 2025 laufenden Modellprojekts wurde ein Beratungsangebot entwickelt und erprobt sowie verschiedene Zugangswege getestet, um die Betroffenen frühzeitig zu erreichen.

Blaufeuer beinhaltet ein niederschwelliges institutionsunabhängiges Angebot für erwachsene Personen mit psychischen Belastungen, die sich negativ auf die berufliche Tätigkeit auswirken. Auf Basis der professionellen Expertise der Sozialarbeiter:innen bzw. Psycholog:innen werden die Klient:innen entlang eines gemeinsam entwickelten Ziel- und Handlungsplans beraten und maximal ein Jahr lang begleitet. Das entwickelte Beratungskonzept orientiert sich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC 2020). Beim Blaufeuer-Fallmanagement geht es um den bedarfsorientierten Umgang mit der jeweiligen Fallsituation zur Bewältigung einer personenbezogenen Problematik. Die Kernaufgabe des Fallmanagements ist die individuelle Beratung und Begleitung der Betroffenen sowie die Vermittlung von Hilfsangeboten mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, psychosoziale Belastungen zu reduzieren und die Lebensqualität zu steigern (Leven et al. 2022).

---

<sup>3</sup> Im Zuge eines partizipativen Workshops mit allen Beteiligten des Modellprojekts erfolgte die Namensgebung „Blaufeuer“. Übernommen wurde ein Begriff aus der Schifffahrt. „Blaufeuer“ bezeichnet ein Leuchtsignal, das in Not geratene Schiffe abgeben, um eine ortskundige Lotsin bzw. einen Lotsen an Bord zu rufen, um bei der Navigation zum nächsten sicheren Hafen zu unterstützen.

### III. Ziele der qualitativen Begleitforschung und methodisches Vorgehen

Die wissenschaftliche Begleitforschung erfolgt zum einen mittels eines qualitativen Forschungsansatzes, der durch die Medical School Berlin umgesetzt wird, und zum anderen mittels einer quantitativen Evaluationsstudie, die durch die Universität und das Universitätsklinikum Würzburg erfolgt. Sie erstreckt sich über den gesamten Zeitraum des Modellprojekts. Zunächst wurde im Rahmen einer formativen Evaluation untersucht, ob und in welcher Form die angestrebten Wirkmechanismen in Gang gesetzt werden konnten. Darüber hinaus wurde erprobt, wie Zugangswege in das innovative Blaufeuer-Angebot gebahnt und weiter ausgebaut werden können (direkt durch das betriebliche Umfeld oder über die hausärztliche Versorgung, die ambulante psychotherapeutische Versorgung sowie über die Empfehlung durch Krankenkassen). Weiterhin wurde analysiert, welcher Personenkreis (mit welchen psychischen Belastungen, Problemlagen die Blaufeuer-Beratung in Anspruch nimmt. Schließlich wurde im Rahmen einer summativen Evaluation und einer qualitativen Prozessevaluation die Wirksamkeit der gesamten Maßnahme untersucht.

Das Ziel der qualitativen Begleitforschung war eine explorativ-vertiefende Erkenntnisgenerierung über die praktische Umsetzung der im SEMpsych-Modellprojekt vorgesehenen Leistungen und organisatorischen Maßnahmen. Der innovative Charakter des Modellprojekts besteht in der multiplen Verzahnung der an dem Return to Work beteiligten Einrichtungen und der zugehörigen Akteur:innen – insbesondere Fallmanagement, Betrieb, Reha-Einrichtung, Sozialversicherungsträger und weiteren Netzwerkpartnern im Versorgungssystem. Hierbei kommt den eigenständig und von den genannten Einrichtungen unabhängig agierenden Fallmanager:innen eine tragende Rolle zu. Darüber, ob und wie ein solches Schnittstellen-Arrangement in der Praxis funktioniert, und wie es sich auf die berufliche Wiedereingliederung der psychisch belasteten Arbeitnehmenden tatsächlich auswirkt, liegen bis heute noch zu wenig gehaltvollen wissenschaftlichen Erkenntnisse vor.<sup>4</sup>

Aufgrund dieser Wissenslücke war eine explorative Begleitforschung mittels qualitativer Verfahren angebracht. Im Mittelpunkt standen dabei

- die Erfahrungen der Teilnehmenden mit der Intervention im Prozessverlauf.
- die Wirksamkeit und die Abläufe des Blaufeuer-Angebots,
- die Koordinations-, Übersetzungs-, und Abstimmungsleistung der Fallmanager:innen sowie das Zusammenwirken aller Akteure.

Vorgesehen waren Dokumentationen in Form von fallübergreifenden Analysen, die im Zuge von 18 Einzelinterviews mit den Betroffenen (meistens 6 Monate nach Abschluss der Intervention) sowie 7 Gruppendiskussionen mit involvierten Akteuren (plus zwei zusätzliche Einzelinterviews anschließend an die Gruppendiskussion mit Netzwerkpartner:innen) erstellt werden.<sup>5</sup>

Die qualitative Studie bestand aus zwei Modulen: Zum einen wurden Teilnehmende von Blaufeuer im Rahmen eines qualitativen Einzelinterviews befragt. Diese 18 Einzelinterviews wurden nach der Grounded Theory in Kombination mit der Narrationsanalyse ausgewertet. Des Weiteren wurden zwei offene Teilfragen aus den Feedbackbögen, erhoben durch die Universität Würzburg, qualitativ mittels der Grounded Theory (Corbin und Strauss 1994) ausgewertet. Zum anderen

---

<sup>4</sup> Der vorliegende Endbericht enthält ausschließlich die Ergebnisse der qualitativen Begleitforschung durch die MSB.

<sup>5</sup> Hinweis: die Leitfäden für die Einzelinterviews und die Gruppendiskussionen sind im Anhang dieses Endberichts einsehbar.

wurden vier Gruppendiskussionen mit den Fallmanager:innen, eine Gruppendiskussion mit den Projektkoordinator:innen sowie jeweils eine Gruppendiskussion mit betrieblichen Akteuren und Netzwerkpartner:innen an einem Standort durchgeführt und nach der Dokumentarischen Methode ausgewertet.

### **III.1 Durchführung von qualitativen Interviews mit Blaufeuer-Teilnehmenden und Auswertung mittels Grounded Theory und sequenzieller interpretativer Verfahren**

Grundsätzlich zielt die Erhebung von narrativen Interviews darauf ab, spontane Erzählungen („Narrationen“) von Personen über selbst erlebte Ereignisse oder Prozesse zu erheben. Solche Stegreiferzählungen geben Aufschluss über Prozessabläufe und zugrundeliegende Handlungsbedingungen. Ist der Gegenstand der narrativen Interviews die Biografie der Probanden, so kann rekonstruiert werden, wie sie ihren Lebenslauf selbst als geordneten Ablauf von aufeinander bezogenen Lebensabschnitten hervorbringen und erfahren.

Die Anwendung der Narrationsanalyse nach Schütze (1976, 1983) im Rahmen der Evaluationsstudie zu Blaufeuer bot sich an, weil dieses Verfahren einen Aspekt berücksichtigt, der auch bei psychosomatischen Erkrankungen bzw. Krisen eine große Rolle spielt: die persönlichkeits- und sozialisationsbedingte Disposition einer Person, das eigene Leben entweder aktiv und selbstbestimmt zu gestalten oder eher passiv und reaktiv zu erdulden, sich in organisationale Abläufe erfolgreich einzufügen oder zu scheitern („vier Prozessstrukturen des Lebenslaufs“ (Schütze 1981)). Wie salutogenetische Studien (grundlegend Antonovsky 1979, 1993) belegen, ist der Erfolg von Gesundheitsprävention und therapeutischer Behandlung psychosomatischer Erkrankungen, einschließlich der beruflichen Wiedereingliederung von betroffenen Personen, abhängig von deren Ressourcenausstattung und „einverlebten“ Handlungsmustern – im Spannungsfeld zwischen Vulnerabilität und Resilienz. Die Narrationsanalyse hatte demnach zum Ziel, die biografischen Verläufe der befragten Personen vor allem hinsichtlich der Erfahrungen mit der Beratung im Prozessverlauf zu analysieren.

Grundlegend sollte mit der Grounded Theory sehr offen ausgewertet werden, um möglichst offen den innovativen Charakter des Modellprojekts analysieren zu können. Mit der Grounded Theory ist der Forschungsprozess gemeint, also mehr als rein eine Auswertungsmethode. Sie bedeutet Erhebung, Datenanalyse und Theoriebildung parallel, damit auch ein theoretical sampling – Auswahl der zu befragenden Personen im Prozess durch Erkenntnisse aus den Interviews. Wenn keine substantiell neuen Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage durch das Führen neuer Interviews gewonnen werden, ist eine theoretische Sättigung erreicht und die Datenerhebung gilt als abgeschlossen. Die Auswertung erfolgt mittels des offenen, axialen und selektiven Kodierens. Beim offenen Kodieren werden einzelne Materialstücke detailliert analysiert, beim axialen Kodieren die Beziehungen um und zwischen einzelnen Kategorien (abstraktere Bezeichnungen von Textsequenzen aus dem Interview) entwickelt und beim selektiven Kodieren eine Präzisierung der entwickelten Kategorien und deren Beziehung zueinander hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfrage(n). Die Verwendung der Analyseverfahren der Grounded Theory hatte zum Ziel, die Wirksamkeit und die Abläufe des Blaufeuer-Angebots sowie die Koordinations-, Übersetzungs-, und Abstimmungsleistung der Fallmanager:innen zu erforschen.

Für jede interviewte Person wurde eine Falldarstellung erstellt – bestehend aus einer deskriptiven Wiedergabe des biografischen Verlaufs sowie einer analytischen Aufbereitung hinsichtlich der Fragestellungen. Auf der Grundlage der Einzelfallinterpretationen erfolgt der Fallvergleich, der als Typologie angelegt ist.

Durch den Einsatz der Software MAXQDA konnte im Zuge des Kodierens sämtliches Datenmaterial thematisch geordnet und analytisch aufgebrochen werden. Das erstellte Codesystem und die Memos – Notizen zu theoretischen Bezügen, Durchführung der Interviews, Akquise etc. – erlauben es uns Forschenden, die entsprechenden Fundstellen im Datenmaterial (Codings) in Bezug auf relevante Aspekte zielsicher für die weitere Analyse zu identifizieren und erkenntnisreiche Zusammenhänge festzuhalten.

Es konnten 18 leitfadengestützte Einzelinterviews (Leitfaden s. Anhang) mit Teilnehmenden von Blaubeuer an allen drei Standorten geführt werden. Der Kontakt zu den Personen wurde jeweils über die Fallmanager:innen hergestellt. Entsprechend des genehmigten Ethikantrages zur qualitativen Begleitforschung - [Medical School Berlin -2020/39 und DRV Bund\_Az. 3070-2020-01] wurde jeweils ein Anschreiben an potenzielle Teilnehmende mit Angaben zu den Forschenden als mögliche Kontaktpersonen über die Fallmanager:innen verschickt. Somit wurde ihnen die Wahl gegeben, sich direkt bei den Forschenden zu melden oder die Kontaktdaten an die Forschenden für eine Kontaktaufnahme über die Fallmanager:innen weiterreichen zu lassen.

Die ausgewählten Fälle spiegeln nach Art und Ausmaß der psychosomatischen Beschwerden und den konkreten Lebensumständen (Alter, beruflicher und familiärer Kontext, Geschlecht) die Variationsbreite der Blaubeuer-Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Erhebung wider. Es handelt sich nicht um ein repräsentatives Sample. Vielmehr wurden mit den erhobenen Interviews typische Konstellationen des heterogenen Feldes der Blaubeuer-Teilnehmenden erfasst. Die Auswahl der Einzelfälle erfolgte nach dem Prinzip der minimalen und maximalen Kontrastierung im Sinne des Theoretical Sampling (Glaser et al. 1967). Es wurden narrative Interviews leitfadengestützt und themenzentriert geführt. Ergänzend zur Befragungstechnik von narrativen Interviews wurden systemische, ressourcen- und lösungsorientierte Nachfragen gestellt.

Bei der Planung und Durchführung der Interviews spielte eine ethische Grundsatzüberlegung eine große Rolle: Aufgrund der erwartbaren thematischen Fokussierung auf psychosomatische Belastungs- und Krisenerfahrungen gerät die angestrebte Interviewsituation unweigerlich in die Nähe zu Gesprächssettings aus der Psychotherapie. Von den Interviewenden wurde deshalb klargestellt, dass keine diagnostischen Deutungen vorgenommen und in das Gespräch eingebracht werden. Ebenso wenig sollte die Erwartung geweckt werden, dass es um die Heilung der interviewten Person („Talking Cure“) geht.

Die leitfragengestützten Einzelinterviews mit den Blaubeuer-Teilnehmenden fanden jeweils nach beendeter Intervention statt. Die Eingangsfrage „Welche Rolle spielt Gesundheit in ihrem Leben?“ sollte biografische Erzählungen mit einer Fokussierung auf Gesundheit und Krankheit und den Umgang damit elizieren. Zur Vertiefung wurden thematische Nachfragen zu drei verschiedenen Themenbereichen genutzt. Es wurden Informationen zu den Themen *Gesundheit*; *psychische Beeinträchtigung* und *Erkrankung* eingeholt. Darüber hinaus wurden die Befragten zu Darstellungen ihrer individuellen Wahrnehmung von Blaubeuer und zum innerbetrieblichen Umgang ihrer Arbeitsstelle mit psychischen Problemen angeregt. Persönliche Angaben zu Alter, betrieblicher Funktion, familiärer Situation und zum aktuellen Gesundheitszustand rundeten die Interviews ab. Die Frage „Wie war das Gespräch für Sie?“ leitete jeweils die Abschlussequenz der Interviews ein und sollte eine abschließende Reflexion anstoßen.

Die Interviews fanden in verschiedenen Settings statt, je nach Wunsch der interviewten Person: in den Räumen der Medical School Berlin, in einem Park, in einem Café, bei den Teilnehmenden zuhause oder online. Die Interviews dauerten zwischen 75 bis 90 Minuten.

Alle Interviews und Gruppendiskussionen wurden mit einem Audio-Aufnahmegerät aufgezeichnet, pseudonymisiert, anschließend – angelehnt an das Transkriptionssystem GAT - transkribiert und vom Team der Medical School Berlin sowie kooperierenden Wissenschaftler:innen ausgewertet. Insgesamt fanden drei mehrstündige Auswertungsrunden mit allen Beteiligten qualitativ Forschenden statt zu einzelnen Fällen. Die Fälle wurden ausgewählt und diskutiert mit dem Ziel, die bereits existierenden ersten Ergebnisse zu modifizieren und präzisieren. Zudem gab es eine Arbeitsgruppe, die sich auf die biografischen Verläufe der befragten Personen in der Analyse konzentrierte und deren Bedeutung für die Erfahrung der Teilnehmenden mit der Baufeuher-Beratung im Prozessverlauf. Eine weitere Arbeitsgruppe fokussierte auf den Vergleichsdimensionen, die mittels der Grounded Theory induktiv entwickelt wurden und die zum Ziel hatten, die Wirksamkeit und die Abläufe des Angebots zu analysieren. Zudem wurden dabei auch die Leistungen der Fallmanager:innen herausgearbeitet.

### **III.2 Durchführung und Auswertung von Gruppendiskussionen nach der Dokumentarischen Methode**

Bei der Durchführung und Auswertung von Gruppendiskussionen nach der Dokumentarischen Methode geht es generell um einen Zugang zu den kollektiv geteilten Alltagsorientierungen innerhalb einer Gruppe, einer Organisation oder eines Milieus. Gerade die offene Diskussionsgestaltung in der Gruppe bei der Erhebung erlaubt es, eine Situation zu schaffen, in der sich die Teilnehmenden annähernd wie in ihrer gewohnten, natürlichen Umgebung und im Rahmen ihrer alltäglichen Kommunikation verhalten und nicht hinter einer Fassade der Selbstdarstellung agieren. Hierzu ist die Erhebung selbst als eine selbstläufige Diskussion zu initiieren, in der wichtige kollektive Erfahrungen durch die Gruppemitglieder selbst thematisiert werden – oder in den Worten der Dokumentarischen Methode: „Die Befragten ihre eigenen Relevanzen setzen können“ (Kleemann et al. 2013, S. 168).

Die Auswertung von Gruppendiskussionen nach der Dokumentarischen Methode (Bohnsack 1997) ermöglicht es, sozial geformte und in der Alltagspraxis der Befragten eingelagerte Denk-, Verhaltens- und Interaktionsmuster („konjunktive Erfahrungsräume“, „Orientierungsrahmen“, „tacit knowledge“; ebd.) in ihrer Soziogenese zu rekonstruieren. Bei der Analyse nach der Dokumentarischen Methode werden nicht primär die Inhalte der besprochenen Themen, sondern die zugrundeliegenden „Orientierungsmuster“ (Bohnsack und Nentwig-Gesemann 2010, S. 374) analysiert, die den Kern der von den Gruppenmitgliedern gemeinsam geteilten Deutungen, Wissensbeständen und Praktiken ausmachen. Entsprechend dieser Heuristik wurden bei der rekonstruktiven Auswertung der transkribierten und pseudonymisierten Gruppendiskussionen auf die dynamischen und interaktiv auffälligen Gruppendiskussions-Sequenzen besonders geachtet.

Bei den Gruppendiskussionen mit den Blaufeuher-Fallmanager:innen und Projektkoordinator:innen interessierten insbesondere die organisationale Implementierung des Blaufeuher-Angebots, sowie die konkreten Erfahrungen bei der Umsetzung des SEMpsych-Modellprojekts, also die Entwicklung der Beratungsleistungen durch die Fallmanager:innen über die Zeit. Gefragt wurde nach den ursprünglichen Erwartungshaltungen, Motivationen und beruflichen Hintergründen der Fallmanager:innen, Kriterien bzw. Richtlinien im Arbeitsalltag, und die Etablierung der Zusammenar-

beit mit Teilnehmenden, Aufbau von Strukturen, Rollen und Entscheidungskompetenzen, Zugänge von Teilnehmenden und Zielgruppenbestimmung und Kontakte zu Arbeitgebenden, Personen aus dem Versorgungssystem sowie weiteren Netzwerkpartner:innen.

Im Mittelpunkt der Gruppendiskussionen mit betrieblichen Akteuren und Netzwerkpartner:innen von Blaufeuer lag der Fokus darauf, wie das Blaufeuer-Angebot in den Betrieben einerseits und in der Versorgungslandschaft andererseits wahrgenommen wurde.

Die Gruppendiskussionen fanden jeweils mit 5-7 Personen in den Räumen der Standorte oder der Deutschen Rentenversicherung statt und dauerten ca. jeweils 80 Minuten.

Bei der Analyse der durchgeführten Gruppendiskussionen kam ein zweistufiges Interpretationsverfahren zum Einsatz. Nach der Auswahl der gezielt(er) zu untersuchenden Diskussionsausschnitte wurde zunächst im Rahmen der formulierenden Interpretation der immanente Sinngehalt der Äußerungen paraphrasiert. Hierbei erfolgt eine Reduktion auf die inhaltlichen Aussagen. Auf diese Weise wird versucht, sich dem objektiven Sinngehalt des Gesagten zu nähern und alle objektivierbaren Inhalte zu explizieren (Kleemann et al. 2013 S. 174). In der darauffolgenden reflektierenden Interpretation werden dieselben Ausschnitte unter dem Augenmerk des dokumentarischen Sinngehalts analysiert. Anhand des Sprachgebrauchs der Teilnehmenden, der Feinheiten ihrer Interaktion und anderer Details lassen sich Orientierungsmuster der Teilnehmenden bzw. der Gruppe erkennen. Es wird ein Perspektivenwechsel in der Analyse vorgenommen, „von der Frage ‚Was wurde gesagt?‘ auf ‚Wie wurde das gesagt, was gesagt wurde?‘“ (Kleemann et al. 2013 S. 175). Die Ergebnisse beider Interpretationsschritte wurden schließlich wieder miteinander verknüpft, sodass der Zusammenhang zwischen den Inhalten der Diskussion und der Art und Weise, wie die Diskussions-Teilnehmenden miteinander interagieren, herausgearbeitet wird.

### III.3 Tätigkeitsfelder des Medical School Berlin -Teams und Rollenklärung im Modellprojekt

Über die qualitative Evaluation der Blaufeuer-Versorgungsleistung und die regelmäßige Teilnahme an den Kernteamtreffen, den Regionaltreffen und den Gesamtprojektreffen hinaus war das Team der Medical School Berlin aktiv am Entwicklungsprozess des SEMpsych-Modellprojekts beteiligt.

In enger Absprache mit der Projektleitung wurden folgende Veranstaltungen zu Gesamtteam-Entwicklung organisiert und durchgeführt:

Zeitraum	Veranstaltung	Beteiligung durch Medical School Berlin -Team
12/2019	Kick-off-Veranstaltung in Fulda	Teilnahme des Medical School Berlin -Teams und Mitarbeit in den einzelnen Arbeitsgruppen
02/2020	Workshop zur Namensfindung "Blaufeuer"	Moderation durch Uwe Krähnke
09/2020	Gesamtprojektreffen und Regionaltreffen Berlin	Mitarbeit an den Themen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppe,</li> <li>• Zugangswege,</li> <li>• Netzwerkpartner</li> <li>• interne Kommunikation</li> </ul>
09/2021	Open-Space-Workshop mit Stakeholdern	Vorbereitung und lokale Organisation in den Räumen der Medical School Berlin; gemeinsam erarbeitete Ergebnisse zu drei Schwerpunkten

	Externer OS-Begleiter Jo Töpfer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratungspraxis des „Blaufeuer“-Fallmanagements</li> <li>• Erwartungen von Stakeholdern</li> <li>• Gewinnung von Teilnehmenden der Blaufeuer-Beratung entsprechend den Sollvorgaben der Projektantragstellung an den drei Standorten.</li> </ul>
02/2022	1. Workshop Fallmanagement - Schärfung des Konzeptes	<p>Vorbereitung und Durchführung des Online-Workshops durch Marina Wöber und Beate Lieb</p> <p>Sammlung der Perspektiven, Interessen, Sichtweisen; anschließend World-Café zu den Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Blaufeuer-Beratung</li> <li>• Wie und wann fängt Blaufeuer an?</li> <li>• Assessment</li> <li>• Ziel- und Handlungsplanung als zentrales Element der Beratung</li> <li>• Passungsverhältnis Fallmanager:in / Teilnehmer:in</li> </ul>
03/2022	2. Workshop Fallmanagement – Implikationen für die Praxis	<p>Vorbereitung und Durchführung des Online-Workshops durch Marina Wöber und Beate Lieb</p> <p>1. Arbeitsphase: Fragestellungen verstehen</p> <p>2. Arbeitsphase zu drei Arbeitspaketen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Blaufeuer-Beratung</li> <li>• Wie und wann fängt Blaufeuer an?</li> <li>• Klärungsphase</li> </ul>

Des Weiteren konnten die folgenden Ergebnis-Präsentationen der qualitativen Evaluation gute Praxis sowohl intern als auch extern sichtbar und nachvollziehbar machen bzw. intern auch Impulse zur Projektentwicklung geben:

<b>Zeitraum</b>	<b>Veranstaltung</b>	<b>Präsentierte Ergebnisse</b>
06/2021	Projekttreffen	Auswertung der ersten Gruppendiskussion (Dezember 2020) mit den Fallmanager:innen zum Interaktions- und Passungsverhältnis Fallmanager:in /Teilnehmende
04/2022	Gesamtprojekttreffen	Auswertung der ersten Einzelinterviews mit Teilnehmenden Blaufeuer wirkt? Die Unterstützungsleistung von Blaufeuer
06/2022	Kernteam	Auswertung Feedbackbögen
09/2022	rehapro Fachkonferenz Duisburg	Nach der Planung ist vor der Planung Der Übergang von der Testphase zur Bewährungsphase auch als Zäsur für die wissenschaftliche Begleitforschung (Mixed Methods)
11/2022	Kernteam	Zwischenergebnisse Passung und Versorgungssystem Blaufeuer vereint das Beste aus allen Versorgungswelten
11/2022	Regionaltreffen in Berlin, Köln, Nürnberg	Ergebnisdiskussion in den Standorten
04/2023	Gesamtprojekttreffen	Individuelles Resonanzerleben und Interaktives Problemlösen

06/2023	rehapro Online-Forum	Individuelles Resonanz erleben und Interaktives Problemlösen - zur Bedeutung der Beziehungsarbeit im Fallmanagement
08/2023	Veröffentlichung in der Zeitschrift Das Gesundheitswesen	Artikel gemeinsam von Deutsche Rentenversicherung, quantitative Evaluation Universität Würzburg und Medical School Berlin: „Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (SEMPsych) – die Blaufeuer- Intervention für Erwerbstätige mit psychischer Belastung“
09/2023	Regionaltreffen in Berlin, Köln, Nürnberg	Ergebnisdiskussion in den Standorten
03/2024	rehapro Fachkonferenz Duisburg	Gemeinsam mit Universität Würzburg Zugangs- Prozess und Ergebnisevaluation der Blaufeuer- Intervention
05/2024	Transfer-Workshop	Präsentation Qualitative Ergebnisse Evaluation Testphase und Diskussion
08/2024	Veröffentlichung in: M. Giesert, T. Reuter, A. Liebrich (Hrsg.): Psychische Gesundheit im Arbeitsleben, VSA Verlag, Hamburg	Verfassen des Buchbeitrages als Mitautor:innen: Zwischen Gesundheitsprävention und intensiver Begleitung. Das Blaufeuer-Fallmanagement als passendes Angebot für Arbeitnehmer:innen mit psychischen Belastungen
03/2024	Reha-Kolloquium Bremen	Beteiligung an der Poster-Session mit dem Thema: „Inneres Resonanz erleben und interaktives Problemlösen. Das Blaufeuer-Fallmanagement als professionsübergreifendes Versorgungsangebot für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen
05/2024	Transfer-Workshop	Vorstellung der Typologie latenter Grundorientierungen
05/2024	Zeitschrift: Die Rehabilitation	mit Universität Würzburg Verfassen des Aufsatzes: Arbeitsplatzprobleme und Grundorientierungen bei psychisch belasteten Arbeitnehmenden der Blaufeuer-Beratung: Ein Mixed Methods-Ansatz
09/2024	Zeitschrift: Die Welt der Gesundheitsversorgung. Neu und Nützlich	Mitautor:innenschaft beim Aufsatz: Das Versorgungsangebot „Blaufeuer“ - Frühzeitige Unterstützung bei psychischen Belastungen im Arbeitskontext
10/2024	Regionaltreffen Berlin	Diskussion der Typologien
10/2024	Regionaltreffen Köln	Diskussion der Typologien Gruppendiskussion zum Kurzassessment
11/2024	Gesamtprojekt Abschlussstreffen	Präsentation der Medical School Berlin -Aktivitäten im SEMpsych-Gesamtprojekt

## **IV. Ergebnisse der qualitativen Evaluation – Praxiserfahrungen im Modellprojekt**

### **IV.1 Erfahrungen der Teilnehmenden mit der Blaufeuer-Beratung – Fallbeschreibungen und Analyseergebnisse**

Bei der Evaluation eines als Modellprojekt eingeführten Versorgungsangebots sollten diejenigen befragt werden, an die das Angebot adressiert ist. Insgesamt liegen 20 Selbstauskünfte von Blaufeuer-Teilnehmende in Form von qualitativen Einzelinterviews vor. Befragt wurden Männer und Frauen im Altersspektrum von 33-64 Jahren aus allen drei Blaufeuer-Standorten. Um die Sicht der Blaufeuer-Teilnehmenden wiederzugeben, werden zunächst die biografischen Momente chronologisch und deskriptiv wiedergegeben, die mit der Blaufeuer-Beratung in Verbindung standen. Anschließend werden einzelne, für den jeweiligen Fall zentrale Aspekte vertiefend thematisiert – insbesondere Persönlichkeitsdispositionen und Handlungsmuster, die berufliche und private Lebenssituation vor, während und bei Beendigung der Beratung.

Auch wenn die qualitative Evaluationsforschung bei den subjektiven Erfahrungen der Proband:innen ansetzt, so beschränkt sich die Analyse nicht auf die bloße Wiedergabe des von ihnen Gesagten. Aufgedeckt werden zudem Aspekte, die über das hinausgehen, was die Interviewten selbst wissen und im Interview mitgeteilt haben. Erfasst wurden latente Sachverhalte, die sich in den Einzelfällen manifestieren und mittels interpretativer Verfahren rekonstruieren ließen (Kleemann et al. 2009). Hierzu zählen auch "blinde Flecken" der Blaufeuer-Teilnehmenden – also Aspekte, die ihnen selbst verborgen bleiben, weil sie nicht wissen, dass sie nicht wissen, was sie nicht wissen.

Der heuristische Nutzen der durchgeführten explorativen und methodisch kontrollierten qualitativen Fallanalysen besteht darin, an konkreten Einzelfällen typische Muster – in diesem Fall: wiederkehrende Erfahrungen mit und Effekte der Blaufeuer-Beratung – zu rekonstruieren. Jeder der folgenden 18 vorgestellten Einzelfälle steht also nicht nur für sich selbst, sondern als eine reale Möglichkeit, wie eine Blaufeuer-Beratung bislang durchgeführt und von den Adressat:innen tatsächlich erlebt wurde. Gerade bei der formativen Evaluation, in der die Zwischenergebnisse in das noch laufende Projekt zurückgespielt wurden, um die Beratungsprozesse zu optimieren und die Verstetigungsphase vorzubereiten, erwies sich das Aufzeigen solcher typischen Muster als nützlich.

Methodische Hinweise: Bei allen im Folgenden genannten Personen, Orte und Einrichtungen wurden Pseudonymisierungen verwendet. D.h. es handelt sich nicht um Klarnamen. Gewährleistet wurde somit, dass Personen nicht durch Dritte identifiziert werden können. Bei den verwendeten Zitaten aus den qualitativen Einzelinterviews und Gruppendiskussionen wurde zur besseren Lesbarkeit eine leichte Glättung nach dem Transkriptionssystem GAT 2 vorgenommen (Weglassen von Verzögerungslauten wie "ähm"; Einkleiden in Satzformen der schriftlichen Hochsprache), ohne dass davon die Interpretation betroffen ist. Die Zitate sind kursiv und in An- und Abführungszeichen gesetzt.

## IV.1.2 Fallübergreifende Muster bei den Teilnehmenden

### IV.1.2.1 Typische Grundorientierungen und Vulnerabilitätsrisiken

Wie die Zwischenergebnisse der formativen Evaluation (Universität Würzburg) zeigen, ist der psychische Belastungsgrad der Blaufeuer-Teilnehmenden (etwa gemessen an Depressivität und subjektiv erlebter Arbeitsfähigkeit) überdurchschnittlich hoch. Mittels qualitativer Auswertung der 18 Einzelinterviews mit Blaufeuer-Teilnehmenden lässt sich nachweisen, dass nicht nur arbeitsplatzbezogene Stressoren zu psychischen Belastungen führen. Auch individuelle Problemkonstellationen und biografische Ereignisse wirken sich auf das seelische Wohlbefinden der untersuchten Personen aus. Hierunter fallen insbesondere Zeitmangel für private Aktivitäten, soziale Konflikte sowie kritische Lebensereignisse wie Trennung oder Todesfall eines nahestehenden Menschen. In der Gemengelage führen diese Komponenten zu einem seelischen Ungleichgewicht bei den Betroffenen bzw. erhöhen deren Vulnerabilitätsrisiko.

Neben diesen in der Forschungsliteratur bekannten psycho-somatischen Stressoren zeigte sich bei der Auswertung der Interviews, dass es handlungsleitende Grundorientierungen (als Kern des eigenen Identitätskonzepts) gibt, die bei den Betroffenen zu Fallstricken der Arbeitsfähigkeit geworden sind. In der Regel kamen die von uns Interviewten mit dem Gefühl zur Blaufeuer-Beratung, aus der derzeit als belastend erlebten Situation auf Arbeit nicht herauszufinden.

Diese latenten Grundorientierungen der Blaufeuer-Teilnehmenden, die der eigenen psychischen Vulnerabilität Vorschub leisten, werden im folgenden Teil dargestellt. Deren Extrapolation stellt eine analytische Ergänzung zur quantitativ-statistischen Profilanalyse und weiteren Skalen getesteten Stressoren- und Belastungsanalysen dar, wie sie von dem Würzburger Team erstellt wurde (vgl. Schuler et al. 2024, Gerlich et al. 2025). Mit den latenten Grundorientierungen sind internalisierte Wissensmuster und Handlungsorientierungen (Bohnsack 2008; Stegmann et al., 2021) gemeint, also normative Orientierungen und Glaubenssätze, die den Personen selbst nicht immer bewusst sein müssen, jedoch als „innere Antreiber“ im alltäglichen Handeln fungieren. Die Grundorientierungen prägen auch maßgeblich die Einstellung zur Arbeit. Identifiziert wurden sechs Typen der Grundorientierungen:

- Heroische Leistungsoptimierung;
- Soziale Anerkennung;
- Regulierte Selbstverwirklichung;
- Pflichtbewusste Verantwortungsübernahme;
- Konservative Regelkonformität;
- Altruistische Fürsorge.

Die sechs latenten Grundorientierungen stehen mit Stressoren im Arbeitskontext und/oder im Privatleben sowie (bei einigen Interviewten) mit kritischen Lebensereignissen in Wechselwirkungen. Die Grundorientierungen lassen sich an den jeweiligen internalisierten Orientierungsmustern festmachen, also an mentalen Modi, mit Gegebenheiten im Alltag umzugehen, eigene Entscheidungen zu treffen oder sich passiv den Widerfahrnissen auszuliefern. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht der latenten Grundorientierungen, deren jeweilige Charakteristik mit Bezug zur Erwerbsarbeit sowie die dysfunktionalen Effekte

**Grafik: Typologie latenter Grundorientierungen bei Blaufeuer-Teilnehmenden**

heroische Leistungs-optimierung	pflichtbewusste Verantwortungsübernahme	altruistische Fürsorge	soziale Anerkennung	konservative Regelkonformität	regulierte Selbstverwirklichung
„Ich habe hundertfünfzig Prozent gebracht, weil ich auf Takt war.“	„Durchhalten! Alles andere ist Versagen.“	„Unterstützung? Ich bin eher so die Stütze für andere“	„Etwas mehr Anerkennung, dass gesehen wird, wie viel wir eigentlich machen“	„Die Arbeit hat sich stark gewandelt, früher war es eine Beratung, jetzt ist es ein Verkauf“	„Ich brauch Kreativität, aber mit Familie ist es wichtiger, dass man gut schlafen kann“
<ul style="list-style-type: none"> <li>permanente Selbstoptimierung</li> <li>hohe Ansprüche an sich selbst (Perfektionismus)</li> <li>Arbeit dominiert Lebensführung</li> <li>fehlende Regeneration/ Freizeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hohes Engagement und Pflichtgefühl</li> <li>Gefühl der Unerstetzbarkeit</li> <li>multiple Beanspruchung</li> <li>Verausgabung für andere, kaum Regeneration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>starke Hilfsbereitschaft („Kümmerer*in“)</li> <li>Unterstützung anderer Menschen als Lebenssinn</li> <li>mangelnde Abgrenzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Streben nach Wertschätzung für eigenes Engagement</li> <li>Beruf als Erfüllung und Funktionstüchtigkeit</li> <li>Soziales Miteinander ist wichtig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Festhalten an tradierten Mustern und Regeln</li> <li>Sorgfalt und Ordentlichkeit</li> <li>starke Identifikation mit Arbeit</li> <li>Regelkonformität bietet Sicherheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeiten ungen nach externen Vorgaben</li> <li>Streben nach hohem Arbeitsniveau</li> <li>Beruf als Erfüllung</li> <li>wenig Schonung</li> </ul>
Vulnerabilitätsrisiken und biografische Kippmomente					
Freiwillige Übernahme von immer mehr Arbeit → Erschöpfung	Aufreiben zwischen Verantwortung und Erschöpfung → Orientierungslosigkeit	Fokus auf anderen führt zu Entgrenzung und fehlender Selbstfürsorge → Selbstentäußerung	Wegfall klarer Vorgaben und übermäßige Kritik → Vertrauensverlust und Orientierungslosigkeit	Fehlende Anpassung an sozialen und/oder technischen Wandel → Erleben als nicht (mehr) handlungsfähig	Kritik an freier Ausübung der Arbeit und limitierte Selbstbestimmung → Mangelnde Motivation/ Resignation

Zur Erläuterung der sechs Grundorientierungen werden im Folgenden einzelne, jeweils prototypische Fälle pointiert skizziert. Hierbei gibt es zwangsläufig Redundanzen zu den ausführlichen Falldarstellungen aus Kap. IV.1.1. Im Mittelpunkt der prototypischen Falldarstellung steht die jeweilige Grundorientierung und deren Wechselwirkung mit Stressoren auf Arbeit und im Privatleben sowie die Vulnerabilitätsrisiken und biografischen Kippmomente, die jeweils zur Arbeitsunfähigkeit geführt haben.

**Permanente Überlastung und heroische Leistungsoptimierung – „Habe Hundertfünfzig Prozent gebracht, weil ich auf Takt war.“**

Herr Hoch (Anfang 30, mit einer diagnostizierten ADHS-Symptomatik, tätig als Stadtplaner) fühlt sich in seinem Job grundsätzlich wohl und empfindet ihn inhaltlich als sinnerfüllend, da er sich mit seinen Arbeitsthemen Ökologie und Nachhaltigkeit identifiziert und hier seine Kreativität einbringen kann. Zudem arbeitet Herr Hoch gerne in seinem Team mit flachen Hierarchien. Es kommt zu einer krisenhaft sich zuspitzende Überforderung, was die Arbeitsbelastung betrifft. Ein Blick auf die Entstehung der aktuellen Krise deutet jedoch auf eine biografische Pfadabhängigkeit hin, die bis ins Kindesalter zurückreicht. Zu seinem Identitätskonzept gehört das Streben nach permanenter *Selbstoptimierung*. Herr Hoch hat hohe Ansprüche an seine Arbeitsergebnisse und neigt zum *Perfektionismus*. Bereits in der Schule und im Studium war er sehr ehrgeizig und ging ans Limit seiner Leistungsfähigkeit, auch im intensiv betriebenen Freizeitsport. Über die Jahre hat er die Grundorientierung einer heroischen Leistungsoptimierung internalisiert und die Erwerbsarbeit ist zum unhinterfragten Lebensinhalt geworden. Bei der Arbeit muss er laut Selbsteinschätzung mehr leisten als Kolleg:innen. Begründet wird von ihm selbst dieses überdurchschnittliche Engagement in der Erwerbsarbeit mit seiner ADHS-Erkrankung. Um die aus der ADHS resultierenden temporären Arbeitsausfälle kompensieren zu können, machte er Überstunden und arbeitete mit einem hohen Output. Aufgrund seines Ehrgeizes erhöhte sich sein Arbeitspensum enorm und Herr Hoch hatte immer weniger Freizeit. Er weiß, dass die Mehrarbeit eigentlich Regenerationsphasen bedarf und es wichtig sei „in so eine gute Balance“ (Z. 120-22) zu kommen. Trotz dieser Selbsteinschätzung, in einer Work-Life-Balance zu sein, dominiert bei Herrn Hoch erkennbar die Erwerbsarbeit gegenüber dem Privatleben. Somit fehlen Ressourcen zur Regeneration. In der Vergangenheit konnte er seine Leistungsfähigkeit und seine Selbstoptimierung

bei der Arbeit unter Aufbietung aller zur Verfügung stehenden Ressourcen aufrechterhalten und seine Vulnerabilitätsrisiken ausblenden. Der Kipppunkt zur Krise wurde erreicht, als er – neben einer verstärkten Arbeitsverdichtung durch die permanenten Pitches bei Ausschreibungen und mangelnder Regeneration – eine unternehmensinterne Maßnahme der Personalplanung als ineffizient erlebte. Der für sein Selbstwirksamkeitserleben zentrale berufliche Erfolg, blieb in dieser Phase aus und Herr Hoch fühlt sich ausgebrannt und arbeitsunfähig.

***Akute Überlastung nach Bossing-Erfahrung und Suche nach sozialer Anerkennung – “Etwas mehr Anerkennung, dass gesehen wird, wie viel wir eigentlich machen”***

Frau Blitz, (Juristin mit langjähriger Berufserfahrung im öffentlichen Dienst) schilderte im Interview, dass sie ihren Beruf viele Jahre hoch ambitioniert und mit viel Freude ausgeübt habe. Sie berichtet von einer starken akuten Überforderung und feindseligem Verhalten. Auch in diesem Fall zeigt sich die Verschränkung von Arbeitsbelastungen, dem Wegfall von Ressourcen und ihrer Grundorientierung – in diesem Fall: *Suche nach sozialer Anerkennung*. Ihr Selbstbild speist sich aus dem beruflichen Erfolg, für den sie sich kaum schont. Sie zeigt bei der Erwerbsarbeit hohes Engagement, ist leistungsorientiert und legt Wert auf zuverlässiges, gründliches und ergebnisorientiertes Arbeiten, um den Vorgaben möglichst gerecht werden. Das Miteinander im Team, vor allem zu ihrer Vorgesetzten, ist ihr sehr wichtig. Ihre diesbezügliche Erwartung ist geprägt von gegenseitiger Wertschätzung und sozialer Nähe.

Als aufgrund der COVID 19-Pandemie ab 2019 auf Homeoffice umgestellt wurde, konzentrierte sich ihr Alltag noch stärker auf die Erwerbsarbeit. Durch den Lockdown fielen die sozialen Kontakte und der direkte Austausch mit Kolleg:innen als Ressourcen weg.

Bereits seit Jahren fühlte sich Frau Blitz von der Referatsleiterin, ihrer Vorgesetzten, „*subtil gemobbt*“ (Z.27). Insbesondere im Homeoffice spitzte sich der empfundene Druck so weit zu, dass sie in eine akute psychische Krise mit einer bis zum Zeitpunkt des Interviews anhaltenden Arbeitsunfähigkeit geriet. Durch als intransparent und fehlend empfundene Vorgaben der Vorgesetzten konnte sie nicht mehr den Arbeitsanforderungen gerecht werden: „Alles, was ich gemacht habe, war falsch. Also sie hatte fließende Regeln und ich hätte wissen müssen, welche die richtigen sind“ (Z.37-38). Kipppunkt zur Krise war eine als feindselig erlebte Rückmeldung durch die Vorgesetzte. Frau Blitz hat „*den Stift fallen gelassen [und] geheult*“, „*den Computer runtergefahren*“ und sich „*krankgemeldet*“ (Z.340-4).

***Soziale Konflikte und Orientierung an (regulierter) Selbstverwirklichung “Ich brauch einfach Kreativität, aber mit Familie ist es wichtiger, dass man gut schlafen kann”***

Frau Weber (Anfang 60, Architektin in einer großen Wohnungsbaufirma) entschied sich für die Beschäftigung bei ihrem Arbeitgeber einem Sicherheitsbedürfnis heraus. Sie hatte zum einen in ihrem Berufsfeld erlebt, wie unsicher Selbstständigkeit sein kann (Konkurs des Vaters und ihres Mannes) und zum anderen pflegte sie jahrelang ihren schwerkranken Ehemann bis zu dessen Tod. Diese Belastungen neben ihrer eigenen chronischen somatischen Erkrankung ließen sie nach einigen Jahren in der Selbstständigkeit als Architektin in eine Anstellung wechseln. Vor dem Tod des Ehemannes ließ sie sich krankschreiben, vermied jedoch die Thematisierung ihrer Erkrankung vor ihren Kolleg:innen, mit denen sie sich nicht eng verbunden fühlte. Wichtiger als eine soziale Eingebundenheit im beruflichen Umfeld ist ihr, die Arbeit nach den eigenen Vorstellungen erledigen zu können. Frau Weber (wie auch andere mit derselben Grundorientierung) erkennt in ihrem Beruf eine Erfüllung und möchte Ergebnisse auf einem hohen Niveau liefern. Ähnlich wie

in der auf soziale Anerkennung ausgerichteten Grundorientierung ist an einem möglichst perfekten Arbeitsergebnis gelegen ist, sie führen die Aufgaben daher sehr gründlich und korrekt aus. Mit hohem Engagement schonen sie sich kaum. Das Miteinander im Team ist Frau Weber weniger wichtig und sie eckt schnell bei anderen an. Das passiert immer dann, wenn die Vorgaben für sie nicht nachvollziehbar sind, sie ihrer eigenen Logik und Autonomievorstellungen nicht entsprechen. Frau Weber weist auf die von ihr wahrgenommene Sinnlosigkeit der Strukturen hin: *„dann hab ich aber erstmal RIESENprobleme mit hierarchischen strukturen und es ist vor allem sinnlos auch aufgebaut @ (h) komm ich nicht klar dann bin ich sehr/ nach außen hin sehr selbstbewusst (,) bin irgendwie= ne große sehr präsenste frau und sag was ich denke“* (Abs.28). Dies führt zu einer verstärkten Gereiztheit und sozialen Konflikten mit Kolleg:innen und Vorgesetzten.

### ***Multiple Care-Verantwortung und pflichtbewusste Verantwortungsübernahme „Durchhalten! Alles andere ist Versagen“***

Frau Wolke (Mitte 50, und Mitarbeiterin an einer Hochschule) ist seit einigen Jahren vom Vater ihrer drei Kinder getrennt. Ihr Sohn lebt momentan bei ihr. Sie hat ihre Bedürfnisse denen der Mitglieder ihrer Kernfamilie untergeordnet und sich selbst bei großer Belastung versucht, die Care-Verantwortung und gleichsam die Erwerbsarbeit aufrechtzuerhalten. Sie ist in beiden Bereichen sehr engagiert und übernimmt pflichtbewusst die Verantwortung für Menschen und/oder Aufgaben. Nach dem Tod ihrer Mutter, um die sie sich gekümmert hat, nehmen somatische Beschwerden zu und sie kommt nicht mehr zur Ruhe.

Aufgrund ihres Selbstverständnisses, dass sie für das Funktionieren von Gemeinschaften verantwortlich ist, übt sie die Tätigkeiten mit viel Engagement und Pflichtgefühl aus. Sie sieht sich als zentralen Pfeiler des sozialen und/oder beruflichen Gefüges und hat das Gefühl, funktionieren zu müssen, da sie unersetzbar sind und ohne sie alles zusammenbricht. Sie übernimmt kontinuierlich weitere Aufgaben, sodass sie immer weniger Regenerationszeiten für sich selbst hat. So engagierte sich Frau Wolke überaus stark für die Arbeitsplatzproblematik mit befristeten schlecht bezahlten Verträgen in ihrem Arbeitsumfeld. Sie kämpfte nicht nur für sich, sondern auch für ihre Kolleg:innen und bemerkte: *„ich glaube, ich habe da auch zu viel reingegeben, weil Kollegen gar nicht immer das gleiche Interesse haben. Das musst ich dann erstmal feststellen“* (Z.381-383). Durch die multiple Beanspruchung fällt es Personen mit dieser Grundorientierung schwer, sich zu fokussieren und sie verlieren ihre innere Orientierung. Bei Frau Wolke kam es aufgrund des Homeoffice während der Corona-Pandemie zur Krise, in der ihre fehlende Abgrenzung zu einer Erschöpfung führte. Sie fühlte sich aufgerieben zwischen der Selbstverpflichtung anderen gegenüber und der Unmöglichkeit, den Ansprüchen aufgrund ihrer Erschöpfung gerecht zu werden.

### ***Betriebliche Änderungen und konservative Regelkonformität „Das Beratungssystem ändert sich, wo ich Angst davor habe. Ich bin nicht jemand, der ständig wechselt innerhalb des Betriebes“***

Herr Warner (Mitte 50, Bankkaufmann) arbeitet seit über 30 Jahren beim selben Unternehmen im Bereich der Finanzdienstleistung. Er hat eine langjährige Partnerin und keine Kinder. Seine Tätigkeiten bei der Erwerbsarbeit waren sehr lange Jahre fest definiert, was ihm eine Sicherheit gab. Es kamen im Zuge der Digitalisierung immer neue Tätigkeitsschwerpunkte und Management-Prozesse im Betrieb hinzu, wodurch er keine fest gelegte Tätigkeit mehr hatte und er zudem in seinem Output kontrolliert wurde. Er fühlte sich fehlplatziert und konnte sich den geänderten

Abläufen nicht anpassen. Problematisch wurde es mit einer neuen Vorgesetzten, die stärker insistierte, dass er die neuen Anforderungen erfüllte. Er brach zusammen. Als Person mit einer Regelkonformitätsorientierung strebt er nach klaren Mustern und Regeln im Berufsalltag. Er war bestrebt, seine Aufgaben ordentlich und sorgfältig auszuüben, was nun nicht mehr möglich war. Dies war vor allem eine Herausforderung für ihn, da er sich stark mit seiner Arbeit identifizierte und stolz war, die Arbeit nach Werten, die im Betrieb gelebt werden, genauestens zu erfüllen. Mit dem Wegfall der erlernten und lange funktionierenden Regeln fehlt es an Orientierung. Dies kann bei Berufsanfängern mit sehr genauen bis zwanghaften Wertvorstellungen auftreten wie auch bei erfahrenen Arbeitnehmer:innen mit genauen Wertvorstellungen, die irritiert sind, dass ihre Vorstellungen sich nach Jahren der eigenen und externen Zufriedenheit nicht mehr kongruent sind mit Vorstellungen durch (neue) Vorgesetzte bzw. soziale oder technische Innovationen. Ihre Ressourcen passen in beiden Fällen nicht zu dem im Arbeitsalltag geforderten und sie haben Schwierigkeiten, sich anzupassen. Herr Warner berichtet: *„ja die Arbeit hat im Endeffekt sich stark gewandelt, früher war es eine Beratung, jetzt ist es ein Verkauf“* (Abs.16).

Dies verschärft sich zudem bei einer Arbeitsverdichtung durch Personalmangel oder anderen Zeitdruck. Die Befragten suchen in der Regelkonformität eine Sicherheit, keine Fehler zu machen, die sie nun nicht mehr erhalten. Sie rennen den Anforderungen hinterher und erleben sich als nicht (mehr) handlungsfähig. Während sie zuvor in ihrem erlernten und sicheren Bereich aktiv Handelnde waren, fühlen sie sich in den neu entstehenden Arbeitsstrukturen als passive und degradierte Ausführende und erleben keine Wertschätzung und Sicherheit.

### ***Arbeitsverdichtung und altruistische Fürsorge „Unterstützung? Ich bin eher so die Stütze für andere“***

Frau Mühe (Anfang 40 Jahre Sozialarbeiterin; chronifizierte psychische Erkrankung) kümmert sich ausufernd um anderen Menschen, vor allem bei der Erwerbsarbeit. Sie ist bestrebt, anderen Menschen zu helfen. Sie selbst schont sich nicht und nimmt auch ungerne Hilfe von anderen an. Die Unterstützung anderer Menschen empfindet sie als Lebenssinn und generiert dadurch ihren Selbstwert und ihre Identität. Sie besitzen einen hohen Anspruch an ihre Arbeit, um für andere da sein zu können und grenzt sich schlecht von Aufgaben ab. Sie arbeitet in einem Arbeitsbereich, der große Belastungen mit sich bringt. Problematisch wird es für sie bei einem akuten Personalmangel und einer Arbeitsverdichtung. Sie hat das Gefühl, die betreuten Teilnehmende nicht ohne Unterstützung lassen zu können. Je mehr sie sich überengagiert und Kolleg:innen wie auch Teilnehmende helfen will, desto weniger Selbstfürsorge praktiziert sie selbst und trägt ihren eigenen Bedürfnissen keine Rechnung mehr. Privat sagt sie viele Verabredungen ab und holt sich auch dort keine Unterstützung.

#### **IV.1.2.2 Verteilung der 6 Grundorientierungen im Untersuchungssample**

Anhand der eben dargestellten sechs prototypischen Fälle lassen sich die Charakteristika der im Untersuchungssample vertretenen latenten Grundorientierungen sowie die damit verbundenen Vulnerabilitätsrisiken und negativen biografischen Verlaufskurven gut ablesen. Wie die sechs Grundorientierungen bei allen 18 untersuchten Teilnehmenden verteilt sind, wird in der folgenden Tabelle dargestellt. Hingewiesen sei darauf, dass die Darstellung der Logik des Idealtypus (Weber 1922) folgt. Demnach beinhaltet die Realität in der Regel eine Mischform der abstrakt zugeschnittenen Idealtypen. Anders formuliert: Bei den untersuchten Personen lassen sich durchaus

mehrere Grundorientierungen und damit verbundenen Vulnerabilitätsrisiken identifizieren – allerdings in unterschiedlicher Ausprägung. Die idealtypisch dargestellten Grundorientierungen treten bei manchen Befragten zusammen auf (dargestellt jeweils durch ein x), bei manchen lässt sich eine Orientierung als dominanter Aspekt rekonstruieren (dargestellt durch zwei x).

**Tabelle: Verteilung der Grundorientierungen im Sample**

	Fürsorge	Leistungsop- timierung	Regelkon- formität	Verantwor- tungsüber- nahme	Anerken- nung	Selbstver- wirklichung
Frau Mühe	X	X				
Herr Stark		XX			X	
Frau Blitz		X			XX	
Frau Wolke				x		
Herr Hoch		xx				
Herr Kuhleemann		x				
Frau Lange		x			xx	
Frau Klippe				x		
Frau Weber						x
Frau Schröder				x	xx	
Herr Warner			x			
Herr Schön						x
Herr Schäfer			x	xx		
Herr Sprenger		x				
Frau Jung			x			

#### IV.1.2.3 Psychische Erkrankungen als präfigurierende Handlungs- und Wahrnehmungsschemata

Wie in der Tabelle deutlich wird, lassen sich drei Fälle - (Herr Bittner, Herr Diwan, Frau Schneider – keiner der sechs latenten Grundorientierungen klar zuordnen. Der Grund ist, dass in diesen Fällen offensichtliche psychische Erkrankungen vorliegen. Bei den Betroffenen dominieren kognitive Verzerrungen und idiosynkratische Projektionen. Im Gegensatz zu allen anderen Interviewten, zeigen sich hier nicht die Grundorientierungen als vorrangiges Problem der psychischen Belastung, sondern ungelöste und mit den kognitiven Defiziten assoziierten soziale Konflikte. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten, das Verhalten von anderen Menschen zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren und attribuieren anderen Personen die Schuld für ihre eigenen Probleme bei der Arbeit.

Es lässt sich konstatieren, dass psychische Erkrankungen wie Wahnvorstellungen hier zu einer starken Inkongruenz zwischen Selbst- und Fremdbild führen., wodurch konsistente Grundorientierungen überlagert werden (Rogers 1959). Besonders bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen oder Akzentuierungen kann eine mangelnde Integration verschiedener Selbstaspekte auftreten, was zu inkonsistenten Verhaltensmustern führt (Kernberg 1984). Bei den drei Betroffenen gerät das Fallmanagement sichtbar an ihre Grenzen (vgl. Kap. IV.4.1).

## IV. 2 Blaufeuer-Beratung als passende Versorgungsleistung für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen

### IV.2.1 “Come as you are” und Problemsortierung beim Beratungsbeginn – Prozess des Ankommens bei Blaufeuer

Deutlich zeigt sich anhand der analysierten Einzelfälle, dass die Teilnehmenden in der Regel mit einer diffusen Erwartungshaltung zum Erstkontakt bzw. zum anschließenden ersten Beratungsgespräch der Blaufeuer-Beratung kommen. Der Grundtenor ist: “Ich brauche Hilfe! Was soll ich bloß machen?” Die Betroffenen fühlen sich hilflos und ratlos aufgrund ihrer arbeitsbezogenen psychischen Probleme. Nur wenige der Interviewten kamen mit konkreten Anliegen. Bei diesen Personen sind die Belastungssymptome nicht so stark ausgeprägt und sie nutzen Blaufeuer eher als Informationsgespräch. Alle Interviewten hatten das Gefühl, dass in der Blaufeuer-Beratung individuell auf sie eingegangen wurde – nach dem Prinzip „komm, wie du bist“. Abgesehen von den Kriterien Alterszugehörigkeit 18-64 Jahre, der Erwerbsarbeit, einer vorhandenen psychischen Belastung in Verbindung mit dem Arbeitsplatz, sowie der regionalen Zuordnung zum jeweiligen regionalen Blaufeuer-Standort, müssen sie keine speziellen Zugangsvoraussetzungen erfüllen.

Die Heterogenität der Problemlagen stellt eine Herausforderung für die Fallmanager:innen dar. Sie müssen bei jedem neuen Fall flexibel reagieren, die Bedarfe der Teilnehmenden situativ erfassen und zielführend die relevanten Schnittstellen zu möglichen Leistungsanbietern im Versorgungssystem identifizieren. Im Folgenden wird ausführlicher dargestellt, wie der Prozess des Ankommens bei Blaufeuer verläuft.

Die Erwartungshaltungen sind je nach Teilnehmenden unterschiedlich präsent und in verschiedenen Intensitäten ausgeprägt. Sie lassen sich wie folgt visualisieren.

**Grafik: Erwartungshaltungen der Teilnehmenden zu Beginn der Beratung**



## IV.2.2 Die ersten Beratungsgespräche als Weichenstellung eines gelungenen Fallmanagements

Die komplexe und zum Teil unübersichtliche Problemlage im Erstgespräch stellt die Fallmanager:innen vor Herausforderungen. Insbesondere bei den „schweren“ Fällen sei die Erwartungshaltung der Teilnehmenden – so die Rückmeldungen der Fallmanager:innen bei der Gruppendiskussion – , dass es möglichst zu einer sofortigen Besserung kommen solle. „Bitte mal den Schalter einfach mal umklappen“, so die Wunschvorstellung vieler Hilfesuchender. Die erlebte akute Verzweiflung und Hilflosigkeit gilt es im Erstgespräch aufzufangen. Dies ist nicht immer einfach. Denn die Hilfesuchenden springen, wie eine Fallmanagerin betont, „viel in den Erzählungen hin und her“, wodurch es schwerfalle, den Überblick zu behalten und herauszufinden, „worum es eigentlich geht“. Die Anwesenden der Gruppendiskussion sehen unisono ihren zentralen Arbeitsauftrag in der Anfangsphase der Blaufeuer-Beratung darin, für Entlastung bei den Hilfesuchenden zu sorgen und Orientierung zu vermitteln. Mit den Worten einer Fallmanagerin: „Also Druck aus dem Kessel nehmen. Ja und zu sagen: "Okay wir gucken einfach mal in Ruhe““.

Die Fallmanager:innen sind um eine frühzeitige Orientierung in den diffusen Problemlagen der Teilnehmenden bemüht, um Weichen für eine erfolgreiche Problembearbeitung zu stellen. Anhand der Rückmeldungen in der Gruppendiskussion zeigt sich, dass sie mit ihrem professionellen Wissen und ihren Berufserfahrungen die subjektiven Befindlichkeiten und die konkreten Erwartungshaltungen der Teilnehmenden sehr gut erfassen können. Ihre eigene Rollendefinition changiert zwischen zwei Polen. Einerseits der „Kümmererin“, die versucht, sich empathisch den Hilfesuchenden zuzuwenden und andererseits der distanzierten „Fallbearbeiterin“. In allen Redebeiträgen wird eine Grundausrichtung erkennbar. Es geht den Fallmanager:innen um eine ganzheitliche Betrachtung der Person und um eine sachbezogene Problemlösung. Die eigenen Erwartungen (als Fallmanager:in) müssen mit den Erwartungen der Teilnehmenden abgestimmt werden. Hierbei kommen professionelle Techniken zum Einsatz, insbesondere:

- Aktives Zuhören und Beziehungsaufbau
- eingeleitete Entlastung und Entschleunigung
- Stressabbau
- Problemsortierung und das Herausfinden von Optionen
- Abklärung des Anliegens

Die Fallmanager:innen sortieren und systematisieren in der anfänglichen Orientierungsphase die diffusen Thematiken und Bedarfslagen. Indem sie thematisch ordnen, wird zugleich eine gemeinsame Basis für die spätere gemeinsame Ziel- und Handlungsplanung hergestellt.

## IV.2.3 Flexible Klient:innenzentrierung anstatt dirigistischer Anweisungen

Anhand der Gruppendiskussionen mit den Fallmanager:innen zeigt sich die klient:innenzentrierte Herangehensweise und die grundsätzliche Offenheit und Flexibilität des Beratungsangebots. Das spiegelt sich auch in den Rückmeldungen der Teilnehmenden. Anstelle eines festen Schemas basiert die Beratung auf einem gemeinsamen Explorieren der Bedarfe und Ziele der Teilnehmenden. In Hinblick auf die flexible Klient:innenzentrierung entwickelten die Fallmanager:innen im Verlaufe des Modellprojekts ihre *individuellen, erfahrungsbasierte Beratungsroutinen*. War die Devise zunächst: „*irgendwie [...] aus Problemen der Teilnehmenden was machen*“ (Z.476f),

kommt es über die Zeit aufgrund der gemachten Erfahrung zu einer Beratungsroutine. Es konnten "Leitplanken" der Beratung formuliert werden, die einerseits eine verlässliche Orientierung für die Fallmanager:innen und andererseits Freiräume bei der individuellen Beratungspraxis boten. Ein intuitives Gespür dafür, mit den verschiedenen Typen von Teilnehmenden umzugehen, wird bei den Fallmanager:innen über die Zeit zur professionalisierten Arbeitsroutine, Ausprobiert wurden unterschiedliche Methoden und Ansätze: *„Da kann man eher mit Bildern arbeiten, andere sind rationalere Typen. Da bekommt man mit der Zeit so ein bisschen ein Gefühl und manchmal ist es aber auch ein Ausprobieren“* (Z.703-706).

Diese intuitive Herangehensweise ermöglicht es den Fallmanager:innen, Tendenzen zu erkennen, wie mit unterschiedlichen Personen gearbeitet werden kann. Zum Einsatz kommen ergebnisoffene Beratungsmethoden. Diese werden den Teilnehmenden optional angeboten. Die Entscheidung über den Einsatz in der Beratungssituation liegt stets bei ihnen. Diese auf die Klient:innen-Belange individuell zugeschnittene Beratung ohne Standardprogramm wird als charakteristisch für die Blaufeuer-Beratung herausgestellt. Die dahinterstehende Haltung der Offenheit illustriert eine Fallmanagerin: *„Dass wir kein Programm haben, was wir mit denen durchziehen müssen, sondern dass wir individuell schauen können. `Wie geht es Ihnen heute, was sind heute Themen`. Krisen und Störungen haben Vorrang. `Was steht heute an, wir hatten zwar das geplant, aber klar, jetzt muss der Antrag raus, dann machen wir heute das.“*

Die Fallmanager:innen verstehen sich nicht als allwissende Expert:innen. Vielmehr betonen sie die Kollaboration mit den Teilnehmenden.

Die offen und strikt klient:innenzentrierte Arbeitsweise bringt Herausforderungen mit sich: Sie erschwert die Vorbereitung von Beratungssitzungen und verlangt ein ständiges Neueinlassen auf die aktuelle Situation der Teilnehmenden. Die herzustellende Passung zwischen Beratungsmethode und der Teilnehmenden-Verfasstheit hängt sowohl von deren genereller Eignung (z.B. Verstehen von Text und selbständiges Ausfüllen für Personen, die dies beherrschen) als auch von der aktuellen Situation (z.B. Todesfall, akute Mobbingssituation) ab. Schwierigkeiten zeigen sich u.a. bei Online-Terminen, die durch mangelnde Technikkompetenz der Teilnehmenden und die eingeschränkte Art des Miteinanders erschwert werden, was auch zu Unwohlsein bei den Fallmanager:innen führen kann. Sowohl Prozess als auch die Methodenwahl sollte demnach von beiden Parteien als geeignet empfunden werden.

Im Arbeitsalltag zeigt sich ein permanentes Einlassen im Agieren und Reagieren in der Methodenauswahl. Die Fallmanager:innen schätzen es, wenn Teilnehmende proaktiv nach Methoden fragen und Interesse am Ausprobieren zeigen oder sogar Vorschläge bereits mitbringen. Als Idealfall der Beratungspraxis gilt, wenn Teilnehmende sich die Methoden aneignen und auf ihre eigene Lebenswelt übertragen und die Methoden in ihre eigene Welt übersetzen: *„kann ja nichts besseres passieren als die menschen das (.) in ihre eigene (,) sprache und //B1: mhm// methodik übersetzen ne super“* (Z.826-8).

#### **IV.2.4 Was wirkt bei der Blaufeuer-Beratung – Ressourcenaktivierung bei den Teilnehmenden**

Aus Sicht der Teilnehmenden zeigte sich, dass die Blaufeuer-Beratung durch eine Ressourcenaktivierung verschiedener Leistungen unterstützend war. Die Teilnehmenden berichten in den qualitativen Interviews wie auch in den Feedbackbögen von verschiedenen Leistungen der Fallmanager:innen. Diese Leistungen beinhalten vier zentrale Elemente:

- emotionales Bestärken und problemlösungsorientierte Unterstützung,
- Strukturierung des Lebensalltags und kontinuierliche Begleitung,
- Regulierung und Aktivierung im Prozess der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen anderer Anbieter,
- Vertrauen und Wertschätzung.

### **Bestärkung und Unterstützung**

Insbesondere in jenen bislang erhobenen Interviews von Teilnehmenden, die psychisch stark belastet sind und mit einer gravierenden Arbeitsplatzproblematik oder/und familiären Problemlagen zur Blaufeuer-Beratung kommen, wird betont, dass die Fallmanager:innen die Teilnehmenden zum einen emotionalen Rückhalt geben und zum anderen auch bei den anstehenden Alltagsaufgaben lösungsorientiert unterstützen. Zentral bei der emotionalen Bestärkung für die Teilnehmenden ist das Wissen, dass sie die Fallmanager:innen bei Bedarf in Anspruch nehmen können und eine kontinuierliche Begleitung (bis zu einem Jahr) erfahren. Exemplarisch ist die Einschätzung von Frau *Klippe*:

*„Ja, genau ein Jahr ist es jetzt her, es war toll, also es war richtig gut. Ich brauche immer jemanden der hinter mir steht, der mir Sicherheit gibt, um zu funktionieren.“ (Z. 84-86)*

Die emotionale Bestärkungsleistung zeigt sich nicht zuletzt in dem Erleben der Teilnehmenden in einer schwierigen Lebenssituation von einer Person „aufgefangen“ zu werden und eine zugewandte Ansprechperson für alle seelisch bedrückende Probleme zu haben. Zudem helfen die Fallmanager:innen bei ganz praktischen Aufgaben – etwa beim Ausfüllen von Anträgen und bei der Vorbereitung auf Behördengänge. Weiterhin geben Fallmanager:innen Informationen und Hinweise zu Hilfsangeboten verschiedenster Art und lotsen die Teilnehmenden damit durch das als „Behördenschungel“ empfundene Versorgungssystem. Die Fallmanager:innen bieten eine Richtung an, so eine wiederkehrende Rückmeldung der Teilnehmenden, die bei der Problemlösung hilfreich ist. Gleichzeitig gewähren die Fallmanager:innen den Teilnehmenden einen Freiraum, in dem jene entscheiden können, ob und wann sie die Angebote in Anspruch nehmen. Sie erfahren somit keinen Druck, dass sie die vorgeschlagenen Angebote sofort annehmen müssten. Frau *Wolke* bringt eindrücklich diese zwischen einer *laissez faire*- und streng dirigistischen Führung angesiedelten Beratungshaltung zum Ausdruck: *„Da wurde dann nicht gedrängelt also Führung nicht, schon Präsenz, eine ganz starke Präsenz aber keine jetzt Führung oder Steuerung das nicht“ (Z. 562-4).*

### **Strukturierung und Kontinuität**

Das individuell auf die Teilnehmenden angepasste Unterbreiten von Angeboten und die enge Begleitung wird von den Teilnehmenden nicht nur als emotionale Bestärkung erfahren, sondern bietet darüber hinaus eine kontinuierliche Strukturierung des Lebensalltages. Diese Leistung ist insbesondere für jene Teilnehmenden hilfreich, die sich zu Beginn der Blaufeuer-Beratung in einer psychischen Krise befinden oder befanden und keinen Halt (mehr) in sich selbst und im außen finden können. Die für die Bewältigung der Krise benötigte Kraft fehlt für die Anforderungen des Alltags. In einer akuten psychischen Krise, als auch in den Phasen danach (Bearbeitung der Krise, Neuorientierung), hilft das Herstellen von Struktur in allen Lebensbereichen, um die Krise erfolgreich bewältigen zu können. Die Teilnehmenden empfinden den gesteckten Rahmen als Freiraum, innerhalb dessen sie Angebote selbst annehmen und aktiv gestalten können. Neben dem emotionalen Aspekt des Wissens um die kontinuierliche Präsenz der Fallmanager:innen,

kam es für die Teilnehmenden auch zu einer zeitlichen und inhaltlichen Strukturierung, die die Grundlage für eine Bearbeitung der mitgebrachten Themen darstellt. Zudem wurden die Termine in der Beratung selbst als zeitliche Strukturierung erfahren. Frau *Wolke* berichtet: „*Und das find ich super, also das sowas Regelmäßiges zu erhalten. Find ich super, also das ist für mich eine total super Methode.*“ (Z.517-8).

Zu einer inhaltlichen Strukturierung kommt es für die Teilnehmenden durch das Sortieren und Systematisieren der Thematiken. Das geschieht sowohl in der ersten Orientierungsphase zu Beginn der Beratung als auch im Verlauf der Beratung, wenn aktuelle Themen als Problematik für die Teilnehmenden im Berufsalltag präsent werden. Auf Basis der Systematisierung helfen die Fallmanager:innen beim Strukturieren der einzelnen Aufgaben, welche die Teilnehmenden angehen möchten.

### **Regulierung und Aktivierung**

Die Fallmanager:innen werden durchgehend über die gesamte Beratungszeit als präsent erlebt. Sie „haken immer wieder nach“ und motivieren, je nach individuellen Bedürfnissen der Teilnehmenden. Dies kann über eine emotionale Bestärkung hinausgehen und als Dranbleiben und Aktivieren verstanden werden, wie Frau *Klippe* ausführt:

*„Also so ein bisschen, dass einer mal doch ein bisschen pikst, ist gar nicht verkehrt. [...] Ja, das ist ja grad das wichtige, dass das ich das, ich glaube Menschen sowieso in meiner Situation bringt das nichts, wenn einem alles abgenommen wird“* (Z. 849-850).

Bei einer anderen Teilnehmerin zeigt sich wie das Dranbleiben und Aktivieren im Verlauf der Beratung zu einem Wiederlangen von Entscheidungs- und Handlungskompetenzen führt:

*„Da hat Frau Ahorn [Anm.: die Fallmanagerin] gesagt, nein, da rufen sie jetzt an!“* (Abs. 276). *„Ich habe angerufen. Dahingehend zu arbeiten, dass ich das alleine dann mache“* (Abs. 320).

Generell zeigte sich über die Interviews hinweg, dass individuell auf die Bedürfnisse und Ressourcen - in der Einschätzung der Teilnehmenden selbst - eingegangen wurde und die Teilnehmenden so aktiviert wurden. Bereits vorhandene Stärken und Fähigkeiten werden aufgegriffen und mit dessen Hilfe können auch neue Fähigkeiten erworben werden. Die Ressourcen der Teilnehmenden wurden ermittelt und gezielt angesprochen:

*„Es wurde immer wieder aufgegriffen: Sie haben doch erzählt dieses und jenes und dann war mir immer wieder klar, ach ja stimmt, das habe ich erzählt und das müsste ich dann nochmal machen. Also eine Erinnerung die Dinge zu tun, die mir guttun“* (Z. 331 – 335).

Das aktivierende Einwirken beinhaltet gegebenenfalls auch ein „Ausbremsen“ der Teilnehmenden. Eine solche Regulierungsfunktion von außen kann bei einer hyperaktiven Veranlagung (bzw. Episode) durchaus angebracht sein. Etwa bei Frau *Blitz*:

*„Also [die] Fallmanagerin musste mich immer ausbremsen, weil ich am liebsten gleich wieder [loslegen wollte], obwohl ich halt einfach echt nicht arbeitsfähig gewesen wäre.“* (Z. 594-5).

Als eine Aktivierung, in der sich die Teilnehmenden verstärkt selbst einbringen, schildern andere Teilnehmende Reflektionsimpulse und Denkanstöße, die sie durch die Fallmanager:innen erhalten haben. Frau *Wolke* berichtete, dass ihr im Gespräch mit der Fallmanagerin ihre Kernthematiken gespiegelt wurden, die für sie relevant waren:

*„Da haben wir uns darauf geeinigt, dass es eine Art reflexives Gespräch wird – also gar nicht so Beratung zu speziellen Sachen, sondern tatsächlich wir erstmal das als*

*offenes Gespräch führen, wie es mir so geht, was ich erlebt habe, was meine Kernpunkte sind.“ (Z. 295-301)*

Bemerkenswert an dieser Selbstausskunft von Frau *Wolke* ist, dass das hier freigesetzte Aktivierungspotential von ihr genutzt werden konnte, sich stärker auf sich selbst zu konzentrieren, herauszufinden, „*was meine Kernpunkte sind*“. Durch das Aufzeigen und gemeinsame reflektieren der Thematiken kam es für die Interviewte stellenweise zu Perspektivwechsel, durch die sie lernte, ihre Probleme selbst anders zu sehen und Problemlösestrategien zu mobilisieren.

### **Vertrauen und Wertschätzung**

Zwei weitere Aspekte der aus Sicht der Teilnehmenden wohlthuenden Beziehungsqualität sind das durch die Fallmanager:innen entgegengebrachte Vertrauen und die erlebte Wertschätzung. Selbst dann, wenn es der Person sehr schlecht ging, durfte sie so sein, wie sie ist und erhielt den Freiraum, Angebote freiwillig anzunehmen bzw. sich die Zeit dafür zu nehmen. Etwa Frau Mühe: „*aber so persönlich für mich und dass es auch vertraulich war, und ich saß da auch total fertig und so, war ok, saß da mit Jogginghose genau und auch dieses vertrauliche*“ (Z.903-5). Die Teilnehmende fühlte sich verstanden und akzeptiert: „*Ich hatte das Gefühl, als würden wir uns schon ganz lange kennen, also irgendwie so eine Vertrautheit.*“ (Z. 589-90; Frau *Klippe*).

Warum sind die aufgeführten vier integrativen Bestandteile *Bestärkung und Unterstützung, Strukturierung und Kontinuität, Vertrauen und Wertschätzung, Regulierung und Aktivierung* zentrale Erfolgsgaranten der Blaufeuerberatung? Diese vier Bestandteile ermöglichen einen intensiven Beziehungsaufbau zwischen Teilnehmenden und Fallmanager:in. Diese Einschätzung entspricht dem aus der Psychotherapie bekannten Phänomen, dass die Qualität der Beziehung und eine darauf aufbauende Compliance eine positive und nachhaltige Wirkung auf den Therapieverlauf haben kann. Die Qualität der therapeutischen Beziehung gilt als empirisch am besten gesicherter Wirkfaktor von Psychotherapie (Benecke, 2014): Diese Beziehung wird als Arbeitsbündnis (*working alliance*) erfasst. Ein gutes Arbeitsbündnis ist die Voraussetzung dafür, dass der/die Patient:in sich auf die Behandlung einlässt, die therapeutischen Techniken anwendet und motiviert mitarbeitet. Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass die therapeutische Allianz kein direkten kurativen, sondern einen moderierenden Effekt auf den Behandlungserfolg hat (Kazdin 2009, zitiert nach Benecke 2014). Auch für ein gelungenes Coaching und bestimmten Settings der Sozialen Arbeit muss jeweils ein kontinuierlicher Veränderungsprozess bei den Teilnehmenden in Gang gesetzt werden, der nicht zwischen den Sitzungen oder nach dem Interventionsende aufhört. Die Intervention selbst und die und die dazugehörigen Übungen bzw. Aufgaben müssen für die Teilnehmenden durchführbar sein und situativ Probleme, Ängste und andere Hinderungsgründe erfragen und wenn möglich ausschalten. Dem Patienten muss es stets ermöglicht werden, sich *compliant* zu verhalten. Bei den Teilnehmenden muss ein starkes Interesse an einer Gesundung bzw. Verbesserung des Wohlbefindens geweckt werden. Es passt zur Ausrichtung der Blaufeuer-Beratung auf die intensive Beziehungsarbeit, dass in den Interviews selten die Rede war von Objektivität oder Neutralität der Fallmanager:innen. Viel stärker standen die Advokatenfunktion und die persönliche Beziehungsebene im Vordergrund. Anzumerken ist, dass dabei nicht die emotionale Verbindung im Vordergrund steht. Zentral ist, dass in der Beratung die individuellen Problemlagen der Teilnehmenden die Ausgangsbasis und deren Lösung das Ziel sind.

#### IV.2.5 Interaktives Problemlösen und individuelles Resonanzerleben

Das Blaufeuer-Fallmanagement lässt sich als ein von Fallmanager:in und Teilnehmenden gemeinsam gestalteter Aushandlungsprozess des *interaktiven Problemlösens* beschreiben, der an den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Teilnehmende ansetzt, was entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen und Ressourcen ausgerichtet wird. Es wird in der Blaufeuer-Beratung keine *standardisierte* Versorgungsleistung erbracht. Die Hilfesuchenden machen die Erfahrung, dass ihr Gegenüber sich situativ auf sie einstellt, Freiräume lässt, aber auch je nach Bedarf reguliert, nachhakt oder aktiviert.

Aus ihren Selbstauskünften in den Interviews ist ein subjektiv erlebter Wirkeffekt bei den Teilnehmende rekonstruierbar, der sich – in Anlehnung an Hartmut Rosa (2016) – als *inneres Resonanzerleben* beschreiben lässt. Die Teilnehmenden fühlen sich durch die Fallmanager:in akzeptiert, wertgeschätzt und gestärkt. Es kommt zu einem Gefühl der Affizierung, d. h. sich gemeint und berührt fühlen (ähnlich wie bei Rosa 2016). Wenn Rosa von Selbstwirksamkeit schreibt, dann ist damit nicht Selbstwirksamkeit im psychologischen Sinne (Bandura 1986) gemeint, eine Aufgabe lösen zu können, sondern vielmehr die beziehungsstiftenden Aspekte von Selbstwirksamkeit mit der Welt (Pfleiderer und Rosa 2020). Im Fall der Teilnehmende bei Blaufeuer ist dies unabdingbar gekoppelt an die dyadische Beziehung mit der Fallmanager:in und entsteht vor allem im Prozess des situativen Pendelns zwischen aktivem und reaktivem Einbringen (*interaktivem Problemlösen*). Das Pendeln zwischen Regulierung, Aktivierung und Reflektion lässt eine Affizierung entstehen, die wiederum die Mitbeteiligung – mal aktiver, mal reaktiver je nach Situation und Thematik – beim Problemlösen bedingt. Gerade durch die Mitbeteiligung und Affizierung entsteht eine Verbindung zur Fallmanager:in, die sich (relativ) ergebnisoffen auf die Teilnehmenden einlässt. [Beide Seiten zeigen sich ergebnisoffen im Rahmen des Wunsches und Glaubens an die Fortsetzung bzw. Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit, auch wenn diese eher implizit als Ziel gesetzt wird und es zudem auch um eine Verbesserung oder Wiederherstellung des Wohlergehens in der Blaufeuer-Beratung geht. Vollkommen ergebnisoffen hieße auch, aus dem System der Erwerbsarbeit auszutreten, dies wird jedoch im Rahmen der Beratung nichts explizit thematisiert.] Durch die als sicher erlebte Arbeitsbeziehung während der *Blaufeuer*-Beratung wird das Selbstwirksamkeitsempfinden und die Handlungsfähigkeit der Teilnehmende angeregt. Zudem werden sie gezielt zu Netzwerkpartnern von regionalen psychosozialen und sonstigen Unterstützungsangeboten gelotst, mit denen *Blaufeuer* kooperiert. Das Gefühl des Resonanzerlebens führt zu einer Veränderung bei den Teilnehmende, die sie selbst durch praktische Übungen im Grenzen setzen in der Erwerbsarbeit anwenden und einverleiben. Es bleibt demnach nicht im Resonanzraum in der Beratung, sondern das dyadische Erproben einer Situation wie z.B. Arbeitshandy ausschalten für mehr Ruhe im Privatleben wird von Teilnehmenden auch außerhalb von Blaufeuer in alltäglichen Situationen angewandt und kontinuierlich als unbewusstes Wissen für Problemlösungen einverleibt.

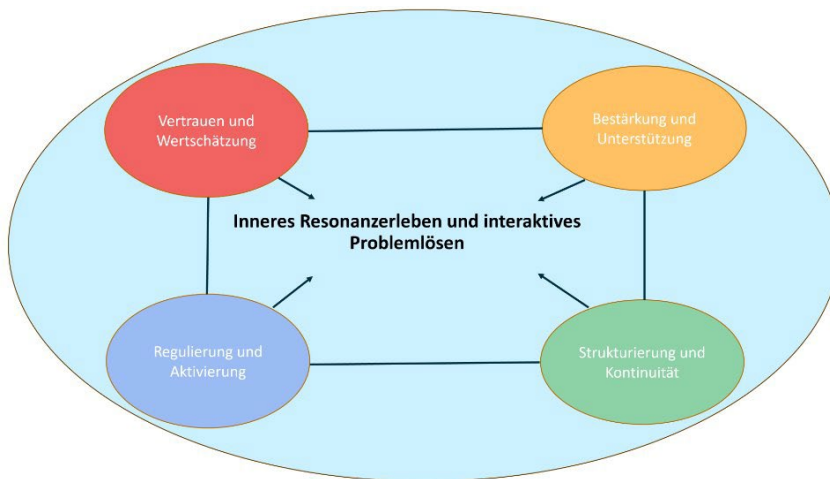
Exemplarisch für dieses individuelle Resonanzerleben steht Frau Mühe. Sie thematisiert im Interview die praktischen Übungen zum Grenzen setzen und zur Entspannung. Diese Übungen lernte sie in der *Blaufeuer*-Beratung kennen, probierte sie im Alltag aus und wendete sie gezielt an. Konkret schildert Frau Mühe die Vorbereitung auf eine Verhandlungssituation im beruflichen Kontext:

*„Mit der Beraterin habe ich auch, also wir konnten auch gut rausklamüsern, was kann ich zum Beispiel auch in der Arbeit selbst etwas tun, indem ich das und das ändere, wie zum Beispiel dieses Verhandeln“ (Z.674-676).*

Bei Unsicherheiten oder Rückschritten im Anwenden kann die Teilnehmende wieder bei Blaufeuer in die sichere Arbeitsbeziehung treten und die Thematik erneut angehen und anschließend im Alltag anwenden. Blaufeuer agiert als eine *opportunity structure* (Tarrow 1983), also eine Art Mikrostruktur im größeren Rahmen von Erwerbsarbeit, die das Einüben und Erleben von Selbstwirksamkeit ermöglicht. Veränderung wird möglich durch das Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten, als narrative Rekonstruktion des Selbst in Handlungen während kritischer Lebensübergänge (Cohler 1982).

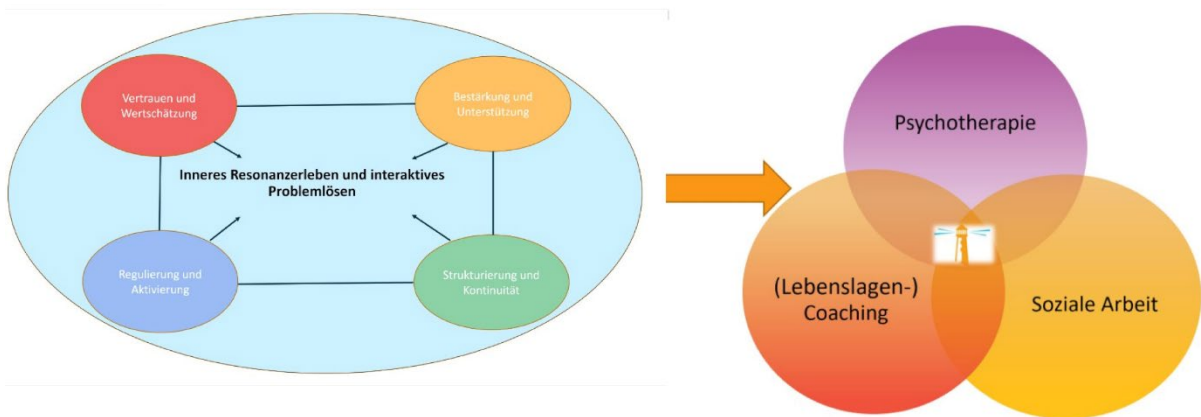
Der Wirkeffekt von individuellem Resonanzerleben und interaktiven Problemlösen lässt sich wie folgt visualisieren:

**Grafik: Inneres Resonanzerleben und interaktives Problemlösen**



Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass im *Blaufeuer*-Fallmanagement Beratungs- und Interventionstools zum Einsatz kommen, die in den drei (benachbarten) professionalisierten Berufsfeldern *Soziale Arbeit*, *Psychotherapie* und *Coaching* etabliert sind. Es handelt sich um Methoden des langfristig psychologisch-therapeutischem Arbeitsbündnisses, der lebenswelt- und alltagsorientierten Beratung der Sozialen Arbeit sowie der auf Empathie, Wertschätzung, Vertrauen, Interesse und Offenheit basierenden funktionierenden Arbeitsbeziehung im Coaching. Umgangssprachlich gesagt verbindet Blaufeuer in seinem Angebot das Beste aus den drei Angeboten und ist dazu noch für die Teilnehmenden kostenlos sowie unkompliziert und niedrigschwellig zu erreichen.

**Grafik: Professionsübergreifende Tools in der Blaufeuer-Beratung**



Die Anwendung der professionsübergreifenden Methoden macht das *Blaufeuer*-Fallmanagement zu einem passenden Versorgungsangebot für psychisch belastete Erwerbstätige. Hier stoßen die Teilnehmende auf die Offenheit und Bereitschaft der Fallmanager:innen, die sich auf deren generellen, sowie situativen (Alltags-) Thematiken und Bedarfe einlassen. Die Teilnehmende fühlen sich mit ihren Anliegen ernstgenommen. Zudem erleben sie die Beratungspraxis als Freiraum, in dem sie den Prozess mitbestimmen und dabei entsprechend ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten tätig sein können. Der interaktive Austausch zwischen Fallmanager:innen und Teilnehmende ist nicht durch dirigistische Vorgaben eines Intervention-Programmes geprägt, sondern durch situative Flexibilität und ein prozesshaftes, ergebnisoffenes In-Beziehung-Treten zwischen Fallmanager:in und Teilnehmende. In Wechselwirkung von *interaktiven Problemlösen* mit einem *inneren Resonanzerleben* bei den Teilnehmenden wird deren Agency angeregt und nachhaltig gestärkt, sodass sich die Wahrscheinlichkeit auf nachhaltige Teilhabe an Erwerbsarbeit erhöht. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass neben den informationellen und instrumentellen Leistungen der Beratung gerade die soziale und relationale Beziehungskomponente ausschlaggebend ist für Teilnehmende mit in der Krise gering empfundener Handlungsfähigkeit. Diese wird zudem in alltäglichen Handlungen eingeübt und verdeutlicht damit die Entwicklung der Handlungsfähigkeit über einen längeren Zeitraum hin (Emirbayer und Mische, 1998) und unterstreicht die Bedeutsamkeit der langfristigen Beratung bei Blaufeuer.

Die identifizierten positiven Effekte der Beziehungsarbeit für das *Blaufeuer*-Fallmanagement korrespondieren mit validen Erkenntnissen zu den fünf Wirkfaktoren aus der Psychotherapieforschung (Grawe 2000: 138) ebenso wie mit denen zur nachhaltigen Bedeutung der Adhärenz aus der Sozialen Arbeit (Thiersch 2014) sowie aus dem Coaching (Jansen et al. 2004).<sup>6</sup>

Die empirischen Erkenntnisse sowohl aus der Psychotherapieforschung als auch aus der Sozialen Arbeit unterstreichen, dass die Qualität der Beziehung zwischen Fallmanager:in und Teilnehmende entscheidend für den Erfolg der Intervention ist. Sie bildet die Grundlage für das Arbeitsbündnis (Bordin 1979) ermöglicht "schützende Inselerfahrungen" (Gahleitner 2005: S. 63) und schafft den Raum für Ko-Konstruktionsprozesse, die sowohl intrapsychische als auch soziale Veränderungen anstoßen können. Die von Rogers (1959) formulierten Basisvariablen (Empathie, Wertschätzung, Kongruenz) finden in Beratung und Psychotherapie Wiederhall und wurden empirisch auch für den Beratungskontext als wirksam bestätigt. Sie lassen sich aus den Interviews als Unterstützungsleistungen der Fallmanager:innen rekonstruieren. Die "feinfühligke Resonanz", die Gahleitner (2020: S. 329) für die Soziale Arbeit beschreibt, korrespondiert mit dem Empathiekonzept von Rogers, dessen positive Effekte durch Elliot et al. (2011) metaanalytisch belegt wurden. Der Wirkfaktor Beziehung stellt damit einen zentralen Integrationspunkt dar, an dem psychologisch-psychotherapeutische und sozialarbeiterische Perspektiven zusammenfließen. Die Fähigkeit, eine professionell reflektierte, authentische und kontextsensible Beziehung zu gestalten, erweist sich als Schlüsselkompetenz für ein wirksames Fallmanagement. Die Wirkung von Blaufeuer zeichnet sich jedoch nicht nur durch die gute Beziehungsarbeit aus, sondern vor allem durch das Einüben vor Ort wie auch in alltagspraktischen Übungen im Kontext der Erwerbsarbeit.

---

<sup>6</sup> Gleichsam muss konstatiert werden, dass Blaufeuer keine Psychotherapie darstellt. Wie in anderen Beratungsstellen auch werden überwiegend Menschen mit psychischen Störungen betreut, beraten und versorgt, jedoch nicht „behandelt“ (vgl. Benecke, 2014).

#### IV.2.6 Was passiert in der Blaufeuer-Beratung? – Passungsverhältnis zwischen Teilnehmenden und Fallmanager:innen

Dass in der Blaufeuer-Beratung das individuelle Resonanzerleben entstehen kann, entsteht durch das Passungsverhältnis zwischen Fallmanager:innen und den Teilnehmenden. Hier werden Rollenerwartungen, Verantwortungsübernahme im Kontext eines professionellen Selbstverständnisses der Fallmanager:innen mit den Teilnehmenden mit Beginn des Blaufeuer-Erstberatungsgesprächs ausgehandelt. Diese Aushandlung kann je nach Situation auch changieren und ist nicht auf eine einzige Rollenkonstellation festgelegt über die gesamte Zeit des Fallmanagements.

In der oben bereits zitierten Grunderwartung einiger Teilnehmenden (aus Sicht einer Gruppendiskussionsteilnehmerin) „*Bitte mal den Schalter einfach mal umklappen, dass es mir wieder besser geht*“ (Z.576-577) offenbart sich nicht nur eine akute Hilflosigkeit auf Seiten der Teilnehmenden. Zugleich beinhaltet diese Grunderwartung eine reine Ergebnisfixierung und Verantwortungsabgabe auf Seiten der Teilnehmenden. Bei einer solchen ergebnisfixierten Erwartungshaltung wird ein aktiver, steuernder Part der Fallmanagerin abverlangt, während die Hilfe suchende Person selbst auf die passive Rolle des sich (An-)Leiten-Lassens festgelegt wird. Der eigene Anteil an der Problemlösung reduziert sich im Wesentlichen darauf, den Anweisungen der Fallmanagerinnen zu folgen. Die Zielvorgabe wird ebenso wie die Verantwortung an die Fallmanagerin delegiert. Diese agiert wie eine Kapitänin an Bord eines Schiffes. Insofern greift bei dieser rein ergebnisfixierten Fallarbeit eine paternalistische Grundhaltung.

Eine ganz anders gelagerte Erwartungshaltung sähe – aus Sicht der Teilnehmenden – folgendermaßen aus: „Unterstütze mich dabei, dass ich herausfinden kann, wie es mir besser geht!“ Anders als bei der rein ergebnisfixierten Erwartungshaltung steht hier die Prozessorientierung im Vordergrund. Der/die Teilnehmende schreibt sich selbst eine aktive Rolle zu und es geht vorrangig um die Selbstaktivierung und Verantwortungsübernahme dieser Person, während die Fallmanagerin sich auf eine unterstützende Funktion konzentriert. Analog einem Navi agiert sie als passiv-zurückhaltende Prozessbegleiterin. Wie eine solche prozessbegleitende Rolle konkret aussehen könnte, beschreibt eine Nürnberger Fallmanagerin in Bezug auf das Erstgespräch wie folgt „... die [Teilnehmenden] waren sehr dankbar, dass sie jemanden hatten, wo sie erstmal ihre ganzen Probleme und Gedanken laut aussprechen konnten. Ich glaube, das hat schon viel geholfen“ (Z.601-604).

Neben den zwei genannten Varianten – Ergebnisfixierung versus Prozessorientierung lassen sich weitere Möglichkeiten bestimmen, wie der Aktivitätsgrad und die Verantwortungsübernahme zwischen Teilnehmende und Fallmanagerin verteilt sein kann. Die beiden Personen können auch eine gut funktionierende Koalition eingehen. Bei der Variante der Koalition nehmen sowohl die Teilnehmenden als auch die Fallmanagerinnen einen aktiven Part ein und verantworten beide den Prozessverlauf. Es wird von beiden eine gemeinsame Steuerung und Problemlösung angestrebt, die allerdings weitere Aushandlungsprozesse zu Zuständigkeiten, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten erforderlich macht. Diese Variante, bei der beide Personen „Steuer und Ruder in der Hand haben“, entspricht dem Konzept des *shared decision making* in der Medizin. Theoretisch denkbar ist auch, dass sich Teilnehmende und Fallmanagerin gegenseitig so in die Quere kommen, dass eine Handlungsplanung und praktische Problemlösung allenfalls schleppend gelingen. Bei dieser Variante nehmen beide Personen einen passiven Part ein und schreiben dem jeweils anderen Beteiligten die Verantwortung zu. Diese Konstellation zeichnet sich durch eine

verzögerte und abwartende Problembearbeitung aus (Stagnation) und erzielt – wenn überhaupt – nur langsamen Fortschritte.

Die aufgezeigten vier Varianten des Passungsverhältnisses – *Koalition*, *Prozessbegleitung*, *Ergebnisfixierung* und *Stagnation* – beinhalten (idealtypische) Möglichkeiten, wie das Aktivitätslevel und die Verantwortungsübernahme bei den Teilnehmenden und den Fallmanager:innen verteilt sein können. Denkbar ist zudem, dass den beiden Personen keine klare Verantwortung zugeordnet wird und auch die eingenommenen Rollen diffus sind. Zwar kann in diesem Fall von beiden Personen durchaus eine Problemlösung erarbeitet werden, aber es ist nicht genau nachvollziehbar, wie es dazu kommt. Diese Variante der *emergenten Problemlösung* tauchte in der Gruppendiskussion tatsächlich auf. Es zeigte sich eher als intuitives Improvisieren: „*man quasi den Menschen als komplexes Wesen wahrnimmt, mit all seinen äh Schwierigkeiten, die gerade da sind und das irgendwie zusammenführt und guckt, wie kann man daraus was machen*“ (Z.617-619). Ihres Erachtens goutieren die Teilnehmenden, dass die einzelnen problematischen Themen nicht fragmentiert betrachtet, sondern stattdessen „*die Menschen als komplexes Wesen*“ (Z.617) wahrgenommen und die vorhandenen Schwierigkeiten zusammengeführt werden. Diese Zusammenführung erfolgt nicht auf einer standardisierten bzw. zuvor festgelegten Weise, sondern die Probleme der Teilnehmenden werden „irgendwie“, wie die Fallmanagerin selbst sagt, zusammengeführt. Ausgedrückt ist damit das Emergenz-Prinzip. Ähnlich wie ihre Teamkollegin wird das Vorgehen – hier der ersten Gespräche mit den Teilnehmenden – als sehr erfolgreich eingeschätzt, aber dieser Erfolg ist offenbar nicht systematisch herbeigeführt worden.

Die eben dargestellten fünf typischen Passungsverhältnisse lassen sich wie folgt veranschaulichen:

**Grafik: Passungsverhältnis Fallmanager:in und Teilnehmende:r**

		FallmanagerIn	
		aktiv	passiv
Teilnehmende	aktiv	<p><b>koalierend</b> gemeinsame Problemlösung</p> <p>TN+ FM = <b>Steuerleute</b></p>	<p><b>prozessorientiert</b> FM unterstützt TN bei Problembewältigung</p> <p>FM = <b>Navi</b></p>
	passiv	<p><b>ergebnisorientiert</b> Paternalismus bzw. dirigistische Anleitung des TN durch FM</p> <p>FM = <b>Kapitän</b></p>	<p><b>stagnierend</b> Schleppende Handlungsplanung und mangelnde Umsetzung</p> <p><b>Steuer- und Ruderlos</b></p>

emergente  
Problemlösung  
(keine klare Zurechnung)

Auch wenn es sich um eine sehr abstrakte Gegenüberstellung von Konstellationen handelt, wie Teilnehmende und Fallmanager:in zueinander im Verhältnis stehen, so zeigt sich, dass insbesondere Fallkonstellationen mit einem gegenläufigen und sich gegenseitig ergänzenden Beteiligungsgrad (prozessbegleitend und ergebnisfixiert) eine günstige Passung zwischen Teilnehmende und Fallmanager:in ermöglichen. Eine Koalition ist nur dann vielversprechend, wenn beide Personen gut harmonieren, also in dieselbe Richtung steuern und sich nicht in die Quere kommen. Die Rollenverständnisse können über das Fallmanagement pro anstehender Situation neu ausgehandelt und angepasst werden und sind hier nur in idealtypischer Form dargestellt.

Auch wenn die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse sehr abstrakt sind, so bieten Sie u.E. Anhaltspunkte, um das eigene Rollenverständnis als Fallmanager:in sowie die generelle Ausrichtung des Blaufeuer-Angebots zu diskutieren und gegebenenfalls nachzujustieren. Eine solche Abklärung wurde in der Gruppendiskussion auch eingefordert. Die zuletzt zitierte Fallmanagerin merkte an:

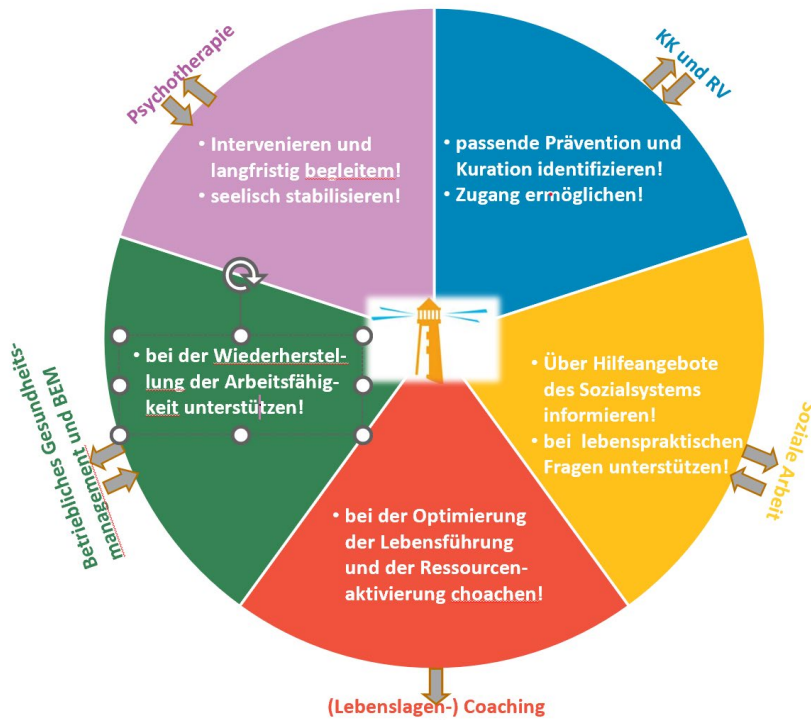
*„Das fehlt schon, dass man diese innere Balance [behält], zu gucken, ok was kann ich leisten oder eben auch, wo ist eine Grenze? Also auch diese Abgrenzung, dann eben auch ´Nein` zu sagen, um da nicht selber zerrieben zu werden oder eben Dinge einfordern: Wo müssen wir geschult werden oder eben nochmal die Rolle? Was bedeutet eben Fallmanagement oder sich mit dem Thema Casemanagement auseinanderzusetzen oder Konfliktmanagement? Bieten wir alles selber an oder sind wir eigentlich der Vermittler und Manager?“ (Z.885-896)*

### **IV.3 Blaufeuer innerhalb der Versorgungslandschaft**

#### **IV.3.1 Blaufeuer als Passepartout-Angebot**

Die oben systematisierten Bedarfe und Erwartungshaltungen der Blaufeuer-Teilnehmenden lassen sich – so ein Befund der qualitativen Evaluation – verschiedenen Anbietern im existierenden Versorgungssystem zuordnen. Anders formuliert: Die Probleme, mit denen die Hilfesuchenden zu den Blaufeuer-Beratungsstellen kommen, werden von professionalisierten Leistungsanbietern aus der *Sozialen Arbeit*, der *Psychotherapie*, des *(Lebenslagen-)Coaching*, der *Krankenkassen und Rentenversicherung* sowie den *betrieblichen BGM/BEM-Einrichtungen* (betriebliches Eingliederungsmanagement) bearbeitet. Während jedoch jene Leistungsanbieter jeweils auf spezifische Problemlagen und Bedarfe spezialisiert sind, ist Blaufeuer offen für alles – vorausgesetzt, es handelt sich um Erwerbstätige, die eine mit ihrer Beschäftigung assoziierte psychische Belastung erleben. In gewisser Weise vereint Blaufeuer „das Beste“ der Versorgungswelten. Zugleich unterhalten die Fallmanager:innen intensive Kontakte zu anderen professionalisierten Leistungsanbieter:innen, haben also ein Netzwerk aufgebaut. Diese Kooperationsbeziehungen innerhalb des Versorgungssystems sind keine Selbstläufer. Sie bedürfen eines permanenten wechselseitigen Informationsflusses. Zudem ist eine Abstimmung notwendig, denn die Kollaboration sollte nicht in Konkurrenz umschlagen oder Zuständigkeitsgerangel (vgl. Abschn. IV.3.4). Alle Leistungsanbietenden – bis die aus dem Coaching – können wiederum auf das Blaufeuer-Angebot verweisen. Zusammengefasst: Blaufeuer fungiert als Passepartout-Angebot an der Schnittstelle zwischen den Bedarfen der Teilnehmenden und den Angeboten im Versorgungssystem (siehe folgende Grafik).

**Grafik: Kooperation mit spezialisierten Leistungsanbietern im Versorgungssystem**



Bei der Ziel- und Handlungsplanung identifizieren die Fallmanager:innen, wie die Bedarfe und Erwartungen der Teilnehmenden im Versorgungssystem adressiert werden können und unterstützen die Teilnehmenden, dabei, passgenaue Hilfeleistungen zu erhalten. Sie informieren über geeignete Angebote, unterstützen wenn nötig die Antragstellung, intervenieren und begleiten Teilnehmende zur jeweiligen Inanspruchnahme von Leistungen oder zu betrieblichen Eingliederungsgesprächen. Falls erforderlich stabilisieren die Fallmanager:innen die Teilnehmenden seelisch, coachen bei der Optimierung der Lebensführung und unterstützen die Ressourcenaktivierung angesichts lebenspraktischer Probleme. Diese langfristige Unterstützungsleistung stärkt das „Dranbleiben“ und befördert Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

#### **IV.3.2 Kurzassessment-Angebot im Rahmen des Blaufeuer-Fallmanagements**

Von den Fallmanager:innen eines Standortes und der Projektkoordinierenden Person, die zum Kurzassessment befragt wurden, ist das Angebot insgesamt positiv bewertet worden. Die Klient:innen, die ein Assessment durchlaufen haben, seien sehr zufrieden gewesen. Sie hätten sich durch das dreistündige Verfahren (zwei Stunden Gespräch, eine Stunde Berichtserstellung) "ganz gesehen" (Z.98) gefühlt. Die umfangreichen Arztberichte ermöglichten ihres Erachtens einen "Gesamtblick" (Z. 99) über die Biografie und Gesundheitsgeschichte der jeweiligen Klient:in. Die Berichte wurden als Grundlage für weitere Beratungsmaßnahmen genutzt. Von Vorteil für Fallmanager:innen (und Klient:innen) seien die Autorität der kooperierenden Ärzt:innen gewesen– insbesondere bei Auseinandersetzungen mit Arbeitgebern, Krankenkassen oder bei Widerspruchsverfahren

Als besonders wertvoll empfanden die Fallmanager:innen den multiprofessionellen Blick durch die fachärztliche Expertise (Mediziner:in mit therapeutischer Ausbildung), der die Blaufeuer-Beratung professionell ergänzte.

Für die Klient:innen selbst hätten die Assessments wertvolle psychoedukative Erkenntnisse, gebracht, wodurch das Krankheitsverständnis verbessert werden konnte. Beispielsweise erfuhr ein Handwerker erst durch das Assessment von seiner (zuvor nicht diagnostizierten) Depression und es konnten konkrete Handlungsschritte abgeklärt werden.

Laut Fallmanager:innen unterschieden sich die kooperierenden Ärzt:innen in Hinblick auf ihr Engagement und die Zusammenarbeit mit dem Blaufeuer-Team. So gab es an einem Standort zunächst zunächst enge Kontakte vom Team zum Assessment durchführenden Arzt (Typus: *starke Integration* in Blaufeuer). Der Arzt besuchte Projekttreffen, lud das Blaufeuer-Team zur Hospitation in seine Klinik ein und war an gemeinsamer Prozessgestaltung interessiert. Selbst bei spontanen Telefonaten nahm er sich Zeit für die Nachfragen. Durch die gezielten Rückmeldungen konnten in komplexen Einzelfällen konkrete Behandlungsempfehlungen gegeben werden. Bei Zustimmung der Klient:innen fanden Dreierauswertungen (Ärzt:in, Fallmanager:in und Klient:in) statt.

Nach einem Ärzt:innenwechsel (Typus: *professionelle Distanz*) veränderte sich die Zusammenarbeit. Statt persönlichem Austausch erhielten die Fallmanagerinnen nur noch schriftliche Berichte, wenn Klient:innen diese freigaben. Die zweite Ärzt:in war zwar ebenfalls engagiert, verbindlich und erstellte "*super ausführliche*" (Z. 75) Berichte, aber eine enge und persönlich gefärbte Zusammenarbeit wie beim ersten Arzt fehlte. Dennoch bot die Person ebenso ihre Expertise über die Assessment-Termine hinaus an, was besonders bei komplexen Fällen (etwa psychotisches Erleben) hilfreich war. Aktuell fehlt das Assessment-Instrument, weil nach einem weiteren Wechsel die Ärztin wegen Schwangerschaft ausfiel.

Weitere positive Aspekte und Wirkungsweisen des Kurzassessments wurden in der Gruppendiskussion thematisiert. Demnach spielte die Einhaltung des Datenschutzes eine wichtige Rolle: Die Diagnosen wurden nur mit freiwilliger Zustimmung der Klient:innen an die Fallmanager:innen weitergegeben. Dies Schutzmaßnahme ermöglichte den Klient:innen Kontrolle darüber, ob und welche Informationen sie teilen wollten.

Als negative Aspekte wurden genannt:

- fehlende Kontinuität durch zweimaligen Personalwechsel der Ärzt:in;
- relativ hohe Kosten (450€ pro Assessment), was bei einer Verstetigung von Blaufeuer ein Problem bedeuten könnte
- Manche Klient:innen lehnten das Assessment generell ab aus Angst vor Diagnosen ab.

Nach dem Wegfall des Assessments griff das Team verstärkt auf Fallbesprechungen und Supervision zurück, um Unsicherheiten in Hinblick auf psychische Erkrankungen zu bewältigen. Gewünscht wird, dass die Ärzt:in auch außerhalb der Assessments ihre Expertise zur Verfügung stellt

Fazit: Trotz der Finanzierungsprobleme würde es das befragte Team vorziehen, das Assessment als festen Bestandteil in einer künftigen Verstetigung des Projekts zu integrieren, da es für etwa 10% der Klient:innen besonders hilfreich war und das Beratungsangebot abrunden würde. Notwendig hierfür sei jedoch eine Person, die sich stark identifiziert mit dem Blaufeuer-Projekt und intrinsisch motiviert, jenseits monetärer Anreize, eine intensive Kooperation mit dem Blaufeuer-Team anstrebt („*da ist uns jemand wohlgesonnen*“; Z. 168).

Im zweiten Blaufeuer-Standort wird das Kurzassessment mit der Klinik als ein gutes und wichtiges Element für die eigene Beratungsstellen aufgefasst. Hervorgehoben wird der Wert der fachlichen medizinischen Einschätzung, anhand derer eingeschätzt werden kann, was bei einer Person den Krankheitswert ausmacht und was in den präventiven Bereich fällt. Das Blaufeuerteam habe eine

Klinik gefunden, die „sehr engagiert und gerne und innovativ mitarbeitet dass is=die Voraussetzung also da kann man (h) keine Klinik zu verdonnern und das is=auch nichts wo=ne Klinik mit reich werden kann“ (Z. 134-135). In dieser Einschätzung gibt es eine starke Überschneidung zu Position im ersten Team.

Ganz anders sind die Erfahrungen am ersten Standort. Die koordinierende Person kritisiert die große räumliche Distanz zur kooperierenden Klinik (über 100 km). Es fehle die Niederschwelligkeit für die Klient:innen durch die aufwendige An- und Abreise. Auch darin unterscheidet sich die Situation von der am zweiten Standort (mit ausgebautem öffentlichem Nahverkehr) gravierend. Zudem bemängelt die Person ein mangelndes Interesse der Verantwortlichen in der Klinik an einer Zusammenarbeit mit Blaufeuer und berichtet von monatelangen "endlosen Wartezeiten" (Z. 81) für Rückmeldungen. Weiterhin sei die Qualität der Gutachten inhaltlich fragwürdig ("copy und paste", Z. 56), teilweise sogar widersprüchlich. Es wird Unverständnis geäußert über die Auslagerung des Assessment und verweist in diesem Zusammenhang auf das bestehende Assessment im Berufsförderungswerk, das aus Compliance-Gründen nicht genutzt werden durfte. Betont wird, es gebe ein Know-how und Fachkräfte im eigenen Haus für diese Aufgabe.

Entsprechend der Gruppendiskussionen lassen sich zwischen den drei Blaufeuer-Standorten Gemeinsamkeiten und Unterschiede festhalten. Anerkannt wird grundsätzlich die Relevanz eines medizinisch/psychiatrischen Assessments im Beratungskontext. Allerdings gibt es Unterschiede in der Bewertung. Die unterschiedlichen Einschätzungen resultieren aus den konkreten Erfahrungen bei der Umsetzung und der Zusammenarbeit mit den jeweiligen Kliniken/Ärzt:innen während der Modellprojektphase. Während dies an zwei Standorten gut funktionierte, gab es am dritten Standort erhebliche Probleme.

Die Projektkoordinator:innen gehen mehrheitlich davon aus, dass das Berufsförderungswerk eine solche Untersuchung selbst kompetent durchführen könne.

**Tabelle: Vergleich: Assessment-Auffassungen in drei Blaufeuer-Standorten**

Aspekt	Erster Standort	Zweiter Standort	Dritter Standort
<b>Grundhaltung</b>	Negativ kritisch (gegenüber einem Outsourcing des Assessments)	positive Erfahrung, solange engagierte Ärzte das Assessment durchführen und sich auf die Blaufeuer-Teams einstellen	
<b>Statements</b>	„wir ha=m erst endlose wartezeiten g=habt“; Gutachten waren „falsch teilweise widersprüchlich“	"Gutes und wichtiges Element", "tolles Angebot"	"Wird gern wahrgenommen", "wirklich gutes Arbeiten"
<b>Fokus</b>	Mangelnde Qualität und Zuverlässigkeit; teilweise der Gutachten; lange Wartezeiten, um Gutachten zu erhalten; aufwendige die Anfahrtswege zur Klinik	Fachliche Expertise und barrierefreier Zugang	Nutzen für Klient:innen (fachliche Klarheit, Empfehlungen)
<b>Zukunftsperspektive</b>	Möchte eigene Assessments für zukünftige Ausschreibungen aufbauen	Assessments sollten bei Konzeptionierung "immer mitgedacht" werden	Betrachtet Assessments als wichtiges, aber nicht zentrales Element
<b>Priorität im Blaufeuer-Beratungsprozess</b>	Praktische Aspekte wie Erreichbarkeit und Effizienz	Assessments als integraler Bestandteil des Beratungsangebots	Unterstützendes Instrument im Beratungsprozess, teilweise als „Katalysator“

### IV.3.3 Organisationale Entwicklung des Modellprojekts aus Sicht der Projektkoordinator:innen

Es liegt in der Natur der Sache, dass für ein Modellprojekt kein vorgefertigter Fahrplan existiert. Alle relevanten Aspekte müssen im Laufe der Zeit von den Beteiligten gemeinsam entwickelt, auf ihre Praxistauglichkeit valide getestet und nachhaltig verstetigt werden. In diesem Sinne durchlief das Modellprojekt SEMpsych die Teambuildingsphasen *Forming, Storming, Norming, Performing* und *Adjourning* mit all den Fallstricken (vgl. Tuckmann, 1965) Von diesem ständigen Such- und Findungsprozessen des Gesamtteams waren die drei lokalen Projektkoordinator:innen in besonderer Weise betroffen. Aufgrund ihrer Sandwich-Position zwischen übergeordneter Projektleitung (Deutsche Rentenversicherung Bund), der organisationalen Eingliederung in die Berufsförderungswerks-Einrichtungen und den ihnen unterstellten Blaufeuer-Fallmanager:innen. Die eigene Selbstpositionierung und Rollenfindung gestaltete sich als langwieriger, und lehrreicher Lern- und Aushandlungsprozess. Mit den Worten einer koordinierenden Person: „*Wir sind immer Sandwich, immer mittendrin. Ich muss gestehen, dass macht mir oft Spaß aber nicht immer [alle lachen]. Es gibt Situationen, wo ich denke, oh man ey und so. Nebenbei haben wir dann auch noch unsere eigenen Arbeitgeber, die ja letzten Endes mit reinkommen, wenn es dann um die Personalsituation [geht]*“ (Z. 180-185). Reagiert werden musste auf die Entscheidungskompetenzen und Kommunikationsstile der Projektleitung, die Interessen und Vorstellungen der Forschenden aus der Begleitevaluation und die Bedarfe und Erwartungshaltungen der Fallmanager:innen. Die von ihnen zu erbringende Koordinationsleistung im Gesamtteam sowie die Fürsorge- und Aktivierungsaufgaben innerhalb des Blaufeuer-Teams musste in einer engen zeitlichen Taktung (ca. 9 h/Woche) erfolgen.

Aus der Sicht der Projektkoordinator:innen vollzog sich der *Institutionalisierungsprozess* von SEMpsych in mehreren Phasen. In der Anfangsphase traten die Projektkoordinator:innen mit spezifischen Erwartungen an das Projekt heran und gingen davon aus, dass das Gros der konzeptionellen Fragen bezüglich ihrer Arbeit schon vor ihrer Einstellung geklärt sei. Sie verstanden ihre Rolle zunächst als rein administrativ, während sie der wissenschaftlichen Begleitung und Projektleitung die inhaltliche Verantwortung zuschreiben. In dieser Phase gelingt es den Projektkoordinator:innen, grundlegende Strukturen für die Beratungsarbeit zu etablieren, indem sie an jedem Standort Räumlichkeiten, ausreichende Ressourcen für die Beratungsarbeit der Fallmanager:innen sicherten. Die Projektkoordinator:innen changierten zwischen Aktivierungs-, Fürsorge- und Integrationsfunktionen gegenüber der Fallmanager:innen. Phasen-, standort- und persönlichkeitsbezogen werden unterschiedliche Lösungen gefunden. Zunächst fokussierten sie vordergründig die autonomen Entscheidungskompetenz der Fallmanager:innen und führten diese in die Akquisetätigkeit ein. In dieser und in späteren Phasen nahmen Projektkoordinator:innen Belastungen der Fallmanager:innen wahr und übernahmen zusätzlich zu ihrer aktivierenden Rolle eine neu ausgestaltete Fürsorge-Rolle. In späteren Phasen (auf Grund nicht antizipierter Integrationsanforderungen Berufsförderungswerk, Projektleitung) richtete sich ihr Augenmerk auf die Einhaltung der gefordernten Leistungsstandards. Über den Phasenverlauf agieren sie also stets zwischen freiheitgebenden und freiheitnehmenden Funktionen gegenüber der Fallmanager:innen.

Die folgende Phase der Desorientierung wurde ausgelöst, als die anfänglichen Erwartungen an die wissenschaftliche Begleitung unerfüllt bleiben. Die Projektkoordinator:innen erkannten, dass "eigentlich überhaupt nichts klar [ist], weder die Kommunikationsstrukturen noch die inhaltlichen

Dinge" (Z.121-122). Diese Entzauberung der Wissenschaft führte zu einer grundlegenden Neuorientierung aller Projektbeteiligten. Es entstand eine Art Vakuum, in dem die hierarchischen Strukturen und Kommunikationswege unklar schienen. Dieser Stormingphase schloss sich ich die Phase des *freien Flottierens*, in der die Fallmanager:innen eine hohe Selbstwirksamkeit erlebten. Sie hatten "den Eindruck, alle Ideen kann ich einbringen" (Z.136) und entwickelten die Erwartung, "IMMER frei flottieren" (Z.138) zu dürfen. Diese kreative Phase der Selbstorganisation wurde jedoch von den Projektkoordinator:innen ambivalent erlebt, da sie sich mit neuen, unerwarteten Aufgaben konfrontiert sahen. Sie mussten nun selbst Leitungsfunktionen übernehmen, die sie ursprünglich der Projektleitung zugeordnet hatten, und standen unter Handlungsdruck. Die anschließende Phase der *Rahmensetzung (Normierung)* markiert einen bedeutsamen Wandel. Durch die Einführung quantitativer Leistungsstandards und die Schaffung eines Kernteams als Steuerungsinstantz wurde die vorherige Autonomie der Fallmanager:innen eingeschränkt. Die Projektkoordinator:innen mussten nun eine überwachende Funktion übernehmen, um Leistungskriterien durchsetzen.

Die dynamische Entwicklung der *Autoritätsherstellung* zeigt sich als durchgängiges Thema im Projektverlauf. Sie mussten Verantwortung übernehmen im Berufsförderungswerk -Standort, für die fachliche Leitung der Fallmanager:innen sowie als ausführender Arm der Projektleitung. Zudem hatten die Projektkoordinator:innen eine Fürsorgefunktion ihrem Team gegenüber.

Mit der Einführung von Leistungsstandards in der Phase der Rahmensetzung wurde jedoch das Prinzip der Autonomie in der Beratung relativiert und professionelle Standards durch nicht-Berater:innen definiert. Dies erlebten die Fallmanager:innen, und die mit ihnen koalierenden Führungskräfte teilweise als fachliche Degradierung.

Die *Institutionalisierung* des Projekts, die *Autoritätsherstellung* der Projektkoordinator:innen und die *Professionalisierung* der Fallmanager:innen bildeten eng miteinander verflochtene Prozesse. In dieser Hinsicht offenbarte sich das Modellprojekt zwischenzeitlich als dynamischer konfliktreicher Prozess eines permanenten Aushandelns der Rollenerwartungen.

#### **IV.3.4 Blaufeuer als Ergänzungsangebot und als Konkurrenz im etablierten Versorgungssystem**

Eine Gruppendiskussion mit Netzwerkpartner:innen fand im März 2024 statt. Beteiligt waren eine Vertreterin des Integrationsfachdienstes (IFD), eine Repräsentantin einer Kontaktstelle zur Vermittlung von Selbsthilfe sowie eine Fallmanagerin von Blaufeuer. Zwei weitere Personen mussten aus Termingründen kurzfristig absagen. Deshalb wurden ergänzend zur Gruppendiskussion zwei Interviews durchgeführt – zum einen ein Online-Interview mit einem Betriebsseelsorger, der im Rahmen seiner Tätigkeit auf Blaufeuer aufmerksam wurde und im Austausch mit dem regionalen Team stand; zum anderen ein Telefon-Interview mit einer psychologischen Psychotherapeutin, die Blaufeuer-Teilnehmenden in ihrem Patientenkreis hatte.

Die Befragungen der Netzwerkpartner:innen erlaubten aufschlussreiche Einblicke, wie das neue Versorgungsangebot Blaufeuer von dem bereits etablierten Beratungssystem in dieser Region wahrgenommen wurde – insbesondere, welche Position und Rolle Blaufeuer innerhalb des Beratungsnetzwerks zugesprochen und gewährt wird und welche möglichen Versorgungslücken das Angebot tatsächlich schließen kann. Zudem ist thematisiert worden, inwiefern es eine funktionierende Kooperation mit Blaufeuer gab.

Die interviewten Netzwerkpartner:innen reagierten unisono 2020 zunächst skeptisch auf das Blaufeuer-Fallmanagement. Es wurde unschwellig ausgehandelt, was die Rollen und Aufgaben sowie die Grenzen seien. Dieser Aushandlungsprozess wurde sogar noch in den drei Befragungen weitergeführt. Rekonstruieren lässt sich anhand der Selbstauskünfte der Interviewten, dass die skeptische Grundhaltung gegenüber Blaufeuer zum einen aus den unterschiedlichen organisationalen Selbstverständnissen herrührt und zum anderen einem Konkurrenzreflex entspringt. Wie ist damit gemeint?

Gegenüber den Netzwerkpartner:innen ist nicht hinreichend kommuniziert worden, was es mit der (institutionellen) Besonderheit des zeitlich befristeten Modellprojektcharakters auf sich hatte. Insbesondere die Vertreterin des Integrationsfachdienstes kritisierte die – aus ihrer Sicht – ungeklärten Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen bei Blaufeuer. Sie vermutete, dass ein langfristiges Versorgungsangebot und eine damit einhergehende kontinuierliche Klient:innenbetreuung nicht gewährleistet sein würden.

Parallel zu diesen Unklarheiten wurden Überschneidungen mit den bestehenden Beratungsangeboten befürchtet, was das adressierte Klientel und das Aufgabenrepertoire anbelangt. Die skeptische Einstellung der Netzwerkpartner:innen gegenüber Blaufeuer rührte vor allem aus der anders gelagerten programmatischen Ausrichtung und dem damit verbundenen organisationalen Selbstverständnis. Während die etablierten Leistungsanbieter wie der Integrationsfachdienst oder Psychotherapeut:innen an gesetzlich verankerte Zuständigkeiten gebunden sind, mit medizinischen Diagnosen und Interventionen und in hierarchischen Strukturen operieren und klar definierte Aufgaben abarbeiten (z. B. Rechtsberatung, verbindliche Leistungen für behinderten Arbeitnehmern, therapeutische Behandlung), setzt Blaufeuer stärker auf eine rechtskreisübergreifende, individualisierte Begleitung der Klient:innen und eine fallbezogene Informationsvermittlung. Seine Flexibilität und die institutionelle Unabhängigkeit erschwerten eine Einordnung und Anerkennung des Blaufeuer-Fallmanagements von außen. Ebenso bereitete den Netzwerkpartner:innen die – aus ihrer Sicht – fehlenden klaren Zugangskriterien für die Klient:innen Probleme.

Insbesondere von der Vertreterin des Integrationsfachdienst wurde Blaufeuer anfangs als potenziell irritierend und weniger legitimiert angesehen. Zudem bestand die Sorge, aufgrund des plötzlichen Konkurrenzangebots finanzielle Einbußen hinnehmen zu müssen. Dem regionalen Blaufeuer-Team wurde nahegelegt, die übergeordnete, regulierende Rolle des Integrationsfachdienst anzuerkennen. Blaufeuer kam dem nach, indem es frühzeitig Teilnehmende mit Schwerbehinderung an den Integrationsfachdienst verwies. Dadurch konnte die Deutungshoheit und die Kompetenzzuweisung bei der Einrichtung für Menschen mit Behinderungen bleiben und Blaufeuer seinen Platz in der Versorgungslandschaft als ergänzendes Angebot für andere Personengruppen einnehmen.

Die Vertreterin der Selbsthilfe-Förderstelle nahm Blaufeuer entsprechend ihrer eigenen beruflichen Logik zunächst als ähnlich gelagerte psychosozialer Beratung wahr, als eine Anlaufstelle für Menschen in belastenden Situationen, die Unterstützung benötigen, aber keine formale Therapie oder behördliche Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Sie reduzierte Blaufeuer auf eine „psychosoziale Beratungsstelle“, in der Betroffenen Raum geboten werde, über ihre Probleme zu sprechen. Damit verengte sie den Blick auf Blaufeuer und ließ außer Acht, dass Blaufeuer über ein reines Zuhörangebot – analog ihrer eigenen Peer to Peer-Beratungsstelle – hinausgeht und zudem mit einer klaren Beratungsstrategie arbeitet. Anders als die Vertreterin des Integrationsfachdienstes sah sie in Blaufeuer jedoch keine bedrohliche Konkurrenz.

Die Psychotherapeutin wiederum betrachtet die Blaufeuer-Beratung aus ihrer klinisch-therapeutischen Perspektive und ordnete sie als unterstützendes Angebot für ihre Patient:innen mit beruflichen Belastungen ein. Ihre Wahrnehmung war stark von der therapeutischen Logik geprägt, in der psychische Erkrankungen diagnostiziert und prioritär behandelt werden, während Beruf als in der Regel sekundäre Belastungsfaktor oder als bedeutsames Feld für Wiedererlangung der Selbstbestimmung gesehen werden. Mit der Zeit lernte die Therapeutin Blaufeuer als niedrigschwellige Angebot zu schätzen. Sie nahm Blaufeuer vorrangig als Beratungsstelle für berufliche Themen wahr und erkannte nicht, dass Blaufeuer auch eine prozessorientierte, längerfristige Begleitung anbietet. Die Abgrenzung zwischen therapeutischer Arbeit und Blaufeuers Unterstützung ist für sie selbst noch während des Interviews unscharf.

Ihre Sichtweise lässt sich als Ausdruck einer zweck- und professionsgebundenen Deutung erklären. Psychotherapeut:innen arbeiten in einem strukturierten, diagnosebasierten System, das klare Zuständigkeiten für psychische Erkrankungen definiert. Blaufeuers offene und nicht-diagnosegebundene Beratung passte nicht in dieses Schema. Deshalb wird von ihr dieses Angebot als pragmatische, aber fachlich weniger fundierte Unterstützung wahrgenommen.

Zudem insistiert die Psychotherapeutin darauf, dass die Blaufeuer-Fallmanagerinnen selbst psychisch gefährdet seien. Sie begründet diese Einschätzung damit, dass die Arbeitsbedingungen eine hohe emotionale Belastung mit sich brächten, ohne dass ausreichende Strukturen zur eigenen Entlastung zur Verfügung gestellt würden. Erkennbar ist hier eine Projektion der eigenen Situation: Die Doppelbelastung: aus der emotional fordernden Arbeit mit vulnerablen Menschen einerseits und der beruflichen Unsicherheit und dem Fehlen stabiler Schutzmechanismen andererseits. Die Therapeutin kommt selbst aus einem Feld, in dem psychische Belastungen durch Supervision, stabile Rahmenbedingungen und professionelle Abgrenzung abgemildert werden. Ihres Erachtens fehle all das beim Blaufeuer-Team.

Der interviewte Seelsorger betrachtete Blaufeuer zunächst hoffnungsvoll als sinnvolle Ergänzung im Beratungsnetzwerk der ambulanten Sozialarbeit. Er goutiert im Interview, dass von den Fallmanager:innen Unterstützungsleistungen angeboten werden, die er selbst aufgrund seiner limitierten Ressourcen nicht stemmen könne. Er schätzt Blaufeuer als niedrigschwellige Anlaufstelle für Menschen in Krisensituationen, ähnlich seiner eigenen seelsorgerischen Tätigkeit.

Auch seine Wahrnehmung ist stark von der eigenen beruflichen Perspektive geprägt, in der langfristige Verfügbarkeit und Verantwortung, Vertrauen und institutionelle Verankerung Grundpfeiler sind. Vor diesem Hintergrund macht er strukturelle Schwächen bei Blaufeuer aus – insbesondere die instabile Projektstruktur wegen der zeitlichen Befristung und die hohe Personalfuktuation im Team. Erschwert werde seines Erachtens dadurch eine nachhaltige Zusammenarbeit mit Netzwerkpartner:innen, aber vor allem eine verlässliche und nachhaltige Fürsorge gegenüber den Klient:innen. Zudem schätzt er die Fallmanager:innen als – im Vergleich zu ihm – wenig gut qualifiziert ein. Da seine eigene Arbeit auf dauerhafte Beziehungsarbeit und Netzwerkpflge ausgerichtet ist, stellt der Seelsorger infrage, ob Blaufeuer unter diesen Bedingungen wirklich nachhaltig in das bestehende Versorgungssystem integriert werden könne.

#### **IV.3.5 Blaufeuer als externe Anlaufstelle für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen – die Sicht betrieblicher Akteur:innen**

Die Gruppendiskussion mit betrieblichen Akteur:innen hatte das Ziel, zu eruieren wie das Blaufeuer-Angebot im Erwerbsarbeit-Kontext wahrgenommen wurde, wie es in die Betriebe wirkte und welche Wünsche der Verbesserung es aus Sicht der Betriebe gibt. Teilgenommen hatten im

Frühjahr 2023 Akteure an einem Standort aus der Privatwirtschaft (Dienstleistungssektor), aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagement in der Stadtverwaltung und aus dem Personalwesen des öffentlichen Sektors (Dienstleistung mit belasteter Personengruppe). Es gab eine kurzfristige Absage vom Beauftragten für Schwerbehinderung und wie auch aus der Personalabteilung eines mittelgroßen Unternehmens.

In der Gruppendiskussion zeigte sich, dass die betrieblichen Stakeholder grundlegend sehr positiv der Beratung gegenüber waren und gerne dorthin vermitteln, die Erfahrungen der einzelnen Teilnehmenden bisher nicht so in die Betriebe aufgenommen wurden, dass die Befragten dies mitbekommen haben.

Es konnten zwei Aspekte identifiziert werden, über die sich verstärkt ausgetauscht und zugestimmt wurde. Dies zeigte sich vor allem in der grundlegenden Thematik der anhaltenden Tabuisierung von psychischer Erkrankung in den Betrieben und dem damit verbundenen Stigma. Zum anderen wurde Blaubeuer vor allem in diesem Zusammenhang als externalisierte Problemlösung angesehen, als eine Gelegenheitsstruktur, die es ermöglicht, mit der Erwerbsarbeit assoziierte psychische Erkrankungen zu bearbeiten. Herausgehoben wurde die neutrale Position des Angebots mit dem Fokus auf den Bedürfnissen der erkrankten Person.

#### IV.3.5.1 Grundlegende Tabuisierung und Stigma von psychischer Erkrankung in Betrieben

Generell zeigt sich ein hoher Krankenstand in den Betrieben. Teilweise sind Stellen eingerichtet in den Betrieben, um psychische Erkrankungen vorzubeugen bzw. zu mindern, in anderen Betrieben aber gar nicht, was zu einer Überforderung der Personalabteilung und/oder des mittleren Managements führt. Grundlegend sind sich alle Befragten einig, dass psychischer Belastung in Unternehmen nicht priorisiert wird. Die ausschließlich weiblich besetzte Gruppendiskussion sieht dies zum Teil auch in der männlichen Geschäftsführung im Unternehmen verortet. Menschen mit psychischer Beeinträchtigung würden eher abgewertet, als dass sie Unterstützung im Unternehmen erfahren, was die Teilnehmenden der Diskussion ärgert. Grundlegend seien psychische Erkrankungen in den Betrieben ein „unangenehmes Thema“ (Z.883), das Unbehagen und Unsicherheit bei der Belegschaft auslöst und vom Großteil der Belegschaft als „heißes Eisen“ (Z.882) eingestuft wird.

BEM-Gespräche (betriebliches Eingliederungsmanagement), in denen psychische Erkrankung eine Rolle spielen kann, sind institutionalisiert und die Verantwortung liegt hier unterschiedlich nach Betrieb, entweder bei der Personalabteilung oder aber bei Führungskräften. Jene zeigen sich zumeist überfordert bei langanhaltenden psychischen Erkrankungen und nähmen meist Unterstützung durch die Personalabteilung in Anspruch. Insgesamt fühle es sich so an, als dass auch von politischer Seite Unternehmen in diesem Bereich sonst sehr wenig Unterstützung erfahren („Unternehmen werden da alleine gelassen“, Z.860). Sie wüssten nicht, an welche Stellen sie sich wenden könnten, damit die Arbeitnehmenden gut versorgt seien. Kritik gab es vereinzelt an der Konzeptualisierung von Blaubeuer als Modellprojekt, sodass dort unvorhergesehene Situationen nicht mitgedacht und die Struktur nicht auf menschliche Anforderungen, wie Stellennachbesetzungen bei Erkrankung oder Elternzeit, der dort Arbeitenden ausgerichtet würden. Dadurch kam es zu einem Ausfall des Projekts für den betroffenen Betrieb, der durch eine Fallmanagerin mit Informationsmaterialien versorgt wurde und eine Akquise vorbereitet wurde.

Zudem hoben einige Teilnehmenden hervor, wie viel Arbeit die Netzwerkarbeit für die Fallmanager:innen sei, gerade weil das Thema in den Betrieben so wenig Aufmerksamkeit aus der Führungsebene erfahre:

*„und für dieses thema das bewusstsein in den firmen zu bekommen (,) heftige nummer //B2: mhm// also ich weiß noch als ich das das erste mal bei uns in der geschäftsleitung vorgestellt hab (,) und die herren alle so (,) so (,) so waren die dagestanden so und (h) so und so ja also das versteh ich jetzt net wieso is=der mensch wohl schwach oder was is=n mit dem so //I: mhm// brauchen wir das ach echt“ (Z.872-877).*

#### IV.3.5.2 Externalisierte Problemlösung durch Blaufeuer als *opportunity structure*

Insgesamt waren die Befragten vor allem durch die Tabuisierung und Geringschätzung von psychischen Erkrankungen durch die Führungsebene erfreut über die Blaufeuer-Beratung. Gerade die Niedrigschwelligkeit des Projekts wurde als herausragendes Charakteristikum empfunden, wodurch viele Mitarbeitende im Kontext von BEM-Gesprächen (betriebliches Eingliederungsmanagement) an das Projekt verwiesen werden konnten.

*„frau weide hat das damals im personalleiterkreis also die waren in den endzügen von dem projekt und da hat sie=s vorgestellt und die hat das erzählt und ich hab mir gedacht gott sei dank ([handeln wir]) das war wie so=n strahl der auf sie runter //I: @// gegangen is hab sie mir dann gleich geschnappt und hab dann gesagt (h) (,) also wie niederschwellig is=das wirklich kann man da jeden hinschicken und wir haben in den bem gesprächen einfach alle dorthin geschickt“ (Z.853-859).*

Während Mitarbeitende mit einer Behinderung an die zuständige Stelle des Inklusionsamts verwiesen werden könnten, fehlte eine solche Stelle für Mitarbeitende mit psychischen Belastungen. Alle waren sich einig, dass es geschultes Personal für den Umgang mit psychischen Erkrankungen bedarf, den sie z.B. in der Personalabteilung nicht leisten könnten, dies bei Blaufeuer gegeben ist. Ohne sozialpädagogische Fachkenntnisse ist dies nicht machbar und die Befürchtung wurde von allen geäußert, dass sie eventuell die Situation noch schlimmer machen würden für die erkrankten Arbeitnehmenden. Andererseits gibt es auch in einem Betrieb eine ähnliches Präventionsangebot, das jedoch so überlastet ist, dass Blaufeuer weniger eine Konkurrenz als eine Entlastung darstellt.

Zum einen bietet Blaufeuer eine benötigte Leistung an, die innerhalb der Betriebe aufgrund der geringen Wertschätzung der Lösung psychischer Belastungen nicht gelöst werden könnten. Zum anderen bietet Blaufeuer neben der Niedrigschwelligkeit die Neutralität des Angebots, wodurch der erkrankten Person wirkliche Unterstützung angeboten werden kann.

Vor allem ist dies hilfreich, wenn die zuständige Person in Führungsposition Druck auf den Prozess ausübt. Das Projekt ist eine Unterstützung, indem es sich allein auf die Gesundheit der Person mit psychischer Belastung konzentriert und als Fürsprecher:in für deren Gesundung einsetzt („ganz starke Lobby“. Z.975) mit dem Ziel der Weiterbeschäftigung und des Perspektivwechsels.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Betriebe das Angebot sehr positiv wahrgenommen haben, vor allem aufgrund der internen Tabuisierung von psychischer Belastung und des Angebots einer externalisierten Problemlösestruktur. Gering war die Wirkung in die Betriebe, da sich Personen während oder nach der Blaufeuer-Beratung nicht bei den Betrieben mit ihren Erfahrungen meldeten. Dies wurde jedoch nicht als negativ bewertet, sondern verbunden mit der Neutralität des Angebots. Hingewiesen wurde auf eine möglichst stabile institutionelle Verstetigung des Angebots, welches Personalausfälle bei Blaufeuer vermindert und Wartezeiten minimiert, um als Betrieb auf ein nachhaltiges und stabiles Angebot verweisen zu können.

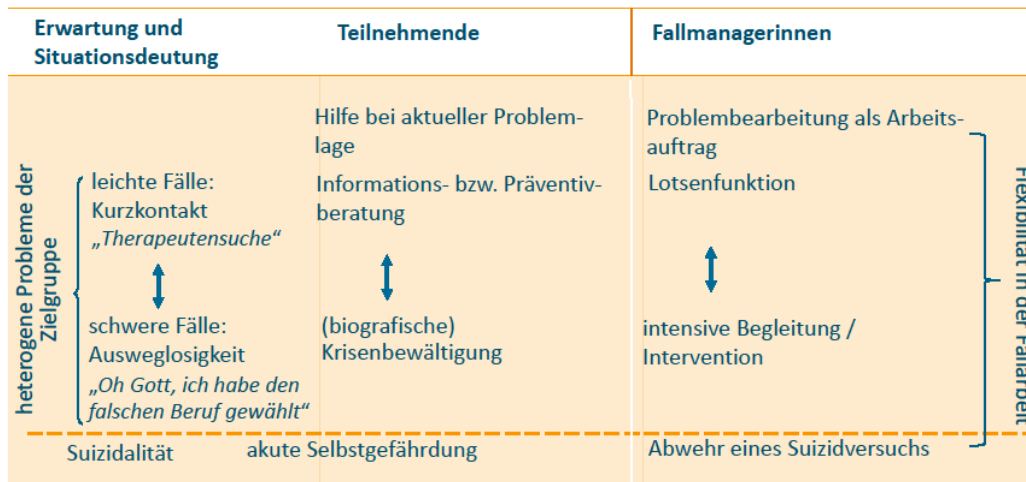
## IV.4 Grenzen des Blaubeuer-Angebots

### IV.4.1 Limitationen in der Beratung bestimmter Personengruppen

Blaubeuer kann durch seine Offenheit der Gruppe von Teilnehmende gegenüber sowie einer breiten thematischen Ausrichtung verschiedenste Personen unterstützen. Es gibt allerdings auch Grenzen, Fälle, in denen Blaubeuer keine passende Unterstützung anbieten kann. Hauptsächlich zeigen die Interviews, dass die Grenzen erreicht sind, wenn psychische Erkrankungen der interessierten Personen zunächst in einer geeigneten medizinisch-psychiatrischen Einrichtung oder psychotherapeutischen Praxis therapiert werden sollten. Die Problematik der Inkongruenz des Selbst- und Fremdbildes der Teilnehmende ermöglicht nur eine eingeschränkte Einschätzung ihres Verhaltens. Bevor diese nicht wieder kongruent ist, ist es den Fallmanager:innen erschwert, ihre Leistungen zur Verfügung zu stellen. Die Fallmanager:innen thematisieren implizit in ihrer Arbeit mit den Teilnehmenden die Grundorientierungen und/oder Stressoren. In diesen Fällen sind die Grundüberzeugen nur rudimentär sichtbar bzw. wird das eigene Handeln nur noch in der Selbstwahrnehmung eingeschätzt. Es kann zu einer ausschließlich oder vorwiegenden Verantwortungsattribution an andere Personen kommen. Eine weitere Grenze, die wir in unserer Forschung identifizieren konnten, liegt bei Personen, zu deren psychischen Belastung aufgrund des Arbeitskontextes gegeben ist eine weitere grundsätzliche Symptomatik und psychische Erkrankung hinzukommt und sogar die hauptsächliche Ursache der aktuellen Thematik darstellt. Es bedarf eines stärker spezialisierten Wissens hierzu als es in Blaubeuer angelegt ist. Eine Person z.B. mit Burnout-Erfahrung sowie ADHS-Symptomatik und Psychosen benötigt ein spezialisiertes Wissen wie auch persönlichere Anbindung und Begleitung als es Blaubeuer bieten kann. Für die Thematik wäre es passender, eine:n persönliche:n Assistent:in für alltagspraktische und berufliche Situationen zu haben. In einer psychosozialen Krise hervorgerufen z.B. durch kritische Lebensereignisse wie eine Trennung der romantischen Beziehung und Stressoren fällt es schwer den Alltag zu bewältigen. Es ist nicht allein die psychische Erkrankung, z.B. eines Burnouts, sondern die ADHS-Symptomatik, die es der Person nur unzureichend erlaubt, mit z.B. einem Wegfall von Fördermitteln und Ausfall einer zentralen Kollegin umzugehen. Die Abwicklung und Bearbeitung dieser Anliegen überfordern diese Person. Vonnöten wäre hier z.B. eine Peer-to-Peer Begleitung, die genau mit der Symptomatik vertraut ist und weiß, welche alltagspraktische Unterstützung übernommen werden muss und dies tut.

Eine weitere Grenze wird in den Ergebnissen erkennbar: nämlich bei Personen, die Blaubeuer nutzen, um sich selbst zu optimieren. Blaubeuer hat das Anliegen, bei psychischer Belastung zu unterstützen und zu einem Wohlbefinden zu verhelfen. Bei diesen Personen steht dies weniger im Fokus ihres Interesses. Sie zeigen nur oder keine Krankheitseinsicht. Ihr Interesse gilt vielmehr, noch besser und effizienter arbeiten zu können. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht die heterogene Problemlagen der Zielgruppe, die nicht nur zu einer empfundenen Überforderung der Fallmanager:innen führt, sondern wie die Einzelinterviews verdeutlichen auch bei den oben skizzierten Herausforderungen eine Beratung durch Blaubeuer verunmöglichen.

**Grafik: Grenzen der Beratung durch Schwere der Fälle**



Neben diesen skizzierten Bedarfen bestimmter Personengruppen gibt es weitere Grenzen des Blaufeuer-Angebots, die sich aus den Gruppendiskussionen mit Netzwerkpartner:innen sowie den drei Projektkoordinator:innen rekonstruieren ließen.

#### IV.4.2 Grenzen von Blaufeuer im Versorgungssystem

Insgesamt wurden in der Gruppendiskussion mit Netzwerkpartnern (Psychotherapeutin, IDF, Betriebsseelsorge, Selbsthilfe-Beratungsstelle, Fallmanagerin) die Stärken des Angebots deutlich. Blaufeuer wird von den befragten Akteur:innen als wertvolle, niedrigschwellige Unterstützungseinrichtung wahrgenommen, die insbesondere Menschen erreicht, die klassische Beratungs- und Therapieangebote nicht in Anspruch nehmen würden.

Gleichsam wurden auch Grenzen bzw. Herausforderungen des Projekts deutlich, wie die institutionelle Anerkennung, die strukturelle (In)Stabilität, professionelle Anerkennung und einer wahrgenommenen Mitarbeiter:innenbelastung. Die unklare institutionelle Verortung erschwert die Akzeptanz in bestehenden Versorgungsstrukturen. Unterschiedliche Akteure wie der Integrationsfachdienst und andere Beratungseinrichtungen ordnen Blaufeuer zunächst als eher randständiges oder konkurrierendes Angebot ein. Die Abwesenheit formaler staatlicher Legitimation und standardisierter Verfahren führt zu Skepsis gegenüber der Professionalität des Projekts. Die projektbasierte Struktur von Blaufeuer stellt eine bedeutende Herausforderung dar. Der zeitlich begrenzte Projektstatus, die hohe Personalfuktuation und die fehlenden stabilen Rahmenbedingungen beeinträchtigen die Verlässlichkeit und Nachhaltigkeit des Angebots aus der Perspektive der befragten Netzwerkpartner:innen. Dies wird besonders von Akteur:innen wie der betrieblichen Seelsorge kritisch betrachtet, die in einer langfristigen Verfügbarkeit und einer institutionellen Verankerung zentrale Qualitätsmerkmale sehen.

Aufgrund der flexiblen, nicht-standardisierten Arbeitsweise wurde zu Beginn des Projekts die Blaufeuer-Beratung nicht vollständig als eigenständiges Fachangebot wahrgenommen. Aus Sicht der Psychotherapie ist Blaufeuer eher als pragmatische Ergänzung, denn als vollwertigen professionellen Beratungsansatz zu verstehen, was jedoch deren Bedeutung im Versorgungssystem nicht schmälert. Ein weiteres kritisches Moment ist die hohe emotionale Belastung der Fallmanagerinnen. Ihnen fehlen nach Einschätzung der Psychotherapeutin adäquate Schutzstrukturen wie

Supervision und professionelle Abgrenzungsmechanismen. Dadurch sei ihre psychische Gesundheit gefährdet.

Die Grenzen von Blaufeuer resultieren primär aus seinem innovativen, nicht-konformen Ansatz, der bestehende institutionelle Logiken herausfordert und damit zunächst auf Skepsis stößt. Zudem wird von den Akteur:innen der Modellprojektcharakter nicht genügend berücksichtigt. Grundsätzlich jedoch betonen die Interviewten die positive Bedeutsamkeit der Niedrigschwelligkeit von Blaufeuer. Es würden Menschen erreicht, die selten Versorgungsangebote in Anspruch nehmen trotz hoher psychischer Belastungen.

## IV.5 Verstetigung

Anhand der qualitativen Auswertung der vorliegenden empirischen Daten lässt sich konstatieren, dass der Aufbau dauerhafter Strukturen sowie die nachhaltige Nutzung von Ressourcen und Kooperationen mit relevanten Akteuren – und damit einhergehend eine breite Akzeptanz im Versorgungssystem – erreicht wurde. Es sind zielführende Maßnahmen zur Verstetigung des Modellprojekts durchgeführt worden.

Detaillierte Hinweise für Verstetigungen von Modellprojekten lassen sich in der Fachliteratur nicht finden. In den Gruppendiskussionen und angegliederten Expert:inneninterviews konnten mehrere relevante Aspekte herausgearbeitet werden. Von zentraler Bedeutung ist unseres Erachtens die strukturell-organisationale Frage: Wie kann eine viable Einbindung in die Dachinstitution und eine Integration in das bestehende Versorgungsnetzwerk erfolgen?

In Hinblick auf diese Frage kommt den Projektkoordinator:innen für die jeweiligen Blaufeuer-Teams eine zentrale Bedeutung zu. Sie haben drei (gegensätzliche) Funktionen auszufüllen: Aktivierung, Fürsorge, Integration. Eine zentrale Herausforderung für das institutionelle Design in der Verstetigung wird es, zu verhindern, dass ein inhärentes Inkompatibilitätsrisiko zu Konflikten führt. Ein solches Risiko besteht, weil einerseits eine organisationalen Eingliederung in eine bestehende Einrichtung (etwa BFW) mit einem eigenen Kerngeschäft gelingen muss, die nicht per se auf das Format „Blaufeuer“ ausgerichtet ist, und andererseits weil eine Anleitungs- und Fürsorgepflicht gegenüber dem Team besteht, die im operativen Tagesgeschäft den Erfordernissen der multiprofessionalisierten Klient:innen-Arbeit gerecht werden müssen. Teilweise überlappen sich die Zielgruppe der Dachinstitution und des Angebots, sodass sich zunächst überlegt werden muss, welche Vorteile eine klare Trennung – nach innen und außen – für Blaufeuer und die Dachinstitution bringen könnte.

Die kontinuierliche Professionalisierung der Fallmanager:innen ist für die Verstetigung essenziell. Bei neu ins Team kommende Kolleg:innen mit unterschiedlichen Professionshintergründen sowie relativ viel Freiraum in der Ausgestaltung der Beratungsleistung müssen auch professionalisierte Routinen und Normen ausgebaut und nachhaltig verstetigt werden (wie es bereits im Manual angelegt ist). Dies betrifft vor allem:

- Entwicklung von Fähigkeiten für die kompetente Ausübung der Beratungstätigkeit
- Definition der Zielgruppe und Qualifikation (Zugangsberechtigung) von Teilnehmenden
- Darstellung der Alleinstellungsmerkmale der Blaufeuer-Leistungen gegenüber anderen Beratungsangeboten
- Entwicklung von klaren Definitionen darüber, wer wen fachlich anleiten und supervidieren darf
- Entwicklung von Standards für typische Arbeitsweisen und Arbeitsergebnisse
- Entwicklung von Standards für den üblicherweise zu erwartenden Leistungsumfang
- Verantwortlichkeit für die Anerkennung fachlich hochwertiger Leistungen

Die breite Akzeptanz des Angebots ist bei entsprechender permanenter Akquise und Netzwerkpfege gegeben, bedarf jedoch einer arbeitsintensiven Leistung der Fallmanager:innen. Die Ergebnisse der Gruppendiskussion mit den betrieblichen Akteur:innen wie auch Einzelgespräche mit den Fallmanager:innen zeigen die Herausforderung, in den Unternehmen das Thema der psychischen Belastung von Betriebsangehörigen anzugehen. Es erfordert kontinuierliche Überzeugungsarbeit der Unternehmensleitung, mit dem Thema in die Betriebe zu gehen. Befürchtet wird, dem Thema psychische Belastungen mehr Aufmerksamkeit zu geben und dadurch innerbetriebliche Routinen herauszufordern. Salopp formuliert: Betriebliche Akteure lassen sich nicht gern "von außen" in die Karten schauen – schon gar nicht, wenn Stressoren der Arbeitsverhältnisse sichtbar werden könnten. Andererseits verdeutlichen einzelne Auskünfte, dass gerade mittlere Führungskräfte und Verantwortliche in den Personalabteilungen die externalisierte Unterstützung des stigmatisierten und tabuisierten Themas *psychische Belastungen* schätzen. Gerade bei diesen Entscheidungsträger:innen ist das Potential für mehr Akquise und Beratungsangebote seitens Blaufeuers gegeben.

## **V. Zusammenfassung, Ausblick und methodische Limitationen**

### **V.1 Besonderheit des Blaufeuer-Fallmanagements im Versorgungssystem**

Das Ziel der qualitativen Begleitforschung war, die praktische Umsetzung der im SEMpsych-Modellprojekt vorgesehenen Leistungen und organisatorischen Maßnahmen explorativ und methodisch kontrolliert zu beforschen. Die Untersuchung konzentrierte sich auf die Erfahrungen der Teilnehmenden mit dem Blaufeuer-Angebot, den Koordinations-, Übersetzungs-, und Abstimmungsleistungen der Fallmanager:innen sowie auf die institutionellen Rahmenbedingungen. Anhand der ausgewerteten Daten lässt sich festhalten, dass von den Stakeholdern des Modellprojekts sowie von den Netzwerkpartner:innen der Blaufeuer-Beratung ein eigener Stellenwert innerhalb der Versorgungslandschaft attestiert wird: Psychisch belastete Arbeitnehmer:innen erhalten hier eine institutionsunabhängige und klient:innenzentrierte Unterstützung, um die Arbeitsfähigkeit (wieder) herzustellen. Die drei Blaufeuer-Standorte haben sich inzwischen im Versorgungssystem zu neutralen und stigmasensiblen Anlaufstellen für erwachsene Personen mit psychischen Belastungen, die sich negativ auf die berufliche Tätigkeit auswirken, etabliert. Die Besonderheit des Blaufeuer-Fallmanagements soll im Folgenden zusammenfassend konturiert werden.

#### ***Institutionsunabhängigkeit***

*Die Institutionsunabhängigkeit* lässt sich daran festmachen, dass die Blaufeuer-Fallmanager:innen unabhängig von Versicherungsträgern, Betrieben und Behandlungsinstitutionen agieren, wodurch eine neutrale und unvoreingenommene Unterstützung für die Klient:innen ermöglicht wird. Auf Basis der professionellen Expertise der Sozialarbeiter:innen bzw. Psycholog:innen werden die Teilnehmenden entlang eines gemeinsam entwickelten Ziel- und Handlungsplans intensiv beraten und maximal ein Jahr lang begleitet. In dieser (potenziell möglichen) langfristigen Begleitung unterscheidet das Angebot von punktuellen Beratungsleistungen anderer Anbieter und befördert nachhaltige Veränderungsprozesse bei den Hilfesuchenden.

Das entwickelte Beratungskonzept orientiert sich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC 2020), geht jedoch durch die Verschränkung sozialtherapeutischer, sozialarbeiterischer und Coaching-Elemente mit einer alltagspraktischen

Begleitung deutlich über die DGCC-Richtlinien hinaus. Gerade die multiprofessionelle Klient:innenarbeit ermöglicht es, sowohl auf tieferliegende psychische Dynamiken der Hilfesuchenden einzugehen als auch deren konkrete Alltagsprobleme pragmatisch zu lösen.

Bei Blaufeuer steht der bedarfsorientierte Umgang mit der jeweiligen Fallsituation zur Bewältigung einer personenbezogenen Problematik im Zentrum. Die Kernaufgabe des Fallmanagements ist die individuelle Beratung und Begleitung der Betroffenen sowie die Vermittlung von Hilfsangeboten mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, psychosoziale Belastungen zu reduzieren und die Lebensqualität zu steigern.

Aufgrund der multiplen Verzahnung der am Return Work-Prozess beteiligten Einrichtungen – insbesondere Deutsche Rentenversicherung Bund, Berufsförderungswerk – kommt den eigenständig und unabhängig agierenden Fallmanager eine tragende Rolle zu. Diese Unabhängigkeit ermöglicht es, ausschließlich im Interesse der Teilnehmenden zu handeln, ohne institutionellen Zwängen oder Leistungsvorgaben zu unterliegen.

Das Schnittstellen-Management, das durch diese Unabhängigkeit erst möglich wird, zeigt grundlegend positive Auswirkungen auf die Teilnehmenden. Die Fallmanager:innen können ohne institutionelle Eigeninteressen die verschiedenen Versorgungsangebote koordinieren und so passgenaue Unterstützung organisieren.

### ***Niedrigschwelliger Zugang und Orientierungsmöglichkeit bei diffusen Bedarfen***

Eine besondere Stärke des Blaufeuer-Angebots ist die Niedrigschwelligkeit des Zugangs – ohne formale Hürden und ohne eine sofortige Klärung konkreter Anliegen können Betroffene in Kontakt treten. Diese prinzipielle Offenheit evoziert bei ihnen das Gefühl der Akzeptanz. Den Teilnehmenden wird der Raum gegeben, „so zu kommen, wie sie sind“, ohne die Notwendigkeit, ihre Probleme sofort in eine definierte Form zu bringen.

Ein erheblicher Teil Hilfesuchenden fühlt sich aufgrund arbeitsbedingter psychischer Belastungen und privater Probleme hilflos und orientierungslos. In der anfänglichen Orientierungsphase übernehmen die Fallmanager:innen die Aufgabe, die oftmals diffusen Themen und Anliegen systematisch zu strukturieren und in ideale Unterstützungsbereiche zu gliedern. Diese Bereiche umfassen:

- Bewältigung des (Berufs-)Alltags
- Linderung psychischer Beschwerden
- Lösung arbeitsbedingter Problematiken
- Optimierung der Alltagsbewältigung
- Psychische Gesundheitsförderung
- Bürokratische Unterstützung

### ***Gemeinsam entwickelter Ziel- und Handlungsplan***

Auf dieser Grundlage wird gemeinsam mit den Teilnehmenden ein individueller Ziel- und Handlungsplan entwickelt, der nicht nur die aktuellen Bedürfnisse adressiert, sondern auch eine langfristige, bedarfsgerechte Begleitung sicherstellt. Die konsequente Klient:innenzentrierung zeigt sich darin, dass dieser Plan je nach Person mehr oder weniger konkret, verschriftlicht oder verbalisiert wird - stets angepasst an die individuellen Präferenzen und Bedürfnisse.

### ***Flexible und bedarfsorientierte Beratungsmethodik***

Die Fallmanager:innen zeichnen sich durch eine Offenheit und Flexibilität in ihrer Beratungsarbeit aus. Anstatt auf eine standardisierte Fallbearbeitung festgelegt zu sein, basiert die Beratung auf einem gemeinsamen Prozess des Explorierens der individuellen Bedarfe der Teilnehmenden. Diese methodische Flexibilität ist ein weiteres Alleinstellungsmerkmal gegenüber standardisierten Programmen anderer Anbieter.

Die Fallmanager:innen entwickelten über die Zeit eine intuitiv gesicherte Arbeitsweise im Umgang mit den Klient:innen. Sie erkennen verschiedene Typen von Teilnehmenden und passen ihre Beratungsmethoden flexibel an: Manche Teilnehmende sind eher visuell orientiert und arbeiten besser mit Bildern, während andere als rationalere Typen eher mit strukturierten, argumentativen Ansätzen arbeiten.

Diese Herangehensweise ermöglicht es, verschiedene Methoden ergebnisoffen auszuprobieren und gleichzeitig den Teilnehmenden die Entscheidungsfreiheit und Agency zu lassen. Insbesondere bei sich anbahnenden oder schon bestehenden psychischen Krisen wird die Beratung nach den dringendsten bzw. sehr akuten Bedürfnissen ausgerichtet.

### ***Erfassen subjektiver Belastungsfaktoren und ganzheitliche Betrachtung***

Die Ergebnisse der Einzelinterviews haben gezeigt, dass psychische Belastungen bei den Teilnehmenden durch ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren entstehen:

- Arbeitsplatzbezogene Stressoren
- Stressoren im Privatleben (z.B. Arbeitsverdichtung, soziale Konflikte)
- Kritische Lebensereignisse (z.B. Trennungen, Todesfälle)
- Latente Grundorientierungen (als Kern des Identitätskonzepts)

In manchen Fällen werden stärker externe Stressoren, in anderen eher die latenten Grundorientierungen bearbeitet oder auch beide in ihrem Zusammenspiel. Die ganzheitliche Betrachtung dieser verschiedenen Einflussfaktoren ist ein weiteres Merkmal der Arbeitsweise von Blaufeuer.

Bei den Blaufeuer-Teilnehmenden wurden sechs Typen von Grundorientierungen identifiziert:

- Heroische Leistungsoptimierung
- Suche nach sozialer Anerkennung
- Regulierte Selbstverwirklichung
- Pflichtbewusste Verantwortungsübernahme
- Konservative Regelkonformität
- Altruistische Fürsorge

Die Berücksichtigung dieser internalisierten Grundorientierungen (gewissermaßen als sensibilisierende Matrix) ermöglicht eine passgenaue(re) und personenzentrierte Beratung, die über ein standardisiertes Fallmanagement deutlich hinausgeht.

Das Blaufeuer-Angebot lässt sich in vier Bereiche unterteilt, die in ihrer Kombination ein integratives Leistungsspektrum ausmachen. Die vier Bereiche sind:

- *emotionale und praktische Unterstützung*: Die emotionale Bestärkung und problemlösungsorientierte Unterstützung bieten den Teilnehmenden nicht nur Rückhalt, sondern auch praktische Hilfe im Alltag. Sie schätzen das Gefühl, nach dem Prinzip "komm, wie du bist" individuell wahrgenommen zu werden. Die Verschränkung von emotionaler Unterstützung mit alltagspraktischer Hilfe zeigt sich besonders beim Ausfüllen von Anträgen und der Navigation durch den oft als "Behördenschungel" empfundenen Versorgungsapparat.

- **Strukturierung und Begleitung:** Die Strukturierung des Lebensalltags und kontinuierliche Begleitung erweist sich für Teilnehmende als wertvoll. Die regelmäßigen Termine und das Wissen um die beständige Präsenz der Fallmanager:innen geben zeitliche und inhaltliche Stütze. Die Fallmanager:innen helfen beim Sortieren und Systematisieren der Themen, sowohl zu Beginn als auch im Verlauf der Beratung.
- **Regulierung und Aktivierung:** Die Regulierung und Aktivierung zeigt sich durch ein konsequentes "Dranbleiben" der Fallmanager:innen, die je nach individuellen Bedürfnissen motivieren oder auch einmal "piksen". Dies kann bedeuten, Teilnehmende zu ermutigen, selbst Schritte zu unternehmen, oder sie bei Bedarf auch einmal "auszubremsen". Durch Reflektionsimpulse und Denkanstöße werden die Teilnehmenden darin unterstützt, eigene Ressourcen zu entdecken und zu nutzen, was zu Perspektivwechseln und neuen Problemlösestrategien führen kann.
- **Vertrauen und Wertschätzung:** Das ihnen entgegengebrachte Vertrauen und die Wertschätzung ermöglichen den Teilnehmenden, sich verstanden und akzeptiert zu fühlen. Sie dürfen so sein, wie sie sind, Angebote werden ihnen nicht aufgezwungen. Selbst, wenn es ihnen schlecht geht, fühlen sie sich angenommen.
- **Inneres Resonanzerleben und interaktives Problemlösen:** Im Blaufeuer-Fallmanagement gehen Teilnehmende und Berater:innen eine enge Arbeitsbeziehung ein. Die dyadische Beziehungsqualität ist die Grundlage einer gelingenden Beratungspraxis. Indem sie durch die Fallmanager:innen angesprochen und berührt werden, erleben die Teilnehmenden eine subjektive Veränderung, beschreibbar als ein „inneres Resonanzerleben“ gemeinsam werden die seelisch belastend Probleme identifiziert und Lösungen erarbeitet. Dieser Prozess ist nicht auf die Lösung konkreter Aufgaben ausgerichtet, sondern bezieht sich auf die beziehungsstiftende Selbstwirksamkeit, die im interaktiven Austausch zwischen den Beteiligten entsteht. Das Pendeln zwischen aktiver und reaktiver Teilnahme beim alltagspraktischen Problemlösen fördert eine Beteiligung der Teilnehmenden, die sich sowohl auf die Rückkehr in die Erwerbsarbeit als auch auf die Verbesserung ihres Wohlergehens fokussiert.

### ***Blaufeuer als Schnittstelle im Versorgungssystem***

Blaufeuer fungiert als Passepartout-Angebot an der Schnittstelle zwischen den Bedarfen der Teilnehmenden und den Angeboten im Versorgungssystem. Die institutionelle Unabhängigkeit ermöglicht es den Fallmanager:innen, die Bedarfe der Teilnehmenden unvoreingenommen mit dem Versorgungssystem abzugleichen. Je nach Bedarf informieren sie über passende Angebote, intervenieren und begleiten Teilnehmende, wenn diese Leistungen in Anspruch nehmen oder betrieblich eingegliedert werden. Dabei stabilisieren sie die Teilnehmenden psychisch, unterstützen bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, coachen bei der Optimierung der Lebensführung und der Ressourcenaktivierung angesichts lebenspraktischer Probleme.

Die Kombination aus psychosozialer Beratung und alltagspraktischer Begleitung zeigt sich besonders in der Lotsenfunktion, mit der Blaufeuer-Fallmanager:innen die Teilnehmenden im komplexen Versorgungssystem navigieren.

## **V.2 Limitationen beim methodischen Vorgehen**

Bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Studie sind mehrere Einschränkungen bei der Datenerhebung und -auswertung zu beachten. In die Studie wurden nur diejenigen Personen einbezogen, die sich auf die Weiterleitung unserer Kontaktdaten selbst gemeldet haben. Die Akquirierung lag nicht vollständig in unserer Hand. Um die Einhaltung der DSGVO zu gewährleisten, durften nur die Fallmanager:innen Klient:innen gezielt ansprechen, um nach einer Teilnahme an der Erhebung zu fragen. Möglicherweise gab es hier "Gatekeeper-Effekte", wie sie aus der Methodenliteratur bekannt sind – etwa, dass bevorzugt Klient:innen zur Teilnahme motiviert wurden,

bei denen die Beratung hervorragend lief. Wir Forschenden haben versucht, diesbezüglich nachzusteuern, indem wir darauf drängten, auch Personen anzusprechen, bei denen das Fallmanagement problematisch war oder sogar abgebrochen wurde. Die Erfahrungen gerade jener Personen sind relevant, um Fallstricke und Bedarfe des heterogenen Feldes der Hilfesuchenden zu rekonstruieren.

Zwar war das Theoretical Sampling grundsätzlich betrachtet gesättigt, aber dennoch ist uns zum Projektende ein Bias aufgefallen, der aufgrund der Projektplanung und –kalkulation nicht beseitigt werden konnte: Personen aus dem Niedriglohnsektor, mit Diskriminierungserfahrung, Rassismuserfahrung, einer Breite von Behinderungen oder Sprachschwierigkeiten sind im Sample unterrepräsentiert. Die Rückmeldungen durch die Fallmanager:innen ergab, dass Angehörige jener Bevölkerungsgruppen die Beratung insgesamt auch weniger in Anspruch genommen haben. Insofern handelt es sich nicht um einen methodischen Bias der qualitativen Erhebung sondern um ein Adressierungsproblem bei der Zielgruppenbestimmung im Rahmen des Modellprojekts.

Darüber hinaus sind die Gruppendiskussionen (zu Netzwerkpartner und betriebliche Akteur:innen) nicht an allen Standorten erhoben worden. Die bisherigen Ergebnisse könnten mit der Perspektive weiterer Akteur:innen aus den Standorten valider werden.

Als Verbesserung im Sinne einer stärkeren partizipativen Evaluation hätten die Ergebnisse mit den Teilnehmenden selbst in Workshops rückgespiegelt und daraufhin angepasst und überarbeitet werden können. Interviews mit denselben Personen nach einer längeren Zeit nach Abschluss der Beratung könnten zudem Erkenntnisse liefern, inwiefern die Beratung auch als nachhaltig wirksam empfunden wurde bzw. Was am Angebot verbessert werden könnte, damit Personen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe nachhaltig gestärkt durch die Beratung werden. Untersuchungen zu den Gründen einer potenziellen Wiederaufnahme der Beratung nach einiger Zeit seitens der Teilnehmenden sind daher noch nicht in die Studie aufgenommen worden.

Stärken der Studie sind hingegen die Triangulation verschiedener Datenerhebungsmethoden wie Einzelinterviews, Gruppendiskussionen und Feedbackbögen sowie der Einsatz verschiedener Auswertungsmethoden (Grounded Theory, Narrationsanalyse, Dokumentarische Methode), welche die Perspektiven vertiefen und ergänzen. Zudem konnte die Analyse durch die Erfahrung und die Zusammenarbeit verschiedener Teammitglieder an verschiedenen Standorten, die immer wieder unabhängig ausgewertet haben und die Ergebnisse dann diskutiert und überarbeitet haben, profitieren. Einzelne Zwischenergebnisse wurden den Fallmanager:innen kontinuierlich in der Prozessevaluation zurückgespielt und deren Feedback in die Auswertung und Überarbeitung der Erkenntnisse einbezogen.

### **V.3 Ausblick: Herausforderungen und Perspektiven für die Verstetigung des Modellprojekts**

Abschließend wird auf die im Modellprojekt erkennbaren Herausforderungen und Grenzen des Blaufeuer-Angebots hingewiesen.

Blaufeuer bietet eine breite Unterstützung für verschiedene Personengruppen, stößt jedoch in bestimmten Fällen an Grenzen. Diese sind insbesondere dann erreicht, wenn bei den Teilnehmenden psychische Erkrankungen so schwerwiegend sind, dass eine medizinisch-psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung notwendig wäre. Da es in vielen Regionen entsprechende akute psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungsengpässe gibt, fängt die Blaufeuer-Beratung auch Menschen auf, die keinen Zugang zu adäquaten Versorgungseinstellungen (etwa Psychotherapie) gefunden haben. So wichtig ein "Auffangen" schwer erkrankter Personen

auch im Einzelfall ist, so zeigen sich hier Beschränkungen des Blaubeuer-Settings. Eine passende Unterstützungsleistung kann nicht allen Hilfesuchenden uneingeschränkt angeboten werden. Gerade bei diesen hoch vulnerablen Hilfesuchenden klafften die Selbstwahrnehmung und die Fremdwahrnehmung auseinander und die Verantwortung wird häufig an andere Personen, wie Kolleg:innen oder auch Fallmanager:innen attribuiert. Diese Konstellationen sind mit dem Blaubeuer-Fallmanagement nicht kompatibel, bei dem die Interventionen immer im Rahmen des Prinzips „Hilfes zur Selbsthilfe“ stattfinden. Zudem sollte unseres Erachtens beachtet werden, dass spezielle Symptomatiken beziehungsweise Störungsbilder wie z.B. ADHS oder Autismus sich stärker auf die Einschränkung bei der Erwerbsarbeit auswirken kann, und spezialisierteres Wissen oder alltagsnähere Begleitung erfordert, als es Blaubeuer bieten kann (etwa in Form einer Peer-to-Peer-Begleitung). Last not least sollte bei Klient:innen abgeschätzt werden, ob es sich um Personen handelt, die Blaubeuer vorrangig nutzen, um sich selbst zu optimieren. Das Ziel von Blaubeuer ist es, bei psychischer Belastung zu unterstützen und zu einem Wohlbefinden zu verhelfen. Falls Personen nur eine geringe oder keine Krankheits- bzw. Problemeinsicht haben und stattdessen an einer Optimierung ihres Verhaltens gelegen ist, kann Blaubeuer nur eingeschränkt unterstützen. Auf diese Limitation sollten jene Hilfesuchenden nachdrücklich hingewiesen werden. Eine Herausforderung, die in der Anfangsphase des Modellprojekts aufkam, war die Frage nach der passenden Verabschiedung von Teilnehmenden aufgrund der langfristigen Beratung und Begleitung. Mit der Zeit entwickelten die Fallmanager:innen jedoch einen routinierten Umgang mit dem Entlassen der von ihnen Beratenen. Hierbei half, die projektinterne Entscheidung, dass die Zuständigkeit spätestens nach 12 Monaten enden müsse und für die Fallberatung maximal 12 Kontakte umfassen sollte.

Neben den eben genannten Herausforderungen für die Fallmanager:innen-Teams gibt es strukturelle Herausforderungen. In den Gruppendiskussionen mit Netzwerkpartnern und Projektleiter:innen wurde deutlich, dass die Besonderheit des Modellprojekts – die intensive und extensive Begleitung von Hilfesuchenden – einige Fallmanager:innen einlädt, sich vermehrt um "*harte Brocken*" zu kümmern, also Hilfesuchende zu begleiten, die eine enge und zeitintensive Betreuung bräuchten. Diese subjektiv empfundene Fürsorgepflicht auf Seiten von Fallmanager:innen erschwert das betriebswirtschaftliche Kalkulieren von Team-Ressourcen und fallbezogenen Beratungskosten.

Für die nachhaltige Verstetigung ist ein Abwägen zwischen fürsorglichen und betriebswirtschaftlichen Aspekten wichtig. In diesem Zusammenhang steht auch die Frage, inwiefern eine institutionelle Unabhängigkeit des Beratungsangebots gewahrt bleiben sollte. Organisationale Zwänge (wie bspw. Nutzung derselben Räumlichkeiten im Berufsförderungswerk könnten einem stigma-sensiblen Zugang für psychisch belastete Arbeitnehmende entgegenwirken. Zudem muss die Trennlinie zu ähnlich gelagerten Angeboten für dieselbe Klientel markiert werden. Vielleicht müssen einige Hilfesuchende schneller in das Versorgungssystem gelotst werden als persönlich und intensiv von Blaubeuer-Fallmanager:innen betreut werden.

Ein weiterer zentraler Punkt für die Verstetigung ist die Professionalisierung des Fallmanagements. Hierzu gehören die Entwicklung von Fähigkeiten für die kompetente Beratung, die Definition der Zielgruppe und Zugangsberechtigung für Teilnehmende sowie eine Abgrenzung des Blaubeuer-Angebots von anderen Beratungsangeboten. Geklärt werden müsste, inwiefern das Passepartout-Angebot – also die Kombination aus psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen und Coaching-Elementen, Beziehungsarbeit und alltagspraktischer Begleitung – als zentrales Qualitätsmerkmal erhalten bleibt.

Die Akzeptanz von Blaubeuer in den Betrieben erfordert kontinuierliche Überzeugungsarbeit, insbesondere bei der Unternehmensleitung. Die qualitativen Daten im Rahmen der Evaluation offenbaren, dass das Thema psychische Belastung in vielen Unternehmen weiterhin stigmatisiert und tabuisiert wird. Die institutionelle Unabhängigkeit von Blaubeuer erweist sich hier als besonderer Vorteil, da ein neutraler und geschützter Raum für Betroffene existiert, fernab von betrieblichen Interessen. Die Akquise von Betrieben durch dafür spezialisierte Teammitglieder von Blaubeuer bedarf Zeit und Know-how. Dies könnte eine stärkere Berücksichtigung als bisher finden.

Das Modellprojekt Blaubeuer erwies sich als wirksam bei der Reduzierung psychischer Belastungen von Hilfesuchenden (Gerlich et al., 2024; Krähnke et al. 2024). Die individualisierte Beratungspraxis durch die Fallmanager:innen wurde als zentraler Wirkmechanismus identifiziert. Im bisherigen Modellprojekt wurde jedoch die Diversität der Blaubeuer-Klient:innen und deren spezifische Bedürfnisse, insbesondere von vulnerablen Gruppen, noch nicht untersucht. Beispielsweise sind Personen aus sozial niedrigen Schichten mit wenig Bildungskapital und tätig in prekären Arbeitsverhältnissen (etwa Migrant:innen) im Untersuchungssample unterrepräsentiert. Unklar ist, ob es sich nur um eine Limitation der Evaluationsforschung handelt oder jene Personengruppen womöglich vom Blaubeuerangebot nicht angesprochen werden. Auch dieser Bias sollte bei der Verstetigung in Augenschein genommen werden. Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass die Verstetigung von Blaubeuer von einer klaren institutionellen Verankerung bei gleichzeitiger Wahrung der Unabhängigkeit, der anhaltenden Professionalisierung der Fallmanager:innen und der kontinuierlichen Überzeugungsarbeit in den betrieblichen Kontexten abhängt.

## Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron. *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass, 1979.
- Antonovsky, Aaron. "The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale." *Social Science and Medicine*, Bd. 36, Nr. 6, 1993, S. 725-733.
- Bandura, Albert. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.
- Beck, Ulrich. *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main, 1986.
- Benecke, Cord. *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. W. Kohlhammer GmbH, 2014.
- Böhnisch, Lothar. Identitätsarbeit und Bewältigung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, Nr. 1, 2020, S. 95-101.
- Bohnsack, Ralf. Gruppendiskussionsverfahren und Milieuforschung, in: Barbara Friebertshäuser/Annedore Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim/München, S. 492–502. 1997
- Bohnsack, Ralf. *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Barbara Budrich, 2008.
- Bohnsack, Ralf, & Iris Nentwig-Gesemann [Hg.]. *Dokumentarische Evaluationsforschung. Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis*. Verlag Barbara Budrich, 2010.
- Bordin, Edward S. The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, Bd. 16, Nr. 3, 1979, S. 252-260.
- Bowlby, John. *Bindung und Verlust. Band 1: Bindung*. München, 2006 (englisches Original 1969).
- Cohler, Bertram Joseph. Personal Narrative and Life Course. *Life Span Development and Behavior*, Bd. 4, Academic Press, 1982, S. 205-241.
- Corbin, Juliet & Anselm Strauss, Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. *Zeitschrift für Soziologie*, Bd. 19, Nr. 6, 1990, S. 418-427.
- Deutsche Rentenversicherung. Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2022. Verfügbar unter [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten\\_zeitablauf.pdf?\\_\\_blob=publication-File&v=1](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf.pdf?__blob=publication-File&v=1) [Abruf vom 13.09.2024].
- Elliott, Robert, Arthur C. Bohart, Jeanne C. Watson,., & David Murphy. Empathy. *Psychotherapy*, Bd. 48, Nr. 1, 2011
- Emirbayer, Mustafa & Ann Mische. What Is Agency? *American Journal of Sociology*, 1023. Bd. 103, Nr. 4, 1998, S. 962.
- Engel, Frank, Frank Nestmann & Ursel Sickendiek. Beratung: alte Selbstverständnisse und neue Entwicklungen. *Zukunft der Beratung. Von der Verhaltens- zur Verhältnisorientierung?*, herausgegeben von S. Rietmann und M. Sawatzki, Springer VS, 2018, S. 83-115.
- Gahleitner, Silke Birgitta. *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München, 2005.
- Gahleitner, Silke Birgitta. Soziale Arbeit als Bindungs- und Beziehungsfprofession: Ein Überblick. *Soziale Arbeit*, Nr. 9-10, 2020, S. 326-333.
- Gerlich, Christian, Janina Myrcik, Onur E. Ucar, Silvan Renz, Heiner Vogel, Uwe Krähnke & Michael Schuler. Arbeitsplatzprobleme und Grundüberzeugungen bei psychisch belasteten Arbeitnehmenden der Blaueuer-Beratung: Ein Mixed Methods-Ansatz. *Rehabilitation*, 2025 (conditional accept).
- Glaser, Barney & Anselm Strauss. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine de Gruyter, 1967.
- Grawe, Klaus. *Psychologische Therapie*. Hogrefe, 2000.
- Jansen, Andrea, Eveline Mäthner & Thomas Bachmann. *Erfolgreiches Coaching. Wirkfaktoren im Einzel-Coaching*. Asanger, 2004.

- Kazdin, Alan Edward. Understanding How and Why Psychotherapy Leads to Change. *Psychotherapy Research*, Bd. 19, Nr. 4-5, 2009, S. 418-428. doi:10.1080/10503300802448899.
- Kernberg, Otto Friedmann. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press, 1984.
- Kleemann, Frank, Uwe Krähnke & Ingo Matuschek. *Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens*. 2. Aufl., Springer VS, 2013.
- Krähnke, Uwe, Janina Lieb, Beate & Katharina Mühlich. "Zwischen Gesundheitsvorsorge und intensiver Begleitung. Das Blaufeuer-Fallmanagement als passendes Versorgungsangebot für psychisch belastete Arbeitnehmer\*innen". *Psychische Gesundheit im Arbeitsleben: Professionelle und digitale Unterstützung im Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)*, Hrsg. Marianne Giesert et al., VSA, 2024, S. 167-177.
- Knieps, Franz. & Holger Pfaff [Hrsg.]. *Mobilität – Arbeit – Gesundheit*. BKK Gesundheitsreport 2020. Berlin: MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2023.
- Schumann, Maria/Marschall, Jörg/Hildebrandt, Susanne/Nolting, Hans-Dieter (2022): *Gesundheitsreport 2022. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 39)*. Hamburg.
- Pfleiderer, Martin, und Hartmut Rosa. „Musik als Resonanzsphäre.“ *Musik & Ästhetik*, Nr. 95, 2020, S. 5-36.
- Rogers, Carl Ransom. A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework. *Psychology: A Study of a Science*, herausgegeben von S. Koch, Bd. 3, McGraw-Hill, 1959, S. 184-256.
- Rosa, Hartmut. *Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Suhrkamp Verlag, 2016.
- Schuler, Michael, Christian Gerlich, Lorenz Leven, Silvan Renz, Ina Pamperin, Nadine Vorsatz & Heiner Vogel. Die Maßnahme Blaufeuer für Erwerbstätige mit psychischer Belastung und gleichzeitiger Arbeitsplatzproblematik – Wird die Zielgruppe erreicht? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 2024, S. 806-814.
- Schütze, Fritz. Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik*, Bd. 13, Nr. 3, 1983, S. 283-293.
- Schütze, Fritz. Prozeßstrukturen des Lebensablaufs. *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*, herausgegeben von Joachim Matthes et al., Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung, 1981, S. 67-156.
- Schütze, Fritz. Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. *Kommunikative Sozialforschung*, herausgegeben von Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, Fink, 1976, S. 159-260.
- Stegmann, Rolf, Ute Schröder, Inga Schulz & Uta Wegewitz. *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der Zurückkehrenden*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2021.
- Tarrow, Sidney. *Struggling to Reform: Social Movements and Policy Change During Cycles of Protest*. Cornell University: Western Societies Program Occasional Paper No. 15, 1983.
- Thiersch, Hans. *Lebensweltorientierte soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Juventa, 2014.
- Tuckman, Bruce W. Developmental Sequence in Small Groups. *Psychological Bulletin*, vol. 63, no. 6, 1965, S. 384-399
- Weber, Max. *Wirtschaft und Gesellschaft*. Mohr: 1922.
- Weinhardt, Marc. *Kompetenzorientiert systemisch Beraten lernen. Eine Gebrauchsanweisung für die eigene Professionalisierung*. Vandenhoeck & Ruprecht, 2018.

## **Anhang**

### **Leitfäden**

- Leitfaden für Einzelinterviews mit Blaufeuer Teilnehmenden
- Leitfaden für Gruppendiskussionen mit Blaufeuerteams
- Leitfaden für Gruppendiskussionen mit Blaufeuerteams (2. Erhebungswelle)
- Leitfaden für Gruppendiskussionen mit Fallmanager:innen zum Kurzassessment
- Leitfaden für Gruppendiskussionen mit Projektkoordinator:innen
- Leitfaden & Vorgehen für Gruppendiskussionen mit Netzwerkpartner:innen
- Leitfaden für Gruppendiskussionen mit betrieblichen Akteuren

**Einzelfalldarstellungen** (Fallanalysen der Einzelinterviews mit Teilnehmenden)

**Feedbackbogen** für Teilnehmende

## Leitfaden für Einzelinterview mit BF-Teilnehmenden

### **Offene Eingangsfrage zum Thema „Gesundheit“**

- 1. Welche Rolle spielt Gesundheit (aktuell) in Ihrem Leben?

Ressourcen/Unterstützung

Professionelle Hilfe

### **Punkte zum Nachfragen/Konkretisieren/Vertiefen einzelner Themen**

#### **Gesundheit, psychische Beeinträchtigung, Erkrankung:**

- Wie würden Sie Ihre Gesundheit beschreiben?/Wie hat sich Ihre Gesundheit in den letzten Jahren verändert?
- Was tun Sie ganz konkret für Ihre Gesundheit?
- Stressoren, Krankheitsursachen (offen für Beruf und Privat)
- Worin sehen Sie die Ursachen für Ihre Erkrankung?/ Welchen Belastungen sehen Sie sich ausgesetzt?/ Wie gehen Sie mit Belastungen/ Stress/ Krisen etc. um?
- Welche Rolle spielt Ihre Erkrankung im Beruf?/ Wie oft sind Sie arbeitsunfähig?/ Gehen Sie auch krank zur Arbeit?/ Wie reagieren Ihre Kollegen/Vorgesetzten auf Arbeitsunfähigkeit?
- Wie wird das Thema psychische Gesundheit in ihrem Betrieb thematisiert/wie wird damit umgegangen?
- Wie sieht es sonst aus? Wie sieht es jenseits der Arbeit aus?
- Inwiefern beschäftigt(e) Sie *Ihre Erkrankung* im Privatleben?
- Wo erhalten Sie Unterstützung und Hilfe (soziale Ressourcen)?
- Wann holen Sie sich ärztliche Hilfe? Wann holen Sie sich professionelle Hilfe?

#### **Erfahrung mit Blaufeuer/Ressourcen/Unterstützung/professioneller Hilfe**

- Wie kamen Sie zu Blaufeuer? → „verordnet“ oder „freiwillig“? Was ist – im chronologischen Verlauf der Beratung – konkret passiert?

- Was waren Ihre damaligen Erwartungen an das BF Angebot?
- Wie ist es dann bei Blaufeuer weitergegangen/Was ist bei Blaufeuer passiert?
- Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit Blaufeuer erlebt? (Handlungsspielräume / eigene Gestaltung des Beratungsprozesses, aktiv vs. Passiv / was bedeutet die FM für Sie / woran genau haben Sie gemerkt, dass es zwischen Ihnen passt, Situationsbeschreibung)
- Was sind unabhängig vom BF Angebot Ressourcen/andere Hilfen während dieser Zeit?
- Wie war es vorher, wie ist es jetzt? Hat sich etwas konkret verändert?
- Vergleich von BF mit bisher praktizierten Formen der (Kranken-)Behandlung bzw. Gesundheitsprävention (Was ist anders und was ist gleich?)
- Wie geht die Behandlung weiter?
- Wie wird das BF-Angebot im Betrieb wahrgenommen? Systemisch gefragt: Wie nehmen Sie wahr, wie in Ihrem Betrieb mit dem BF-Angebot umgegangen wird? Wenn in der Schilderung Negatives thematisiert wird, systemisch nachfragen: Woran würden Sie merken, dass sich etwas zum Positiven geändert hat.
- Wie sieht es konkret mit der beruflichen Wiedereingliederung aus? (alter/neuer Arbeitsplatz, neue Arbeitsstelle)
- Was ist aus Ihrer Sicht gut/verbesserungswürdig an dem BF-Angebot?
- Resümee Frage (Gewichtung von Ressourcen, Angeboten)
- Wie geht es jetzt weiter? Was wünschen Sie sich für die Zukunft?
- Wie kam es dazu, dass Sie an diesem Interview teilgenommen haben?
- Unter welche Überschrift würden Sie ihre Erfahrung bei Blaufeuer stellen?

#### **Beruf vs Privatleben**

##### *Zur Person*

- Alter, Genderzuordnung
- Ausbildung, Werdegang, Funktion
- Private Lebenssituation
- In welcher Abteilung sind Sie tätig? Worum geht es hier? Was ist Ihre Aufgabe?

# Leitfaden für Gruppendiskussionen mit Blaufeuerteams

## Chronologie der Blaufeuerteambildung vom Anfang bis heute

- Frühere Erwartungen/Einstellungen (Überraschungen, Bestätigungen, Veränderungen)
- Heutige Erfahrungen (Ist-Zustand)

## Akzeptanz /Annahme /Nachfrage des Blaufeuerangebots

- Wie wurde das Angebot angenommen? (Akzeptanz /Ablehnung / Gleichgültigkeit)
- Wie erfolgt(e) der konkrete Zugang zum FM-Angebot?
- Welche Rückmeldungen haben Sie zum FM-Format + Interventionsablauf erhalten? (von Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden)
- Wie wird über Blaufeuer-FM und den Interventionsablauf kommuniziert
- Wie ist die Darstellung gegenüber Teilnehmenden?

## Teilnehmende

- Von wem wurde das Angebot angenommen? (Diversität)
- Bild der BF-FM von den Teilnehmenden (Erwartungen und Ist-Zustand)
- Welche Erwartungen spüren die BF-FM von den Teilnehmenden
- Umgang mit Grenzfällen (der Teilnehmenden)
- Haben Teilnehmende das Angebot vorzeitig beendet, wenn ja warum?

## Praktische Umsetzung (was läuft gut und wo gibt es Probleme)

- Gerangel um Teilnehmenden / SEMpsych als Konkurrenzangebot für andere Leistungserbringer z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB); Sozialpsychiatrischer Dienst
- Wie werden Ziel- und Handlungspläne erstellt
- Assessment = Bedarfsklärung + Handlungs- und Zielplanung
- Was sind Ziele, Teilziele und Maßnahmen die getroffen wurden
- Und konnten diese erreicht werden?
- Konnten Bereiche unterschiedlich gut/schlecht bearbeitet werden? (Erwerbstätigkeit, soziale Bereiche etc.)
- Unterscheidung zwischen Information, Beratung und Intervention? (Selbstverständnis)
- Unterschied zwischen Beratung / Intervention / systemisches Fallmanagement
- Wie ist der Status Quo der Implementierung/organisationalen Einbettung? (Erfahrungen)
  - Was lief gut/wo traten Probleme auf?
  - Best Case + Worst Case Darstellung
  - Wie wirkten die Beteiligten zusammen? (harmonisch oder konflikthaft, sach- und lösungsorientiert)
    - Einstellungen und Erwartungshaltungen der Stakeholder ggü. dem FM und der gesamten Intervention
- Wenn keine Veränderungen angesprochen werden, systemisch nachfragen: woran würden Sie merken, dass sich etwas in ihrem Sinne verändert hat?

## Schnittstellenmanagement

- Was ist Schnittstellenmanagement? Ggf. In Abgrenzung zum Fallmanagement?
- Welche Schnittstellen gibt es im Projekt bzw. Im Verlauf der Beratung und Betreuung?
- Wie ist der erste Eindruck mit der Arbeit am und mit den Klienten im Gesamt- (Schnittstellen)-setting des Projekts?
- Zusammenführen (Kommunikation, Übersetzung, Zusammenführen) von Teilnehmenden und Leistungsanbietenden (Ärzt\*innen, Therapeut\*innen, Beratungsstellen), betriebliche Stakeholder (Verhältnis, Erwartungen)
- Was bedeutet Fallmanagement allgemein und speziell im Projekt?
- Wie ist die konkrete Arbeitsweise mit und an einer Schnittstelle?
- Welche Berührungspunkte und Arbeitsweisen gibt es zu externen Akteuren?

- Welche Wertvorstellungen, Erwartungshaltungen, Rollenbilder, eigene Erfahrungen, Wissensbestände - auch disziplinäre bedingt der FM wirken ein?
- Welche Umsetzung/Aufrechterhaltung des Neutralitätsgebots im Spannungsfeld zwischen Klientenberatung und Akquisetätigkeiten?
  - Spannungsfelder; Ziel- und Normenkonflikte
- Wie wird mit Dritten/Externen kommuniziert (wer, wie etc.)?
- Netzwerkqualität

#### **Wirkt das Blaufeuerangebot?**

- RTW
- Welche betrieblichen Auswirkungen hat das BF-FM bislang? (z.B. Umgestaltung von Arbeitsplätzen und -aufgaben, Reha- und Wiedereingliederungsmodelle und Arbeitszeitverkürzungen als Präventivmaßnahmen)
- Gesundheit, Salutogenese (Welche Konzepte von Gesundheit und Krankheit haben BF-FM)

#### **Bewertungsfrage(n)**

- Was läuft gut und wo gibt es Probleme
- Was könnte konkret verbessert werden
- Wo ist die Diskrepanz von Ist- und Sollzustand zu groß

## **Leitfaden für 2. Gruppendiskussionen mit Blaufeuerteams**

### **Wie läuft BF heute (IST-Zustand/Vergleich)**

- Veränderung bei Teilnehmenden?
- Leitplanken Umsetzung?
- Zugangswege
- Selbstverständnis Rolle/Einrichtung
- (wie ist es für die Neuzugänge unter FM)

### **Selbstverständnis Lotsin/Einrichtung**

- Wie werden Ziel- und Handlungspläne erstellt?
- Methoden (Disziplin/beruflicher Hintergrund)
- Verständnis von Erfolg (Unterschied Teilnehmende/Leitplanken?)
- Bedeutung Verhalten- und Verhältnisprävention
- Arbeitsteilung und Arbeitsaufgaben
- Akquise (Herausforderungen/Ressourcen)

### **Implementierungsphase**

Was läuft gut?

Wo gibt es Probleme?

RTW?

Verabschiedung

Prognose

### **Resümee und Ausblick**

- Was wird für Verstetigung benötigt/gewünscht?

## **Leitfaden Gruppendiskussion FM Kurzassessment**

- 1. Wie laufen die Kurzassessments (generell am Standort und im Einzelfall)?**
  - a. Konzept vs. Umsetzung
  - b. Typische und/oder besonders relevante Fälle? → WANN Assessment?
  - c. Herausforderungen und Positives (Erreichbarkeit, Termine, Qualität etc.)
  - d. Vorteile für FM: z.B. Professionelle Distanzierung zur Einschätzung
  - e. Wie laufen die Assessments im Einzelfall/Detail ab? (Direkt bei 1. Termin?)
  
- 2. Bedeutsamkeit Kurzassessment?**
  - a. Für Klient:innen: Katalysator für xy: Klarheit, Empfehlungen
  - b. Für FM
  - c. Nach außen: Positionierung im Feld der Versorgung
  
- 3. Was braucht es aus eurer Sicht für die Verstetigung/Beantragung?**
  - a. Was läuft gut / Wo gibt es Probleme (Vergabekriterien etc.)
  - b. Finanzierung?

## Leitfaden für Gruppendiskussion mit ProjektkoordinatorInnen

Stand: 3.11.2022

**Intro-Skript:** Herzlichen Dank, dass Sie heute Zeit für unsere Gruppendiskussion haben. Es geht heute um Ihre Zusammenarbeit bei Blaufeuer. Der Verlauf der Gruppendiskussion liegt in Ihrer Hand. Wir sind hier als Gäste und Moderatoren. In dieser Rolle stellen wir Fragen und Sie fühlen sich frei zu antworten oder auch nicht. Erzählen Sie ruhig, was für Sie in diesem jeweiligen Zusammenhang wichtig ist. Wir hören zu und werden Sie nicht unterbrechen. Es besteht keinen Zwang, dass jede und jeder von Ihnen Stellung zu jeder Frage nimmt. Gehen Sie einfach mit einander ins Gespräch über die angesprochenen Themen.

### Selbstverständnis als ProjektkoordinatorIn

- Wie kam es dazu, dass Sie bei Blaufeuer arbeiten?
- Welche weiteren Arbeitsstellen/Projekte haben Sie?
- Wie ist Ihre Einbindung in das Berufsförderungswerk?
- Wie sehen Sie Ihre Rolle bei Blaufeuer?
- Was sind Ihre Aufgaben?
- Wie arbeiten Sie als ProjektkoordinatorInnen zusammen?
- Was bedeutet Blaufeuer für Sie? (Persönlich für Sie / Bedeutung für Teilnehmende)

### Praktische Umsetzung (was läuft gut und wo gibt es Probleme)

- Wie haben Sie an Ihren Standorten angefangen?
- Wo stehen Sie jetzt mit Blaufeuer?
- Wie läuft eine normale Blaufeuer-Woche bei Ihnen ab?/Was macht Ihren Arbeitsalltag bei Blaufeuer aus?
- Was ist Ihr Orientierungsrahmen?
- Mit wem arbeiten Sie zusammen und wie läuft die Zusammenarbeit ab?  
Vermerk: Netzwerkpartner (Liste der Organisationen, Berufsgruppen, wo bin ich auf "Augenhöhe")  
Vermerk: Wie wird über Blaufeuer-FM und den Interventionsablauf kommuniziert?  
Vermerk: Wie läuft die fallbezogene Kommunikation?
- Wer kommt zu Ihnen?  
Vermerk: Welche Bedarfe und Bedürfnisse bringen die Blaufeuer-Teilnehmende mit?  
Vermerk: In welcher Rolle für die Teilnehmenden sehen Sie sich?
- Was macht Ihnen die Arbeit leicht, was macht Ihnen die Arbeit schwer? (Beispiele)
- Welche Erfahrungen machen Sie mit der Zusammenarbeit mit den Fallmanagerinnen? Ggf. In welcher Rolle sehen Sie sich für die FM?
- Welche Herausforderungen im Projekt nehmen Sie bei den Fallmanagerinnen wahr?
- Inwieweit nehmen Sie Veränderungen in Arbeit, Methoden, Skills und Kompetenzen der Fallmanagerinnen über die Zeit wahr?

### Wirkt das Blaufeuerangebot?

- Was ist aus Ihrer Sicht das Ziel von Blaufeuer?  
Vermerk: Was ist mit RTW?
- Inwiefern erfahren Sie von Auswirkungen von Blaufeuer?

### Bewertung

- Alles in allem, wie läuft es?
- Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten für Blaufeuer?
- Was wünschen Sie sich für die Zukunft für Blaufeuer?

Gibt es noch etwas, das wir bisher nicht angesprochen haben, was Sie jetzt noch sagen möchten?

**Abschied-Skript:** Ganz herzlichen Dank für Ihre Gesprächsbereitschaft und für die vielen Informationen, die Sie uns gegeben haben. Ich schalte das Aufnahmegerät jetzt aus.

## Leitfaden & Vorgehen Gruppendiskussion, Netzwerkpartner

### Öffnung

Vorstellungsrunde. Jede\*r stellt sich selbst und ihre\*seine Arbeit vor. Wie kamen Sie zum Gespräch? Kennen Sie sich? Wo sind Sie sich bereits begegnet?

Mögliche Fragen ohne Priorisierung der Reihenfolge	Erwartete Erkenntnisgewinn
<p><b>(1) Was ist (für Sie) eine gelungene Beratung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie klappt das? (Welche Rolle spielt dabei Blaubeuer?)</li> <li>○ Wie könnte eine ideale Beratung im Netzwerk aussehen?</li> <li>○ Nachfrage zu einem Beispiel für gelungene/misslungene Beratung</li> </ul>	<p>Abstrakte Ideen, Vorstellungen von Beratung im Allgemeinen; jeder Anwesende in seinem Kontext, ohne direkten Bezug zu Blaubeuer; Reflexion zu Erfolg und Gelingen.</p> <p>Prozesse gelungener Beratung inkl. Evaluation/Bewertung/Reflexion Reflexive Frage nach Idealzustand von Netzwerkarbeit i.S.d. Beratungserfolge</p>
<p><b>(2) Blaubeuer und Zusammenarbeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Was ist Blaubeuer? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wozu ist Blaubeuer gut? Welche Aufgabe erfüllt Blaubeuer in der Versorgung? Inwiefern kann Blaubeuer eine Versorgungslücke schließen?</li> <li>○ Wie können wir uns den Prozess der Blaubeuer-Beratung vorstellen? Wie läuft es mit Blaubeuer für Klient*innen?</li> </ul> </li> <li>● Wie läuft es mit Blaubeuer für Sie? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wer von Ihnen „gibt“ und wer „nimmt“ Klienten?</li> <li>○ Welche Klienten bekommen/sendet Sie?</li> <li>○ Was erwarten Sie in diesen Fällen (von Blaubeuer, von der Zusammenarbeit, vom Netzwerk)?</li> </ul> </li> <li>● Wie erleben Sie (insgesamt) die Zusammenarbeit in Ihrem Netzwerk?</li> </ul>	<p>Vorstellungen von Blaubeuer, deren Nutzen (im Versorgungssystem) und Aufgaben</p> <p>Vorstellungen von Beratungsprozessen und Versorgungsverläufen</p> <p>Vorstellungen von (gelungener) Netzwerk- und Zusammenarbeit mit Blaubeuer Erleben der Zusammenarbeit mit Blaubeuer</p>

## Leitfaden für Gruppendiskussion mit betrieblichen Akteuren

Stand: 3.11.2022

**Intro-Skript:** Herzlichen Dank, dass Sie heute Zeit für unsere Gruppendiskussion haben. Es geht heute um Ihre Zusammenarbeit bei Blaufeuer. Der Verlauf der Gruppendiskussion liegt in Ihrer Hand. Wir sind hier als Gäste und Moderatoren. In dieser Rolle stellen wir Fragen und Sie fühlen sich frei zu antworten oder auch nicht. Erzählen Sie ruhig, was für Sie in diesem jeweiligen Zusammenhang wichtig ist. Wir hören zu und werden Sie nicht unterbrechen. Es besteht keinen Zwang, dass jede und jeder von Ihnen Stellung zu jeder Frage nimmt. Gehen Sie einfach miteinander ins Gespräch über die angesprochenen Themen.

[Hinweis: wir haben die Reihenfolge noch nicht beachtet/strukturiert]

### Entwicklung der Zusammenarbeit und Stellenwert von BF

- Wie haben Sie von Blaufeuer erfahren?
- Wie präsent ist Blaufeuer in Ihrem Betrieb?
  - Wo liegen Berührungspunkte?
  - Was wird konkret für BF getan? (Verteiler als Info über BF, Workshops, Aushänge etc.; Freistellung der Arbeitszeit für BF-Teilnahme?)
- (falls Zusammenarbeit:) Wie kam es zur Zusammenarbeit?
- Wie läuft die Zusammenarbeit mit/die Einbindung in Blaufeuer seitdem?
  - Kontakt: Häufigkeit von Absprachen, Qualität der Absprachen, persönliche Einbindung

### Wirkt das Blaufeuerangebot?

- Was zeichnet aus Ihrer Sicht Blaufeuer aus?  
Vermerk: Was ist mit RTW?
- Inwiefern erfahren Sie von Auswirkungen von Blaufeuer?
  - Rückmeldung seitens der Mitarbeitenden?
- Welche betrieblichen Auswirkungen hat BF bislang? (z.B. Umgestaltung von Arbeitsplätzen und -aufgaben, Reha- und Wiedereingliederungsmodelle und Arbeitszeitverkürzungen als Präventivmaßnahmen) + Wissen der FMerInnen über Arbeitskontexte der Teilnehmenden

### Bewertung

- Was läuft gut, was eher schwierig, wenn Sie an Blaufeuer und Ihre Arbeit denken? (Beispiele)→vielleicht als Feefrage???
- Alles in allem, wie läuft es?
- Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten für Blaufeuer?
- Wenn Sie an die Verstetigung denken: Was wünschen Sie sich für die Zukunft für Blaufeuer?

Gibt es noch etwas, das wir bisher nicht angesprochen haben, was Sie jetzt noch sagen möchten?

**Abschied-Skript:** Ganz herzlichen Dank für Ihre Gesprächsbereitschaft und für die vielen Informationen, die Sie uns gegeben haben. Ich schalte das Aufnahmegerät jetzt aus.

## **Einzelfalldarstellungen**

### **Frau Klippe – Altenpflegerin und alleinerziehende Mutter (EI1BBU)**

„Das wird schon wieder besser, du musst durchhalten“

#### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Frau Klippe, geb. 1967, ist alleinerziehende Mutter zweier Kinder und seit 2003 in der mobilen Altenpflege tätig. Ihre psychische Belastung begann parallel zum Berufseinstieg, manifestierte sich in Angstsymptomen und führte zu wiederholten psychotherapeutischen Behandlungen. Erst 2018, nach einem Zusammenbruch bei der Arbeit, erhielt sie in einer Tagesklinik zusätzlich zur Angststörung die Diagnose einer Depression. Auslöser der zunehmenden Symptomatik waren unter anderem Arbeitsverdichtung und steigende Verantwortung durch neue medizinisch-administrative Anforderungen, die sie als nicht zu bewältigen empfand.

Im Jahr 2020 versuchte sie, sich durch eine erneute tagesklinische Behandlung und einen Wechsel in den Innendienst zu stabilisieren. Die Rückführung in den Außendienst stieß bei ihr auf starken inneren Widerstand und verstärkte die Ambivalenz gegenüber ihrem Beruf. Im gleichen Jahr wurde ihr über eine Rechtsberatung ein Flyer von Blaufeuer übergeben, woraufhin sie im Dezember 2020 Kontakt zur Beratung aufnahm.

Im Rahmen der Blaufeuer-Beratung erhielt Frau Klippe kurzfristig einen Termin und nahm zunächst im Abstand von 2–3 Wochen telefonisch Kontakt auf, später in Form von Walk-and-Talk-Gesprächen. Die Gespräche fokussierten sich auf akute Entscheidungsprozesse, darunter die Kündigung bei der mobilen Altenpflege und eine berufliche Neuorientierung. Die Fallmanagerin unterstützte sie dabei sowohl praktisch – durch Hilfe bei Bewerbungen, Lebenslauf, Weiterbildung und Praktikumssuche – als auch emotional.

Frau Klippe berichtete von einem vertrauensvollen Verhältnis zur Fallmanagerin, die ihr half, Entscheidungen zu treffen und Selbstwirksamkeit zu entwickeln: „Nein, ich habe dort angerufen. Dahingehend zu arbeiten, dass ich das alleine mache.“ (Z. 910-11). Begleitet wurde sie ein halbes Jahr länger als ursprünglich geplant. Die emotionale Stabilisierung, praktische Unterstützung und psychische Entlastung standen im Zentrum der Beratung. Letztlich half die Fallmanagerin Frau Klippe, den Beruf zu verlassen, der ihre Symptome über Jahre hinweg verstärkt hatte, ohne dass dies als Scheitern empfunden wurde: „das ist genau das, was ich will, diese Verantwortung nicht mehr zu haben“ (Z. 856-857).

#### **Analytische Aufbereitung**

Frau Klippe lebt seit fast zwei Jahrzehnten mit chronifizierten psychischen Symptomen (Angststörung und Depression), die sie zunehmend mit ihrer Berufstätigkeit verknüpft. Die Arbeit in der mobilen Altenpflege, insbesondere der Druck durch Verantwortung für die Gesundheit anderer, überforderte sie dauerhaft. Ihr Verhalten war geprägt durch ein hohes Pflichtbewusstsein, die Angst, Fehler zu machen, und mangelnde professionelle Abgrenzung. Sie ignorierte eigene Belastungsgrenzen und verharrte in einem „Durchhaltedmodus“, in dem sie Symptome lange negierte oder relativierte.

Die Blaufeuer-Beratung spielte in ihrer Entwicklung eine Schlüsselrolle. Anders als zuvor, wo sie externe Impulse benötigte, um Hilfe in Anspruch zu nehmen, suchte sie diese Beratung selbstständig auf. Die Beziehung zur Fallmanagerin war getragen von Kontinuität, niedrighelliger Erreichbarkeit und emotionaler Unterstützung. Dabei wurde die Übergabe von Verantwortung – ein zentrales Problem in ihrer Biografie – in der Beratung sowohl anerkannt als auch reduziert. Die Beratung förderte ein wachsendes Selbstwirksamkeitserleben, das sich in aktiver Problem- und Zielbearbeitung niederschlug.

Die Unterstützung durch Blaufeuer ermöglichte eine kritische Reflexion ihrer beruflichen Situation und half Frau Klippe, Verantwortung neu zu verteilen. Besonders relevant war die gelungene Umdeutung der Kündigung: von einem Ausdruck des Scheiterns hin zu einem Akt der Selbstfürsorge. Mit der beruflichen Neuorientierung hin zur Tätigkeit als Betreuungsassistentin verringerte sich die Verantwortungsbelastung, und sie entwickelte neue Perspektiven auf psychische Gesundheit und Arbeit.

#### **Gesundheit: Wer übernimmt Verantwortung für mich?**

Psychische Gesundheit war für Frau Klippe lange sekundär. Hilfen wurden meist von außen initiiert, wenn ihr Umfeld Krisen wahrnahm. Die Blaufeuer-Beratung markiert einen Wendepunkt: Sie nahm erstmals selbstgesteuert Unterstützung wahr, wodurch sich auch ihr Verhältnis zur eigenen Krankheit wandelte. Zugleich blieb der Wunsch nach verlässlicher äußerer Absicherung bestehen. Die Fallmanagerin verkörperte für sie eine solche Figur – sie „brauchte jemanden, der hinter ihr steht“ (Z.

87-88), um „zu funktionieren“ (Z.90). Durch die Beratung lernte sie, Verantwortung schrittweise selbst zu übernehmen und erkannte, dass Hilfe sie nicht schwächt, sondern handlungsfähig macht.

*Arbeitsethos: „Das wird schon wieder besser, ich muss durchhalten“*

Frau Klippe identifizierte sich stark mit ihrer beruflichen Rolle. Psychische Stabilität galt als Funktionsbedingung, Abweichungen davon als persönliches Versagen. Ihre Angst, andere durch eigene Fehler zu schädigen, führte zu überhöhter Gründlichkeit und Selbstüberforderung. Die durch Blaufeuer begleitete Kündigung war daher nicht nur eine praktische, sondern auch eine tiefgreifende symbolische Handlung – eine Distanzierung vom dysfunktionalen Arbeitsethos und eine bewusste Repriorisierung psychischer Gesundheit.

*Krisenmodus: Überfordernde Verantwortungsübernahme und Ressourcenverlust*

Ihr beruflicher Alltag war lange geprägt von permanenter Überforderung. Zentrale Symptome waren Kontrollverhalten, ständige Anspannung und Panikattacken. Die Verschärfung der Anforderungen im Pflegeberuf verschärfte ihre Symptomatik. Die Situation eskalierte, als mit dem Wechsel in der Geschäftsführung auch zentrale soziale Ressourcen (Kolleg:innen, Teamstrukturen) wegbrachen. Blaufeuer kompensierte diesen Verlust teils durch eine neue, verlässliche Beziehung zur Fallmanagerin. Diese half, die Brücke von Fremd- zu Selbststeuerung zu schlagen – ein zentrales Ziel psychosozialer Beratung.

*Blaufeuer: Selbstwert, Selbstwirksamkeitserleben und Handlungsfähigkeit*

Blaufeuer stellte nicht nur eine Übergangshilfe in einer akuten Krise dar, sondern unterstützte Frau Klippe auch dabei, langfristige Strategien der Selbstsorge zu entwickeln. Besonders hervorzuheben ist die Verbindung aus praktischer Lebenshilfe (Bewerbungen, Weiterbildung) und emotionaler Stabilisierung. Die Beratung war niedrigschwellig, verlässlich und partnerschaftlich gestaltet – anfangs führend, später kooperativ. Frau Klippe konnte dadurch Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und Kontrolle wiedererlangen und auf neue berufliche Ziele übertragen. Sie interpretierte ihre Veränderungen zunehmend als eigene Erfolge und entwickelte ein neues Verständnis von psychischer Gesundheit als handlungsleitender Faktor.

Diese gekürzte Fassung konzentriert sich auf die Erfahrungen von Frau Klippe mit Blaufeuer als zentralem Interventionspunkt und reduziert biografische und strukturelle Kontexte auf die für das Fallverständnis relevanten Aspekte.

## **Frau Blitz -- Juristin im öffentlichen Dienst (EI2BB)**

Blaufeuer „war wirklich wie untergehakt und: das rocken wir schon zusammen" (Z. 489)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Frau Blitz ist Volljuristin im öffentlichen Dienst, kinderlos und lebt allein. Während der Covid-19-Pandemie konzentriert sich ihr Alltag stark auf die Erwerbsarbeit. Durch den Lockdown fallen soziale Kontakte und der direkte Austausch mit Kolleg:innen weg. Über zwei Jahre hinweg fühlt sie sich von ihrer Referatsleiterin „subtil gemobbt" (Z. 27). Im Home-Office spitzt sich der empfundene Druck zu, bis Frau Blitz in eine psychische Krise gerät und sich im Februar 2022 für fünf Wochen krankschreiben lässt. Um den „Makel von der psychischen Erkrankung nicht irgendwo stehen haben" (Z. 366) zu müssen, holt sie sich Krankschreibungen für Erkältung und Rückenschmerzen.

Als zentralen Auslöser beschreibt Frau Blitz eine Textkorrektur der Referatsleiterin, in der die verwendete Schriftart kritisiert wird. Daraufhin hat sie „den Stift fallen gelassen [und] geheult" (Z. 34) und sich krankgemeldet. Erst in diesem Moment begreift sie, dass „irgendetwas falsch läuft" (Z. 353). Von ihrer Vorgesetzten fühlt sie sich „klein gemacht" (Z. 37). Erschwerend kommen „fließende Regeln" (Z. 39) hinzu – sie weiß oft nicht, „welche die richtigen sind" (Z. 39). Während der Krankschreibung fokussiert sie auf negative Arbeitserfahrungen, gerät in Grübel-Schleifen und entwickelt Suizidgedanken sowie einen erhöhten Selbstverletzungsdrang.

An ihrem ersten Arbeitstag nach der Arbeitsunfähigkeit erhält sie die Rückmeldung, dass alles, was sie „jemals gemacht habe, in Qualität und Quantität schlecht war" (Z. 54). Nach acht Wochen lässt sie sich erneut krankschreiben – bis Anfang November 2022. Beim zweiten Zusammenbruch im Mai erkennt sie jedoch, dass sie Hilfe braucht und realisiert: „ich bin krank, ich bin krankgemacht worden" (Z. 373-375).

Auf Blaufeuer wird Frau Blitz durch eine ehemalige Supervisorin aufmerksam, die sie privat kennt. Nach einer E-Mail mit Problemschilderung und einem Telefonkontakt beginnt die Beratung bei einer Fallmanagerin. Zunächst erwartet sie ein therapie-ähnliches Angebot, merkt aber schnell, dass dem nicht so ist. Die Treffen finden anfangs wöchentlich, später zweiwöchentlich statt. Bevorzugtes Format während des Lockdowns ist das Spazierengehen (walk and talk). Die Fallmanagerin empfindet sie als verständnisvoll und wertschätzend, als „die helfende Hand, es war wirklich wie untergehakt" (Z. 489). Besonders hilft ihr, dass ihr mentaler Zustand akzeptiert wird. Die Beratung erlebt sie als organisiert und strukturgebend mit einem Rahmen, den sie aktiv mitgestalten kann. Gelegentlich wird sie „ausgebremst" (Z. 592), als sie zu schnell zur Arbeit zurückkehren will.

Mithilfe der Fallmanagerin gelingt es Frau Blitz, ihre Krankschreibung und psychische Krise in ihr Selbstbild zu integrieren. Dies geschieht durch die akzeptierende Haltung der Fallmanagerin und die Bestärkung durch eine „objektive dritte Person" (Z. 77) bezüglich ihrer Mobbing-Erfahrung. Die Fallmanagerin vermittelt schnell einen Psychotherapie-Termin, doch Frau Blitz entscheidet sich für privat bezahltes Coaching mit einer gleichaltrigen Frau. Zusätzlich wird sie in einen Resilienz-Kurs vermittelt und im Bewerbungsprozess für eine neue Stelle begleitet.

Nach zwei Absagen und einem erfolgreichen Referatswechsel-Angebot entscheidet sie sich für eine neue Stelle bei einem anderen Arbeitgeber und gibt ihre Verbeamtung auf. In der neuen Erwerbsarbeit empfindet sie wieder Freude. Zum Zeitpunkt des Interviews geht es ihr gut. Das „erlernte Handwerkszeug" (Z. 123) aus der Blaufeuer-Beratung hilft ihr weiterhin.

### **Analytische Aufarbeitung des Falles**

Der Fall zeichnet sich durch drei verwobene Aspekte aus: die als Mobbing empfundenen Konfliktsituationen mit der Führungskraft, Frau Blitz als ambitionierte Arbeitnehmerin, die an informellen Regeln scheitert, und die Blaufeuer-Beratung als passgerechtes Hilfeangebot.

#### *Konfliktsituationen auf Arbeit als Trigger für psychischen Stress*

Frau Blitz thematisiert intensiv das „Mobbing" durch die Referatsleiterin und verbindet zwei Schlüsselszenen mit ihrer Arbeitsunfähigkeit. Die Darstellungen zeigen jedoch eher ein „Bossing" – Kritik von der Führungskraft ohne kollektives Verbünden. Frau Blitz nimmt eine Fremdattribuierung nach dem Muster „Schuld hat nur der Andere" vor, typisch für soziale Konflikte. Sie stilisiert sich als „Opfer" ihrer Vorgesetzten.

Zwei Hinweise deuten auf ein Nähe-Distanz-Problem zur gleichaltrigen Vorgesetzten hin. Frau Blitz betont den anfangs freundschaftlichen Umgang: „total -- also privat eben super. Man hat sich verstanden" (Z. 255). Das formale asymmetrische Machtverhältnis wird durch informellen, emotional angenehmen Umgang unterlaufen. Frau Blitz gelingt es nicht, damit umzugehen, dass ihre Vorgesetzte konsequent die berufliche Distanz-Rolle einnimmt. Dieses professionalisierte Auftreten erlebt sie als Vertrauensbruch.

Die Bedeutung der Nähe-Distanz-Entgrenzung zeigt sich in ähnlichen Beziehungskonstellationen: Sie wählt Coaching mit einer gleichaltrigen Frau statt Psychotherapie. Auch zur Fortbildnerin und Blaufeuer-

Fallmanagerin entspricht das Passungsmuster der Nähe-Distanz-Entgrenzung. Im Home-Office fehlen direkte Interaktionsmöglichkeiten mit Kolleg:innen, während sie privat sozial isoliert lebt.

#### *Hohes Arbeitsethos und Optimierungsimperativ als Persönlichkeitsdisposition*

Frau Blitz ist eine hoch qualifizierte, loyale Juristin, die „immer tausend Prozent“ (Z. 297) gibt. Unverkennbar ist ihr Perfektionsdrang: „Ich muss es besser machen, ich muss, ich muss die Vermerke besser vorbereiten“ (Z. 259). Diese Maxime zeigt das selbstschädigende Potential unbedingter Fehlervermeidung. Sie bricht zusammen, als ihre Führungskraft redigierend eingreift. Ihr Selbstbild einer funktionierenden Arbeitnehmerin bekommt massive Risse, verstärkt durch mangelndes Selbstwirksamkeitsgefühl.

Sie scheitert an informellen Regeln der Arbeitsorganisation. Eindeutige, transparente Vorgaben fehlen. Aufgrund corona-bedingter sozialer Isolation kann sie die Unsicherheiten durch „fließende Regeln“ nicht kompensieren.

#### *Blaufeuer-Beratung als passgerechtes Hilfeangebot von Frau zu Frau*

Das Teilnehmende-Fallmanagerin-Verhältnis entspricht dem Passungsmuster der Nähe-Distanz-Entgrenzung und des solidarischen Commitments von Frau zu Frau. Beide gleichaltrigen Frauen treffen sich regelmäßig, die Fallmanagerin wird zur vertrauten Bezugsperson. Symptomatisch ist das Walk and Talk-Format in Parks außerhalb der Beratungsräume.

Die Formulierung „es war wirklich wie untergehakt“ bringt die Rollen-Verteilung und Frau Blitz' Bedürftigkeit zum Ausdruck. Eine untergehakte Person wird nicht geschoben oder gezogen, allenfalls sanft ausgebremst. Beide müssen ein angemessenes Tempo finden. „Untergehakt“ steht für mentale Unterstützung und emotionales Aufgefangen-Werden bei Rückschlägen. Das Setting erlaubt Gestaltungsspielraum und ermöglicht handlungsentlastete Betrachtung belastender Erlebnisse in einer Situation der Muße mit salutogenen Effekten.

Die Blaufeuer-Beratung im Walk and Talk-Format trägt maßgeblich dazu bei, aus der negativen biografischen Verlaufskurve herauszukommen. Das „Ausbremsen“ durch die „unterhakende“ Fallmanagerin erweist sich als entscheidender Schlüssel: Frau Blitz erlebt Entlastung vom Druck ihres Arbeitsethos und der Selbstoptimierung, erreicht dennoch ihre Ziele.

## **Frau Wolke -- Mitarbeiterin einer Hochschule (EI3BB)**

"Dann irgendwann habe ich so ein bisschen den Faden verloren" (Z.963)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Frau Wolke ist zum Zeitpunkt des Interviews 54 Jahre alt, seit fünf Jahren getrennt und lebt mit ihrem 24-jährigen Sohn in einer als beengend empfundenen Wohnung. Sie arbeitet in Vollzeit im Projektmanagement einer Hochschule.

Früher hielt sie trotz Krankheit durch und meldete sich selten krank: *"Aber durch die Kinder hat man sich auch krank zur Arbeit geschleppt, weil man ja sowieso morgens aufstehen musste, um die Klarzukriegen"* (Z. 127). Erschöpfung kompensierte sie durch *"Komaschlafen"* (Z. 157) am Wochenende. Erst zu Beginn der Wechseljahre vor vier Jahren suchte sie aufgrund von Herzrasen, Beklemmungen und Schlaflosigkeit ärztliche Hilfe.

Die Schlafbeschwerden bestehen fort: *"Ich habe nicht die Tiefe an Schlaf mehr. Die Gedanken treiben mich dann so ein bisschen. Manchmal ist es so wirklich, dass man das Gefühl hat, wie so kerzengerade im Bett zu stehen, ist ja so ein Ausdruck, weil die Gedanken einen einfach hellwach machen"* (Z. 163-167). Erholungspausen kann sie weder im Büro noch im Homeoffice umsetzen.

Nach dem Tod ihrer Mutter im Oktober 2019, die sie über 500 km entfernt intensiv begleitet hatte, bekommt Frau Wolke im November einen Schub einer Autoimmunerkrankung. Die Diagnose erfolgt erst im Frühling 2021 nach zahlreichen Untersuchungen. Zu diesem Zeitpunkt ist es ihr bereits *"einfach zu viel"* (Z. 34) und sie bemerkt, dass sie *"irgendwie anfangs so eine Struktur zu verlieren"* (Z. 38). Sie zeigt Gereiztheit, Entfremdungsgefühle und lässt sich krankschreiben.

Die beginnende Krise manifestiert sich in Konzentrationsschwierigkeiten und der Unfähigkeit, Arbeitsaufgaben zu bewältigen. Ab März 2020 verstärkt das coronabedingte Homeoffice die Entgrenzung von Arbeits- und Privatleben:

*"Dann bin ich am Rechner kleben geblieben, also ich habe tatsächlich nicht mehr den Ausschalter gefunden und weiter weiter weiter gemacht. Und wenn man den dann morgens schon wieder um acht Uhr anmacht oder um zehn, manchmal habe ich es dann auch rausgezögert, dann ist das so, als ob man gar nichts mehr dazwischen erlebt"* (Z. 89-95).

Frau Wolke kann sich nicht gegen ganztägige Terminanfragen der Kollegen abgrenzen. Als sie merkt, dass sie den Faden verliert, wird sie aktiv: *"Und da wirklich irgendwas im Kopf nicht mehr richtig funktioniert, weil man zu überfordert ist, muss ich jetzt mehrere Register ziehen"* (Z. 240-241). Ihre Allgemeinärztin rät zur therapeutischen Behandlung, hat jedoch keinen Platz in ihrer Therapiegruppe.

Im Februar 2021 informiert die Hochschulpräsidentin über das Blaufeuer-Angebot. Frau Wolke erhält schnell einen Termin für das erste online durchgeführte Beratungsgespräch. Mit dem Fallmanager entwickelt sie ein reflexives Vorgehen:

*"Dann haben wir erstmal alles abgeklärt, was mein Bedarf sein könnte, was mein Problem auch ist. Und dann haben wir uns schon in dem ersten Gespräch, was aber sehr lange ging, bestimmt anderthalb Stunden oder so, haben wir uns darauf geeinigt, dass es eine Art reflexives Gespräch wird -- also gar nicht so Beratung zu speziellen Sachen, sondern tatsächlich wir erstmal das als offenes Gespräch führen, wie es mir so geht, was ich erlebt habe, was meine Kernpunkte sind."* (Z. 295-301)

Frau Wolke empfindet das Vorgehen als hilfreich, da ihr ihre eigenen Fähigkeiten wieder bewusst werden. Sie schätzt das kontinuierliche Dranbleiben des Fallmanagers und die Ermutigung durch Nachfragen, was ihr Struktur gibt. Gleichzeitig fühlt sie sich nicht in ihrer Autonomie eingeschränkt, sondern in ihrem Tempo angenommen. Sie reaktiviert Meditation und Yoga.

Da sie auf einen Therapieplatz wartet, werden die Gespräche vom Thema Trauer abgegrenzt: *"aber das Sozialpädagogische da wurde jedes Register gezogen"* (Z. 351). *"stattdessen hangeln wir uns jetzt eher so an den objektiveren Themen entlang, sag ich mal, also gar nicht so an meiner Persönlichkeit"* (Z. 481).

Ein zentrales Beratungsthema ist die Entfristung ihres Arbeitsvertrages: *"weil da gab es irgendwie, gibt es bei mir da Blockaden, weil das Thema gekoppelt ist mit Wertschätzung und da ist er (der Fallmanager) aber so drangeblieben, dass ich dann immer wieder auch Lust hatte, da weiter"* (Z. 326-328).

Frau Wolke engagiert sich gegen die *"strukturellen Ungleichheit"* (Z. 378) und *"immer krudere Konstrukte, unter denen wir angestellt waren"* (Z. 391). Sie kämpft nicht nur für sich, sondern auch für Kollegen, bemerkt jedoch: *"ich glaube, ich habe da auch zu viel reingegeben, weil Kollegen gar nicht immer das gleiche Interesse haben"* (Z. 381-383). Parallel spart sie für ein Sabbatjahr ab Oktober 2022. Sie wünscht sich die Begleitung des Fallmanagers bis zum Reha-Beginn im April/Mai 2022. Unstimmigkeiten bei der Arbeit empfindet sie *"im Moment noch so wie so einen Knoten"* (Z. 655), den sie mit Supervision bearbeiten möchte.

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

Frau Wolkes Fall zeigt exemplarisch die Kumulation multipler Belastungen, die zu einer akuten Krise führen. Gleichzeitig wird die spezifische Leistung der Blaufeuer-Beratung sichtbar: die Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens.

#### *Kumulation multipler Belastungen und Beanspruchungen*

Frau Wolkes Krise resultiert aus der Überlagerung verschiedener biografischer Belastungen. Wechseljahresbeschwerden führen zu emotionaler Überforderung und dem subjektiv empfundenen *"Faden verlieren"*. Die beengte Wohnsituation mit dem erwachsenen Sohn und somatische Beschwerden wie Schlaflosigkeit verstärken Gereiztheit und beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit. Die intensive Pflege der Mutter über große Distanz und deren Tod lösen einen Autoimmunschub aus. Das Homeoffice während der Pandemie verschärft die Situation durch fehlende Abgrenzung zu Kollegenanfragen und das Gefühl, im Rückstand zu sein.

#### *Innere Orientierung: Hohes Pflichtbewusstsein und Verantwortungsübernahme*

Frau Wolke zeigt ausgeprägtes Pflichtbewusstsein und übermäßige Verantwortungsübernahme sowohl privat als auch beruflich. Trotz Konflikte mit dem Sohn und der extremen Entfernung zur pflegebedürftigen Mutter übernimmt sie diese Aufgaben aus Verantwortungsgefühl. Im Arbeitskontext engagiert sie sich gegen schlechte Arbeitsbedingungen und für Kollegen, ohne entsprechende Anerkennung zu erhalten (Gratifikationskrise). Diese multiple Beanspruchung erschwert die Fokussierung und führt zum Verlust der inneren Orientierung. Das Aufreißern für andere führt zu Erschöpfung, während notwendige Erholungszeiten fehlen und das Selbstwirksamkeitsgefühl schwindet.

#### *Stärkung der (noch) vorhandenen Selbstwirksamkeit durch Blaufeuer*

Trotz Überforderung befindet sich Frau Wolke nicht in einer existenziellen Lebenskrise. Sie erkennt die Situation beim *"Faden verlieren"*, wendet sich an eine Ärztin und sucht therapeutische Hilfe. Rückblickend kann sie den Krisenprozess bereits vor dem *"Faden verlieren"* identifizieren.

Zu Beginn des Blaufeuer-Fallmanagements verfügt sie über Selbstwirksamkeit. Sie nutzt das Angebot zur Reflexion ihrer Bedürfnisse und bestimmt gemeinsam mit dem Fallmanager konkrete Aufgaben. Frau Wolke entscheidet selbst über die Annahme von Beratungs- und Vermittlungsangeboten. Durch die Spiegelung ihrer Spannungsthematik entdeckt sie eigene Fähigkeiten wieder und reaktiviert selbstständig ihre Yogapraxis.

Das Blaufeuer-Fallmanagement bietet Frau Wolke Reflexionsmöglichkeiten bei gleichzeitiger Bewahrung ihrer Handlungsfähigkeit. Sie kann die Beratungsart mitbestimmen und fühlt sich dadurch angenommen. Diese Erfahrung der Mitbestimmung reaktiviert das Erleben von Selbstwirksamkeit. Die Beratung hilft beim Sortieren der verschiedenen Beanspruchungen und klärt, welche Themen wie und wo angegangen werden sollen. Hilfreich ist die absehbare Reduzierung des Home-Office. Die Trauerbearbeitung erfolgt in separater Psychotherapie.

## **Frau Mühe -- Sozialarbeiterin (EI4BJ)**

„ich hatte da zuvor immer gedacht arbeiten muss wehtun“

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Frau Mühe ist zum Zeitpunkt des Interviews 42 Jahre alt, Sozialarbeiterin mit familiärem Migrationshintergrund aus Osteuropa und seit drei Jahren in der Eingliederungshilfe mit psychisch kranken, traumatisierten, wohnungslosen Frauen tätig. Sie hat seit vielen Jahren eine diagnostizierte mittelgradige Depression und PTBS. Arbeitsbedingter Stress entsteht durch Arbeitsverdichtung, Personalmangel und mangelhafte lokale Versorgungsstrukturen. Bei länger anhaltendem Stress wird ihre Erkrankung getriggert.

Trotz ihrer Bemühungen um Gesundheit zeigt sich selbstschädigendes Verhalten: „Also ich achte auf ausgewogene Ernährung [...] Aber im Arbeitsalltag gelingt es mir nicht, regelmäßig zu essen“ (Z.19-33). In vorherigen Jobs im Schichtdienst konnte sie mit ihrer psychischen Erkrankung nicht offen umgehen und litt unter Suizidgedanken sowie somatischen Symptomen.

Ungefähr ein Jahr vor dem Interview wendet sie sich mit Schlafstörungen an Blaufeuer, nachdem ein Hausarzt keine körperlichen Ursachen feststellen konnte. Zu dieser Zeit herrscht bei ihrem Arbeitgeber Personalmangel, Zeitdruck und Mehrarbeit, wovon sie sich schlecht abgrenzen kann. Sie überlegt eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen und fühlt sich hilflos, wütend und unruhig.

Die Fallmanagerin sortiert ihre Lage: „Die Beraterin hat dann quasi mit so einem Flipchart mit mir erstmal quasi aufgedrösel, was ist das, dieses ‚mir geht es schlecht?‘“ (Z.716-722). Anschließend arbeitet sie gemeinsam mit Frau Mühe in praktischen Übungen an Themen der übermäßigen Verantwortungsübernahme und der überzogenen Ansprüche.

Zentral ist ein „Klickerlebnis“ bezüglich ihres Arbeitsethos: „Ich hatte zuvor immer gedacht, arbeiten muss wehtun. Ich arbeite nur gut, wenn ich mich richtig auspowere. Und sie hat mir dann von so einer Forschung erzählt [...] Ich war eigentlich immer bei hundert Prozent Anstrengung. Und dann ich habe auch fünfzig Prozent Anstrengung angewendet“ (Z.306-319). Sie lernt Grenzen zu setzen und erhält durch die Lernerfahrungen eine erste Handlungsfähigkeit für Arbeit und Privatleben zurück.

Die Blaufeuer-Fallmanagerin bringt sie durch regelmäßiges Nachhaken dazu, eine Psychotherapie aufzunehmen. Frau Mühe ist seit vielen Jahren in einer Beziehung in getrennten Wohnungen und kinderlos, da Versorgungsaufgaben sie überfordern würden und sie die Arbeit priorisiert.

Sie schätzt an der Blaufeuer-Beratung die individuelle Ausrichtung auf ihre Situation und den Arbeitskontext, was keine andere bekannte Stelle im Versorgungssystem anbietet. Das Interview führt sie mit der Motivation durch, dass Blaufeuer verstetigt wird.

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

Frau Mühe zeigt aufgrund ihrer hohen Leistungsorientierung und ihres verinnerlichten Arbeitsethos Schwierigkeiten bei der Abgrenzung. Sie übernimmt übermäßige Verantwortung für Kolleg:innen und Klient:innen, geleitet von dem Denken, dass Arbeit mit enormer Anstrengung immer beendet werden muss. Sie hat geringen Zugang zu eigenen Emotionen und Schwierigkeiten bei der Selbstfürsorge. Zudem hat sie das Bestreben, unabhängig von anderen zu sein.

Blaufeuer sortiert ihre Lage und gibt ihr Handlungsfähigkeit zurück. Die Themen übermäßiger Verantwortungsübernahme und unerbittlicher Ansprüche werden in kleinschrittigen, dirigistisch angeleiteten Übungen adressiert und führen zu Verhaltensänderungen. Sie schätzt neben der individuellen Abstimmung vor allem die professionalisierte Unterstützung gestützt auf wissenschaftliche Methoden.

#### *Gesundheit: Funktionstüchtigkeit versus übermäßige Verantwortungsübernahme*

Stress entsteht primär durch Arbeitsverdichtung, Personalmangel und unzureichende Versorgungsstrukturen. Bei länger anhaltendem Stress verschlechtert sich Frau Mühes psychische Gesundheit, wobei sie ihre Funktionstüchtigkeit bei der Arbeit aufrechterhält. Sie übernimmt Aufgaben außerhalb der regulären Arbeitszeit und kann sich schlecht von empfundenen Ausnahmesituationen abgrenzen. Es entsteht starke Hilflosigkeit und Gereiztheit, wobei sie sich lieber als gut funktionierende Person präsentiert.

#### *Rationalisierender Zugang zu Gesundheit und mangelnder Zugang zu eigenen Gefühlen*

Frau Mühe nimmt psychische Belastung erst über körperliche Reaktionen wahr, da sie wenig Zugang zu Emotionen besitzt. Sie kann ihre Belastungsgrenze nicht spüren und wählt einen rationalisierenden Zugang zur Gesundheit statt verinnerlichter Selbstfürsorge. Sie nähert sich Problemen kognitiv über gesellschaftlich anerkannte Gesundheitsfakten.

Blaufeuer bietet wissenschaftlich bestätigte Methoden, wodurch sie kognitiv geprägtes Vertrauen entwickelt. Weniger wichtig ist das persönliche Verhältnis zur Fallmanagerin. Durch dirigistisch geleitete Übungen kann sie Belastungsgrenzen erspüren, sich Pausen nehmen und mehr Handlungsfähigkeit

erlangen. Dies stärkt ihr Selbstwertgefühl. Sie ist zunächst einer erneuten Psychotherapie ambivalent gegenüber und nimmt diese schließlich doch in Anspruch.

Zum Interview-Zeitpunkt nimmt die Arbeit allerdings immer noch eine Stellung ein, dass sie ihre Gesundheitsbemühungen nicht einhalten kann.

#### *Arbeitsethos: Arbeit muss wehtun!*

Frau Mühe hat von ihrer aus der Osteuropa migrierten Familie verinnerlicht, dass Arbeit hohen Stellenwert haben muss und Vergnügen hier nicht vorkommt. Sie stellt hohe Ansprüche an sich und gesteht sich keine Pausen zu. Bereits in früherer beruflicher Tätigkeit führt die hohe Leistungsorientierung zu gesundheitlichen Problemen: „ja und ich hab mir die Zähne ausgebissen. Ich hab krass geknirscht, auch Suizidgedanken und sowas“ (Z.443-445).

Die Blaufeuer-Beratung hilft ihr zu verstehen, dass sie an ihre Belastungsgrenze geht, und sie erlernt erste Strategien für stressige Situationen. Sie gewinnt die Einsicht, dass übermäßige Anstrengungen nicht förderlich für ihre Leistung sind. Zum Interview-Zeitpunkt dient dieser Fokus jedoch primär ihrer Funktionstüchtigkeit als ihrer psychischen Gesundheit im Sinne von Selbstfürsorge.

#### *Priorisierung von Arbeit über Privatleben*

Bei der Arbeit sieht Frau Mühe wenig Handlungsmöglichkeiten, im Privatleben empfindet sie zumindest die Option, sich herauszuziehen. Die Bewältigung beruflicher Belastungen nimmt großen Raum ein. Nach der Arbeit legt sie sich eine Stunde auf die Couch und übt, einen Raum für Gedanken und Emotionen zu schaffen, um belastende Konsequenzen wie Grübeln oder Schlaflosigkeit zu vermeiden.

Auch wenn sie privat gelernt hat, ihre hohen Ansprüche zu hinterfragen, zeigt sich Vermeidung, die als Kapitulation vor psychischer Belastung interpretiert werden kann: „so Stress in der Arbeit. Mein Privatleben kann ich besser einfach strukturieren [...] Zumindest kann ich da einfach absagen“ (Z.72-75). Sie ist kinderlos und stellt Familiengründung für die Arbeit hintenan.

#### *Erwerbsarbeit als Garant für Autonomie in zwischenmenschlichen Beziehungen*

Erwerbsarbeit bedeutet für Frau Mühe Sicherheit und finanzielle Unabhängigkeit vom Partner. Unabhängigkeit ist ihr wichtig. Weder sozialer Status noch hohes Einkommen stehen im Vordergrund, sondern finanzielle Absicherung. Im Privaten übernimmt sie Erledigungen bevorzugt allein und vermeidet zwischenmenschliche Interdependenzen.

Bei Blaufeuer schätzt sie vor allem die professionalisierte Beziehung zur Fallmanagerin mit wissenschaftlich fundierten Beratungsmethoden. Weniger die emotionale Nähe als vielmehr die professionell eingehaltene Rollendistanz schafft Vertrauen. Sie fühlt sich akzeptiert und würde als hoch kontrollierte Person sogar in „Jogginghosen“ zur Beratung gehen.

Zum Interview-Zeitpunkt steht sie kurz vor ihrer Abschlusssitzung und resümiert, dass sie nun wieder weiß, dass es der richtige Beruf und die richtige Arbeitsstelle für sie ist.

## **Herr Warner -- Bankkaufmann (Warner) (EI1NS)**

„ja die Arbeit hat im Endeffekt sich stark gewandelt, früher war es eine Beratung, jetzt ist es ein Verkauf“ (Z. 92)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Herr Warner ist 52 Jahre alt, arbeitet seit 33 Jahren bei einem Finanzdienstleister und ist seit 2009 als Kundenberater tätig. Seine Stammkunden waren ihm fest „zugeschlüsselt“ (Z. 76), was ihm Sicherheit gab. Er pflegte gerne langfristige Kundenbeziehungen: „ich mach meinen Beruf sehr gerne ich [...] ich möchte eine längerfristige Bindung zu meinen Kunden aufbauen und das schätzen die Damen und Herren auch“ (Z. 89-91).

Seit 2009 fühlte sich Herr Warner durch neue Tätigkeitsschwerpunkte und Management-Prozesse im Zuge der Digitalisierung zunehmend bedroht. Die Arbeitsleistung wurde stärker kontrolliert („nur Zahlen auswerten und dann mit der Ampelfarbe bewerten: rot gelb grün“, Z. 134-135) und der Druck erhöht: „jetzt ist es so, dass im Lauf der Jahre Jahrzehnte der Druck vom Arbeitgeber immer größer geworden ist“ (Z. 80-81). Er fühlte sich in seiner Kernkompetenz als Berater abgewertet („früher war es eine Beratung jetzt ist es ein Verkauf“, Z. 92) und entwickelte psychische Beschwerden.

Im August 2020 verschärfte eine neue Chefin die Situation und brachte „das Fass gar zum Überlaufen“ (Z. 38). Herr Warner geriet in psychisch bedingte Starre und saß wiederholt handlungsunfähig mit Zittern und Tränen im Büro. Auch privat erlebte er Zusammenbrüche: „Wir sind nach [Stadt] gefahren, wollten zu [Bandname]. Ich bin (h) nicht rein, ich hab tränenüberströmt draußen gesessen. Wir sind wieder heimgefahren.“ (Z. 138-139).

Im März 2021 ließ er sich krankschreiben. Eine fünfwöchige stationäre Rehabilitation brachte nicht die erhoffte schnelle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Über Blaufeuer erfuhr er vom Arbeitgeber und traf sich dann regelmäßig mit der Fallmanagerin. Mit deren praktischer Hilfe fand er eine passende Akutklinik für eine viermonatige Behandlung, die ihm die Einsicht brachte: „Ich hätte mich früher krankschreiben lassen müssen, damit ich mehr Abstand zur Arbeit hab.“ (Z. 232).

Zum Interviewzeitpunkt (Sommer 2022) war er seit circa 16 Monaten krankgeschrieben. Eine betriebliche Wiedereingliederung stand bevor, die Erfolgsaussichten waren gering. Trotz seiner 33 Jahre Berufserfahrung erwartete er intensive Unterstützung: „Ich erwarte, dass man mich an der Hand nimmt, dass ich also nicht gleich ins kalte Wasser geschmissen werde [...] und dass ich da langsam herangeführt werde.“ (Z. 326). Seine Angst galt der Integration in die reale Arbeitswelt, wozu er sich selbst noch nicht in der Lage sah.

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

Herr Warner steht exemplarisch für das Dilemma älterer Arbeitnehmer, die den Herausforderungen der Digitalisierung, ständiger Regeländerungen und erhöhtem Leistungsdruck nicht standhalten können. Seine psychische Krise entsteht nicht durch einen plötzlichen Einbruch, sondern durch ein Zurückfallen gegenüber den sich wandelnden Anforderungen. Eine Gratifikationskrise entwickelt sich, weil die günstigen Bedingungen seiner Stelle durch neue Tätigkeiten und Erwartungen ersetzt werden, denen er sich nicht anpassen kann.

Zwei Aspekte seiner Persönlichkeit stehen im Vordergrund: seine *extrinsische Motivation* und die Kombination mit *Ängstlichkeit und Zwanghaftigkeit*. Er ist motiviert durch den Wunsch, sich an institutionelle Erwartungen anzupassen, was ihn zum „bemühten Schüler“ macht. Seine Angst führt dazu, dass er einen Schutzraum aufbaut, den die organisatorischen Veränderungen zerstören.

#### *Extrinsisch motiviert: Der bemühte Schüler*

Herr Warner internalisiert einen Bedarf an Fremdsteuerung: „Ich bin da so erzogen worden, dass es halt, ja, dass es ein Ziel gibt, dass ich erreichen will/ muss [...] das muss bestmöglichst erfüllt werden und dafür musst du halt deine Leistung bringen.“ (Z. 178-179). Seinen institutionellen Werdegang absolviert er ohne erkennbare eigene Zielsetzung. Er benötigt feste Strukturen und Regeln, da er das Private dem Beruflichen unterordnet: „bisher war es ebenso, dass ich die Arbeit über alles gesetzt hab. Ich hatte nichts anderes, das war mein Ein und Alles“ (Z. 24).

#### **Vulnerable Persönlichkeitsmerkmale**

Herr Warner bewältigt permanent Angst, die durch die Vorstellung getriggert wird, Fehler zu machen oder dass Unzulänglichkeiten entdeckt werden. Die Umstrukturierung bereitet ihm Angst: „Jetzt ist eine große Umstrukturierung momentan im Gange [...] Das ist auch sowas, wo ich Angst davor habe.“ (Z. 128-129). Kundenzuwendung interpretiert er als Bestätigung: „Das zeigt, dass ich in der Vergangenheit nix falsch gemacht habe.“ (Z. 90-91).

Sein Bemühen um das Erlernen fester Strukturen dient als Angstbewältigungsstrategie. Solange sich Arbeitsabläufe nicht ändern, bieten erlernte Regeln Sicherheit. Mit seiner extrinsischen Orientierung verkoppelt er einen Absolutheitsanspruch zur Zielerreichung, auch bei Überforderung: „Ich habe da viele

Entbehrungen auf mich genommen" (Z. 379). Die Zwanghaftigkeit besteht aus der empfundenen Pflicht, fremde Ziele zu haben, der Alternativlosigkeit zur Zielerreichung und dem Erdulden des daraus entstehenden Leidens.

#### *Fehlende Einsicht in die psychischen Probleme*

Zum Interviewzeitpunkt ist eine erfolgreiche Arbeitswiederaufnahme unwahrscheinlich. Herr Warner hat zwar gelernt, dass „die Gesundheit an oberster Stelle stehen soll" (Z. 6), bleibt aber in passiven Formulierungen ohne konkrete Idee eigener Veränderungen. Seine aktuellen Bemühungen replizieren die beschriebenen Muster: „Habe ich jetzt neu dazu gelernt, dass es andere Prioritäten geben sollte und ja es ist ein langwieriger Prozess" (Z. 22-23). Statt den zugrundeliegenden Problemen zu begegnen, behält er seine Zwanghaftigkeit bei und eignet sich lediglich ein neues extrinsisches Ziel an.

Sein Wunsch besteht in der Änderung des Arbeitsplatzes durch einen Lehrgang, der ihm ermöglicht, neue Regeln zu erlernen. Die Tragik liegt darin, dass es heute immer weniger statische Regeln gibt, da kreatives Denken und Risikobereitschaft im Vordergrund stehen.

#### *Die Blaufeuer-Beratung hilft in der Stabilisierungsphase, läuft aber in der beruflichen Reorientierungsphase aus*

Herr Warner kontaktiert Blaufeuer frühzeitig nach der Entlassung aus der Rehabilitation, als psychische Stabilisierung im Mittelpunkt steht. Er hat keine Vorstellung, wie es weitergehen soll: „ich brauch irgendwas" (Z. 230). Er hofft auf „eine Anlaufstelle mit einer Hilfestellung [...] und da war Blaufeuer dann für mich so eine Möglichkeit Informationen zu bekommen" (Z. 247-248).

Blaufeuer spielt die Rolle eines Weichenstellers für die akutpsychotherapeutische Behandlung, die ihm psychische Stabilisierung ermöglicht. Die Fallmanagerin geht empathisch auf ihn ein („sie kann sich in mich hinein versetzen, sie versteht, was ich erzähle", Z. 265-266) und bietet eine Beratung, die zu seiner vertrauten Rolle als anpassungsfähiger Lernender passt.

Die Fallmanagerin gibt ihm keine Beratungsleistung, sondern eine Beratungsbeziehung. Die Wirkung ist indirekt: Blaufeuer leistet abstrakte „Weichenstellung" und schafft durch kongruenten Rat mit der BGM-Beauftragten Sicherheit. Einflussreicher als die Ratschläge selbst sind die Bestätigung seiner Entscheidungen, die Rollenzuweisung als Lernender und das empathische Miteinander.

## **Frau Schröder -- Führungskraft bei einem Sozialdienstleister (EI8NS)**

„Lauter so ein Scheißdreck, was mir halt auch unheimlich zu schaffen macht, weil ich das nicht gewöhnt bin, ich bin gewöhnt immer hervorragend mit meinen Leuten das zu managen“ (Z. 33-34)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Frau Schröder ist etwas über 60 Jahre alt, kinderlos, lebt allein und arbeitet seit 40 Jahren für einen großen Sozialdienstleister. Dort führte sie 31 Jahre lang Tagesstätten für Kinder mit Behinderung. Nach neunjähriger Anfangsphase erreichte sie eine sichere Machtposition mit hoher Selbstwirksamkeit und vielen Freiheiten. Ihre intrinsische Motivation speiste sich aus dem Wunsch, schutzbedürftige Kinder zu unterstützen: „das ist halt für mich einfach so eine Art Berufung, den Kindern wirklich ein bisschen den Weg zu ebnet“ (Z. 72-73). Der Beruf war ihr Lebensmittelpunkt: „es ist mein Leben, meine Leidenschaft, meine Berufung, ich liebe das“ (Z. 33-34). Soziale Ressourcen schöpfte sie hauptsächlich aus dem beruflichen Umfeld.

Diese bemerkenswert stabile Arbeitsbiografie geriet wenige Jahre vor der Berentung ins Wanken. Nach 2019 verlor sie durch den Generationswechsel ihre Machtposition und verfügbaren Ressourcen. Die unhinterfragte Kooperationsbereitschaft der Untergebenen schwand, mit dem Chefwechsel 2020 auch der bedingungslose Rückhalt des Vorgängers. Konflikte entstanden, in denen sie sich ungerecht behandelt fühlte. Die neuen Mitarbeitenden erlebte sie als „unverschämt“ und „unehrlich“ (Z. 211), während sie sich selbst als „so unglaublich verantwortungsbewusst und pflichtbewusst“ beschreibt (Z. 255). Ihr Selbstbild als kompetente Führungskraft wurde verletzt, sie verlor an Selbstsicherheit. Bis 2021 erkannte sie, dass sie handeln musste, um ihre Arbeitsfähigkeit aufrechtzuerhalten.

Bereits vor der Krise litt Frau Schröder unter somatisch geprägten Symptomen mit psychosomatischen Ursachen: Schlafstörungen, Osteoporose und nicht behandlungsbedürftiger Bluthochdruck. Diese verstärkten sich ab 2019 durch die verschlechterte Arbeitssituation.

Im Herbst 2021 wandte sich Frau Schröder an Blaufeuer, um bis zum Renteneintritt im Juli 2024 arbeitsfähig zu bleiben. Zunächst strebte sie durch Blaufeuer eine Vereinbarung mit dem Geschäftsführer zur Entlastung ihrer Führungsverantwortung an. Als dies scheiterte, beantragte sie mit entscheidender moralischer Unterstützung der Blaufeuer-Fallmanagerin eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme, die bewilligt wurde.

Die psychosomatische Rehabilitation brachte nicht die erhoffte Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit. Frau Schröder schrieb ihre Probleme den neuen Mitarbeitern zu und erkannte keinen Zusammenhang mit ihrer langjährigen psychischen Symptomatik, weshalb ihre Therapiemotivation schwach blieb. Ein Bandscheibenvorfall während der Reha erleichterte ihr emotional und rechtlich den Weg zur Frühberentung.

Zum Interviewzeitpunkt befand sich Frau Schröder in keiner Behandlung zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit. Sie folgte dem Rat der Fallmanagerin zur Psychotherapie nicht. Aufgrund akuter Rückenschmerzen und des nahenden Renteneintritts plante sie, vorzeitig in Rente zu gehen.

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

Frau Schröders Fall zeigt die Probleme einer älteren Führungskraft, die durch Generationswechsel ihre Machtressourcen verliert. Zentral sind zwei Aspekte: Ein Narrativ der eigenen Resilienz und Robustheit überdeckt ihre psychische Vulnerabilität. Gleichzeitig weist sie eine hohe Machtaffinität auf, aus der sie ihre Arbeitsmotivation speist. Macht- und Kontrollverluste am Arbeitsplatz entwickeln ihre Krise.

#### *Das Narrativ der eigenen Resilienz und Robustheit überdeckt die psychische Vulnerabilität*

Frau Schröder stammt aus „sehr sehr schwierigen Verhältnissen“ (Z. 65), betont jedoch ihre Resilienz: „hatte Glück, hatte eine gute Oma, hatte einen guten Lehrer und hab von daher das geschafft trotzdem meinen Weg zu machen“ (Z. 67). Sie zeigt sich als handlungsmächtig und selbstständig. Dieses Resilienz-Narrativ wiederholt sich bei der Ablehnung der Gruppentherapie in der Reha - sie sei durch das Leben gut durchgekommen und brauche keine Therapie mehr.

Hinzu kommt ein Narrativ robuster Gesundheit. Ihre Arbeitstätigkeit sei nie durch Krankheit eingeschränkt gewesen, sie habe nie Fehlzeiten gehabt, arbeitete trotz Beinbruchs weiter. Dieses Narrativ ist paradox, da die hohe subjektive Last mitschwingt - die Überwindung ist stellenweise „fast ein Wunder“ (Z. 424). Es überdeckt ihre offenbare psychische Vulnerabilität: jahrelange Schlafstörungen, Bluthochdruck, Osteoporose, später Tinnitus. Sie kommuniziert, sich trotz hoher Belastung nie zu erlauben, krank zu sein.

#### *Die hohe und an eine Machtaffinität gekoppelte intrinsische Arbeitsmotivation*

Für Frau Schröder besteht seit dem jungen Erwachsenenalter kein Zweifel, dass sozialpädagogische Arbeit ihre Berufung ist: „ich war eigentlich immer schon total überzeugt, dass das meins ist [...] ist halt für mich einfach so eine Art Berufung“ (Z. 72-73). Ihre Arbeitsmotivation koppelt sich an Unterstützungsleistungen für schutzbedürftige Kinder: „diesen benachteiligten Kindern [...] den Kindern

wirklich ein bisschen den Weg zu ebnen" (Z. 70-71). Der Wunsch, Kinderschicksale zu beeinflussen, zeigt ihre grundlegende Machtaffinität.

Diese zeigt sich in ihrer überhöhten Überzeugung eigener Selbst- und Fremdwirksamkeit. Sie schreibt sich von Beginn an eine Führungsrolle zu und bezeichnet sich wiederholt als hochfunktional: „das war auch wirklich immer hervorragend" (Z. 35), „ich habe immer gute Leute gefunden" (Z. 41). Sie drückt hohes Selbstvertrauen und Stolz aus, beschreibt sich als unersetzbar im Betrieb.

Eine Machtaffinität zeigt sich auch in besitzergreifender und überheblicher Haltung. Sie beschreibt Mitarbeiter als „meine Leute" (z.B. Z. 158), stellt sich über andere, besonders Jüngere: „das waren so junge Dingerle also, und eine davon, die war so unfähig" (Z. 317-318).

Bis zu diesem Verlust arbeitete Frau Schröder in einem stabilen, sicherheitsgebenden sozialen Umfeld ohne tatsächliche Eigenverantwortung. Die günstigen Bedingungen lösen sich ab 2019 auf. Der Generationswechsel bringt Unruhe, sie beschreibt die Situation ab 2021 als „Katastrophe" und „Scheißdreck" (Z. 45 und 46).

Aus ihrer Sicht spaltet sich die soziale Lage in Insider („meine Leute") und Outsider („schlechte Leute"). Sie degradiert die Outsider: „so böse Menschen, solche Unverschämten, Unwahren, also so unaufrichtig, so unehrlich" (Z. 210-211). Konflikte eskalieren, Mitarbeiter wenden sich an Betriebsrat oder neuen Geschäftsführer. Ohne Rückhalt fühlt sie sich der Verantwortung nicht gewachsen. Die Arbeit mit Kindern wird „total beeinträchtigt", wird zur Belastung statt zur Hilfe (Z. 201). Dies trifft sie „im Mark", die psychosomatischen Symptome verstärken sich ab Juli 2021 deutlich.

#### *Verharrung auf Anspruch auf Macht und psychischer Gesundheit auch in der Blaufeuer-Beratung*

Frau Schröder wendet sich Oktober 2021 an Blaufeuer, zunächst hoffend auf Unterstützung bei Verhandlungen mit dem Geschäftsführer: „Ich habe eigentlich schon gedacht, wenn ich da mal alles besprechen kann, was mir so auf der Seele brennt und wo die ganzen Problempunkte sind, vielleicht findet man gemeinsam einen Weg, dass ich es leichter nehmen kann" (Z. 372). Eine Lösung gelingt nicht - sie scheut die Notwendigkeit, Verantwortung an jüngere Kollegen abzugeben, da sie sonst ihren Wunsch nach Unersetzbarkeit aufgeben müsste.

Ohne organisatorischen Ausweg fokussiert sie sich auf ihre Gesundheit und wünscht eine Reha. Ihr Hausarzt zweifelt die Erfolgchancen an, da sie „doch nie krank" war (Z. 98). Die Fallmanagerin erkennt dieses Dilemma und motiviert Frau Schröder entscheidend, einen Reha-Antrag zu stellen. Die psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme wird gewährt. Blaufeuer empfiehlt zusätzlich Psychotherapie, der sie jedoch nicht folgt.

Frau Schröders Dilemma besteht darin, ihre psychosomatischen Symptome zu deuten und sich nicht für eine psychotherapeutische Behandlung zu entscheiden. Obwohl sie den Zusammenhang zwischen psychischem Stress und Symptomen erkennt, vermeidet sie die Schlussfolgerung einer notwendigen Behandlung. Ihr Resilienz-Narrativ durchdringt ihre Begründung gegen Gruppentherapie in der Reha: „ich bin pumperlgesund, bin orientiert, bin fit, kann alles einschätzen, kann alles benennen" (Z. 315). Sie betrachtet Psychotherapie als etwas, das für „Kindheitsgeschichten" mal nützlich war, über das sie nun hinausgewachsen ist.

Frau Schröder nutzt Blaufeuer gezielt für zwei spezifische Interventionen: Arbeitsplatzänderungen und Versorgungswege. Blaufeuer kann ihr dabei helfen, sodass sie hätte profitieren können. Sie ist jedoch nicht bereit, sich psychotherapeutisch mit ihrer tiefgehenden Problematik auseinanderzusetzen. Sie nutzt Blaufeuer hauptsächlich für strukturelle Änderungen am Arbeitsplatz. Als dieser Versuch scheitert, ist sie nicht bereit, ihre Arbeitshaltung zu ändern und lehnt psychotherapeutische Auseinandersetzung ab. Angesichts der begrenzten Zeit bis zum Ruhestand entscheidet sie sich für vorzeitigen Renteneintritt.

## **Herr Kuhlemann – Außendienstleiter (EI9NS)**

„Vorher habe ich hundertfünfzig Prozent gebracht, weil ich eigentlich ja auf Takt war und wo bin ich jetzt?“ (Z. 834)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Herr Kuhlemann ist 54 Jahre alt, verheiratet und arbeitet seit 21 Jahren als Außendienstleiter in einem internationalen Lebensmittelkonzern. Seine Verantwortungsbereiche erweiterten sich kontinuierlich bis zur Übernahme von vier großen Produkt- und Marketingabteilungen.

2018 geriet er in Konflikt mit dem neuen Geschäftsführer, der die dienstältesten Mitarbeiter:innen zur Kündigung drängen wollte. Alle mit mehr als 20 Dienstjahren waren „massiv angegangen worden“ (Z. 41). Als Herr Kuhlemann 2020 einen Betriebsrat gründete, eskalierten die Angriffe über zwei Jahre hinweg mit interrogationsähnlichen Gesprächen und Einschüchterungsversuchen („ich bin mir vorgekommen wie in der Stasi“, Z. 100). Diese führten zu psychosomatischen Symptomen mit Vorhofflimmern.

Im Oktober 2021 kontaktierte Herr Kuhlemann Blaubeer, wollte aber zunächst im Betrieb bleiben. Als die Geschäftsführung jedoch seine loyalen Mitarbeiter:innen unter Druck setzte („haben sie eine Möglichkeit gefunden, wo sie mich treffen [...] wie sie dann an meine Mitarbeiter gegangen sind, das war eigentlich der ausschlaggebende Punkt“, Z. 426-427), kündigte er zum 1.12.2021 mit Abfindung und siebenmonatiger Freistellung.

Am ersten Freistellungstag begann eine schwere Erkrankungsphase mit Zusammenbruch, Lungenentzündung, Krebsverdacht und 12-tägigem Krankenhausaufenthalt. Es folgten Darmblutungen, Nierenprobleme, Schlafstörungen, Stent-Implantationen und die Verschlechterung seines Reflux' auf Krebsvorstufe. Dazu kam eine mittelgradige Depression. In neun Monaten wurde er mehrfach stationär und ambulant behandelt. Aufgrund tiefer Verzweiflung nahm er Seelsorge in Anspruch („es gab Situationen, die kritisch waren, sag ich mal für mich, wo man dann irgendwo keine Lust mehr hat, keine Perspektive mehr sieht“, Z. 567-568).

Im Februar 2022 absolvierte er ein Kurz-Assessment, das er als sehr positiv erlebte („ja da hat man ehrlich gesagt das erste Mal das Gefühl gehabt, dass man ernst genommen wird als Person“, Z. 636-637). Eine psychosomatische Reha und anschließende Psychotherapie folgten.

Zum Interviewzeitpunkt lebte Herr Kuhlemann mit seiner unterstützenden Frau zu Hause. Trotz schwerer Beeinträchtigung wünschte er sich eine Arbeitsrückkehr („die Motivation und die Begeisterung hatte ich [...], da will ich wieder hin“, Z. 871), machte sich aber keine Hoffnung („wer will mich so“, Z. 813).

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

Herr Kuhlemanns Persönlichkeit zeigt drei Grundstrukturen: „der Vertriebler“, „der Gentleman“ und „der Kämpfer“. Diese bestimmen sowohl seine Erkrankung als auch seine Genesung.

#### *Der Vertriebler: Mobilität, erfolgreiches Verkaufen und überhöhte Leistungsanforderungen*

Herr Kuhlemann identifiziert sich stark mit seinem Beruf als Vertriebler. Für ihn sind Beweglichkeit und Mobilität mit Gesundheit assoziiert („Gesundheit heißt ja, dass man sich normal bewegen kann“, Z. 3). Seine Motivation speist sich aus beruflichem Erfolg und gutem Einkommen.

Charakteristisch sind überhöhte Leistungserwartungen („150%...auf Takt“, Z. 834) und der Stolz auf seine Zähigkeit („ich bin Vertriebler, wenn ich möchte, dann sieht man es nicht, dass ich irgendwas körperlich habe oder gedanklich“, Z. 424-425). Die Arbeit bildet das Fundament seiner psychischen Stabilität. Ohne sie überwältigen ihn depressive Gedanken: „die Selbstzweifel, die Selbstkritik und so weiter, man sagt ja dann auch, was will ich noch, bin ja nichts mehr wert“ (Z. 841).

#### *Der Gentleman: Wertschätzung, Miteinander und Verlässlichkeit*

Als „Gentleman“ (Z. 925) steht für Herr Kuhlemann gegenseitige Verlässlichkeit im Mittelpunkt: „ich wollt mich auf die verlassen und die wollten sich aber auch auf mich verlassen und das ist Miteinander halt eben“ (Z. 928). Er folgt einem ethischen Standard der Reziprozität und kombiniert diesen mit berufsorientierten Werten. Seine Arbeitsphilosophie lautet: „es muss beiden Seiten aber Spaß machen [...] wenn das Miteinander so harmoniert, dann ist es erfolgreich“ (Z. 914-915).

#### *Der Kämpfer: sich und andere gegen Ungerechtigkeit verteidigen*

Das Kämpfer-Merkmal entwickelt sich erst durch die betrieblichen Konflikte. Herr Kuhlemann gründet einen Betriebsrat und begibt sich in einen Kampf „mit etwas härteren Bandagen“ (Z. 322), um sich und seine Mitarbeiter:innen zu verteidigen. Der Preis dafür ist seine Gesundheit. Als die Geschäftsführung seine loyalen Mitarbeiter:innen angreift, gibt er den Kampf auf.

### *Einsicht in die psychische Vulnerabilität und Offenheit für Psychotherapie auch dank der Blaufeuer-Beratung*

Herr Kuhlemanns Einsicht in seine psychische Vulnerabilität entwickelt sich maßgeblich durch die Blaufeuer-Beratung. Zunächst orientierungslos nach dem Zusammenbruch, wächst durch den Austausch mit Blaufeuer seine Krankheitseinsicht. Er bezeichnet die Beratung als „Steuerung“ (Z. 209) und schätzt die kontinuierliche Unterstützung.

Entscheidend ist das Gefühl von Verbundenheit mit der Fallmanagerin. Er beschreibt die Beratung zusammenfassend: „Die Steuerung hat mir da sehr viel geholfen. Eben auch die Gespräche mit Frau [Name der Fallmanagerin], eben wo man dann eben gesagt hat [...], das könnte man noch machen oder da könnte man noch hingehen. Dinge, die ich vorher, wie über eine Reha oder sowas, habe ich noch nie nachgedacht [...] Das war eben mal die Sichtweise eben, wo ich selber wahrscheinlich nie darauf gekommen wäre oder halt eben wesentlich später“ (Z. 260-262).

Blaufeuer organisiert zudem Seelsorge in kritischen Situationen: „das hat mir dann in dem Moment wahnsinnig geholfen, weil eben, ich sag mal, es gab Situationen, die kritisch waren, sag ich mal für mich, wo man dann irgendwo keine Lust mehr hat, keine Perspektive mehr sieht und genau da war es eben für mich extrem wichtig“ (Z. 567-569).

Die Rätselhaftigkeit des Timing seines Zusammenbruchs führt zu weiterer Reflexion: „Dass das alles irgendwo damit zusammenhängt, klar, eine Lungenentzündung. Woher kommt die? Genau zum ersten zwölften, wo mein erster Freistellungstag war“ (Z. 307). Nach Beginn der Psychotherapie erkennt er den Zusammenhang: „ja, dass [...] ich so lange das Mobbing mitgemacht habe, es waren zwei Jahre [...] das war zu lang“ (Z. 339).

Herr Kuhlemann betrachtet seine Krankheit als „Baustellen“ und zeigt sich als aktiver Mitgestalter seiner Genesung. Sein Ziel ist es, „in Einklang zu kommen“, „wieder in Tritt zu kommen“ und „wieder aktiv zu werden“ (Z. 806-808). Durch seine Einsicht in die psychische Vulnerabilität und Bereitschaft zur Anpassung seiner Erwartungen ist eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nicht aussichtslos.

## Herr Schön - Krankenpfleger und Schauspieler (EI11KC)

Ich „merke, wie ich wirklich auch anfangs wieder aufzuleben, Ideen zu entwickeln und meine Persönlichkeit wieder zu finden, neu zu entdecken und das auch so in meine Arbeit mit reinlegen kann“ (Z. 196-198)

### Deskriptive Fallbeschreibung

Herr Schön war zum Zeitpunkt des Interviews 41 Jahre alt. Er erlernte bewusst den Beruf des Krankenpflegers angesichts der schweren Erkrankung seiner Eltern: „*die Ausbildung als Krankenpfleger war eine ganz bewusste Entscheidung, weil ich wusste, dass ich in absehbarer Zeit auf eigenen Beinen stehen muss*“ (Z. 700-701). Nach dem frühen Tod der Eltern begann er in einer Großstadt neu und ergriff zwei Jahre später die Chance einer Schauspielausbildung. Nach Verlust seiner Stelle als Schauspieler kehrte er zurück zum „*Miete-und-Brot*“ (Z. 703)-Beruf ins Krankenhaus auf eine Palliativstation.

Dort litt er unter steigenden Belastungen durch viele Nachtwachen und fühlte sich von seinem Vorgesetzten nicht gehört. Nach einem Medikationsfehler, den er korrigieren konnte, empfand er die folgende Patientenbeschwerde als ungerecht. Parallel lebte er in einer „*Höllenbeziehung*“ (Z. 32), rutschte in Arbeits- und Sportsucht ab und entwickelte eine Essstörung. Die Corona-Pandemie verstärkte seine Isolation. 2020 führten mehrere Patientenbeschwerden zu einer Abmahnung und seinem beruflichen Zusammenbruch. Die anschließende AU dauerte von 12/2020 bis 11/2021. Über seine Hausärztin kam er in die Tagesklinik und erfuhr dort von Blaufeuer.

Zunächst wollte er seinen Beruf aufgeben. Unter Blaufeuer-Begleitung begann er wieder auf einer Palliativstation, brach aber innerhalb der Probezeit ab. Danach wurde er in der Psychiatrie auf einer psychosomatischen Station eingestellt (April 2022), wo er den Suizid eines Patienten miterlebte. Im Kontrast zu früheren Erfahrungen erlebte er sein neues Team als zugewandt und hilfsbereit.

Sein erster Blaufeuer-Kontakt war im April 2021. Gemeinsam stellten sie einen Reha-Antrag und er ließ sich im BEM-Verfahren sowie bei der Jobsuche unterstützen. Seine Erwartungen wandelten sich deutlich:

*„erstmal die Erwartung nie wieder in diesen Job zurückgehen zu müssen und alles dafür tun, diesen Job nicht mehr anzufassen und holt mich da raus, bringt mich woanders hin, aber nicht mehr nach da. [...] hab dann aber gemerkt, wie das ins Wanken kommt und letztendlich hat sich meine Erwartung auch geändert und die Erwartung ging dahin wieder gut in einen Job zu kommen“* (Z. 421-428).

Im Oktober 2022 endete seine Probezeit erfolgreich. Die beantragte Reha sah er nicht mehr als notwendig an, plante aber, die Blaufeuer-Begleitung bis zum Ende des ersten Jahres in der neuen Stelle fortzusetzen.

### Analytische Aufbereitung des Falles

Herr Schön zeigt sich als Person mit drei charakteristischen Mustern: (1) aktiv handelnde, (2) passiv erlebende und (3) zweckrational gesteuerte Orientierung.

Er bewältigt Krisen durch aktives Planen und Handeln, wie beim Hausverkauf und Wegzug nach dem Tod der Eltern. Seine Berufswahl zeigt klaren Pragmatismus gegenüber existenziellen Fragen. Gleichzeitig lässt er sich treiben – bei der Schauspielwahl beschreibt er sich als vom Zufall geführt. In seiner toxischen Beziehung verliert er jegliche Orientierung: „*Diese Beziehung hat mir mein Realitätsempfinden komplett auf den Kopf gestellt. [...] so mein Ich hat sich wirklich aufgelöst*“ (Z. 490-491).

Bei Blaufeuer startet er zunächst passiv mit dem hilflosen Wunsch: „*und holt mich da raus, bringt mich woanders hin*“ (Z. 423). Am Ende entscheidet er selbst, in die Pflege zurückzukehren – ein Übergang von passivem Erleben zum aktiven Gestalten.

Besonders auffällig ist seine Zweckrationalität. Die Formulierung „*Miete und Brot*“ (Z. 703) prägt mehrere Entscheidungen. Das Interview wirkt menschenleer – andere Personen bleiben ohne Gesicht. Er erfährt die größte Kränkung dadurch, dass er nicht gesehen wird.

Handlungsfähigkeit im Beruf: Funktionieren für „*Miete und Brot*“

Bereits sechs/sieben Jahre vor seiner Erkrankung bemerkt Herr Schön, dass Dinge „*schädlich und schwierig*“ (Z. 75) sind, kann aber den Prozess steigender Belastung nicht klar erfassen. Er entwickelt schädliche Bewältigungsmechanismen (Sport-, Arbeitssucht, Essstörung) und verliert in seiner „*hochtoxischen*“ (Z. 487) Beziehung den Bezug zur Realität.

Zwischen 2014 und 2021 erlebt er parallel Arbeitsbelastungen und private Krise. Diesen begegnet er mit Techniken intensiver Selbstkontrolle. Die Strukturierung zwischen Dienstplan und Freizeit hält ihn lange im Gleichgewicht, bis Ablehnung und Isolation sein Arrangement zum Einsturz bringen.

*Wahnvorstellungen und Krisen*

Herr Schön beschreibt zwei Zusammenbrüche mit Wahnvorstellungen. Während Corona bricht sein Privatleben zusammen:

*„Ja, es kam Corona. [...] alle Pfeile haben auf mich gezeigt und plötzlich stand ich da und hatte keine Ablenkung mehr [...] das war so der Moment, wo jeglicher Halt so zusammengebrochen ist, dass ich damit in diesem Scherbenhaufen lag“ (Z. 502-504).*

Die wahnhafte Vorstellung der auf ihn gerichteten Pfeile ist plastisch konserviert, aber als „*nicht bewusst wahrgenommen*“ (Z. 507) beschrieben. Der dynamische Wechsel zwischen sitzen, stehen und liegen zeigt seine innere Unruhe.

Im beruflichen Kontext entwickelt er wahnhafte Vorstellungen, wonach sich andere gegen ihn richten. Sein Zusammenbruch erfolgt am Tag der Abmahnung. Die Parallelität des Zusammenbruchs von Privat- und Berufsleben verstärkt die Symptomatik und führt ihn über die Hausärztin in die Tagesklinik.

#### *Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit im Beruf*

Herr Schön kehrt trotz anfänglicher Unmöglichkeitsvorstellung in seinen Beruf zurück: *„weil ich auch einfach keine Idee hatte, wie es beruflich in irgendeiner Form weitergeht. Ich habe so tief festgesteckt, dass ich mir überhaupt nicht mehr hätte vorstellen können, noch im medizinischen Bereich weiterzumachen“ (Z. 370-371).*

Der erste Versuch auf einer Palliativstation scheitert nach elf Diensten. Auf der psychosomatischen Station erlebt er unterstützende Arbeitsbedingungen und blickt dem Probezeitende positiv entgegen.

Die subtile Rolle von Blaufeuer wird bei seiner Rückkehr in das Arbeitsleben deutlich: Er gewinnt seine Handlungsfähigkeit zurück und wächst über sich hinaus, indem er den Arbeitsversuch auf der Palliativstation selbst abbricht, als er bemerkt, dass dieser Bereich seine ungesunden Muster triggert.

Ein Aspekt der Rückbesinnung ist der Einkommensbedarf: *„dass ich nicht mehr von Krankengeld leben möchte, sondern auch wieder wirksam, selbstwirksam werden möchte und zurück in einen Job möchte, wo ich auch wieder so mein Geld verdiene“ (Z. 437-438).*

Herr Schön gewinnt den Zugang zu sich zurück und kann seine Arbeit wieder schätzen. Erstmals sieht er Arbeit als mehr als „*Miete und Brot*“ – als Setting, wo er sich einbringen kann. Er entwickelt Ziele für seine Zukunft: ein *„stabiles Ich, einen Partner, Job, Gesundheit“ (Z. 668).*

Bei Blaufeuer profitiert er von der Flexibilität, selbst Einfluss nehmen zu können. Er will nicht nur geführt werden, sondern sich einbringen. Blaufeuer hilft ihm, sein privates Leben zu ordnen und zur Stabilität zu gelangen, was ihn wieder in die Lage versetzt, nach vorn zu schauen. Ausschlaggebend war die Begleitung in der Phase seiner Orientierungslosigkeit, um sich neu zu sortieren.

## **Frau Weber - Architektin (E112KC)**

„Also, ich muss das jetzt so für mein Leben hinnehmen, ich brauche einfach beides: Kreativität und Freiheit, aber man kann eben nicht alles haben.“ (Z. 843)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Frau Weber war zum Zeitpunkt des Interviews 62 Jahre alt und arbeitete angestellt als Architektin in einer großen Wohnungsbaufirma der öffentlichen Hand im westlichen Ruhrgebiet. Die Beschäftigung bei ihrem Arbeitgeber wählte sie bewusst aus ihrem Sicherheitsbedürfnis heraus, nachdem sie in ihrem Berufsfeld erlebt hatte, wie unsicher Selbstständigkeit sein kann (Konkurs des Vaters und ihres Mannes). Ihr Mann war über viele Jahre schwer krank und verstarb im März 2022, was sie zur Alleinverdienerin machte.

Ihr beruflicher Weg war durch Verzögerungen und Schwierigkeiten gekennzeichnet – sie spricht von „Tumulten“ (Z. 734) in ihrem Leben. Nach einem längeren Studienweg (Sprachwissenschaften in der Schweiz und Italien, später Architektur) schloss sie das Architekturstudium erst mit 34 Jahren ab. Nach verschiedenen beruflichen Stationen, darunter freiberufliche Tätigkeit und Arbeit im Vertrieb, kam sie vor sechs Jahren zu ihrem jetzigen Arbeitgeber.

Frau Weber beschreibt sich als psychisch instabil, aber körperlich „extrem“ gesund (Z. 147). Sie leidet an Morbus Crohn und erhielt während der Blaufeuer-Begleitung aufgrund von Migräne und Urtikaria einen Grad der Behinderung von 30. Sie fühlt sich in ihrem beruflichen Umfeld nicht ausreichend wertgeschätzt und durch ihren Vorgesetzten gemobbt. Diese Situation verschärfte sich zunehmend („das ist jetzt hier so verhakt, ich habe mich so mit meinem Chef verhakt“, Z. 250), weshalb sie sich von ihrer Hausärztin krankschreiben ließ und eine Reha beantragte.

Vom 25.02. bis 16.03.2021 ging sie zur Behandlung in eine Tagesklinik. Dort erfuhr sie von einer Sozialarbeiterin von Blaufeuer. Nach einer anschließenden vierwöchigen Wiedereingliederung eskalierte der Konflikt mit dem Vorgesetzten erneut, und sie begab sich intensiv in Therapie sowie in die Begleitung von Blaufeuer. Sie nutzte Blaufeuer vor allem für arbeitsrechtliche Fragen, da sie entschlossen war, um ihren Arbeitsplatz zu kämpfen. Sie suchte einmal persönlich die Blaufeuer-Beratungsstelle auf und nahm die folgenden Termine telefonisch wahr.

Im BEM-Verfahren fühlte sie sich vom Arbeitgeber hintergangen („haben die so versucht mich auszutricksen“, Z. 275) und verzichtete darauf. Mit Unterstützung durch Therapie, Anwalt und Blaufeuer kehrte sie am 13.09.2021 nahtlos an den Arbeitsplatz zurück. Der Arbeitgeber hatte während ihrer Arbeitsunfähigkeit ihre Stelle ausgeschrieben, ging aber davon aus, dass sie nicht zurückkommen würde. Frau Weber wollte jedoch ihren Beruf bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter ausüben.

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

Frau Weber kann sich emotional schlecht abgrenzen und ist schnell verletz- und reizbar. Unter Stress reagiert sie emotional und wird auch laut, was im beruflichen Kontext zu Problemen führt. Sie ist ungeduldig und kreativ und fühlt sich ihren Kolleg:innen teilweise überlegen. Gleichzeitig verhält sie sich wie eine unsichere Person mit schwachem Selbstwert, wenn sie empfindlich auf strukturelle Anforderungen reagiert. In eskalierten Konflikten holt sie sich Hilfe und verschafft sich durch Krankschreibung einen Schutzraum.

#### *Erwünschtes Durchsetzungsvermögen trotz Sicherheitsbedürfnis und Krankheit*

Besonders auffällig ist ihr selbst behauptetes Durchhalte- und Durchsetzungsvermögen. Sie kämpft für ihre Interessen und hält an ihren Zielen fest. Seit ihrer Kindheit sieht sie sich mit psychischen Belastungen konfrontiert und nimmt regelmäßig therapeutische Interventionen in Anspruch:

„so habe ich halt also mein Leben lang eigentlich mit vegetativem Nervensystem und solchen Dingen zu tun, also nicht so, würde ich behaupten, bin sehr stark, habe unglaubliche Ausdauer, aber bin emotional und psychisch schon schnell am Limit, was ich mir stark dann erarbeiten muss über andere Werkzeuge oder wie man das nennt“ (Z. 20-24).

Ihr Alltag wird durch die Pflege des schwerkranken Mannes und ihr Sicherheitsbedürfnis bestimmt. Diese Situation führt zur bewussten Entscheidung für eine Stelle im öffentlichen Dienst:

Sie wählt bewusst Sicherheit und verzichtet zugunsten dessen auf berufliche Herausforderung und Erfüllung.

#### *Herausziehen aus dem Beruf und Distanzierung von Belastungen durch Krankschreibung*

Frau Weber erlebt hohe Belastung durch Familie und Beruf, distanziert sich aber vehement davon, auch durch die Erkrankung und den Tod ihres Mannes belastet zu sein. Im Beruf kann sie sich schlecht an vorgegebene Strukturen anpassen und fühlt sich nicht wertgeschätzt. Sie nutzt Arbeitsunfähigkeit als Mittel der Deeskalation, um Abstand zu gewinnen:

Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nutzt sie zielgerichtet für Therapie und zur Suche nach Unterstützung. In der Psychotherapie arbeitet sie daran, ihre emotionalen Ausbrüche in den Griff zu bekommen.

Frau Weber ist krisenerprobt und nimmt als Experte in eigener Sache Unterstützungsmöglichkeiten wahr. Sie ist auf der Suche nach „neuen Impulsen“ (Z. 604) und meldet sich deshalb bei Blaufeuer an. Sie erhofft sich Unterstützung im BEM-Verfahren. Trotz räumlicher Distanz (nur ein persönlicher Termin, weitere telefonisch) empfindet sie die Begleitung als persönlich: „die dann jetzt sozusagen meine Begleitperson war“ (Z. 605). Blaufeuer unterstützt sie beim Antrag auf Schwerbehinderung und beim Ausfüllen von Anträgen.

Zum Zeitpunkt des Interviews ist Frau Weber zurück am Arbeitsplatz und wünscht sich weitere emotionale Stabilisierung, um ihre berufliche Perspektive zu erhalten. Sie befindet sich eher in einer beruflichen als in einer gesundheitlichen Krise und nutzt Blaufeuer zur Bewältigung dieser Krise.

## **Frau Lange -- Dozentin an der Universität (E114KC)**

„das System werde ich wohl nicht ändern, wünsche ich mir eine Arbeit, die sinnstiftend ist, nicht krank macht und auch spannend ist" (Z. 753-754)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Frau Lange war zum Zeitpunkt des Interviews 38 Jahre alt und befristet als Lehrkraft für besondere Aufgaben an einer Universität in Teilzeit beschäftigt. Sie lebte seit 10 Jahren in einer Wohngemeinschaft, die sie als „Wohnlebensgemeinschaft" (Z. 818) bezeichnete. Die aktuelle Beschäftigung (befristet bis Februar 2023) nahm sie direkt nach ihrem Studium auf und unterzeichnete mittlerweile den neunten befristeten Arbeitsvertrag.

Zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung sah sie sich in einer Sackgasse, da sie nach ihrem Studium der Erziehungswissenschaften auf eine wissenschaftliche Laufbahn gesetzt, aber die dafür notwendige Promotion nicht geschafft hatte: „dadurch ist natürlich immer ein unheimlicher Druck entstanden, weil es eigentlich immer so war, dass ich dachte, ich muss ja eigentlich, aber ich habe keine Zeit beziehungsweise ich habe keine Kraft" (Z. 167-168). Ihre Arbeitsbedingungen waren geprägt von Teilzeitbeschäftigung mit Überstunden, fehlender Anerkennung und der Unsicherheit befristeter Verträge:

„Einer halben Stelle, aber immer voll arbeiten. Überstunden, die keine Überstunden sind, keine Anerkennung zu bekommen für das, was man macht, immer befristet sein und bis zuletzt nicht wissen, ob man doch wieder eine Anschlussstelle kriegt. Eigentlich eine Doktorarbeit schreiben wollen und keine Zeit dafür haben" (Z. 605-608).

Frau Lange erkrankte vor zehn Jahren (2012) erstmals an einer rezidivierenden Depression. Sie befand sich fortlaufend in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung und war medikamentös eingestellt. Nach einer stabilen Phase setzte sie 2019 in Absprache mit Arzt und Therapeut ihre Medikamente ab, woraufhin sich ihr Zustand verschlechterte.

Die aktuelle, dritte Phase der Erkrankung begann Ende 2020 und erstreckte sich über das gesamte Jahr 2021. Sie wurde zunächst für drei Monate in einer Tagesklinik versorgt, anschließend viereinhalb Monate stationär psychiatrisch behandelt und trat im Januar 2022 eine siebenwöchige psychosomatische Reha an. Danach war sie weiter arbeitsunfähig und „tatsächlich viel damit beschäftigt, irgendwie einfach mal stabil im Alltag zu sein" (Z. 132-133). An die Reha schloss sich eine Psy-RENA-Nachsorgegruppe an, die ihr vor allem half, ihre Tagesstruktur zu stabilisieren.

Zum Zeitpunkt des Interviews war Frau Lange noch arbeitsunfähig und stand kurz vor der Aussteuerung nach 78 Wochen Krankengeldbezug. Sie war wieder medikamentös eingestellt und im Alltag stabilisiert. Die Behandlungsmaßnahmen standen kurz vor der Beendigung oder wurden reduziert.

Frau Lange erfuhr während ihres Aufenthalts in der Tagesklinik durch eine Sozialarbeiterin von Blaufeuer, fühlte sich jedoch zunächst nicht zur Kontaktaufnahme in der Lage: „dann ging es mir aber psychisch so schlecht, dass das gar kein Thema mehr war ganz lange und in der Reha ist mir das eigentlich wieder eingefallen" (Z. 170-173). Die Kontaktaufnahme erfolgte nach ihrer psychosomatischen Reha. Mit der Fallmanagerin von Blaufeuer arbeitete sie systemisch vor allem zu ihrer beruflichen Situation. Die Termine wurden flexibel vereinbart und sie fühlte sich wohl mit der Begleitung, weil sie sich akzeptiert und nicht bewertet sah.

Ihre berufliche Situation war zum Zeitpunkt des Interviews offen. Sie sah in ihrer aktuellen Stelle keine Perspektive und hatte erkannt, dass die Arbeitssituation zu ihrer Erkrankung beitrug, war aber noch unschlüssig über Alternativen.

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

Bei Frau Lange zeigt sich die Parallelität von drei Prozessen, die 2012 starteten: Die Diagnose einer rezidivierenden Depression nach dem Tod ihrer Großeltern und Liebeskummer, der Antritt ihrer befristeten Universitätsstelle und der Einzug in ihre Wohngemeinschaft. Zum Zeitpunkt des Interviews erlebt sie wieder eine schwere depressive Episode und steht vor einem beruflichen Umbruch.

Ihre primären Persönlichkeitsmerkmale sind das Aushalten und Verharren bei Problemen bis Veränderungen unvermeidbar werden sowie eine ambivalente Haltung zu gesellschaftlichen Konventionen - sie kennt sie und erfährt Druck durch sie, leistet aber gleichzeitig Widerstand dagegen.

#### ***Langes Aushalten von psychischen und beruflichen Problemen***

Frau Lange hält Schwierigkeiten aus und verharrt in Mustern, bis Entscheidungen unumgänglich werden. Sowohl bezüglich ihrer psychischen Gesundheit als auch ihres Berufs erduldet sie mit Kampfgeist ihr Leid:

„Ja also, da war es dann wirklich einfach irgendwann so der Punkt, dass ich über ganz viele Monate irgendwie ausgehalten habe und gedacht habe, es wird irgendwie wieder, aber das Gegenteil war der Fall und dann ging es halt gar nicht mehr, also dann war irgendwann wie so ein totaler Zusammenbruch" (Z. 54-57).

Bei ihrer ersten depressiven Episode 2012 hatte sie Erklärungen für ihre Traurigkeit und erduldet ihren sich verschlechternden Zustand. Auch ihre aktuelle Erkrankungsphase ist zunächst durch Aushalten gekennzeichnet - diesmal mit dem Absetzen der Medikamente als möglicher Erklärung.

Die gleichen Muster zeigen sich in ihrer Berufsbiografie. Obwohl sie unter den Rahmenbedingungen zunehmend leidet, bleibt sie über zehn Jahre an der Universität. Erst im Rahmen der Blaufeuer-Begleitung reift der Entschluss zur Veränderung:

„hat sehr lange gebraucht, bis ich den Entschluss gefasst habe, da wegzugehen. Ich habe mir sehr lange, auch in der Reha, immer noch so ein Törchen offengehalten und gedacht, vielleicht, wenn die mir eine Anschlussstelle anbieten, dann wäre es ja wieder etwas anderes [...] und dann habe ich irgendwann gemerkt, das ist es irgendwie nicht" (Z. 641-643).

#### *Orientierung an und Widerstand gegen gesellschaftliche Konventionen*

Frau Lange kennt gesellschaftliche Erwartungen und erfährt Druck durch sie, leistet aber gleichzeitig Widerstand dagegen. Sie entscheidet sich bewusst gegen das naheliegende Referendariat und wendet sich einer speziellen Thematik am gesellschaftlichen Rand zu, was ihre systemkritische Haltung zeigt. Sie trennt nachdrücklich zwischen Arbeit und Freizeit und distanziert sich von den im wissenschaftlichen Mittelbau üblichen Vermischungsmustern. Diese Trennung besteht sie auch bei Blaufeuer durch: Sie spricht private Themen nicht an, sondern nimmt eine begrenzte Leistung in Anspruch und möchte vor allem Unterstützung bei ihrer beruflichen Situation: „Ja, also in der Therapie bearbeite ich natürlich noch ganz andere Themen, also private Themen, also Beziehung, Familie, ja sowas halt, was ich jetzt/ was bei Blaufeuer ja nichts zu suchen hat" (Z. 333-335).

Ihre Systemkritik wird besonders deutlich in ihrer Distanzierung vom Konzept der Lohnarbeit: „Dass Lohnarbeit generell weniger ein Thema sein müsste, aber das ist ja eine Systemfrage. Das System werde ich wohl nicht ändern. In dem Fall, in dem ich es nicht ändern kann, wünsche ich mir eine Arbeit, die sinnstiftend ist, nicht krank macht und auch spannend ist" (Z. 751-756).

Frau Lange ist mit Blaufeuer in eine Bewerbungsphase eingetreten und kann in einem geschützten Rahmen nach sinnstiftender Arbeit suchen.

Die Fallmanagerin von Blaufeuer begegnet Frau Langes Persönlichkeitsmerkmalen verständnisvoll und unterstützt sie bei einer beruflichen Neuorientierung. Sie kann den Rat, Neues auszuprobieren, aufgrund ihrer aushaltenden Persönlichkeitsstruktur und ihrer Ambivalenzen gegenüber gesellschaftlichen Erwartungen noch nicht vollständig annehmen.

## Herr Bittner – Softwareentwickler (EI10NS)

„ich weiß da nicht, wo das problem ist genau bei den leuten (.) und wie ichs lösen kann ehrlich gesagt“ (Z. 814-815)

### Deskriptive Fallbeschreibung

Herr Bittner ist ein 33-jähriger Softwareentwickler mit zwei Master-Abschlüssen in IT. Er lebt allein, ohne Kinder oder Partnerschaft, und hatte bis vor Kurzem keine engen Freunde. Bis zum Tod seiner Mutter im Jahr 2016, die er zwei Jahre lang pflegte, lebte er mit ihr zusammen.

Im Alter von fünf Jahren wurde bei Herrn Bittner Epilepsie diagnostiziert, die anfänglich nur nachts auftrat. 2012 erlitt er eine psychotische Episode, in deren Folge er in einer psychiatrischen Klinik fixiert aufwachte. Dieses Ereignis führte zu einem jahrelangen Konflikt mit seiner Vermieterin, die den Mietvertrag kündigte. Nach dem Tod seiner Mutter musste Herr Bittner die Wohnung verlassen, was er als Rückschlag empfand, da er am Geburtsort bleiben wollte. Er assoziiert den Stress des Vermieterin-Streits mit einer Verschlechterung seiner Epilepsie und Autounfällen: „dann kamen ja wegen der vermietetin die mich rausgeschmissen hat aufgrund der epilepsie (.) //I: ja// auch noch die autounfälle dazu der eine (.) //I: oh ja// beziehungsweise“ (Z. 8-10).

Nach dem mit Bestnote abgeschlossenen Master-Studium 2013 fand er 2015 eine Stelle als Softwareentwickler. Nach der Wohnungskündigung 2017 erlitt er tagsüber epileptische Anfälle und musste 2018 seinen Führerschein abgeben. Die eingeschränkte Mobilität belastete ihn schwer. Er berichtet von Schwierigkeiten im öffentlichen und Fußgängerverkehr, die er auf eine gestörte Wahrnehmung sozialer Interaktionsregeln zurückführt. Er empfindet die Reaktionen anderer auf seine Epilepsie als hinderlich für soziale Teilhabe und ist verärgert, dass seine Umwelt seine Erwartungen bezüglich der Erkrankung nicht erfüllt.

Nach den Verlusten seiner Mutter (2016), Wohnung (2017) und Führerscheins (2018) sowie zunehmenden Anfällen entwickelte Herr Bittner eine schwere Depression. 2021 wurde er sechs Wochen in einer psychiatrischen Akutklinik behandelt. Trotz des Tiefpunkts war er danach motiviert, seinen Zustand zu verbessern. Er begann eine ambulante Psychotherapie. Sein dritter Psychotherapeut, der "Sachverhalte" (Z. 407) am Whiteboard analysiert und klare Anweisungen gibt, findet bei ihm Akzeptanz. Herr Bittners Berufsleben ist von Brüchen geprägt; er arbeitete für sieben Unternehmen als Softwareentwickler, wobei jede Anstellung konfliktgeladen endete. Er sah sich stets als Opfer ("bauernopfer", Z. 197) und suchte die Gründe für Kündigungen im Verhalten anderer. 2021 kontaktierte er "Blaufeuer" während einer depressiven Episode aufgrund einer beruflichen Konfliktsituation. Er wollte die Ursachen seiner Probleme verstehen und eine Lösung finden, vergleichbar mit der Suche nach einer "nadel im heuhaufen", um das Rätsel zu knacken (Z. 520).

Die vierteljährlichen Treffen mit der Fallmanagerin bei Blaufeuer über neun Monate verliefen anfänglich schwierig, da er für emotionale Unterstützung nicht offen war, sondern eine logische Analyse seiner Probleme suchte. Er war positiv überrascht, als die Fallmanagerin mit ihm an Kommunikationskompetenzen arbeitete, da er Blaufeuer nur für die Analyse beruflicher Sachverhalte erwartete. Dennoch brach er die Beratung vorzeitig ab, da er einen neuen Job fand und keine Begleitung in der Probezeit wünschte. Die Probezeit endete mit einer Kündigung. Zum Zeitpunkt des Interviews war er frustriert über seine Misserfolge und hoffte auf Selbstständigkeit als Ausweg.

### Analytische Aufarbeitung des Falles

Der Fall von Herrn Bittner ist durch drei Aspekte charakterisiert: Erstens ist er neurodivers, was seine Schwierigkeiten bei der Herstellung von Reziprozität und Reflexivität in sozialen Interaktionen erklärt. Er ist eine Art „Blindflieger“ in sozialen Systemen, da ihm die Methoden zur Sichtbarmachung sozialer Normen unbekannt sind, was seine wiederkehrenden beruflichen Konfliktmuster bedingt. Zweitens hat er keine zielführende Vorstellung davon, was er von Blaufeuer erwartet. Er sieht die Ursache seiner Probleme bei anderen und möchte formale Logik auf soziale Interaktionen anwenden, um Kontrolle zu erlangen. Er sucht eine Analyse der Probleme der anderen, nicht seines eigenen Verhaltens: „wo das problem is=genau bei den leuten und wie ich=s lösen kann“ (Z. 814-815). Drittens zeigen sich Schwierigkeiten in der Passung zwischen Beratungsangebot und seinen Erwartungen.

#### *Konflikte wegen Schwierigkeiten beim Entschlüsseln sozialer Interaktionsregeln*

Herr Bittner hat Schwierigkeiten, soziale Interaktionen angemessen zu regeln und vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Dies liegt daran, dass er alle Menschen als „die anderen“ (eine feindbildliche Abstraktion) reduziert, seine Handlungen an formaler Logik orientiert und aufgrund seiner Neurodiversität informelle soziale Regeln nicht entschlüsseln kann. Er versucht stattdessen, sie mit Kategorien formaler Logik zu beherrschen, was ihm jedoch nicht hilft, das Verhalten anderer vorherzusehen. Seine Sicherheit

in formallogischen Systemen überträgt er oft auf soziale Interaktionen, wo ihm die Expertise fehlt, was zu sozial unangepasstem Verhalten und wiederholten Konflikten führt.

Der „Andere“ als Bedrohung: Herrn Bittners Erlebnisse von Kontrollverlust durch Epilepsie und frühe Erfahrungen mit Mobbing in der Schule („großes mobbing und solche sachen“, Z. 573) sowie übergriffigem Verhalten in zwei ersten Jobs („da sin=immer irgendwie die and=ren dann auf mich los auf gut deutsch“, Z. 77) prägten seine Wahrnehmung. Er spricht von „die Anderen“ als verallgemeinernde, abstrakte Kategorie, die eine grundlegende Bedrohung ausdrückt. In sozialen Interaktionen fühlt er sich generell bedroht, und Selbstschutz wird zu seinem primären Anliegen.

Formallogik als Handlungsprinzip: Herr Bittner bevorzugt formallogische Regeln zur Weltdeutung und Handlungsorientierung, was sich in seiner Tendenz zur reduktiven Ursache-Wirkungs-Zuordnung zeigt, z.B. bei der Verknüpfung der Vermieterin-Problematik mit Autounfällen und Epilepsieanfällen (Z.60). Dieses Denken wird durch seine Meisterschaft in Programmiersprachen und IT-Systemen begünstigt. Seine Erfolge in der IT-Ausbildung (IT-Abi mit 14, zwei Magister mit Note 1) stärkten sein Selbstbewusstsein und führten zu einer Übertragung dieser Sicherheit auf soziale Interaktionen, wo er jedoch keine vergleichbare Expertise besitzt.

Soziale Blindheit: Es gibt deutliche Hinweise auf eine Neurodiversität bei Herrn Bittner, da ihm das Verstehen anderer Menschen schwerfällt. Er beschreibt seinen Frust über „Fehlritte“ im Fußgängerverkehr, wo ihm die nonverbalen Signale und Absichten anderer Verkehrsteilnehmer unsichtbar bleiben. Dieses Problem spiegelt sich in seinen beruflichen Konfliktmustern wider, wo er nonverbale Signale von Kollegen nicht interpretieren kann. Er ist nicht in der Lage, Irritationen anderer zu antizipieren, obwohl er sie im Nachhinein wahrnimmt („anscheinend hat das die and=ren geärgert oder wie und irgendwann (,) konnten die alle nich=mehr so wirklich“, Z. 156-157), und betrachtet deren Ärger als unberechtigt.

Selbstbewusstsein und Konfliktmuster: Sein ausgeprägtes Selbstbewusstsein, basierend auf seinem Talent im logischen Denken, überträgt Herr Bittner auf soziale Interaktionen, wo er jedoch „blind fährt“. Gepaart mit seinem Gefühl der Bedrohung durch andere, deren Handlungen er nicht antizipieren kann, wirkt sein Verhalten oft rechthaberisch und streitsuchend. Dies führt zu wiederholten beruflichen und privaten Konflikten, die ihm Schaden zufügen. Insbesondere seine besserwisserische Herabwürdigung der Arbeit dienstälterer Kollegen und seine Geringschätzung der Anweisungen von Vorgesetzten führen zu Irritationen, mangelnder Teamintegration und letztlich zum Verlassen von Arbeitgebern.

#### *Die Suche nach dem Algorithmus zur Lösung seiner sozialen Probleme*

Auf dem Tiefpunkt seiner psychischen und neurologischen Gesundheit und angesichts erneuter beruflicher Probleme sucht Herr Bittner Unterstützung. Für private Belange nimmt er Psychotherapie in Anspruch, für berufliche Probleme erhofft er sich Hilfe von Blaufeuer. Das Kernproblem – mangelnde Vertrautheit mit sozialen Interaktionsregeln – ist jedoch in beiden Bereichen dasselbe.

Er ist sich bewusst, dass etwas in seiner sozialen Welt systematisch falsch läuft, aber er glaubt, die Ursache liege bei anderen. In der Beratung sucht er nach einem Schlüssel, um das Rätsel seiner sozialen Umgebung zu lösen und seine Kontrolle zu erhöhen: „ich weiß da nich=wo das problem is=genau bei den leuten (.) und wie ich=s lösen kann ehrlich gesagt“ (Z. 814-815). Er betrachtet soziale Systeme als logisches Rätsel und strebt danach, den zugrunde liegenden Algorithmus zu finden, um Probleme zu bewältigen.

Diese Sichtweise prägt auch seine Psychotherapie. Eine normale Psychotherapie empfindet er als „blödes gespräch @ um nichts sozusagen“ (Z. 402). Sein aktueller Therapeut hingegen, der Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge am Whiteboard analysiert und klare Anweisungen gibt („sagt dann auch was ich machen soll wirklich konkret“, Z. 409), ist für ihn hilfreich. Der Therapeut fungiert als Analyst, der sein Verhalten reguliert und ihm das Verstehen sozialer Regeln umgeht. Mit ähnlicher Motivation kontaktierte Herr Bittner Blaufeuer.

#### *Passungsschwierigkeiten hindern rasche Fortschritte in der Beratung*

Anfänglich war die Passung zwischen Herrn Bittners Erwartungen und der Beratung nicht optimal. Er erwartete von der Fallmanagerin die Suche nach der „nadel im heuhaufen“ (Z. 502) – eine einzige Ursache für seine Probleme, die er bei anderen verortete. Diese Zielsetzung ist unrealistisch, da seine Probleme multikausal sind und in seiner sozialen Blindheit sowie fehlenden Kommunikationskompetenzen wurzeln. Die Beratungsarbeit hätte sich auf sein eigenes Verhalten konzentrieren sollen, nicht auf die Probleme anderer.

Die Beraterin konnte seine Erwartungen in den ersten Sitzungen nicht korrigieren. Sie konzentrierte sich zunächst auf seinen aktuellen Arbeitskonflikt und versuchte, ihn emotional zu unterstützen. Obwohl er ihr Beziehungsangebot wahrnahm („eben (h) aufbauen=n bisschen bezüglich dem arbeitgeber“, Z. 536-537), war er für emotionale Unterstützung nicht empfänglich und empfand sie als nicht zielführend.

Im Verlauf der Beratung erkannte die Beraterin Herrn Bittners Probleme mit sozialer Interaktion und erweiterte die Gesprächsthemen auf private Bereiche. Überraschenderweise bewertete er dies positiv

als einzigen konkreten Beratungsinhalt: „weil es=ging ja dann auch sogar noch=n bisschen weiter dann das eine mal eben dann auch bisschen in richtung privates //l: mhm// (.) weil ich da ja eben auch immer wieder die probleme hab (,) die mit and=ren“ (Z. 570-573).

Die Beraterin nutzte Herrn Bittners Bewerbungsunterlagen, um seine Kommunikationsschwierigkeiten zu analysieren. Obwohl er seine Unterlagen als „nichts groß zu beanstanden“ (Z. 672) empfand, förderte die Beraterin eine Übung in Reflexivität. Er lernte, dass sein Tonfall angeberisch wirkte und für Bewerbungen nicht zielführend war: „wenn ich echt alles angeben sozusagen im lebenslauf was ich bieten KÖNNTE //l: ja// dann kommen eher die ablehnungen ...und wenn man dann wirklich ALLES hinlegt dann wird man sofort abgelehnt so in die richtung angeber @ irgendwie findet ma=da überhaupt nichts passendes @“ (Z. 8080-813).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Herr Bittner bei der Kontaktaufnahme mit Blaufeuer die Ursachen seiner beruflichen Probleme hauptsächlich bei „den Anderen“ suchte. Die Beraterin hingegen zielte auf emotionale Unterstützung und später auf die Reflexion seines eigenen Verhaltens und die Verbesserung seiner Kommunikationsfähigkeiten ab. Der Schlüssel zur Lösung seiner Probleme liegt entgegen seinen Erwartungen nicht bei anderen, sondern in der Erkenntnis seiner eigenen Kommunikationsdefizite. Die Beraterin bemühte sich, seine unrealistischen Erwartungen zu korrigieren und erzielte einen Teilerfolg, indem sie seine Einsicht förderte, dass sein Verhalten als angeberisch wahrgenommen werden kann. Nach Beginn eines neuen Jobs hätte eine kontinuierliche Begleitung seine wiederkehrenden Konfliktmuster verhindern können. Er brach die Beratung jedoch passiv ab, nachdem er einen Termin aufgrund eines epileptischen Anfalls versäumte und nicht proaktiv einen neuen vereinbarte. Dieser Abbruch, der die Beratung verkürzte, spiegelt sein ursprüngliches Problem mit Reziprozität in sozialen Situationen wider und verhinderte eine weitere Anpassung der Beratungsziele an seine allgemeinen Kommunikationsprobleme im Berufsfeld.

## **Herr Hoch -- Stadtplaner (EI5BB)**

„ich versuch mein leben einfach ständig besser zu machen und hab deswegen diese beratung aufgesucht“ (Z.518)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Herr Hoch ist zum Zeitpunkt des Interviews Anfang 30, wohnt mit seinem besten Freund zusammen und arbeitet in einem Landschaftsarchitekturbüro. Er erhielt im Kindesalter die ADHS-Diagnose und machte mit 14 Jahren eine erste Psychotherapie. Nach problematischen Schulerfahrungen - Wechsel vom Gymnasium zur Realschule, wo Lehrkräfte ihn als „Sonderschüler“ einstuften und unterforderten - half ihm Ritalin, seine Noten zu verbessern und zurück aufs Gymnasium zu wechseln.

Im Stadtplanungsstudium empfand er viel Stress, da er glaubt, sich 20 Prozent mehr anstrengen zu müssen als andere aufgrund seiner ADHS. In seinem aktuellen Job übernimmt er gerne neue Aufgaben, um nicht unterfordert zu sein:

„es is=immer wichtig=ne balance zu halten zwischen (h) unterforderung und überforderung und das hab ich mir quasi selbst erwählt also mit dem gesamten beruf der mich (h) @ fast permanent //: @// erstmal überfordert hat irgendwann aber dann (,) in so=ne gute balance gekommen“ (Z.118-119)

Er schätzt seinen Job wegen der sinnvollen Inhalte (Ökologie, Nachhaltigkeit), der Kreativität und der flachen Hierarchien. Herr Hoch hält sich für sehr gut funktionierend und zu den „oberen zehn Prozent“ seiner Kolleg:innen gehörend, benötigt aber längere Regenerationszeiten als andere.

Vor der Blaufeuer-Beratung macht er vermehrt Überstunden aufgrund seiner hohen Leistungsorientierung und der ständigen Suche nach neuen Herausforderungen. Sein Bedürfnis nach Regeneration wächst, er fühlt sich ausgebrannt. Zusätzlich verstärkt die Corona-Pandemie die Situation. Er reduziert daraufhin seine Arbeitszeit von 40 auf 30 Stunden und baut Überstunden ab:

„also=s waren sehr viele faktoren und dann hab ich aber (,) die reißleine gezogen [...] um halt stressfreieres leben zu haben mehr erholung (.)“ (Z.170)

Er berichtet von permanentem Druck durch Terminarbeit und suboptimaler Aufgabenverteilung. Herr Hoch vergleicht sich viel mit anderen und befindet sich in einer Gratifikationskrise, da seine Überstunden nicht anerkannt werden. Die hohe Arbeitsverdichtung führt zu fehlendem Sport, Gewichtszunahme und tagelangem Erschöpfungsliegen in der Freizeit.

Zu Blaufeuer kommt er über eine Empfehlung seiner ADHS-Selbsthilfgruppenleiterin. Seine Motivation ist geprägt von Offenheit bei wenig akutem Druck - er möchte die letzten 10 Prozent seines Lebens optimieren. Er empfindet seine Situation als zu komplex für einfache Lösungen.

Die geschätzt 4-5 Beratungstermine empfindet er als wenig zielführend. Der Fallmanager habe zu wenig ADHS-Kenntnisse und eine zu wenig dirigistische Haltung. Herr Hoch schätzt, dass die Beratung nicht für „Akademiker“ wie ihn gemacht sei, da der Komplexität seiner Erkrankung nicht ausreichend Rechnung getragen werde. Die erhaltenen Hausaufgaben empfindet er als zu viel zusätzlich zu Vollzeitarbeit, Psychotherapie und Selbsthilfgruppe. Er arbeitet nicht mit, da er nicht von den Vorschlägen überzeugt ist. Als der Fallmanager aufhört, schließt Herr Hoch eine weitere Teilnahme aus.

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

Herr Hoch sucht mit seiner ADHS-Diagnose permanent nach Optimierung, um so leistungsfähig wie andere zu sein. Zentral ist seine Anpassung an die Umgebung - er sieht die Notwendigkeit, sich zu ändern, weniger die Anforderungen an ihn zu hinterfragen. Zu Blaufeuer gelangt er mit dem Wunsch nach stressfreierem Arbeiten, wobei er nicht weniger Arbeit meint, sondern eine Arbeitsweise, die ihm weniger Stress bereitet.

Die Schulerfahrung prägte ihn nachhaltig: Stigmatisierung, Unterforderung und soziale Ausgrenzung führten zu einem Gefühl des Ausgeliefertseins. Seitdem optimiert er sich kontinuierlich, um nie wieder in eine solche Situation zu geraten. Seine hohe Leistungsorientierung und der Wunsch, sich bei vielen Aufgaben einzubringen, führen zu Überstunden und Grenzüberschreitungen.

Erschwerend wirkt, dass er keine externen Faktoren wie Familie anführen kann, um früher zu gehen. Konflikte entstehen, wenn er Mehrarbeit ablehnt, da dies Kolleg:innen belasten würde. Eine echte Krankheitseinsicht weist er nicht auf - auch der geplante Klinikbesuch dient der Selbstoptimierung. Blaufeuer nutzt er ohne großen Druck oder hohe Erwartungen.

### **Gesundheit: permanente Auseinandersetzung mit Leistungsvermögen anderer Menschen**

Herr Hoch vergleicht sich ständig mit Kolleg:innen und hat verinnerlicht, 20 Prozent mehr leisten zu müssen, gleichzeitig aber 20 Prozent mehr Regenerationszeit zu benötigen. Seine Schulerfahrung führte zur Maxime, Unterforderung zu meiden und permanent neue Herausforderungen zu suchen. Obwohl er eine Balance gefunden zu haben glaubt, pendelt er weiterhin zwischen Unter- und Überforderung, ohne sein inneres Leistungsstreben ausreichend zu adressieren.

### *Arbeit als Verwirklichungsbereich und Ressource*

In der Arbeit findet Herr Hoch sowohl Herausforderung als auch ideelle Verwirklichung. Die flachen Hierarchien vermeiden soziale Konflikte, die er aufgrund seiner Schulerfahrung unbedingt meiden will. Sein Leben fokussiert stark auf die Arbeit - die hohen Überstundenzahlen erschweren ein Leben jenseits der Arbeit, was er nicht problematisiert. Er sieht keinen Bedarf für grundlegende Veränderungen, hätte nur gerne weniger empfundenen Stress.

### *Ambivalenz zwischen Offenheit und hohen (diffusen) Ansprüchen an Blaufeuer*

Herr Hoch empfindet seine Situation als höchst komplex und traut dem Fallmanager nicht zu, noch etwas zu verbessern, da er selbst schon so viel getan habe. Er schätzt seine Situation als sehr gut ein und lässt die Belastung durch Erschöpfung kaum adressiert. Obwohl offen für die Beratung, wertet er diese ab - als „Akademiker“ sei er nicht passend für das Angebot. Er benötigt „das Beste“, um die Kontrolle über seine Erkrankung nicht zu verlieren.

Die Zusammenarbeit führt zu keiner Resonanz, da sein grundlegendes Problem der permanenten Selbstoptimierung nicht adressiert wird. Die Fallmanagerin schlägt Stellschrauben vor, die aus Herrn Hochs Sicht zu Qualitätsminderung führen könnten, und trägt mit Hausaufgaben zu seiner Mehrarbeit bei. Es kommt nicht dazu, dass er anerkennt, dass permanente Optimierung durch Mehrarbeit sein Erschöpfungsproblem nicht lösen wird.

## **Herr Sprenger -- Kulturmanager (EIKurz1KJ)**

„und dann bin ich auch auch bei ihnen und auch überall sonst voll durchs (,) raster gefallen ne“ (Z165)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Herr Sprenger ist zum Zeitpunkt des Interviews 48 Jahre, liiert und erwartet ein Kind. Er arbeitet freiberuflich als Kulturmanager, absolviert eine Weiterbildung als Genesungsberater und hat eine diagnostizierte ADHS-Symptomatik. Er beendete Blaubeuer nach drei Beratungssitzungen aufgrund seines Umzugs außerhalb des Einzugsgebietes und weil die Beratung ihn nicht ausreichend unterstützen konnte.

Herr Sprenger besitzt ein grundlegendes Gefühl, nicht in die Welt zu passen:

„wie kann man resilient bleiben in einer welt in der man einfach nicht einverstanden is=wenn ich weiß (.) dass stimmigkeit zu meinen werten zu gesundheit führt (2) und ich kann meine werte aber gar nicht leben weil ich in einem system lebe (2) dass ich (.) wenn überhaupt dann nur marginal mitbestimmen kann (.) und wo meine stimme auch nicht so viel zählt“ (Z 20)

### *Krankheitsgeschichte und beruflicher Werdegang*

Elf Jahre vor dem Interview erlitt er ein Burnout nach der Gründung eines Kollektivs im Kulturbereich. Soziale Konflikte, Überarbeitung durch verschiedene Projekte und eine Abschlussarbeit führten zu einer diagnostizierten Depression und Klinikaufenthalt. Die Ärzt:innen gaben ihm verschiedene Diagnosen und starke Psychopharmaka für „psychosenähnliche Wahnvorstellungen“, wodurch er zum „Drehtürpatient“ wurde. Nach dem letzten Klinikaufenthalt entschied er sich, die Medikamente wegzuworfen:

„funktioniert hat das alles nich //l: mhm// (2) (h) und dann (2) habe ich drei monate nach der klinik (.) mülleimer aufgemacht alle neuroleptika reingeworfen (.) (h) (.) n=job als fahrradkurier angefangen und wieder tanztheater gemacht //l: mhm// (,) und so hab ich mich da so rausgestrampelt“ (Z. 74-76)

### *Aktuelle Situation und Firmeninsolvenz*

Herr Sprenger begann viele erfolgreiche Projekte, verfolgte diese jedoch bei Absagen nicht hartnäckig weiter. Vor der Trennung von seiner Lebenspartnerin war er auf deren Hilfe bei Verwaltungsaufgaben angewiesen. Nach der Trennung kam es zusätzlich zu einem Konflikt mit der Buchhalterin, die aufhörte. Er war mit der buchhalterischen Arbeit überfordert, die Corona-Pandemie führte zum Wegfall weiterer Einnahmequellen, und er musste seine Firma circa ein Jahr vor dem Interview insolvent melden. Seine ADHS-Diagnose erhielt er auf Rat der ehemaligen Partnerin:

„dass die businessplanung stimmt und dass die buchhaltung stimmt //l: okay mhm/ so excel (,) exceltabellen klein klein kleingedrucktes lesen in förderanträgen (,) horror (.) [...] ich glaub es is=mir auch einfach nicht klar gewesen dass ich irgendwie so=ne art (2) (h) hochfunktionaler (.) adhsler (.) mit einem hau bin“ (Z.165)

### *Kritik am Versorgungssystem*

Herr Sprenger kritisiert, dass das Versorgungssystem nicht für besonders begabte Personen mit Neurodiversität ausgerichtet sei:

„und dann bin ich auch auch bei ihnen und auch überall sonst voll durchs (,) raster gefallen ne (2) also da gebe ich der fdp recht es fehlt spitzenförderung (.) für neurodiverse (2) [...] aber wenn man jetzt irgendwie vielleicht sogar hochbegabt ist oder zumindest //l: mhm// (.) inselbegabungen hat //l: mhm// die ihresgleichen suchen (2) dann ist man aufgeschmissen“ (Z165-167)

### *Erfahrungen mit Blaubeuer*

Zu Blaubeuer kam er auf der Suche nach Unterstützung, nachdem er schon bei anderen Institutionen nachgefragt hatte. Von Blaubeuer erhoffte er sich als Modellprojekt eine sehr individuelle Beratung, bei der er einen Plan mitentwickeln kann. Er wünschte sich eine Bündelung verschiedener Thematiken, da die separaten Beratungsleistungen verschiedener Anbieter für ihn unübersichtlich waren und kaum Mitbestimmung erlaubten.

Das frühe Ende von Blaubeuer war auch der Tatsache geschuldet, dass er aufgrund seiner ADHS-Symptomatik mehrfach Termine vergessen hatte. Er wünscht sich grundlegend eine Person, die ihn begleitet, unterstützt, die Übersicht behält und dabei seine Handlungsmächtigkeit erhält. Diese Person sollte sich idealerweise selbst mit ADHS und Psychosen auskennen, am besten aus eigener Erfahrung: „also ich würde mir jemanden wünschen der irgendwie charmant nett ist und trotzdem einfach dreimal die woche (2) klingelt und sagt so jetzt (.) du hast dir diese ziele gesetzt (2) ne wenn du das jetzt nicht machst dann kommst=e nich voran (2) [...] es geht nich ums geld sondern es geht wirklich um eine person (2) die mich/ die ([XXXXX]) //l: okay verstehe okay mhm// (4) und das is=halt schlimm dass das nich gibt“ (Z433-436)

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

Herr Sprenger erlebt durchgängig, dass er nicht in bestehende Systeme passt und wenig Resonanz sowie Mitbestimmung erfährt. Seine Begeisterungsfähigkeit für neue Projekte steht im Widerspruch zu seinem mangelnden Durchhaltevermögen. Bei der Kumulation mehrerer Stressoren - wie dem Wegfall der Buchhalterin, der Partnerschaftstrennung und den pandemiebedingten Einnahmeausfällen - verliert er den Überblick und kann Konsequenzen nicht mehr bewältigen.

Seine ADHS-Symptomatik wurde lange verkannt und falsch behandelt, wodurch sich bei ihm das Gefühl verfestigte, dass ihm niemand helfen kann. Obwohl er wiederholt beruflichen Erfolg hat und Projekte akquirieren kann, führt die inadäquate Behandlung zu einem Kreislauf aus Überforderung und beruflichem Scheitern.

Herr Sprenger verfügt über Krankheitseinsicht und sucht aktiv nach Unterstützung. Zu Blaufeuer kam er mit der Erwartung, dass sich ein Modellprojekt individuell auf seinen Fall einlassen würde und er nicht erneut „durch das Raster fällt“. Auch bei Blaufeuer konnte er jedoch die Termine nicht einhalten und verließ schließlich das Einzugsgebiet.

Seine Beratungserfahrung zeigt, dass er eine deutlich intensivere und persönlichere Anbindung benötigt, als Blaufeuer sie bieten kann - eine Art persönliche Assistenz für alltagspraktische und berufliche Situationen. Dabei vertraut er eher Personen, die seine Symptomatik aus eigener Erfahrung kennen.

## Herr Stark -- Projektmanager (EI5BB)

„ich hab auch=n (,) IDEALbild (,) aber eins da oben wo man wahrscheinlich normalerweise gar nich=hinkommt weil irgendwas find ich wahrscheinlich immer was besser geht " (Zeile 535-537)

### Deskriptive Fallbeschreibung

Herr Stark ist zum Zeitpunkt des Interviews fast 46 Jahre alt, lebt allein und hat keine Kinder. Nach Realschule, Berufsausbildung und 12 Jahren Bundeswehr absolvierte er Fachabitur und Studium. Er arbeitete sechs Jahre in einer großen Firma im Projektmanagement, wechselte dann aufgrund von Stellenabbau in eine andere Firma, wo er coronabedingt nicht umfangreich eingearbeitet wurde. Nach einem Jahr Überforderung begann seine Teilnahme bei Blaufeuer, er verließ die Firma nach einem weiteren Jahr und arbeitet seit sechs Wochen wieder in seiner ursprünglichen Firma.

Herr Stark beschreibt sich als sehr gesundheitsbetont. Sport, Bewegung, Ernährung und Gesundheit spielen eine zentrale Rolle in seinem Leben. Familiengeschichtlich ist er durch frühe Todesfälle belastet: Der Vater verstarb Ende Vierzig an Alkoholkrankheit und Schlaganfall, der Bruder Mitte Dreißig plötzlich an einem Hirnaneurysma. Schwester und Mutter haben Diabetes. Herr Stark hatte zwischen 17 und 38 Jahren stressbedingte Migräneattacken mit massiven Sprach- und Sehstörungen. Vor diesem Hintergrund macht er sich immer „Gedanken und Sorgen" (Zeile 5-6) um seine Gesundheit.

Seit der Bundeswehrzeit hat er Knieprobleme, macht aber weiterhin intensiv Sport und hat „immer so den ansporn gehabt (,) ja mehr zu machen (h) als [...] der körper vielleicht (h) verträgt" (Zeile 19-20). Sportpausen führen bei ihm zu mentalen Problemen - er fällt „in ein kleines Loch" (Zeile 33) und vernachlässigt seine gesunde Ernährung. Bei körperlichen Untersuchungen benötigt er sehr gute Werte - Werte am Rande des Referenzbereiches bereiten ihm Sorge.

„ich sag (h) muss halt auf gesunde ernährung achten ich muss mich bewegen ich darf kein stress haben (,) und (,) das setzt einen natürlich trotzdem unter stress immer da da drauf zu achten [...] sich hier und da irgendwas zu verbieten oder (h) ja nich=so so wirklich diese lebensfreude zu haben aber (,) das klappt zu neunzig prozent gut dass ich mir das verbiete" (Zeile 171-175)

Beruflich hat Herr Stark den Anspruch, gut zu sein und fehlerlos zu arbeiten. Er hat Stress, wenn er sich Situationen „nicht so hundertprozentig gewachsen fühlt" (Zeile 191), vergleicht sich stark mit Kollegen und wünscht sich Anerkennung vom Arbeitgeber. Problematisch ist sein starkes Grübeln:

„dann manchmal zu genau dass ich alles zerdenke nicht ins handeln komme (,) und dann irgendwann ja auch die zeit davonläuft und dann halt man denkt oh jetzt hätt=s=de aber schon viel mehr machen können anstatt die ganze zeit zu grübeln wie soll dein ziel aussehen" (Zeile 201-207)

In seiner letzten Firma verschärfte sich die Situation, da er ohne adequate Einarbeitung in einer Position war, „wo ich halt auch (h) im höheren führungskreis schon berichten musste" (Zeile 210-211). Dies führte zu Unwohlsein mit Schlafstörungen, Magen-Darmverstimnungen und „innerer Unzufriedenheit" (Zeile 226). Nach einem Jahr war es „dann halt irgendwann so dass auch aufgrund der bauchschmerzen der halt (h) (,) das gefühl der NICHT (h) herr der lage zu sein (,) das dann irgendwann so war dass ich gesagt hab nee (h) jetzt muss=e irgendwie dir hilfe suchen halt und da kam dann halt blaufeuer mit ins spiel" (Zeile 292-295).

Erst durch Blaufeuer wurde ihm „so'n bisschen mehr mut zugesprochen [...] wenn=s mir tatsächlich nicht gut geht (h) mich ja dann auch wirklich krankschreiben zu lassen" (Zeile 341-347). Ein Assessment in einer psychosomatischen Klinik diagnostizierte eine Anpassungsstörung. Während der Krankschreibung suchte er sich Psychotherapie, beschäftigte sich mit Stressmanagement und machte online den Resilienz-Kurs Ramses und nahm Meditation wieder auf. Später entdeckte er Qigong als besseren Weg zum Stressabbau.

Dem von Blaufeuer gemachten Vorschlag zu einer psychosomatischen Rehabilitation war er zunächst skeptisch gegenüber, nahm sie aber dann doch schnell an:

„aber dachte dann auch (,) ok (,) (h) ich versuch das jetzt mitzunehmen alles was mir guttut (h) wo ich denke das kann helfen (,) will ich jetzt haben und hab dann auch (h) die unterstützung bekommen bei diesen ganzen antragstellungen" (Zeile 412-421)

Die Reha im Allgäu erlebte er nach kurzer Eingewöhnung als „toll" - er genoss die umfassende Versorgung, das abwechslungsreiche Angebot und den offenen Austausch mit anderen Rehabilitanden. Besonders wichtig war die Rückmeldung: „mensch du bist ja=n toller kerl sympathisch gutaussehend und so weiter und so fort" (Zeile 484-485). Er konnte „Gelassenheit und Unbeschwertheit" (Zeile 451) und vor allem wieder „Selbstbewusstsein" (Zeile 478) entwickeln, welches ihm abhandengekommen war, „weil halt (,) meine arbeits/ (,) oder (h) die erfahrung jetzt bei den zwei jahren wo ich nich=so performt hab wie ICH mir das vorgestellt hab (,) das hat mich schon so=n bisschen (h) vom (h) selbstwertgefühl so gedrückt hat" (Zeile 479-482).

Aktuell empfindet er die Herausforderung, die Reha-Anregungen umzusetzen und nicht in alte Muster zu verfallen. Er absolviert eine 18-terminige Psy-RENA, fragt sich aber, ob dies zusammen mit dem Arbeitseinstieg, Sport und Psychotherapie nicht wieder zu viel ist.

## **Analytische Aufbereitung des Falles**

### *Hohe Ansprüche bei der Arbeit und beim Sport*

Herr Starks sehr hohe Ansprüche an sich führen zu Überforderung und Kollisionen zwischen verschiedenen Lebensbereichen. Zeitlebens machte er intensiven Sport, auch über das gesunde Maß hinaus. Sportbedingte Schmerzen therapiert er mit noch mehr Sport, da er überzeugt ist, damit Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhalten zu können.

Die Konzentration auf Sport, Gesundheit und Ernährung führt zu einem sehr strukturierten Tagesablauf und sozialer Isolation - er trifft sich kaum noch mit Freunden. Er lebt in einem engen zeitlichen Korsett mit wenig freier Zeit, wünscht sich gleichzeitig aber weniger Stress und mehr Gelassenheit.

Beruflich ist er von hohem Leistungsanspruch geprägt. Die unzureichende Einarbeitung in der neuen Firma führte dazu, dass er nicht die von ihm erwartete Leistung brachte. Der Druck verstärkte sich, da er selbst bei schlechtem Befinden zur Arbeit ging: „also im (,) Berufsleben (,) da wär=s tatsächlich Situationen (,) in denen ich halt (h) glaube mich da manchmal nich=so so hundert Prozent gewachsen fühle (,) ich hab halt den Anspruch (h) (,) GUT zu sein (,) keine Fehler zu machen“ (Zeile 190-195).

### *Blaufeuer Intervention*

Im Gegensatz zu seinen Erfahrungen mit Ärzten, wo er sich nicht gehört und als Mensch gesehen fühlte, erlebte Herr Stark die Blaufeuer-Beratung sehr positiv:

„das war natürlich jetzt dann bei blaufeuer (,) ganz anders weil (,) wo=s dann hieß (,) wo fangen wir denn an (h) fangen sie mal halt (,) keine Ahnung bei NULL an //I: mhm// (,) das war dann halt schon (,) hilfreich“ (Zeile 807-811)

Er konnte seine Lebensgeschichte von Anfang an erzählen und seine Emotionen zeigen. Diese Erfahrung war zentral, da er sich Jahre zuvor isoliert und zurückgezogen hatte: „so meine Sachen einfach mal so von der Seele reden (h) konnte und auch festgestellt hab (,) ja ich bin da relativ offen (h) (,) wahrscheinlich weil ich dann die Jahre mich ja so isoliert und zurückgezogen hab“ (Zeile 740-746).

Die positive Beziehungserfahrung führte dazu, dass er die Vorschläge Reha und Psychotherapie gut annehmen konnte. Zum Zeitpunkt des Interviews fasst er zusammen:

„bin ich erstmal glaube auch dankbar in die Situation gekommen zu sein [...] dass mich (h) die letzte Arbeit so=n bisschen gefordert und gezeigt hat das läuft nich=alles glatt im Leben und plötzlich hab ich=n Problem (h) fühl mich nich=gut (,) dafür bin ich dankbar weil dann bin ich auf blaufeuer gestoßen blaufeuer hat mir wiederum Wege gezeigt (h) (,) dass man nich=alleine is (,) dass man unterstützt wird und dass man sich Hilfe suchen und auch annehmen darf“ (Zeile 1074-1086)

### *Grundorientierung der rastlosen Selbstoptimierung*

Herr Starks latente Grundorientierung ist von permanenter Selbstoptimierung und Perfektionismus geprägt. Angesichts unerreichbar hoher Ansprüche und familiengeschichtlich bedingter Angst vor Krankheit und Tod erscheint diese Leistungsoptimierung weniger heroisch als vielmehr rastlos und getrieben.

Eine latente Selbstwertproblematik wird durch seine Beschreibung des ständigen Vergleichens mit anderen deutlich: „eigentlich auch immer dieses (,) vergleichen mit anderen nach dem Motto oh der is=ja irgendwie hab ich das Gefühl viel besser“ (Zeile 193-195).

Die beschriebene Isolation verstärkte diese Problematik, da ihm Regulation von außen fehlte und er mit seinen Grübeleien allein blieb. Auffällig ist, dass sich seine Leistungsoptimierung durch den gesamten Beratungsprozess zieht - er macht die ganze Palette angebotener Möglichkeiten mit. Zum Zeitpunkt des Interviews absolviert er neben Vollzeit-Erwerbstätigkeit Reha-Nachsorge, Psychotherapie, Sport und Qigong.

Auch wenn er seine hohen Ansprüche nun erkennt und benennen kann, verkleinert er sie nicht, sondern hält an seinen Vorstellungen ständiger Verbesserung fest. Es bleibt offen, ob er die gewünschte Gelassenheit entwickeln kann.

## **Frau Jung - Persönliche Assistentin (E17BB)**

„da war ich ein bisschen erstaunt über mich, dass das [mein Verhalten] eine Wirkung gehabt hat“ (Z.548)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Frau Jung ist eine 46-jährige medizinische Fachangestellte, die als persönliche Assistenz mit Menschen mit Behinderung arbeitet. Sie ist seit 15 Jahren in der aktuellen Firma tätig und seit 7 Jahren bei ihrer Assistenznehmerin. Privat lebt sie in einer Beziehung und verbringt die meiste Zeit bei ihrem Partner, bei dem auch dessen depressiver Sohn wohnt.

Frau Jung leidet unter einem komplexen psychosomatischen Krankheitsbild mit Trigeminusneuralgie und Asthma: „das ist bei mir sehr schwankend, also ich bin Asthmatikerin und habe manchmal Anfälle und das ist natürlich manchmal etwas hinderlich in der Arbeit und hinderlich im normalen Leben“ (Z.7-9). Besonders hervorzuheben ist die Verbindung zwischen psychischer Belastung und körperlichen Symptomen: „wenn Stress besteht, dann wird das alles getriggert“ (Z.21). Sie hat zweimal eine Kurzzeitpsychotherapie in Anspruch genommen und wird von einer psychosomatischen Ärztin betreut. Im Oktober 2024 kommt Frau Jung auf Empfehlung zur Beratungsstelle Blaufeuer. Sie beschreibt multiple Belastungen: „also der Anlass war schon meine Arbeit, die Arbeitssituation, in der ich jetzt momentan stecke. Ich muss aber dazu auch sagen, auch familiäre Sachen, die auch noch mit reinspielen“ (Z.166-168). Diese umfassen den schwierigen Kontakt zum Vater und die Depression des Partnersohns als „Gesamtpaket“ (Z.171), das im Sommer zu einem persönlichen Zusammenbruch führte.

Die berufliche Situation verschlechterte sich während der COVID-19-Pandemie. Aufgrund ihrer Asthmaerkrankung konnte sie nur eine medizinische Maske tragen, was zur Reduktion auf einen Assistenzeinsatz führte. Durch krankheitsbedingte Fehlzeiten reduzierte die Assistenznehmerin ihre Stunden und teilte dies per WhatsApp mit: „da hatte ich echt die Situation damals gehabt, dass die Stunden reduziert werden. [...] Und ich war SEHR aufgewühlt und sehr geschockt darüber“ (Z.540-543).

Nach mehreren erfolglosen Probearbeiten bei anderen Assistenznehmenden arbeitet Frau Jung zum Zeitpunkt des Interviews an zwei festen Tagen pro Woche, fällt jedoch häufig krankheitsbedingt aus. Am Morgen des Interviews erfuhr sie, dass die aktuelle Assistenznehmerin den Einsatz vollständig kündigt.

Im Rahmen der Blaufeuer-Beratung wurde angesprochen, dass der aktuelle Beruf möglicherweise nicht passend sei. Frau Jung beschreibt die Fallmanagerin als offen und empathisch, was schnell zu Vertrauen führte.

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

#### *Wenig Reflektion des eigenen Verhaltens und Responsivität mit anderen*

Frau Jung zeigt eine eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit und reflektiert wenig über die Konsequenzen ihres Verhaltens. Das Interview zeichnet sich durch fehlende Kohärenz biographischer Erfahrungen aus - sie erzählt voneinander getrennte, unreflektierte situative Episoden.

Obwohl faktisch soziale Konflikte auftreten - Assistenznehmer brechen die Arbeit nach wenigen Treffen ab, Mitarbeitergespräche werden nicht mehr vereinbart - ordnet sie diese nicht als Konflikte ein. Dass ihre stressbedingten Ausfälle negative Auswirkungen auf andere haben können, reflektiert sie nicht. Auch in ihrer Beziehung berichtet sie nicht von Austausch oder Responsivität, sondern von einem Nebeneinander.

Wenn Menschen auf ihr Handeln reagieren und sie zum Handeln zwingen, gerät sie in Stress. Nach mehreren fehlgeschlagenen Terminen drohen finanzielle Einbußen, was ihre somatischen Beschwerden verstärkt. Auch privat handelt sie selten nach ihrer Wut - wenn der depressive Sohn das Sofa belegt: „ne und das ist für uns beide richtig (,) anstrengend (.) da könnt ich ihn manchmal nehmen und schütteln“ (Z.435-436). Nur in Ausnahmefällen zeigt sie intentionales Verhalten und ist dann selbst überrascht: „da war ich ein bisschen erstaunt über mich @ ja da war ich etwas über mich erstaunt und auch über seine reaktion“ (Z.450-453).

#### *Streben nach Veränderungsvermeidung und fehlende Identität*

Frau Jung zeigt ein Muster der Veränderungsvermeidung. Sie verändert herausfordernde Umstände erst, wenn es nicht mehr weitergeht. Obwohl sie ständig in der Wohnung ihres Partners ist und dort keinen Platz für sich hat, nimmt sie keine Veränderungen vor. Sie kommt "zufällig" zu Dingen wie dem aktuellen Beruf, wo sie "reingerutscht" ist (Z.119-120).

Sie berichtet nie von eigenen Bedürfnissen oder fordert diese ein. Außer dem Bestreben, nichts ändern zu wollen, zeigen sich keine weiteren Orientierungen nach sozialer Anerkennung oder Leistung. Es bleibt unklar, was ihr der Beruf bedeutet außer minimaler finanzieller Absicherung. Sie erwägt einen

Berufswechsel ohne konkrete Vorstellungen: „ganz andere tätigkeit vielleicht machen (.) mache aber da überhaupt keine idee habe was" (Z.255-258).

#### *Blaufeuer erlaubt unbedarftes Erzählen*

Die Blaufeuer-Beratung zeichnet sich für Frau Jung vor allem durch Niedrigschwelligkeit aus. Die Begegnung ist formalisiert und gleichzeitig freundlich - weniger durch konkretes Expertenwissen oder Strukturierung geprägt: „ich klingel ganz normal (h) sie macht mir die tür auf wir sagen hallo (,) dann gehen wir nach hinten in den raum (,) dann fragt sie mich ob ich was trinken möchte" (Z.474-476).

Für Frau Jung war es einmal besonders angenehm, dass sie einmal ihren Lebensgefährten spontan zu ihrem Blaufeuerberatungstermin mitbringen konnte: „ja weil ich in dem moment einfach auch das empfinden hatte dass mein freund auch mal rebedarf hat" (Z.417-418). In dieser spontanen Sitzung ging es dann überwiegend um den depressiven Sohn ihres Partners.

Dies bedeutet für sie, „dass man eigentlich unbedarft hingehen kann". Ihre fehlende Mentalisierungsfähigkeit wird nicht herausgefordert. Ihre Erzählungen stoßen auf keine Irritation, sondern treffen auf bedingungslose Zugewandtheit. Bisher zeigt sich bis auf das Zuhören keine Konsequenz aus der Beratung: Aufgaben zur Selbstreflexion überfordern sie, die Aufforderung zu mehr Zeit allein setzt sie nicht um. Die erlebte Responsivität versteht sie nicht als Arbeit der Fallmanagerin, sondern als „glück nen nenner zu finden" (Z.223-224).

## Herr Schäfer -- Werkzeugmechaniker im Schichtdienst (EI5KC)

„für mich ist der Betrieb gegessen" (Z. 497-498)

### Deskriptive Fallbeschreibung

Herr Schäfer ist ein 51-jähriger Werkzeugmechaniker für Zerspanung, der bis zu seiner Erkrankung im Schichtdienst mit zunehmendem Leistungsdruck und vielen Überstunden arbeitete. Die arbeitsbedingte Belastung fiel ihm zunächst nicht auf: „hängt man wie in so=m Hamsterrad" (Z. 10). Hinweise auf seine Überforderung kamen von Kollegen und seiner Lebensgefährtin, lange bevor er sie selbst erkannte. Seine Berufsbiografie ist durch eine spät abgeschlossene Ausbildung, viele Wechsel und wiederkehrende Arbeitslosigkeit gekennzeichnet. Beim jetzigen Arbeitgeber ist er seit fünf Jahren beschäftigt.

Den Beginn seiner gesundheitlichen Probleme datiert er auf Mitte 40: „umso älter ich wurde umso größer wurde auch dat problem" (Z. 49). Auf die Frage nach der Rolle von Gesundheit in seinem Leben antwortet er:

„bisher hab=ich damit rumgeschludert wat Alkohol betrifft (,) //l: mhm// oder auch mit der arbeit immer übertrieben (2) //l: mhm// (h) (,) einmal wird viel gefordert natürlich beruflich (,) //l: mhm// mittlerweile ich komme aus=m industriebereich (,) //l: mhm// aber auf der anderen seite macht man das spiel ja auch irgendwo MIT (,) //l: mhm// wat überstunden betrifft wat vielleicht auch (,) den (,) (h) sechsten arbeitstag in der Woche betrifft dann hier mal noch=n samstag und so und irgendwann findet da=ne überforderung statt und dann (,) ja (,) hängt man wie in so=m hamsterrad (,) //l: mhm// man funktioniert" (Z. 3-10)

Er sieht Gesundheit als beeinflussbare Größe, der er sich zuvor nicht widmete, weil Leistung und Anerkennung im Beruf bedeutsamer erschienen. Selbst als Kollegen ihn ansprachen, blieb er in seinen Verhaltensmustern: „irgendwie die arbeitskollegen mit denen ma=gut kann sagen hier meinst du net junge du übertreibst et dir langsam ja (,) ich so nee warum alles gut werd doch gut bezahlt" (Z. 192-195).

Herr Schäfer ist seit zwei Jahren arbeitsunfähig. Seine aktuelle Situation ist durch Depression und Alkoholabhängigkeit geprägt. Er durchlief verschiedene Behandlungsphasen: hausärztliche Versorgung, vierwöchige Tagesklinik, zwölfwöchige medizinische Rehabilitation mit Verlängerung. Mit der Suchttherapie war er sehr zufrieden, seine Schlafstörungen bildeten sich zurück.

Als die Rückkehr zur Arbeit näher rückte, verstärkten sich psychosomatische Symptome und er begann wieder zu trinken. Allein die Fahrt auf der gewohnten Autobahnstrecke zur Arbeit löste Schweißausbrüche und Magenschmerzen aus. Auf Empfehlung seines Hausarztes kehrte er in die Tagesklinik zurück.

Seine soziale Situation ist durch das Zusammenleben mit seiner unterstützenden Lebensgefährtin geprägt. Er hat keine Kinder. Bis zur Erkrankung bestimmte Schichtarbeit seinen Alltag vollständig, Freizeitaktivitäten spielten keine Rolle.

Zum Interviewzeitpunkt ist er gesundheitlich stabilisiert, sieht aber keine Rückkehrperspektive: „und ich NICHT mehr in diesen schichtwahnsinn rein muss (,) //l: mhm// weil dat geht wieder schief (,) //l: mhm// weil dat löst mittlerweile so=nen stress in mir aus" (Z. 172-173). Er strebt berufliche Rehabilitation an und hat einen LTA-Antrag gestellt.

Von Blaufeuer erfuhr er über eine Radiowerbung. Eine bekannte Person kontaktierte Blaufeuer, er brachte sie hin und nahm dabei einen Flyer mit. Später erkannte er seinen eigenen Bedarf und vereinbarte einen Termin. Er sieht Blaufeuer als weitere Anlaufstelle in seinem Versorgungsnetz, das durch Hausarzt, Psychologin/Psychiaterin, Tagesklinik und Selbsthilfegruppe strukturiert wird.

### Analytische Aufbereitung des Falles

Herr Schäfer steht für die Wechselwirkung zwischen Alkoholabhängigkeit, hoher Anpassungsbereitschaft an berufliche Anforderungen und starker Orientierung an Verlässlichkeit und Leistungsbereitschaft zur Erlangung von Anerkennung. Seine Pflichtbewusstheit, die ihn lange belastbar erscheinen ließ, führte letztlich zur Überlastung. Seine Krise resultiert aus jahrelanger Arbeitsbelastung in Kombination mit Depression, nicht aus einem Einzelereignis.

Blaufeuer half ihm eine berufliche Perspektive zu entwickeln, indem sie ihn bei der LTA-Antragstellung unterstützten und eine verlässliche Anlaufstelle boten. Sie arbeiteten praktisch parallel zum BFW. Herr Schäfer nutzt Blaufeuer als eine von mehreren Anlaufstellen im Versorgungsnetz.

*Zuverlässigkeit als Muster - „ich bin so=n typ ich sehe dat als verpflichtung [...] also wird niemals passieren dat ich=n termin versäumen würde" (Z. 400-402)*

Herr Schäfer wirkt ausgesprochen pflichtbewusst und funktionsorientiert. Er ist bereit sich aufzuopfern, ohne diese Aufopferungsbereitschaft zu hinterfragen. Seine Versorgungsangebote nennt er „Anlaufstellen" - es ist ihm bedeutsam, Ansprechpartner zu haben und andocken zu können.

Hinter seiner Einsatzbereitschaft könnte ein Kompensationsbedürfnis stehen, da sein beruflicher Weg Brüche zeigt: abgebrochene Baulehre, Wehrdienst, vier Jahre ungelernter Gartenbau, Zeitarbeit,

Umschulung zum Mechatroniker, verschiedene befristete Arbeitsverhältnisse mit Arbeitslosigkeitsphasen. Was er arbeitet scheint zweitrangig - Arbeit ist wesentlicher Alltagsbestandteil, dem er sich immer wieder neu stellt.

Seine strukturbezogene Orientierung führt zu ausschließlich positiven Sichtweisen auf Behörden und Versorgungsstrukturen: „*aber ich hab auch positive sachen zu berichten (,) und dat is=bei allen (h) öffentlichen stellen wo ich war*“ (Z. 411-413). Das BFW gibt ihm durch mögliche strukturelle Anbindung Zuversicht - er wird die Anforderungen zu erfüllen versuchen, wie er es biografisch wiederholt zeigte.

*Die Rolle von Gesundheit: „bisher hab=ich damit rumgeschludert wat Alkohol betrifft [...] oder auch mit der arbeit immer übertrieben“ (Z. 3-4)*

Herr Schäfer übernimmt Verantwortung für seine Gesundheit, indem er Probleme offenlegt und Hilfe annimmt. Teilweise schreibt er sich jedoch zu viel Verantwortung zu: seine Alkoholsucht sei „*dann natürlich auch selbst verschuldet dat mit dem alkohol (,) [...] weil ich dat natürlich auch genutzt habe um (,) v=leicht einschlafen zu können*“ (Z. 521-522). Suchthafes Verhalten (Alkohol, Nikotin, Arbeit) ist ein entscheidender Risikofaktor.

Er sieht sich als stabilisiert und weitgehend genesen, nimmt aber noch Medikamente gegen Depression. Seine Einschätzung der eigenen Gesundheit wirkt optimistisch, möglicherweise weil er sich in seinem Unterstützernetz gut aufgehoben fühlt.

#### *Gefühle der Angebundenheit durch Blaufeuer*

Blaufeuer kommt als letztes Puzzleteil zur Gesamtversorgung. Für Herr Schäfer ist Integration und Strukturbezug wichtig - Blaufeuer gibt ihm den Rahmen sich „*angebunden*“ zu fühlen. Er möchte als zuverlässig wahrgenommen werden, was deutlich wird, als er ein Schreiben über Verzögerungen bei seinem LTA-Antrag zeigt, um zu belegen, dass diese nicht auf seine Versäumnisse zurückgehen.

Die Wirksamkeit von Blaufeuer besteht für ihn der leichten Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit, in den erkennbare Strukturen zum „Andocken“ und in der Unterstützung beim LTA-Antrag.

Das Alleinstellungsmerkmal liegt für ihn darin, dass er erwerbsbezogene Themen besprechen und Lösungsvorschläge für zukünftige Berufstätigkeit erarbeiten kann. Blaufeuer ist passfähig, weil er aktiv nach Ansprechpartnern sucht und Hilfe annehmen kann.

Er nimmt die Leistung als individuelle Hilfe wahr: „*ne begleitung (,) //l: mhm// ne hilfstellung (,) //l: mhm// eine ANlaufstelle (.) (h) (,) ich komm mit der <Name Fallmanagerin> gut aus (,) //l: mhm// hab da immer=n offenes ohr*“ (Z. 369-371). Die Vorfreude auf eine mögliche Umschulung gibt ihm Energie:

„*auf der anderen seite mittlerweile bin ich so (.) stabil wieder und auch (2) voller tatendrang dat ich weiß wenn ich (,) die maßnahme bekommen WÜRDE (,) für mich dat (,) nich direkt von null auf hundert wäre in=nem neuen betrieb anfangen sondern erstmal so zwischendinge und dann (,) mit NEUEM selbstbewusstsein NEUER power (,) //l: mhm// in=nem neuen job gehe*“ (Z. 336-341)

Seine Verbesserungsvorschläge für Blaufeuer betreffen die Zugänglichkeit für Kinder und Jugendliche sowie flexiblere Terminanzahl je nach Erfahrung der Personen im Versorgungssystem.

## **Frau Schneider -- Maschinenbautechnikerin (EI6KC)**

„ich würd gern wieder arbeiten (.) aber ich weiß halt/ ich weiß wirklich nicht mehr wo ich hingehöre" (Z. 681-682)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Frau Schneider ist zum Zeitpunkt des Interviews 57 Jahre alt. Sie leidet seit über 30 Jahren unter starken chronischen Schmerzen, die unter anderem in Zusammenhang mit einer Skoliose und Lordose stehen. Diese bringt sie mit einer Verletzung in ihrem ersten Beruf als Bäckerin in Zusammenhang. Rückblickend schätzt sie ein, dass sie für die Ausbildung zur Bäckerin nicht die nötigen körperlichen Voraussetzungen mitgebracht hat. Sie musste in der Folge mehrmals umschulen und arbeitet zum Interviewzeitpunkt im Maschinenbau, was sie aber ebenfalls als sehr belastend für ihren Körper beschreibt.

Ihre Gesundheit hat für sie oberste Priorität:

„das ist meine oberste priorität in meinem leben (.) also eine sehr große (.) das=s für mich das wichtigste (2) weil weil ich halt viel krank bin oder weil ich halt viel schmerzen hab (.) definiert sich eigentlich schon seit (.) (h) dreißig vierzig jahren (,) in mei=m leben da=drüber dass ich gucke dass ich gesund bleibe (.) oder auch schmerzfrei bleibe (,) oder (,) WENIG schmerzen hab (h) ohne schmerzen kenn ich nich (3)" (Z. 3-8)

Insbesondere ein Bandscheibenvorfall vor beinahe 20 Jahren hat dazu geführt, dass sie Ängste vor Schmerzen entwickelt hat:

„ich hab vor achtzehn neunzehn n=harten bandscheibenvorfall gehabt (,) und seitdem weiß ich auch und hab ich auch in den in der reha-klinik bescheinigt bekommen dass ich schmerz (,) ne schmerztherapie brauch dass ich mehr von diesen schmerzen traumatisiert bin und das ist das was ich (,) heute hab ich bin (,) sobald ich schmerzen hab (,) breche ich weg (,) brech ich so weg und es is=egal/ (,) //l: mhm// und dann auch noch diese sechs wochen wo ich/ da hatt ich ja auch enorme schmerzen das hat mir dann nochmal so=n/ (.) (h) n=schlag gege/ ich komm mit meinen schmerzen nicht mehr klar nicht nur wegen der schmerzen als solche sondern mit der angst die damit für mich mittlerweile verbunden ist ja //l: mhm// ich bekomm (,) teilweise wenn ich mich falsch bewege bekomm ich direkt schweißausbrüche weil ich denk nein nich nochmal=n bandscheibenvorfall nein nicht das und hier tut wieder irgendwas weh" (Z. 322-333)

Die berufliche Situation von Frau Schneider ist durch Brüche und Veränderungen gekennzeichnet. Nach der Tätigkeit als Bäckerin folgte eine erste Umschulung zur technischen Zeichnerin im Maschinenbau, später eine zweite Umschulung zur Maschinenbautechnikerin. Seit 2014 ist sie bei ihrem aktuellen Arbeitgeber beschäftigt. Dort fühlt sie sich zunehmend missverstanden und erlebt die Branche als hart. Nach einem Konflikt mit ihrem Vorgesetzten fühlt sie sich gemobbt und hat ambivalente Gefühle bezüglich ihrer bevorstehenden Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Ab Mai 2023 pflegt sie ihre an Demenz erkrankte Mutter, wobei sie bei Bedarf Unterstützung durch ihren Sohn erhält. Für sechs Monate kann sie damit ihrem Anstellungsträger aus dem Weg gehen, muss aber ab Mitte November 2023 in Teilzeit zurückkehren. Ihr Verhältnis zur Mutter ist angespannt: „ich hab=ne schwere kindheit ne [...] ich hab achtzehn jahre therapie hinter mir um das/ (,) die ersten achtzehn jahre meines lebens zu verarbeiten" (Z. 296-298).

Im Umgang mit Ärzten hat sie viele negative Erfahrungen gemacht. Während zu Beginn des Interviews ihre Schmerzproblematik im Vordergrund steht, wird deutlich, dass es vielmehr um die Angststörung geht, die sie aus Angst vor Schmerzen entwickelt hat: „dieses angstproblem was ich hab (.) da hätt ich gern (,) wirklich hilfe und da brauch ich hilfe (,) ne und ich (,) bekomm halt keinen therapieplatz (...) weil das muss ich in=n griff bekommen (,) weil wenn ich wirklich diese angst nicht in=n griff bekomme (,) ich werd da=drüber wirklich (h) suizidal" (Z. 754-760).

### **Analytische Aufbereitung**

Frau Schneider steht für eine komplexe Problem- und Bedarfslage, die im Rahmen medizinischer Versorgung nur unzureichend beantwortet werden kann. Sie ist durch das Aufwachsen in einer dysfunktionalen Familie psychisch belastet und entwickelt durch eine Wirbelsäulendeformation chronische Schmerzen, die immer wieder Angstzustände hervorrufen.

Neben ihren psychischen und körperlichen Beschwerden fällt eine Tendenz zum sozialen Rückzug auf. Sie fühlt sich sowohl im beruflichen Kontext als auch privat schnell unwohl und zieht sich dann zurück. Ursachen für Probleme und Beschwerden verortet sie überwiegend in ihrer Umgebung, was das Erleben ihrer Hilflosigkeit verstärkt. Die Situation ist gekennzeichnet durch das Erleben von Hilflosigkeit und Einsamkeit, aber auch den Wunsch nach Zugehörigkeit und Hilfe.

### **Gesundheitliche Situation: „sobald ich schmerzen hab (,) breche ich weg" (Z. 326)**

Ihr Leben ist durch den Umgang mit Schmerzen, Krankheiten und psychischen Problemen definiert. Aktuell führen ihre Schmerzen manchmal sogar bis zum Wunsch nach Suizid:

„ich werd da=drüber wirklich (h) suizidal ne und (,) ich merk dass kleine schmerzen/ (,) ich werd wach ich hab schmerzen denk direkt (,) komm (3) mach=n/ mach mach einfach=n deckel drauf (,) du hast einfach keine lust mehr auf diese schmerzen mach einfach=n deckel drauf (,) und da muss ich verdammt aufpassen weil dieser gedanke (,) sich wirklich (,) manifestiert in mei=m kopf ne //l: mhm// (,) und ich weiß auch schon (,) wie (2) und ich weiß wenn ich die möglichkeit hab (,) dieses WIE in die hand zu bekommen (,) dann kann das nich mehr lange dauern (,) und da hab ich selber angst vor ne (,) //l: mhm// weil ich möcht eigentlich gar nich sterben" (Z. 759-767).

Bei ihrer Suche nach angemessener Behandlung wird nicht klar, worauf genau sich ihr Therapiewunsch konzentriert. An einigen Stellen scheint sie sicher, dass sie eine Schmerztherapie braucht, allerdings scheint immer wieder auch auf, dass die Angststörung als Folge der Schmerzen das eigentlich dringliche Thema sei. In ihren Hervorbringungen über ihre Probleme scheint sie sich in Gedankenschleifen zu bewegen, die zu ambivalenten Botschaften führen.

Am Tag vor dem Interview war sie bei einem durch Blaufeuer vermittelten Assessment in einer Tagesklinik. Dieser Termin ist unglücklich verlaufen, da die Psychologin einen Schwerpunkt in der psychologischen Symptomatik sah, während Frau Schneider sich bedrängt und nicht gehört fühlte. So scheint es zunächst schwer möglich eine objektiv wie subjektiv gleichermaßen geeignete Versorgungsstrategie zu entwickeln.

#### *Beitrag von Blaufeuer: Puzzle-Teile zusammensetzen, jedoch fehlende Umsetzung*

Frau Schneider erhält den Hinweis auf Blaufeuer von ihrer Krankenkasse und war sofort bereit, diese Hilfe anzunehmen: „also ich selber bin tatsächlich von der Krankenkasse angerufen worden" (Z. 132). Sie hofft, dass Blaufeuer ihr dabei helfen kann, eine Lösung für ihre unübersichtliche Situation zu finden:

„vielleicht ist das wirklich ein ein ort (2) wo mal begriffen wird was mein eigentlicher stand wirklich is sowohl von von der psyche von den schmerzen von den angstzuständen (,) (h) (2) ja dass ich das da (,) zusammen (,) fügen tatsächlich //l: mhm// zusammenfügen kann dass da mal jemand sitzt der sich das alles anhört (,) was mich da eigentlich treibt ausmacht oder sonst was" (Z. 702-707)

In ihren Terminen bei Blaufeuer fühlt sie sich angenommen und gesehen. Dennoch war sie nur vier- bis fünfmal da und sieht zum Zeitpunkt des Interviews zunächst keinen weiteren Beratungsbedarf. Frau Schneider scheint in ihren Wünschen und Bedürfnissen ambivalent und wechselhaft - auch in Bezug auf das, was Blaufeuer für sie leisten soll. Während sie zu Beginn sicher war, dass sie nicht zu ihrem alten Arbeitgeber zurückkehren würde, ist später eindeutig, dass sie in Teilzeit die Beschäftigung wieder aufnimmt.

Es bleibt eher unklar, wobei Blaufeuer bisher konkret unterstützen konnte. Gemeinsam mit ihrer Fallmanagerin will sie einen Antrag auf Feststellung einer Behinderung stellen. Über Unterstützung bei der Lösung ihres betrieblichen Konflikts hat sie bis zum Interview noch nicht nachgedacht.

Dennoch fühlte sie sich durch Blaufeuer angenommen:

„es war immer sehr eine sehr angenehme atmosphäre (,) und eine (3) ja dass ich mich da auch WOHL gefühlt hab (...) dass da auf der gegenseite auch wirklich jemand war der sich das angehört hat und auch (...) viele (,) ideen hatte (,) //l: mhm// um mir zu helfen also dass ich da immer (,) rausgegangen un=gedacht hab okay ne ich hab immer so=n kleinen stapel gehabt wo ich gedacht hab war okay das kannst=e jetzt mal machen //l: mhm// da guckst mal (...) ob dich das weiterbringt oder sonst was (2) //l: mhm// und ich denke auch letztendlich diese treffen waren auch schon mit (,) hilfreich (...) das hat mir schon auch gut getan (,) diese (2) diese treffen (,) //l: mhm// diese gespräche" (Z.715-729).

#### *Grenzen der Unterstützung durch Blaufeuer*

Im Fall von Frau Schneider werden die Grenzen der Unterstützung durch Blaufeuer deutlich. Sie ist vermutlich durch ihre schwere psychische Symptomatik, die sie aber zu verbergen sucht, nicht uneingeschränkt in der Lage mit Beratungs- und Begutachtungssituationen umzugehen. Am deutlichsten eskaliert das durch Blaufeuer angeregte Assessment in der Tagesklinik. Blaufeuer ist möglicherweise nicht so konzipiert und nicht in der Lage solche Probleme und damit einhergehende Versorgungsbedarfe zu erkennen und aufzufangen. Für Frau Schneider kann das weiter in die Isolation und Hilflosigkeit führen.

## **Herr Diwan -- Mitarbeiter eines Medienunternehmens (EI13KC)**

„hatten mir meine ärzte [...] DRINGEND empfohlen SOFORT kündigung ganz schnell weg (,) wo ich dann meinen ärzten erklärt hab geht nich=das is=mein LEBEN" (Z 205-207)

### **Deskriptive Fallbeschreibung**

Herr Diwan war zum Zeitpunkt des Interviews 56 Jahre alt, seit 20 Jahren bei seinem aktuellen Arbeitgeber beschäftigt und seit mehreren Monaten krankgeschrieben. Nach einer durch den väterlichen Beruf bedingten internationalen Kindheit und Jugend machte er sein Abitur in Finnland. Der Berufseinstieg führte ihn zunächst zu einem Finanzdienstleister, dann für ein halbes Jahr als Assistent der Geschäftsführung zu einer Firma, die er als korrupt und kriminell beschreibt:

„korrupte arschlöcher um mich herum (,) dass sie mir mit privatklagen gedroht haben da hab ich das unternehmen dankend verlassen (,) mit so=nem haufen an akten um mich abzusichern falls die mir da irgendwelchen ärger machen" (Z1105-1107).

Bereits damals fühlte er sich bedroht, sah sich aber seinen Kolleg:innen überlegen und zeigte sich konfliktbereit. Ca. 2002 gelangte er zu seinem aktuellen Medienunternehmen.

Herr Diwan sieht sich seit seiner Geburt von existenziellen Gefahren umgeben: „da gefahr gefahr gefahr gefahr gefahr (,) [...] das hat mit meiner geburt angefangen dass da die ärzte meinten ah das wird nix" (Z. 728-732). Seit 2015 befindet er sich in einer sich verschärfenden beruflichen, privaten und gesundheitlichen Krise. Den Höhepunkt bildete der Tod einer Kollegin, die er als „Liebe seines Lebens" bezeichnete und deren Erkrankung er monokausal auf betriebliche Konflikte zurückführt. Zusätzlich berichtete er von zwei Kolleg:innen, die sich suizidiert haben - auch hier sieht er die Ursache in betrieblichen Konflikten.

Seit 2017 ist Herr Diwan wiederholt arbeitsunfähig. Er leidet an Depression, Schlafstörungen und zunehmender Schwerhörigkeit, wofür ihm eine Schwerbehinderung bescheinigt wurde. Er nimmt Schlafmittel und konsumiert Marihuana, lehnt aber Psychopharmaka ab. Aufgrund seiner Familiengeschichte entwickelte er Sorgen vor einer Krebserkrankung.

Sein soziales Umfeld außerhalb der Arbeit ist minimal. Er lebt allein und erwähnt mit Ausnahme der verstorbenen Kollegin und seines Vaters keine nennenswerten sozialen Beziehungen. Seine Ärzte empfahlen ihm wiederholt eine Kündigung: „hatten mir meine ärzte zwotausendsiebzehn auch empfohlen [...] DRINGEND empfohlen SOFORT kündigung ganz schnell weg (,) wo ich dann meinen ärzten erklärt hab geht nich=das is=mein LEBEN" (Z 205-207)

Seinen Zugang zu Blaubeer erhielt er ca. ein Jahr vor dem Interview über eine DRK-Empfehlung. Die Gespräche fanden aufgrund seiner Hörbeeinträchtigung bevorzugt per Videokonferenz statt. Zum Interviewzeitpunkt war er weiterhin arbeitsunfähig und sah keinen Sinn in einer Rückkehr. Sein Ziel war eine Abfindung und der frühestmögliche Renteneintritt mit 62 oder 65 Jahren. Die Begleitung durch Blaubeer bewertete er als extrem zufriedenstellend, konkretisierte dies jedoch nicht.

### **Analytische Aufbereitung des Falles**

Charakteristisch für Herr Diwan sind wiederkehrende Überlegenheitsnarrative in bedrohlich wahrgenommenen Situationen. Er handelt durchgängig im Konfliktmodus und führt einen Kampf gegen übermächtige Gegner. Seine gefährdete Gesundheit und Einsamkeit bringen ihn in eine prekäre Lage - er erscheint wie ein „einsamer Wolf", der seinen Kampf auch im Interesse anderer führt, aber ohne Schutz des Rudels auskommen muss.

Herr Diwan ist in einem Teufelskreis gefangen: Um Kraft zu spüren, muss er einer übergroßen Bedrohung standhalten, aber die dadurch entstehende Angst und der Kraftaufwand zerstören ihn. Er will nicht aus diesem Kreis fliehen, sondern Stärkung erhalten, um die Bedrohung zu bekämpfen und als Sieger hervorzugehen.

#### *Überlegenheitsnarrativ und wahrgenommene Bedrohungen*

Herr Diwan präsentiert sich als weltgewandten, polyglotten Mann, der souverän mit Gefahren umgeht. Seine Bildungsstationen in verschiedenen Ländern und sein Abitur am „besten Gymnasium Europas" (Z1016) erfüllen ihn mit Stolz. Er stellt sich als intellektuell, körperlich und psychisch überlegen dar - seine Mehrsprachigkeit, Weltgewandtheit und Kampfsportterfahrung kontrastiert er mit der „plumpen Dumpfheit" seiner Widersacher.

Die beschriebenen Arbeitskonflikte sind von verbaler und körperlicher Gewalt geprägt, wobei er sich als siegenden Angegriffenen darstellt. Er nutzt eine von Militärausdrücken durchsetzte Sprache und beschreibt wiederkehrende biografische Bedrohungen. Zum Interviewzeitpunkt sieht er sich vom Arbeitgeber massiv in seinen Rechten und seiner Existenz bedroht.

#### *Handeln im Konfliktmodus -- Kampf im Alleingang*

Herr Diwan projiziert seine wahrgenommene Bedrohung auch auf andere Beschäftigte und kämpft daher für eine Sache, die über seine Person hinausreicht. Er sieht sich in der Rolle des Retters und Rächers, im Betrieb als sozialer Stellvertreter und Fürsprecher.

Da seine Bezugspersonen im Betrieb verstorben sind, sieht er sich zum Kampf im Alleingang gedrängt. Er sucht Unterstützung bei einem Anwalt, Blaufeuer, Ärzten, einer Psychotherapeutin und dem Integrationsfachdienst - die Darstellung wirkt, als stelle er eine „Armee“ zusammen. Gleichzeitig nutzt er ein Einzelkämpfernarrativ als einziger Überlebender, der posthum Rache nimmt.

Er will zunächst persönliche Gerechtigkeit einfordern, bevor er Abstand zum Arbeitgeber nehmen kann, dabei nimmt er keine Rücksicht auf seine Gesundheit. Sein Vorgehen wirkt fast autoaggressiv - er gefährdet bewusst seine psychische Gesundheit gegen ärztlichen Rat. Sein zentrales Ziel ist der Zugang zu Rente und Abfindung für finanzielle Absicherung.

#### *Gefährdete Gesundheit*

Herr Diwan nimmt Schlafmittel und Marihuana, lehnt aber Psychopharmaka kategorisch ab. Als sehr stolz auf seine geistigen Fähigkeiten könnte er befürchten, dass medikamentöse Behandlung seine kognitiven Fähigkeiten und damit seine Kampffähigkeit beeinträchtigt. Er hat Angst vor Krebs, kann nicht essen und schlafen, wodurch er stark an Gewicht verlor.

#### *Ein einsames Leben in Superlativen*

Auffällig sind allgegenwärtige Superlative in seiner Darstellung. Er berichtet von einer Ansammlung bedrohlich wirkender Ereignisse, soziale Interaktion wird schnell konflikthaft. Im Interview erscheint die Interaktion schwierig, da er vehement seine Mission verfolgt und auf Nachfragen nur kurz reagiert, um schnell zu seiner Story zurückzukehren.

Er stellt sich und andere nie ambivalent dar - es ist immer der Kampf zwischen „Gut“ und „Böse“ wie in einem Superhelden-Film. Die Superlative scheinen wichtig für seine Selbstdarstellung zu sein, die Wahrheitstreue seiner Erzählungen ordnet er seinem Bedürfnis unter, großartig zu sein.

#### *Die Blaufeuer-Beratung*

Herr Diwan erscheint nicht wirklich beratungsfähig, sondern sucht vielmehr Unterstützung für seine Mission. Bei Blaufeuer hat er das Gefühl, verstanden zu werden und nicht allein zu sein. Das ist wichtig, weil er sich von Kolleg:innen nicht verstanden fühlt und diejenigen verlor, bei denen er Resonanz spürte.

Blaufeuer ist für ihn eine zentrale Unterstützungsinstanz in seiner „Armee“ gegen den als feindlich wahrgenommenen Arbeitgeber. Was die Begleitung konkret bedeutet und wie sie ablief, bleibt offen - er benennt keine spezifischen Aktivitäten oder Effekte. Ihm geht es weniger um eine Änderung seiner Situation mit Blaufeuer-Unterstützung, sondern um die Auseinandersetzung mit dem „Feind“ und seine monetären Ziele: Abfindung und Rente.

# Blaufeu-er-Beratung

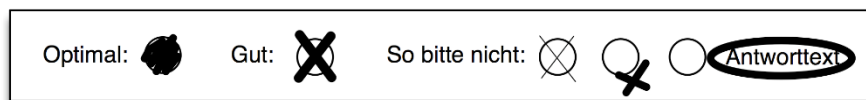
## Feedbackbogen

Sehr geehrte Blaufeu-er-Teilnehmerin, sehr geehrter Blaufeu-er-Teilnehmer,

zusätzlich zu dem Fragebogen zu Ihrem aktuellen Befinden, den Sie aus früheren Befragungen bereits kennen, senden wir Ihnen diesmal noch einen kurzen Feedbackbogen zu. In diesem Feedbackbogen können Sie Ihre Erfahrungen zurückmelden, die Sie bislang mit der Blaufeu-er-Beratung sammeln konnten. Wir bitten Sie, uns mit Ihren Erfahrungen zu unterstützen.

Füllen Sie den Feedbackbogen bitte auch aus, wenn Ihre Teilnahme am Beratungsangebot in der Zwischenzeit geendet hat. Ihre Angaben werden helfen, unsere Beratung zukünftig noch besser auf die Bedürfnisse unserer Klientinnen und Klienten abzustimmen. Alle Angaben werden selbstverständlich anonymisiert und vertraulich behandelt.

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten auf Sie zutrifft. Zum Ausfüllen des Feedbackbogens, der Fragen zum ankreuzen und offene Fragen enthält, werden Sie etwa 15 Minuten benötigen. Benutzen Sie bitte einen dunklen, dicken Stift.



Wenn Sie eine Antwort ändern möchten, markieren Sie bitte die gültige Auswahl mit einem Pfeil.



Bitte stecken Sie den ausgefüllten Feedbackbogen in den **beiliegenden Briefumschlag mit der Aufschrift „Feedbackbogen“** und kleben diesen zu.

**Senden Sie den Umschlag mit dem Feedbackbogen bitte zusammen mit dem Fragebogen zu Ihrem Befinden möglichst innerhalb von zwei Wochen im beiliegenden, bereits frankierten Umschlag an uns zurück.**

Das Blaufeu-er-Team wird den Umschlag mit dem Feedbackbogen verschlossen an das Forscherteam der Universität Würzburg weiterleiten. So ist gewährleistet, dass die **Blaufeu-er-Mitarbeiter:innen keine Kenntnis Ihres Feedbacks** erlangen.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Datum:   .   .  

 Forschungscode:     

### Bewertung der Blaufeuer-Beratung

<b>1. Sind Sie aktuell noch in Blaufeuer-Beratung?</b>			
<input type="radio"/> nein			<input type="radio"/> ja
<b>2. Waren Sie mit der bisherigen Beratung bei Blaufeuer zufrieden?</b>			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> eher nein	<input type="radio"/> eher ja	<input type="radio"/> ja
<b>3. War die bisherige Beratung bei Blaufeuer für Sie hilfreich?</b>			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> eher nein	<input type="radio"/> eher ja	<input type="radio"/> ja
<b>4. Wie zufrieden sind Sie bislang mit dem Beratungsergebnis bei Blaufeuer?</b>			
<input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> eher nicht zufrieden	<input type="radio"/> eher zufrieden	<input type="radio"/> zufrieden
<b>5. Sind Ihre Erwartungen an das Angebot bei Blaufeuer bislang erfüllt worden?</b>			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> eher nein	<input type="radio"/> eher ja	<input type="radio"/> ja
<b>6. Haben Sie von <i>Blaufeuer</i> vermittelte Unterstützungsangebote wahrgenommen?</b>			
Unterstützungsangebote können sein z.B. ambulante Psychotherapie, diagnostische Abklärung bei Arzt/in einer Klinik, Psychosomatische Reha, Kontakt zum Arbeitgeber, betriebliche Wiedereingliederung, Weiterleitung an Beratungsstelle			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
<b>Wenn ja, welche und wie hilfreich waren diese?</b>			
Wahrgenommene Angebote bitte hier eintragen:	Wie hilfreich waren diese Angebote jeweils für Sie?		
	sehr hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
1. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**7. Welche nicht von Blaufeuer vermittelten Unterstützungsangebote haben Sie ergänzend in Anspruch genommen und wie hilfreich waren diese für Sie?**

	sehr hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
1. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8. Wenn Sie nun noch einmal an Ihre Beratungen bei Blaufeuer denken...**

**a) Was fanden Sie besonders nützlich?**

---



---



---



---

**b) Wie könnte man Ihrer Ansicht nach das Angebot bei Blaufeuer verbessern?**

---



---



---



---

**9. Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Beginn der Blaufeuer-Beratung?**

---



---



---



---

**10. Haben Sie die Blaufeuer-Beratung abgebrochen?**

nein                       ja

Wenn ja, warum?

---



---



---



---

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**