

Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt

Ralf Stegmann
Ute B. Schröder

Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt

Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement

Unter Mitarbeit von Peter Loos

Ralf Stegmann

Diplom Sozialwissenschaftler
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin
Berlin
Deutschland

Ute B. Schröder

Diplom Erziehungswissenschaftlerin
e-fect dialog evaluation consulting eG
Berlin
Deutschland

ISBN 978-3-658-17881-9

ISBN 978-3-658-17882-6 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-17882-6>

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

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Von der Prävention bis zur Wiedereingliederung	1
1.1	Das Besondere des Handbuchs und die Zielgruppen	2
1.2	Stay at Work, Return-to-Work und Betriebliches Eingliederungsmanagement nach einer psychischen Erkrankung: Die Aktualität des Themas	3
1.3	Aktuelle Return-to-Work-Forschung zur Wiedereingliederung psychisch erkrankter Mitarbeiter	4
1.4	Ansatz der Studie F 2319	7
1.5	Zentrale Herausforderungen und Erkenntnisse der Studie F 2319	8
	Literatur	10
2	Psychische Gesundheit im Betrieb/Unternehmen	13
2.1	Die aktuelle Situation: Belastungswandel und Herausforderungen für die Gesundheit der Beschäftigten	14
2.1.1	Belastungswandel in der Arbeitswelt	14
2.1.2	Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Arbeitssituation	15
2.2	Fakten zu psychischen Erkrankungen	17
2.3	Vernachlässigung der psychischen Gesundheit im Betrieb	17
2.4	Prävention: Psychosoziale Risiken frühzeitig erkennen und Schutz verstärken	18
2.4.1	Psychosoziale Arbeitsbelastungen erfassen, bewerten und Maßnahmen ableiten	18
2.4.2	Psychische Krisen und Erkrankungen frühzeitig erkennen: Gesundheitscoaching bzw. psychosomatische Sprechstunde im Betrieb	20
2.5	Zentrale Aspekte psychischer Gesundheit im Arbeitsleben: Psychische Gesundheit, Führung, Kohärenz und Resilienz	22
	Literatur	24
3	Verstehen und Erkennen: Das Zusammenspiel von psychischer Gesundheit und Erkrankung	27
3.1	Psychische Gesundheit – ein umfassender Ansatz	28
3.2	Psychische Krisen	30
3.3	Psychische Erkrankungen: Burnout, Depressionen und Angsterkrankungen	33
3.3.1	Burnout	34
3.3.2	Depressionen	35
3.3.3	Angsterkrankungen	37
3.3.4	Behandlung	39
	Literatur	39
4	Return-to-Work (RTW) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	41
4.1	Return-to-Work als multidimensionaler Prozess	43
4.2	Das Betriebliche Eingliederungsmanagement im Return-to-Work-Prozess	45
4.3	Return-to-Work als kontinuierlicher Prozess: Von der Arbeitsunfähigkeit bis zur Rückkehr in den Betrieb	47

4.3.1	Die Versorgungssituation im Falle psychischer Krisen und Erkrankungen	47
4.3.2	Ein idealer RTW-Prozess aus der medizinisch therapeutischen Perspektive	48
4.4	Die Rückkehr in den Betrieb nach einer psychischen Krise bzw. Erkrankung	49
4.4.1	Stigmatisierung als „zweite Erkrankung“ und Folgen einer beschädigten sozialen Identität	50
4.4.2	Die betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der RTW-Experten: Vom problemzentrierten zum lösungs- bzw. ressourcenorientierten Ansatz	51
4.4.3	Betriebliche Wiedereingliederung als systemischer Prozess	52
4.4.4	Der persönliche und frühzeitige Kontakt zu dem erkrankten Mitarbeiter als Ausgangspunkt für eine erfolgreiche Rückkehr in den Betrieb.	52
4.4.5	Der richtige Zeitpunkt der Rückkehr als gemeinsame Entscheidungsfindung	54
4.5	Der RTW-Coach als professioneller Begleiter im Return-to-Work-Prozess: Beratung, Mediation, Koordination und Netzwerken	55
	Literatur	57
5	Handlungsorientierungen im Return-to-Work-Prozess	59
5.1	Die Prozessorientierung	61
5.1.1	Chancen und Grenzen der Prozessorientierung	63
5.2	Die Klienten- bzw. Personenorientierung	63
5.2.1	Chancen und Grenzen der Klienten- bzw. Personenorientierung	65
5.3	Die systemische Orientierung	65
5.3.1	Individuelles Fallmanagement	66
5.3.2	Team- und Organisationsentwicklung	67
5.3.3	Chancen und Grenzen der systemischen Orientierung	68
6	Schlüsselkomponenten der Wiedereingliederung: Kommunikatives Handeln, Akzeptanz, Individualität der Erkrankungen und Vertrauen	71
6.1	Kommunikatives Handeln im RTW-Prozess: Empathische Grundhaltung und Perspektivenübernahme	73
6.1.1	Kommunikation mit den zurückkehrenden Mitarbeitern aus der Perspektive der RTW-Experten.	74
6.1.2	Kommunikation mit den betrieblichen Schlüsselakteuren aus der Perspektive der RTW-Experten.	76
6.2	Akzeptanz – Der individuelle, zwischenmenschliche und betriebliche Umgang mit psychischen Erkrankungen	77
6.2.1	Akzeptanz und Umgang mit der psychischen Erkrankung durch die zurückkehrenden Mitarbeiter.	77
6.2.2	Akzeptanz und Umgang mit psychischen Erkrankungen im Unternehmen.	79
6.3	Die Individualität psychischer Krisen und Erkrankungen anerkennen und verstehen	80
6.3.1	Sich ein „Bild vom Krankheitsbild“ machen als Wegweiser für die Rückkehr in den Betrieb	82
6.4	Vertrauen ist das A und O des Return-to-Work-Prozesses	84
6.4.1	Drei Zentrale Dimensionen des Vertrauens im Return-to-Work-Prozess	84
	Literatur	88
7	Das Vier-Phasen-Modell der Wiedereingliederung	89
7.1	Das Vier-Phasen-Modell im Überblick	91

7.2	PHASE 1: Die Phase der Koorientierung: Ein Dreiklang aus Verständnis, Verstehen und Verständigung	94
7.2.1	Überblick	94
7.2.2	VERSTÄNDNIS durch gegenseitige Anerkennung: Anerkennung der inneren Realität des Mitarbeiters und Anerkennung des RTW-Coachs als Lotse	99
7.2.3	VERSTEHEN der Individualität des Einzelfalls: sich ein Bild von den inneren und äußeren Arbeitsumwelten der anstehenden Wiedereingliederung machen	100
7.2.4	VERSTÄNDIGUNG über die Bedingungen der Rückkehr: Wiedereingliederung, Selbstmanagement und Einbeziehung betrieblicher Schlüsselakteure	102
7.3	PHASE 2: Die Phase der Koordination: Ein ergebnisoffener Such- und Verständigungsprozess	108
7.3.1	Überblick	108
7.3.2	Personenbezogene Gefährdungsbeurteilung, Einschätzung der Leistungs- und Einsatzfähigkeit: Präventive Maßnahmen und zeitweise Anpassung der Arbeitsanforderungen	109
7.4	PHASE 3: Die Phase der Kooperation: Die Rückkehr ins Arbeitsteam: Passung individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelten	115
7.4.1	Überblick	115
7.4.2	Die Rückkehr ins Arbeitsteam: Das Zusammenspiel von Vorgesetzten, Kollegen und zurückkehrendem Mitarbeiter	118
7.4.3	Angst trifft auf Verunsicherung: Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise ist emotionale Schwerstarbeit	120
7.4.4	Die stufenweise Wiedereingliederung (STWE) und ihre therapeutische Orientierung: Ein individueller Veränderungs- und betrieblicher Gestaltungsprozess durch professionelle Unterstützung	121
7.4.5	Wiedereingliederung als eine Passung individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelten: Kooperation, Feedbackgespräche und Coaching	122
7.4.6	Die individuelle, soziale und betriebliche Arbeitsumwelt	123
7.5	PHASE 4: Die Phase der Koorientierung: Selbstmanagement und Selbstfürsorge nach einer erfolgreichen Wiedereingliederung	125
7.5.1	Sicherstellung der Nachhaltigkeit durch soziale Unterstützung und professionelle Begleitung	126
7.5.2	Selbsthilfegruppen als Rückfallprophylaxe: Beispiel einer Burnout-Gruppe und anschließende Selbstorganisation der Gruppen	127
7.5.3	Ein Beispiel: Burnout-Gruppe der Asklepios Klinik Hamburg Harburg und anschließende Selbstorganisation der Gruppen	127
	Literatur	129
8	Erfahrungen aus der Praxis: Perspektiven von zurückkehrenden Mitarbeitern, Führungskräften und RTW-Experten	131
8.1	Perspektiven von zurückkehrenden Mitarbeitern	133
8.1.1	Motivation: gegen Unwissenheit und Vorurteile das eigene Leben leben	133
8.1.2	Bedingungen für den Erfolg: individueller Umgang, Kommunikation, Akzeptanz und Vertrauen	136
8.2	Perspektiven von Führungskräften	139
8.2.1	Psychische Erkrankungen erkennen	140
8.2.2	Unterstützung der erkrankten Mitarbeiter	140
8.2.3	Den einzelnen Mitarbeiter sehen	141

8.2.4	Normalität im Arbeitsalltag	142
8.2.5	Balance zwischen Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung	142
8.2.6	Fazit	143
8.3	Die Perspektiven von RTW-Experten	143
8.3.1	Die Rückkehr an den Arbeitsplatz aus Sicht einer Klinik	143
8.3.2	Erfahrungen im Umgang mit depressiven Episoden in der Arbeitswelt: Arbeit als stabilisierender Faktor	147
8.3.3	Ein Beispiel einer Wiedereingliederung aus der Sicht einer Ärztin	153
8.3.4	Ein Beispiel aus der Sicht einer Psychologin	159
8.3.5	Ein Beispiel aus der Sicht einer Psychologin und Disability Managerin	163
8.3.6	Wiedereingliederung psychisch kranker Beschäftigter in einem metallverarbeitenden Großunternehmen. Ein Erfahrungsbericht aus betriebsärztlicher Sicht	165
	Literatur	168

Die Autoren

Ralf Stegmann

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Diplom Sozialwissenschaftler
Nöldnerstraße 40 – 42
10317 Berlin
e-mail: stegmann.ralf@baua.bund.de

Ute B. Schröder

e-fect dialog evaluation consulting eG
Diplom Erziehungswissenschaftlerin
Kopenhagenerstr. 71
10437 Berlin
e-mail: schroeder@e-fect.de

unter Mitarbeit von

Peter Loos

centrum für qualitative evaluations- und
sozialforschung
Dr. phil., Soziologe M.A.
Nürnberg
e-mail: loos@ces-forschung.de

Eine Gendersensible Sprache ist in dieser Veröffentlichung leider nicht möglich. Dies bedauern die Autoren, hoffen aber dennoch, dass dies aufgrund der besseren Lesbarkeit verstanden wird. Die männlichen Bezeichnungen beziehen sich natürlich auf alle Geschlechter.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1 Positiver Zusammenhang zwischen ICF-strukturierten Faktoren und Return-to-Work (Auszüge aus Fishta et al. 2017) 5

Abb. 2.1 Psychosoziale Risiken bei der Arbeit (DGPPN 2014)..... 16

Abb. 2.2 Gesundheitsarchitektur bei Amadeus Germany (Beck et al. 2014) 20

Abb. 2.3 Betriebsnahe Versorgungsnetze (vgl. Wege und Angerer 2013) 21

Abb. 2.4 Zentrale Führungsaufgaben (DGUV 2014) 23

Abb. 3.1 Ursachen von psychischen Erkrankungen 33

Abb. 4.1 Von der Erkennung bis zur Behandlung und Rückkehr in den Betrieb (Wege und Angerer 2013) 44

Abb. 4.2 Flowchart Teil I: Der RTW-Prozess 48

Abb. 5.1 Handlungsorientierungen der RTW-Experten..... 69

Abb. 7.1 Das Vier-Phasen-Modell der Wiedereingliederung 95

Abb. 7.2 Flowchart Teil II: Der RTW-Prozess..... 96

Abb. 7.3 Koorientierung im RTW-Prozess..... 98

Abb. 7.4 Passung zwischen individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelt..... 102

Abb. 7.5 Passung als soziale InteraktionArbeitsumwelt 116

Verzeichnis der Interviewpartner

Betriebsärzte	BA 1 bis BA 6
Psychiater/Psychologen	PSY1 bis PSY 7
Schwerbehindertenvertreter	SBV 1 bis SBV 3
Führungskräfte	FK
Betroffene	Bm 1 bis 4 (männlich); Bf 1 bis 3 weiblich
Sonstige	S 1 bis S 3

Einleitung: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Von der Prävention bis zur Wiedereingliederung

- 1.1 Das Besondere des Handbuchs und die Zielgruppen – 2
- 1.2 Stay at Work, Return-to-Work und Betriebliches Eingliederungsmanagement nach einer psychischen Erkrankung: Die Aktualität des Themas – 3
- 1.3 Aktuelle Return-to-Work-Forschung zur Wiedereingliederung psychisch erkrankter Mitarbeiter – 4
- 1.4 Ansatz der Studie F 2319 – 7
- 1.5 Zentrale Herausforderungen und Erkenntnisse der Studie F 2319 – 8
- Literatur – 10

Dem VDBW und der BDA ist es ein zentrales Anliegen, das Thema psychische Erkrankungen gezielt und umfassend, d. h. von der Prävention und Früherkennung über die Behandlung bis zur Wiedereingliederung anzugehen und für nachhaltige betriebliche Lösungen zu werben. (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. 2012)

Die gesundheitsrelevanten Problemstellungen liegen nicht mehr an der Mensch-Maschine-Schnittstelle, sondern an der Mensch-Mensch-Schnittstelle: in der Qualität der Menschenführung, der Unternehmenskultur sowie in der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen.

(Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2011)

Zusammenfassung

Das Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt verlangt nach umfassenden Konzepten, die von der Prävention und Früherkennung über die Behandlung bis zur Wiedereingliederung reichen. Stay at Work z. B. durch ganzheitliche Gefährdungsbeurteilungen, arbeitsmedizinische Vorsorge und betriebliche Gesundheitsförderung und Return-to-Work z. B. durch einen transparenten BEM-Prozess, eine frühzeitige Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten, Therapeuten und betrieblichen Schlüsselakteuren sind zwei Seiten einer Medaille, die sich im Laufe eines länger werdenden Arbeitslebens sinnvoll ergänzen müssen.

Schlüsselwörter

Psychische Gesundheit; Stay at Work; Return-to-Work; BEM

1.1 Das Besondere des Handbuchs und die Zielgruppen

Das vorliegende Buch wendet sich in erster Linie an Return-to-Work-Experten (RTW-Experten), die Mitarbeiter nach einer psychischen Krise bzw. Erkrankung – ausgehend von der Kontaktaufnahme bis zum Abschluss der Wiedereingliederung – begleiten, unterstützen und den Prozess mit koordinieren. Es richtet sich überdies an alle betrieblichen Schlüsselakteure wie Betriebsärzte, betriebliche Interessenvertretungen und Arbeitgebervertreter, die entscheidend zum Gelingen einer Wiedereingliederung beitragen. Darüber hinaus möchten wir auch die direkt betroffenen Mitarbeiter und ihre behandelnden Ärzte und Therapeuten ansprechen.

Das Handbuch beschreibt in erster Linie die Herausforderungen und Anforderungen der Rückkehr in den Betrieb nach einer psychischen Krise. Gleichwohl wird im ersten Teil des Buches das Thema psychische Gesundheit umfassend behandelt. Als zentrale Aspekte einer proaktiv achtsamen betrieblichen Gesundheitspolitik werden hier vor allem die Erfassung psychosozialer Belastungsfaktoren im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung, frühzeitige Hilfen für psychisch belastete Beschäftigte, die Selbstfürsorge der Mitarbeiter und die Verantwortung der Führungskräfte für gesunde Arbeitsbedingungen beschrieben (siehe dazu auch ► [Kap. 2](#)). Darüber hinaus erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem was sich unter psychischer Gesundheit verstehen lässt und ein Exkurs über psychische Krisen und häufige Erkrankungen, deren Ursachen, Verläufe und Symptome und wie sie sich im Arbeitsleben bemerkbar machen können (siehe dazu auch ► [Kap. 3](#)). Daran anschließend werden im zweiten Teil des Buches die Besonderheiten eines professionellen RTW-Prozesses nach einer psychischen Krise (siehe dazu auch ► [Kap. 4](#)), zentrale Handlungsorientierungen (siehe dazu auch ► [Kap. 5](#)) und Schlüsselkomponenten des RTW-Prozesses erörtert (siehe dazu auch ► [Kap. 6](#)). Darauf aufbauend wird ein Vier-Phasen-Modell der Wiedereingliederung beschrieben, das eine adressatengerechte Vorbereitung der Rückkehr und

deren professionelle Begleitung und Unterstützung ermöglichen soll (siehe dazu auch ► [Kap. 7](#)). Abschließend kommen die betroffenen Beschäftigten, die direkten Vorgesetzten und ausgewählte RTW-Experten mit ihren Erfahrungen zu Wort und runden so das Thema ab (siehe dazu auch ► [Kap. 8](#)).

Die Basis des Buches bildet das Handlungs- und Erfahrungswissen von RTW-Experten aus der Studie F 2319 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) mit dem Titel: „Kommunikatives Handeln im betrieblichen Eingliederungsmanagement“ (siehe dazu auch „Ansatz der Studie F 2319“ im Folgenden). Es stützt sich dabei überwiegend auf das praktische Wissen der befragten RTW-Experten aus der Begleitung psychisch erkrankter Mitarbeiter im Return-to-Work-Prozess. Im Mittelpunkt stehen hierbei Erfahrungen im Umgang mit Depressionen, Angsterkrankungen und Burnout, die uns die RTW-Experten in Interviews geschildert haben.

Begleitung und Unterstützung im RTW-Prozess braucht qualifizierte Personen. Gleichwohl ist die psychosoziale Begleitung nicht nur eine zu erlernende Technik der Gesprächsführung und der sozialen Kompetenz, sondern braucht Empathie, Offenheit und Wertschätzung im Umgang miteinander. Sie hat das Ziel, die zurückkehrenden Mitarbeiter darin zu unterstützen, möglichst wieder vollständig gesund und leistungsfähig zu werden. Sie setzt dabei auf die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit bzw. das Selbstmanagement der Zurückkehrenden und nutzt dafür die zur Verfügung stehenden bzw. noch zu aktivierenden individuellen, sozialen und organisationalen Ressourcen.

Return-to-Work wird vor diesem Hintergrund umfassend verstanden und ist mehr als ein Betriebliches Eingliederungsmanagement. RTW beginnt genau genommen mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Menschen ist bei der Behandlung immer mitzudenken, wie Dr. Unger, Chefarzt des Zentrums für seelische Gesundheit im Asklepios Klinikum Hamburg Harburg, dies formuliert (siehe dazu auch ► [Kap. 8](#)). Return-to-Work basiert dementsprechend auf einem guten Zusammenspiel des medizinisch-therapeutischen und des betrieblichen Systems. Es lebt sozusagen von dem Dialog zwischen den behandelnden Ärzten, den zurückkehrenden Mitarbeitern und den betrieblichen Schlüsselakteuren sowie einer professionellen Begleitung durch RTW-Experten und der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen. Überdies gehören zu diesem Prozess externe Partner wie z. B. die Deutsche Rentenversicherung und Integrationsfachdienste, die im Verlauf der Rückkehr unterstützen (finanziell und personell).

1.2 Stay at Work, Return-to-Work und Betriebliches Eingliederungsmanagement nach einer psychischen Erkrankung: Die Aktualität des Themas

In Deutschland werden in Folge der demografischen Entwicklung im Jahr 2020 ca. ein Viertel der erwerbsfähigen Personen 55 Jahre oder älter sein. Das durchschnittliche Rentenzugangsalter liegt derzeit bei knapp 62 Jahren; im Falle einer krankheitsbedingten Erwerbsminderung bei ca. 50 Jahren. Bei psychischen Erkrankungen tritt eine Erwerbsminderung im Schnitt mit ca. 49 Jahren ein. Hinzu kommt, dass bei psychischen Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu werden, doppelt bis viermal so hoch ist wie bei gesunden Menschen (Wege und Angerer 2014).

Wenn die Rente mit 67 Jahren ein realistisches Ziel sein soll, müssen Betriebe und das medizinisch-therapeutische System viel stärker als bisher zusammenarbeiten. Das oberste Ziel dieser Zusammenarbeit ist die Vermeidung chronischer Erkrankungen und in diesem Sinne die Reduktion individueller und arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken. Dazu ist es erforderlich, mögliche Beeinträchtigungen durch arbeitsbedingte Belastungen frühzeitig zu erkennen, zu vermeiden bzw. zu minimieren, um längere Fehlzeiten zu vermeiden. Eine ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung, vor allem auch die Erfassung psychosozialer Belastungen und Beanspruchungen, bildet die Basis für die menschengerechte und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit.

Darüber hinaus ist es erforderlich, die individuellen Gesundheitskompetenzen der Beschäftigten in den Betrieben zu stärken. Prävention im Sinne der menschengerechten Gestaltung der Arbeit, Arbeitsmedizinischen Vorsorge und Stärkung der Gesundheitskompetenzen werden aber nicht immer ausreichen, um die Gesundheit der Beschäftigten bis zur Rente zu erhalten. Deshalb geht es auch darum, die Arbeitsfähigkeit von Menschen mit (chronischen) Erkrankungen zu erhalten und langfristig zu sichern, insbesondere durch:

- eine frühzeitige Erkennung von Reha-Bedarfen
- eine professionelle Vorbereitung, Koordination und Begleitung der Wiedereingliederung verbunden mit
- präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, um erneuten Arbeitsunfähigkeitszeiten vorzubeugen.

Gleichzeitig können die Erkenntnisse aus dem kooperativen Suchprozess im Betrieblichen Eingliederungsmanagement (Kohte 2010) wiederum für die Prävention individueller und arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken aller Beschäftigter genutzt werden.

Es gibt „kein ‚entweder oder‘ von Prioritäten oder Interventionen, sondern nur ein ‚sowohl als auch‘, d. h. Stay at Work [Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention wie z. B. Betriebliche Gesundheitsförderung – BGF, arbeitsmedizinische Vorsorge oder Screening-Untersuchungen] und Return-to-Work [Maßnahmen der Tertiärprävention wie z. B. Betriebliches Eingliederungsmanagement, gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX (...)] sind zwei Seiten einer Medaille, die sich im Laufe eines immer länger werdenden Arbeitslebens sinnvoll ergänzen müssen. Zukunftsorientierte Konzepte eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) berücksichtigen diese Aspekte“ (Weber et al. 2014, S. 23 f).

1.3 Aktuelle Return-to-Work-Forschung zur Wiedereingliederung psychisch erkrankter Mitarbeiter

Unabhängig von der Erkrankung sollte im Behandlungsprozess so früh wie möglich die RTW-Perspektive einbezogen werden (Weber et al. 2014). Bisherige internationale Studien und Übersichtsarbeiten legen nahe, dass eine professionelle Unterstützung im RTW-Prozess zu einer frühzeitigen und erfolgreichen Wiedereingliederung beitragen können, insbesondere durch eine intensivierte Zusammenarbeit zwischen Psychiatern, Betriebsärzten und/oder Sozialarbeitern im RTW-Prozess (Gilbody et al 2006; Oostrom 2010; Wege/Angerer 2013). Insgesamt ist allerdings die Studienlage zur RTW-Koordination im Falle einer psychischen Erkrankung unklar, da es bisher zu wenige, qualitativ hochwertige Studien in diesem Feld gibt. Dies zeigt der Review von Vogel et al. 2017, in dem sich lediglich zwei Studien zu psychischen Erkrankungen finden. Der weitaus größere Teil der Studien bezieht sich auf RTW-Koordination nach Muskel-, Skeletterkrankungen. Die zwei Studien zeigen jedoch in Richtung eines potenziellen Benefits (van der Feltz-Cornelis et al. 2010; Volker et al. 2015). Darüber hinaus kommen auch (Andersen et al. 2012) in ihrer qualitativen Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass eine bessere RTW-Koordination wünschenswert ist.

Medizinische Faktoren (wie z. B. Art und Schwere der Erkrankung, Symptomschwere) werden in ihrer Wirkung auf eine nachhaltige Wiedereingliederung möglicherweise überschätzt. Faktoren wie das Selbstmanagement und die Einstellung der Zurückkehrenden, die Krankenvorgeschichte zu der auch die betriebliche Vorgeschichte gehört, die soziale Unterstützung und die Dauer einer Erkrankung scheinen einen größeren Einfluss auf die Rückkehr zu haben, als bisher angenommen (Nieuwenhuijsen et al. 2013; Andersen et al. 2012; Nielsen et al. 2011; auch Unger in ► Kap. 8).

➤ **Je länger eine Erkrankung dauert, desto schwieriger ist die Rückkehr in das Unternehmen, so die einhellige Meinung von befragten RTW-Experten (F 2319).**

Die Relevanz dieser Faktoren im RTW-Prozess wird auch dadurch deutlich, dass die berufliche Leistungsfähigkeit nur zum Teil von der Art und Schwere der Erkrankung abhängig ist: „Die klinisch erfolgreiche Behandlung psychisch Erkrankter wirkt sich nicht unmittelbar auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Rückkehr in den Betrieb aus“ (Wege/Angerer 2014; Nieuwenhuijsen et al. 2008).

Nach Fishta et al. (2017) lassen sich prognostische Faktoren für die Rückkehr zur Arbeit anhand des ICF-Modells (WHO 2001) in (1) krankheitsbezogene Faktoren, (2) Körperfunktionen und -strukturen, (3) Aktivitäten, (4) Teilhabe (5) allgemeine Umweltfaktoren, (6) arbeitsbezogene Umweltfaktoren, (7) individuelle und (8) individuell arbeitsbezogene Faktoren unterteilen (siehe ■ Abb. 1.1). In Bezug auf die Wiedereingliederung erscheinen vor allem die veränderbaren Faktoren von besonderer Relevanz – wie bspw. die RTW-Erwartungen, die professionelle und soziale Unterstützung im Prozess der Rückkehr (Vemer et al. 2013; Nielsen et al. 2011; Ostrom et al. 2010).

In der ■ Abb. 1.1 werden die Faktoren dargestellt, die einen positiven Einfluss auf die Rückkehr zur Arbeit haben können. Zu den Faktoren, die einen negativen oder keinen Einfluss haben können, verweisen wir auf die Originalarbeit von Fishta et al. (2017).

(1) Krankheitsbezogene Faktoren	kein positiver Zusammenhang (negativ)
(2) Körperfunktionen und -strukturen	nicht ausreichende Evidenz
(3) Aktivität	nicht ausreichende Evidenz
(4) Partizipation	kein positiver Zusammenhang (negativ)
(5) Allgemeine Umweltfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zugang zu Leistungen und zum Behandlungssystem ■ Behandlungsmöglichkeiten
(6) Arbeitsbezogene Umweltfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wechselnde Tätigkeiten ■ Kommunikation mit dem Arbeitgeber ■ Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen
(7) Individuelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Subjektives Gesundheitsempfinden ■ Behandlungserwartungen ■ Bewusstseinsbildung
(8) Individuell arbeitsbezogene Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arbeitsmotivation ■ Allgemeine Selbstwirksamkeit ■ RTW-Selbstwirksamkeit ■ RTW-Erwartungen ■ Berufliche Position ■ Arbeitsfähigkeitsindex (WAI) ■ Führungsfunktion

■ **Abb. 1.1** Positiver Zusammenhang zwischen ICF-strukturierten Faktoren und Return-to-Work (Auszüge aus Fishta et al. 2017)

Der Einfluss psychosozialer Arbeitsbedingungen auf die Rückkehr wurde in den letzten Jahren international zwar vielfach untersucht, die Wirksamkeit von arbeitsbezogenen RTW-Interventionen ist aber bisher limitiert. Dies mag u. a. an der Unterschiedlichkeit der Interventionen liegen (Dewa et al. 2015), was wiederum ein Indiz dafür ist, dass das theoretische Verständnis eines erfolversprechenden RTW-Prozesses nicht ausreichend fundiert und verstanden ist. Um diese Lücke zu schließen, sind in Zukunft vor allem auch hochwertige qualitative Studien erforderlich.

Auf der Basis aktueller Übersichtsarbeiten aus den Jahren 2014/15 (Arends et al. 2015; Dewa et al. 2015; Nieuwenhuijsen et al. 2014) haben folgende RTW-Interventionen einen positiven Einfluss auf die Rückkehr:

- eine Kombination aus medizinisch-therapeutischen und arbeitsbezogenen Maßnahmen (z. B. eine Kombination aus Psychotherapie und Coaching vor und während der Wiedereingliederung sowie eine stufenweise Wiedereingliederung unter Einbeziehung der Vorgesetzten und eine flexible Anpassung der Arbeitsanforderungen)
- eine frühzeitige Zusammenarbeit von Psychiatern, Therapeuten, Betriebsärzten und weiteren betrieblichen Schlüsselakteuren vor und während der Rückkehr.

Um die Wirksamkeit der RTW-Interventionen besser einschätzen zu können, sollten zukünftige Studien, die Rahmenbedingungen genauer definieren. Dazu ist es erforderlich, die Interventionen näher zu beschreiben und eine bessere Vergleichbarkeit der Studien zu ermöglichen (Vogel et al. 2017). Darüber hinaus erscheint es wichtig, die RTW-Interventionen in ein betriebsnahes Versorgungsnetzwerk zu integrieren. Außerdem sollte, viel mehr als bisher, untersucht werden, wie das Selbstmanagement der zurückkehrenden Mitarbeiter professionell begleitet und die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen realisiert werden kann.

In Deutschland entwickeln sich in diesem Kontext betriebsnahe Versorgungsnetzwerke „an der Sektorengrenze zwischen medizinischer Regelversorgung und betrieblichem Gesundheitsmanagement“ (Rothermund et al. 2014), die eine professionelle und frühzeitige Behandlung psychischer Beeinträchtigungen, Erkrankungen und wenn erforderlich, eine koordinierte Rückkehr in den Betrieb umfassen. Zukünftig wird es darum gehen, empirisch fundierte Belege für deren Wirksamkeit in entsprechenden Studien zu liefern und einheitliche Qualitätsstandards zu formulieren (Wege et al. 2014).

Andersen et al. (2012) haben in einer qualitativen Übersichtsarbeit aus der Sicht der zurückkehrenden Beschäftigten folgende fünf Schlüsselkomponenten des RTW-Prozesses nach einer psychischen Erkrankung zusammengefasst:

1. **Individueller Umgang mit den Arbeitsanforderungen**(individuelle Arbeitsumwelt): Einstellung zur Arbeit, eigene Ansprüche, Umgang mit Stress und Selbstmanagement (siehe dazu auch ► [Kap. 3](#), [4](#) und [7](#))
2. **Unterstützung der Wiedereingliederung** (soziale, betriebliche Arbeitsumwelt): durch Vorgesetzte und Kollegen insbesondere bei der stufenweisen Wiedereingliederung (siehe dazu auch ► [Kap. 7](#) und [8](#))
3. **Zusammenarbeit im/mit dem Gesundheitssystem**: Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, der Behandler und der betrieblichen Akteure
4. **Bestimmung des richtigen Zeitpunkts der Rückkehr**: unter Einbeziehung der zurückkehrenden Mitarbeiter (siehe dazu auch ► [Kap. 4](#))
5. **Intention und Umsetzung von Rückkehrstrategien**: als Passung zwischen individuellen, sozialen und betrieblichen Bedingungen der Wiedereingliederung (siehe dazu auch ► [Kap. 7](#)).

Die Übersichtsarbeit von Andersen et al. erweitert das theoretische Verständnis erfolgreicher RTW-Interventionen. Sie macht einerseits deutlich, dass der RTW-Prozess als ein ineinandergreifender verstanden werden muss, in dem die Vorgeschichte, das Verhalten und Handeln der Schlüsselakteure und die betrieblichen Rahmenbedingungen sich im Prozess der Rückkehr gegenseitig beeinflussen (ebd.) können. Und sie legt andererseits nahe, dass das Selbstmanagement der Zurückkehrenden nicht nur sozial, sondern auch professionell unterstützt werden sollte.

Die Ergebnisse der qualitativen BAuA-Studie F 2319 ergänzen diese Erkenntnisse, in dem sie deutlich machen, dass vor allem das kommunikative Handeln der begleitenden RTW-Experten und das Vertrauen der zurückkehrenden Mitarbeiter in sich selbst, in die beteiligten Akteure und den Prozess wesentliche Faktoren in einem ineinandergreifenden Prozess darstellen. Darüber hinausgehend zeigen die Ergebnisse, dass für den Umgang mit den individuellen Anforderungen eine professionelle Begleitung bzw. ein Coaching sinnvoll ist, das auf eine Passung zwischen der individuellen, sozialen und betrieblichen Arbeitsumwelt abzielt.

1.4 Ansatz der Studie F 2319

Das Material, dem die Ergebnisse und Empfehlungen dieses Handlungsleitfadens zugrunde liegen, entstammt einem Forschungsprojekt, das von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin initiiert wurde. Inhaltlich ging es um die professionelle Begleitung der Rückkehr zur Arbeit durch RTW-Experten. Hierzu wurden inner- und außerbetriebliche Experten zum Thema betriebliche Wiedereingliederung befragt. Zentraler Gedanke dabei war, dass die RTW-Experten über ein Praxis- und Erfahrungswissen verfügen, dass bisher nicht systematisch für Handlungsempfehlungen zur Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter genutzt wird. In diesem Kontext war es für die Auswertungsphase der Interviews von besonderer Bedeutung zu erfahren, welche Orientierungen das Handeln der Experten leiten.

Hierzu wurden zwanzig erzählgenerierende Interviews mit außer- und innerbetrieblichen RTW-Experten (Betriebsärzten, Schwerbehindertenvertretungen, Psychologen etc.) durchgeführt, in der diese die Gelegenheit bekamen, ohne weitere inhaltliche Vorgaben über ihren Arbeitsalltag zu berichten.

Leitend für die Auswertung waren dabei folgende Fragestellungen:

- Wie interagieren die RTW-Experten vor dem Hintergrund ihrer Profession und im Rahmen unterschiedlicher betrieblicher Settings und Systeme im RTW-Prozess?
- Welche Orientierungen leiten ihr Handeln?
- Welche Kompetenzen nutzen sie dafür?
- Welches Erfahrungs- und Handlungswissen kommt darin zum Ausdruck?
- Wie lassen sich daraus Empfehlungen für eine bessere betriebliche Praxis generieren?

Die Auswertung der Interviews unterschied zwischen dem Fachwissen und dem Anwendungswissen der RTW-Experten. Von zentraler Bedeutung ist hier vor allem das praktische Wissen, das in der konkreten Auseinandersetzung, also im Dialog zwischen den zurückkehrenden Mitarbeitern und den begleitenden Experten, im RTW-Prozess erworben wird. Dieses Wissen wurde mit der dokumentarischen Methode (Bohnsack 2014) erforscht und rekonstruiert.

Dieses Vorgehen folgt der Einsicht, dass in der praktischen Arbeit ein Wissen zur Anwendung kommt, das in der Regel nicht erfasst und kommuniziert wird. Aber genau darum ging es bei der Auswertung der Interviews: Was wissen die Experten, was ihnen während ihrer täglichen Arbeit nicht immer bewusst ist, was sie aber dennoch im Sinne von Best-Practice anwenden und weitergeben.

Zusätzlich zu den Interviews mit den RTW-Experten wurden ergänzend je eine Gruppendiskussion mit betroffenen Mitarbeitern und Vorgesetzten durchgeführt.

1.5 Zentrale Herausforderungen und Erkenntnisse der Studie F 2319

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Studie lassen sich drei Herausforderungen skizzieren:

■ Erstens: Ein offener Umgang mit dem Thema psychische Gesundheit im Betrieb

Stigmatisierung psychisch erkrankter Mitarbeiter wird von den befragten Experten oft als zweite Erkrankung bezeichnet. Häufig ist das Verhältnis zu den betroffenen Mitarbeitern und Kollegen durch Unwissenheit, Unsicherheit und mitunter durch Vorurteile geprägt. Standardvorurteile sind:

- Einmal krank immer krank: psychische Erkrankungen sind nicht behandelbar
- Psychisch krank ist gleich weniger leistungs- und arbeitsfähig
- Psychisch krank ist ein Ausdruck von Schwäche
- Psychische Erkrankungen sind nur ein Vorwand, um „blau zu machen“.

Die sozialen Folgen von Stigmatisierung bzw. der Angst vor Stigmatisierung wiegen ebenso schwer wie die Erkrankung selbst. Sie beeinflussen die Selbstsicherheit, die Zielorientierung und den Umgang mit dem sozialen Umfeld und auch die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Beschäftigten. Stigmatisierung erschwert oder verunmöglicht eine erfolgreiche Wiedereingliederung und geht immer zu Lasten der zurückkehrenden Mitarbeiter und zu Lasten der Teamentwicklung in Abteilungen, Arbeits- und Projektgruppen. Stigmatisierung und Diskriminierung erzeugen Angst und Unsicherheit, provozieren Arbeitskonflikte, hemmen die Arbeitsproduktivität, führen zu schädlichem Präsentismus und verhindern oftmals eine rechtzeitige und adäquate Unterstützung der betroffenen Menschen. Im ungünstigsten Fall tragen sie zur Chronifizierung einer Erkrankung, zum Verlust des Arbeitsplatzes und zur Frühverrentung bei.

Deshalb ist es wichtig, mit dem Thema psychische Gesundheit offen umzugehen. Hilfreich ist hier die Schulung von Vorgesetzten sowie die Aufklärung und Sensibilisierung der Kollegen.

■ Zweitens: Die Einbettung des RTW-Prozesses in ein betriebliches Gesundheitsmanagement

Die psychische Gesundheit der Beschäftigten ist vor allem davon abhängig, wie der gegenwärtige Wandel der Arbeitswelt gestaltet wird. Der Umgang mit psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen sollte in diesem Sinne so selbstverständlich wie bspw. der Umgang mit Lärm und Chemikalien werden. Um dies bewältigen zu können, sind zukünftig Konzepte der Vorsorge, Früherkennung und Wiedereingliederung erforderlich, die sich sinnvoll ergänzen: Ein systemisch orientiertes Gesundheits- und Eingliederungsmanagement erscheint vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Befragung der RTW-Experten zielführend.

■ Drittens: Die Kooperation betrieblicher und überbetrieblicher Akteure im Sinne einer erfolgreichen Wiedereingliederung

Im Mittelpunkt steht hier die Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten, Therapeuten und denen, die die Rückkehr in den Betrieb begleiten und koordinieren (Betriebsärzte, Arbeitspsychologen, Sozialarbeiter, Schwerbehindertenvertretungen etc.). Von besonderer Bedeutung ist ein Wissenstransfer zwischen beiden Seiten, der die Zusammenarbeit im Sinne einer erfolgreichen Wiedereingliederung befördert. Wenn bei den behandelnden Ärzten und Therapeuten

mehr Betriebswissen, insbesondere arbeitsmedizinisches Wissen zukünftig wünschenswert ist, benötigen die betrieblichen Akteure vermehrt ein Wissen über die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen sowie Know-how im Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten. Vor diesem Hintergrund müssen neue Kooperationsformen gefunden, erprobt, optimiert und verstetigt werden. Erste Erfahrungen mit betriebsnahen Versorgungsnetzwerken und die neuen Möglichkeiten des Präventionsgesetzes bieten hierfür gute Anknüpfungspunkte.

Neben diesen Herausforderungen gibt es eine Vielzahl einzelner Erkenntnisse aus dem BAuA-Projekt, die für die praktische Arbeit bei der Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise von besonderer Bedeutung sind, die im Handbuch im Detail ausgeführt werden und hier im Überblick zusammengefasst sind:

- Die Rückkehr in den Betrieb muss frühzeitig und gründlich vorbereitet werden.
- Es gibt nicht den „Standard-Depressiven“ oder den „Standard-Erkrankten“ und deshalb auch kein „Standard-Verfahren“.
- „Angst trifft auf Verunsicherung“ – die Angst der zurückkehrenden Mitarbeiter trifft auf die Verunsicherung der direkten Vorgesetzten und Kollegen. Dies ist die erste Hürde im Verlauf der Rückkehr.
- Vertrauen ist das A und O im RTW-Prozess: Die Basis des Vertrauens bilden Vier-Augen-Gespräche zwischen RTW-Coach und zurückkehrendem Mitarbeiter.
- Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise ist für die Betroffenen „emotionale Schwerarbeit“ und wird mitunter als „Achterbahnfahrt“ erlebt.
- Wiedereingliederung braucht professionelle Begleitung durch einen RTW-Coach und soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen.
- Wiedereingliederung zielt auf eine Passung der individuellen, sozialen und betrieblichen Arbeitsumwelt ab.
- Die stufenweise Wiedereingliederung ist die zentrale Maßnahme nach einer psychischen Krise – insbesondere ihre therapeutische Orientierung.
- Die beste stufenweise Wiedereingliederung nützt auf lange Sicht wenig, wenn gesundheitsgefährdende und krankmachende Arbeitsbedingungen nicht erkannt und minimiert werden.

Return-to-Work ist mehr als ein standardisiertes Verfahren. Es basiert auf einer vertrauensvollen Zusammenarbeit betrieblicher und überbetrieblicher Akteure. Im Mittelpunkt steht dabei die Verständigung mit den zurückkehrenden Mitarbeitern, den Vorgesetzten und den Kollegen. Eine zentrale Rolle übernehmen in diesem Prozess diejenigen, die die zurückkehrenden Mitarbeiter begleiten bzw. unterstützen und den Prozess insgesamt koordinieren. Die Interviews mit den RTW-Experten haben gezeigt bzw. verdeutlicht, dass eine engmaschige Begleitung und psychosoziale Unterstützung der Zurückkehrenden entscheidend ist für gutes Betriebliches Eingliederungsmanagement. Es muss eine Person geben, bei der die Fäden zusammenlaufen, die allparteilich ist, die kritisch konstruktiv begleitet, vermittelt und bei Bedarf schlichtet. Eine Person, die die unterschiedlichen Perspektiven auf den RTW-Prozess im Blick hat und einbezieht. Diese Person muss nicht alles wissen und können. Sie sollte aber in der Lage sein, sowohl das erforderliche Wissen, als auch die erforderliche Unterstützung für einen erfolgreichen RTW-Prozess zu organisieren und zusammenzuführen. Im Folgenden wird diese Person von den Autoren RTW-Coach genannt (siehe dazu auch ► [Kap. 4](#)).

Für jede erfolgreiche Wiedereingliederung ist es letztendlich von entscheidender Bedeutung, ob diese auf den zurückkehrenden Mitarbeiter konzentrierte Begleitung in Kooperation mit den betrieblichen Schlüsselakteuren und ihrem Betrieblichen Eingliederungsmanagement gelingt.

Literatur

- Anderson, M.F., Nielsen, K.M., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environmental & Health*, 38(2), 93–104. http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3257. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Arends, I., Bruinvels, D.J., Rebergen, D.S., Nieuwenhuijsen, K., Madan, I., Neumeyer-Gromen, A., Bültmann, U., & Verbeek, J.H. (2012). Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders (Review). Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler Stiftung. (Hrsg.) (2011). *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bohnsack, R. (2014). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich, UTB.
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (2012). Seelische Erkrankungen als häufige Ursache für Frühverrentungen/Arbeitgeber und Betriebsärzte sehen gemeinsamen Handlungsbedarf. Veranstaltung: „Psychische Gesundheit – Abgestimmtes Handeln im Unternehmen sichert Handlungssicherheit und Erfolg“. Pressemappe. http://www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/05-Presse/02-PDF/Pressemitteilung/2012/Pressemappe_Psychische_Gesundheit_im_Betrieb_Erklärung_von_VDBW_und_BDA_9.2.2012.pdf. Zugriffen: 12. Sept. 2016.
- Cochrane Database Syst Rev. (2012, Dez. 12). 12:CD006389. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006389.pub2>.
- Dewa, C.S., Loong, D., Bonato, S., & Joosen, M.C.W. (2015). The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review. *BMJ Open* 2015. <http://bmjopen.bmj.com/content/5/6/e007122>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Fishta, A., De Vries, H., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. (2017). SA and RTW determinants among employees with CMD – a scoping review. 57. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., 15.-17. März 2017, Hamburg. <http://bmjopen.bmj.com/content/5/6/e007122>.
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A.J. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives Of Internal Medicine*. 2006 Nov 27, 166(21), 2314–2321. <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/411326>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Kohte, W. (2010). Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. WSI-Mitteilungen, 7, 1–4. http://www.neue-wege-im-bem.de/sites/neue-wege-im-bem.de/dateien/download/kohte_bem_suchprozess.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Nielsen, M.B., Madsen, I.E., Bültmann, U., Christensen, U., Diderichsen, F., & Rugulies, R. (2011). Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from longitudinal study. *European Journal Of Public Health*, 21(6), 806–811. <https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckq171>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Nieuwenhuijsen, K., Bültmann, U., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A.C., Verbeek, J.H., & Van Der Feltz-Cornelis, C.M. (2008). Interventions to improve occupational health in depressed people. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 16(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub2>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., Van Dijk, F.J., & Van Der Klink, J.J. (2013). Return to Work perceptions and actual return to work in workers with common mental health disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(2), 290–299. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23124685>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J.H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H.L., Verhoeven, A.C., Van Der Feltz-Cornelis, C.M., & Bültmann, U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people (Review). *Cochrane Database Systematic Reviews*, (12), CD006237 pub.3. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006237.pub3/pdf>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Rothermund, E., Gündel, H., & Wege, N. (2014). Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke bei allgemeinen psychischen Störungen – Überblick und internationale Studienlage. In: P. Angerer, J. Glaser, H. Gündel, P. Henningsen, C. Lahmann, S. Letzel, & D. Nowak (Hrsg.), *Psychische und psychosomatische Gesundheit*. Heidelberg: Ecomed Medizin.
- van der Feltz-Cornelis CM., Hoedeman R., de Jong FJ., Meeuwissen JA., Drewes HW., Van der Laan NC et al. (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 6, 375–85. Electronic Publication 2010.
- Van Oostrom, S.H., Heymans, M.W., De Vet, H.C.W., Van Tulder, M.W., Van Mechelen, W., & Anema, J.R. (2010). Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(9), 603–610. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20798027>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.

- Vemer, P., Bouwmans, C.A., Zijlstra-Vlasveld, M.C., Van Der Feltz-Cornelis, C.M., & Hakkart Van Roijen, L. (2013). Let's get back to work: survival analysis on the return-to-work after depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1637–1645. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3810438/>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbunn, T., Ebrahim, S., De Boer, W.E.L., Buss J.W. & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD011618. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011618.pub2>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M.C., Anema, J.R., Beekman, A.T., Brouwers, E.P., Emons, W.H., van Lomwel, A.G.C., & van der Feltz-Cornelis, C.M. (2015). Effectiveness of a Blended Web-Based Intervention on Return to Work for Sick-Listed Employees With Common Mental Disorders: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e116. <https://doi.org/10.2196/jmir.4097>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Weber, A., Peschkes, L., & de Boer, W.E.L. (Hrsg.) (2014). *Return to Work – Arbeit für alle: Grundlagen der beruflichen Reintegration*. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Wege, N., & Angerer, P. (2013). Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. *Die Psychiatrie*, 2, 71–81.
- Wege, N., & Angerer, P. (2014). Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit und betriebliche Wiedereingliederung. In: P. Angerer, J. Glaser, H. Gündel, P. Henningsen, C. Lahmann, S. Letzel, & D. Nowak (Hrsg.), *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*. Heidelberg: ecomed Medizin.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2001). *International Classification of Functioning*. Geneva: Disability and Health.

Psychische Gesundheit im Betrieb/Unternehmen

- 2.1 Die aktuelle Situation: Belastungswandel und Herausforderungen für die Gesundheit der Beschäftigten – 14**
 - 2.1.1 Belastungswandel in der Arbeitswelt – 14
 - 2.1.2 Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Arbeitssituation – 15
- 2.2 Fakten zu psychischen Erkrankungen – 17**
- 2.3 Vernachlässigung der psychischen Gesundheit im Betrieb – 17**
- 2.4 Prävention: Psychosoziale Risiken frühzeitig erkennen und Schutz verstärken – 18**
 - 2.4.1 Psychosoziale Arbeitsbelastungen erfassen, bewerten und Maßnahmen ableiten – 18
 - 2.4.2 Psychische Krisen und Erkrankungen frühzeitig erkennen: Gesundheitscoaching bzw. psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – 20
- 2.5 Zentrale Aspekte psychischer Gesundheit im Arbeitsleben: Psychische Gesundheit, Führung, Kohärenz und Resilienz – 22**
 - Literatur – 24**

Zusammenfassung

Die Arbeitswelt von heute hat sich verändert und mit ihr auch die Belastungen. Sie verlangt von den Beschäftigten ein hohes Maß an Flexibilität und Mobilität, sozialer Interaktion und Verantwortungsbereitschaft. Wenn Arbeit heute als belastend empfunden wird, bezieht sich diese Aussage zumeist auf psychosoziale Belastungen, die den Einzelnen fordern bzw. überfordern. Vor diesem Hintergrund geht es einerseits darum, psychosoziale Risiken durch ganzheitliche Gefährdungsbeurteilungen zu erfassen und diese in der Folge zu minimieren bzw. zu vermeiden und die Ressourcen der Mitarbeiter zu stärken. Andererseits müssen psychische Beeinträchtigungen von Mitarbeitern frühzeitig erkannt und bei Bedarf eine professionelle Unterstützung ermöglicht werden. Führungskräfte übernehmen bei der Umsetzung entsprechender Präventionsstrategien eine Schlüsselrolle.

Schlüsselwörter

Psychosoziale Belastungen und Ressourcen; Gefährdungsbeurteilung; Früherkennung; Gesunde Führung

2.1 Die aktuelle Situation: Belastungswandel und Herausforderungen für die Gesundheit der Beschäftigten

2.1.1 Belastungswandel in der Arbeitswelt

Wenn Arbeit heute als belastend empfunden wird, bezieht sich diese Aussage zumeist auf psychische Belastungen, die den Einzelnen fordern bzw. überfordern (Beck et al. 2014), bspw. durch zunehmenden Termin- und Zeitdruck, überlange Arbeitszeiten und/oder häufige Arbeitsunterbrechungen.

Die Arbeitswelt von heute hat sich verändert und mit ihr auch die Belastungen. Seit den 1950er Jahren hat sich der Dienstleistungssektor stark ausgeweitet, Informations- und Kommunikationstechnologien bestimmen immer mehr unseren Arbeitsalltag. Vernetzte Computer, Tablets und Mobiltelefone machen es immer einfacher, örtlich und zeitlich unabhängig zu arbeiten. Durch die technisch mögliche, ständige Erreichbarkeit über Internet und Email kommt es sukzessive zu einem „Einsickern der Arbeit“ in die private Lebenswelt, die die arbeitsfreien Zeiten der Erholung zusehends stören. Hinzu kommt die mit den neuen Technologien einhergehende Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit.

Die Arbeitswelt von heute ist komplexer geworden. Sie verlangt von den Beschäftigten ein hohes Maß an:

- Flexibilität und Mobilität
- sozialer Interaktion und
- Verantwortungsbereitschaft.

Die beruflichen Anforderungen nehmen zu. Während die berufliche Entwicklung und Karriere immer weniger planbar und sicher ist. Das führt dazu, dass wir psychisch stärker gefordert und mitunter auch überfordert sind, was sich auch im Stressreport der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus dem Jahr 2012 widerspiegelt. Aus der Perspektive der Beschäftigten werden hier folgende psychischen Belastungen an erster Stelle genannt:

- verschiedene Arbeiten gleichzeitig betreuen (58 %)
- starker Termin- und Leistungsdruck (52 %)

- ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge (50 %)
- bei der Arbeit gestört, unterbrochen werden (44 %)
- sehr schnell arbeiten müssen (39 %)
- Konfrontation mit neuen Aufgaben (39 %)
- Stückzahl, Leistung und Zeit sind in einem engen Takt vorgegeben (30 %) (Lohmann-Haislah 2012).

Gleichzeitig gibt es aber auch in der heutigen Arbeitswelt Bedingungen, die im Sinne psychosozialer Ressourcen das Wohlbefinden der Beschäftigten positiv beeinflussen. Im Mittelpunkt stehen hier die soziale Unterstützung und Anerkennung durch Kollegen und Vorgesetzte. Relevant sind auch die individuellen Handlungsspielräume der Beschäftigten, das heißt die Möglichkeiten, die Arbeit selbst zu planen und einzuteilen, aber auch die Pausen frei legen zu können (siehe dazu auch Beck et al. 2014).

2.1.2 Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Arbeitssituation

Arbeit macht nicht automatisch krank. Arbeit bietet vor allem auch die Chance, Anerkennung und Selbstbestätigung zu bekommen, Neues zu lernen, sich mit anderen auszutauschen und gemeinsam Herausforderungen zu bewältigen und damit in ein soziales Netzwerk eingebunden zu sein. Wenn Arbeit gelingt, in Balance mit dem Privatleben ist und zufrieden macht, kann sich der Mensch gut entwickeln. In diesem Fall fördert Arbeit unsere Autonomie bzw. Selbstständigkeit und stärkt unser Selbstwertgefühl – wir sind „*stolz auf das, was wir leisten*“.

Erfolgslebnisse bei der Arbeit, Selbstwirksamkeit und sozialer Rückhalt stärken das Wohlbefinden und lassen uns stressige Arbeitssituationen gut meistern. Denn wir erleben die Arbeitsanforderungen als positive Herausforderung und nicht als be- bzw. überlastende Beanspruchung. Ob und wann psychische Belastungen bei der Arbeit zu einer gesundheitsschädlichen Beanspruchung und im schlimmsten Fall zu chronischem Stress führen, ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. Aus der Perspektive der BAuA-Studie F2319 können bezogen auf den Faktor Arbeitssituation z. B.:

- eine hohe Verausgabungsbereitschaft
- geringere Distanzierungsmöglichkeiten
- ein hohes Perfektionsstreben
- (über-)fordernde und unbefriedigende Arbeitsbedingungen
- bei zunehmendem Versagen bisheriger Handlungskompetenzen, -routinen und Bewältigungsstrategien.

ernsthafte Anzeichen für psychische Problemlagen und ein erhöhtes Erkrankungsrisiko sein. Allerdings ist dies immer auch abhängig von der jeweiligen Person und ihren Ressourcen, wie auch folgendes Beispiel, das eine RTW-Expertin berichtete, deutlich macht:

i *Einerseits war er intrinsisch hoch motiviert. Andererseits waren aber auch die Anforderungen des Unternehmens sehr hoch. Er hatte Tag und Nacht ein Handy dabei! Er wohnt in direkter Nachbarschaft. Immer wenn in der Produktionsstraße irgendein Fehler vorhanden war, stand er Tag und Nacht da. Am Wochenende, er hat keinen Urlaub gemacht. Er hatte ganz wenige Abgrenzungsmöglichkeiten. Gleichzeitig hatte er so einen Hang zum Perfektionismus: „Also wenn ich nicht im Unternehmen bin, dann kleben die Etiketten schief. Wie sieht das denn aus? Oder*

wenn Fehler auftraten, die er noch nicht einmal unmittelbar verursacht hatte, dann war er völlig aufgelöst und hatte das Gefühl: „Das lastet man mir an, die andern merken, ich bin nicht perfekt und haben jetzt bei mir diese große Schwäche entdeckt.“

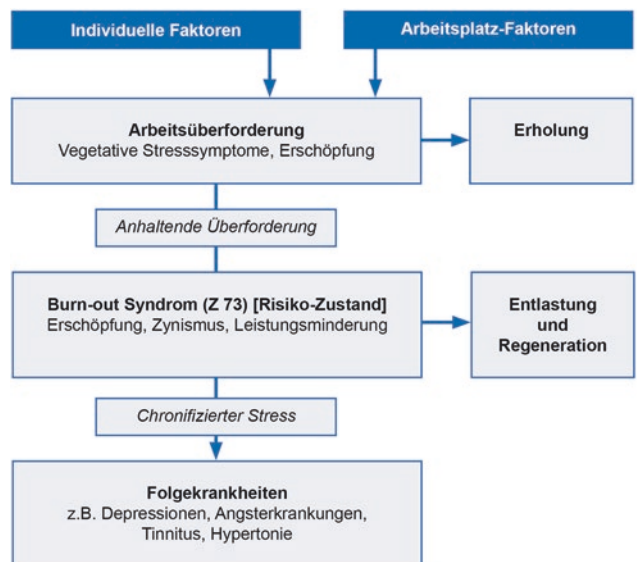
(PSY 2, F 2319)

Wenn Stress überfordert, dann geraten wir zunehmend aus der Balance. In diesem Fall haben wir vermehrt mit ernst zu nehmenden Stresssymptomen zu kämpfen, die sich körperlich, emotional und/oder kognitiv zeigen können wie bspw.: Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Antriebslosigkeit, wachsende Selbstzweifel, Scham- und Schuldgefühle, Motivations- und Interessenverlust, Reizbarkeit, Kränkbarkeit, aggressives Verhalten, grüblerische Gedanken und Gedankenenge (ich kann die Situation nicht ändern), Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Apathie und/oder quälende innere Unruhe etc. (siehe dazu auch ► [Kap. 3](#)).

Gelingt es nicht, diese Erschöpfungssymptome in den Griff zu bekommen, gerät man in eine Art Erschöpfungsspirale. An ihrem Ende können körperliche, psychische und/oder psychosomatische Erkrankungen stehen (Unger und Kleinschmidt 2007; Asberg et al. 2001; siehe dazu auch ► [Kap. 3](#)). Stress am Arbeitsplatz kann „das Entstehen eines Burnout-Syndroms und Folgestörungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Suchterkrankungen, aber auch Herz-Kreislauferkrankungen begünstigen“ (DGPPN 2014, S. 3; siehe ► [Abb. 2.1](#)).

Wie diese Erkrankungen entstehen und welche Wirkungszusammenhänge sich dabei ergeben, kann durch unterschiedliche Modelle der Stressforschung annähernd gut erklärt werden. Am bekanntesten sind das „Anforderungs-Kontroll-Modell“ (Karasek und Theorell 1990) und das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ (Siegrist 1996). Bei dem erst genannten Modell können hohe psychische Arbeitsanforderungen in Wechselwirkung mit einem geringen Handlungsspielraum einen auf Dauer gesundheitsschädlichen Stress erzeugen. Im zweiten Modell wird aufgezeigt, welche Auswirkungen es hat, wenn das Verhältnis zwischen „Verausgabung und Belohnung“ bei der Arbeit aus dem Gleichgewicht gerät, negativer Stress entsteht und dies zu dauerhaften gesundheitlichen Risiken führt.

■ **Abb. 2.1** Psychosoziale Risiken bei der Arbeit (DGPPN 2014)



2.2 Fakten zu psychischen Erkrankungen

Jedes Jahr sind in Deutschland ca. 28 Prozent der Bevölkerung von mindestens einer psychischen Erkrankung betroffen (12-Monats-Prävalenz). Am weitesten verbreitet sind Angsterkrankungen, Alkoholerkrankungen und Depressionen. Die Gruppe der 18 bis 35-Jährigen ist mit 45 Prozent die am häufigsten betroffene Gruppe (Jacobi et al. 2014). Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit (AU) bei psychischen Erkrankungen liegt im Schnitt bei ca. 30 AU-Tagen, fast doppelt so hoch wie bei Muskel- und Skeletterkrankungen.

Während die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Muskel- und Skelett-, Atemwegs-, Herz-Kreislauf sowie Verdauungserkrankungen seit den 90ziger Jahren rückläufig ist, nehmen die AU-Tage in Folge psychischer Erkrankungen in Deutschland stetig zu (DAK Gesundheitsreport 2014) bzw. verbleiben auf hohem Niveau (TK Gesundheitsreport 2014).

11 bis 14 Prozent aller betrieblichen Fehltage aus dem Jahr 2012 lassen sich auf psychische Erkrankungen zurückführen. Ihr Anteil an den Fehltagen hat sich seit dem Jahr 2000 fast verdoppelt (SUGA 2014; BPTK Studie 2013). Nach Berechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin führt dies zu Produktionsausfallkosten in Höhe von ca. 8,2 Mrd. Euro (SUGA 2014).

Obwohl die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten wollen und sich eine Rückkehr an den Arbeitsplatz bei adäquaten Bedingungen positiv auf die Genesung auswirkt, sind gesundheitsbedingte Frühverrentungen sowie Arbeitslosigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch; auch wenn die Erwerbsteilhabe psychisch erkrankter Menschen erklärtes politisches und gesellschaftliches Ziel ist.

Nahezu jede zweite gesundheitsbedingte Frühverrentung wurde 2012 durch eine psychische Erkrankung verursacht. Darüber hinaus werden Menschen mit psychischen Erkrankungen etwa vier Jahre eher berentet als Menschen mit somatischen Erkrankungen (BPTK Studie 2013). 50 Prozent der psychisch erkrankten Menschen mit schweren oder chronischen Verläufen haben keine Arbeit, 20 Prozent arbeiten in Werkstätten und nur 10 Prozent haben einen regulären Arbeitsplatz (DEGS1-MH zitiert nach Bühring 2014). Diese Situation dürfte vor allem auf die sehr unbefriedigende Versorgungssituation psychisch erkrankter Menschen zurückzuführen sein – insbesondere auf:

- ein zu spätes Erkennen psychischer Problemlagen
- eine zu spät einsetzende erkrankungsbezogene, fachspezifische Behandlung und
- oftmals nicht ausreichende Interventionen (Wittchen et al. 2006).

Hinzu kommt eine Vernachlässigung und Tabuisierung der psychischen Gesundheit in den Unternehmen und Betrieben.

2.3 Vernachlässigung der psychischen Gesundheit im Betrieb

» „Dem Bedeutungszuwachs psychischer Belastungen in der Arbeitswelt steht ihre bislang unzureichende Berücksichtigung im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen betrieblichen Gefährdungsbeurteilung gegenüber (Beck et. al. 2012). Unternehmen, die tatsächlich eine Gefährdungsbeurteilung systematisch und umfassend durchgeführt haben, sind bislang noch Pioniere“ (Morschhäuser et. al. 2014, S. 29).

In Bezug auf die körperliche Gesundheit ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz in Deutschland auf einem hohen Niveau. Der Umgang mit Lärm, Chemikalien, das Heben und Tragen schwerer

2 Lasten etc. ist in Gesetzen und Verordnungen sehr gut geregelt. Persönliche Schutzausrüstungen (wie Helme, Brillen, Sicherheitsschuhe und -anzüge), die ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen etc. schützen die Beschäftigten vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Seit den 1990er ist die Zahl der Arbeitsunfälle um über 50 Prozent gesunken (BAuA 2016).

„Als die ersten Gastarbeiter in den Sechziger Jahren nach Deutschland kamen, waren die Fehlzeiten in Industrieunternehmen wie Siemens, VW, MTU oder Thyssen meist auf Arbeitsunfälle oder Rückenleiden zurückzuführen. Heute ist jeder Industriearbeiter in Deutschland umhüllt von einem Gesetzes- und Mitbestimmungspolster, Unfälle gibt es noch immer, aber sie gefährden die reibungslose Produktion längst nicht mehr“ (Allianz-Report 2011, S. 30).

Diese Erfolgsstory muss sich im Bereich der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz erst noch einstellen: Psychosoziale Erkrankungsrisiken werden bei der Arbeit bisher vernachlässigt.

„Die Dienstleistungsrepublik Deutschland ist hingegen zunehmend von Depressionen bedroht. Die Krankheit sorgt inzwischen für die längsten Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Das Bundesministerium für Gesundheit registriert inzwischen 300.000 depressive Erkrankungsfälle pro Jahr, die sich zu rund elf Millionen Arbeitsunfähigkeitstagen summieren. Doch bei den meisten Unternehmen sind Früherkennung und Prävention von Depressionen noch immer ein Thema, das besser gemieden wird“ (ebd. S. 30).

Hinzu kommt, dass erst im Jahr 2013 explizit die Pflicht zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen in das deutsche Arbeitsschutzgesetz (§ 5 ARBSCHG: siehe unter http://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/_5.html) aufgenommen wurde.

2.4 Prävention: Psychosoziale Risiken frühzeitig erkennen und Schutz verstärken

- » Psychische Arbeitsanforderungen können je nach Art und Ausprägung als Risiko für die Gesundheit, aber auch als unterstützende Ressource wirken.
(Beck et al. 2014)

2.4.1 Psychosoziale Arbeitsbelastungen erfassen, bewerten und Maßnahmen ableiten

- » Eine Regel von der Stange gibt es nicht, sagt der Betriebsrat: „Das Verfahren muss zum Unternehmen passen, sonst scheitert es.“
(Praxis und Recht 2012)

Bei der Vielzahl möglicher psychischer Belastungen erscheint es sinnvoll, sich abhängig von der betrieblichen Situation inhaltliche Schwerpunkte zu setzen. Einen hilfreichen Überblick über die zentralen Merkmalsbereiche und Inhalte einer Gefährdungsbeurteilung bei psychischer Belastung bietet die „GDA-Checkliste“ (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) 2015). Überdies gibt es besonders relevante tätigkeitsübergreifende Belastungsfaktoren, die auf der Grundlage bisheriger Forschungsergebnisse grundsätzlich in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen berücksichtigt werden sollten. Dazu zählen die Arbeitsintensität, der Handlungsspielraum, die soziale Unterstützung und die Arbeitszeit (siehe: Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz; Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie 2015)

Gleichzeitig nennen Beck et al. (2014, S. 46f) fünf Merkmale guter Praxis zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen:

1. **Erfassung relevanter Gefährdungsbereiche** wie bspw. Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation und soziale Beziehungen unter Berücksichtigung der spezifischen betrieblichen Bedingungen und arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse
2. **Glaubwürdigkeit** der Darstellung und Beurteilung psychischer Belastungen bei der Arbeit durch den Einsatz qualitativ hochwertiger Instrumente und deren angemessene betriebliche Anwendung
3. **Genauigkeit**, d. h. die detaillierte Beschreibung der Belastungssituation, um daraus konkrete Maßnahmen ableiten zu können
4. **Nachvollziehbarkeit** der Erfassung der Belastungen, der durchgeführten Maßnahmen und ihrer Wirksamkeit für betriebliche Akteure und Akteure aus Aufsichtsbehörden
5. **Information und Beteiligung** der Beschäftigten und Führungskräfte

Eine gute Praxis bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen trägt dazu bei, das Thema psychische Gesundheit im Betrieb zu enttabuisieren. Durch einen offenen Umgang mit Belastungen und den möglichen Folgen psychischer Überlastung können individuelle und betriebliche Umgehens- und Vorgehensweisen erprobt und eingeübt werden, die die persönlichen Ressourcen und Schutzfaktoren der Beschäftigten stärken und eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit ermöglichen. Überdies trägt sie dazu bei, Arbeitsstress zu minimieren und die Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu sichern bzw. zu verbessern. Im günstigsten Fall reduziert sie Arbeitsunfähigkeitszeiten in Folge psychischer Beeinträchtigungen und verhindert so unnötige Produktionseinbußen.

Außerdem bietet eine gute Praxis die Möglichkeit, einen zwischenmenschlichen und umfassenden Arbeitsschutz zu entwickeln, der über einen intensivierte Austausch zwischen Beschäftigten, Fach- und Führungskräften auf eine Balance zwischen Arbeit und Privatleben abzielt. Und sie kann die Rückkehr von langzeiterkrankten Beschäftigten durch eine fundierte Return-to-Work-Maßnahmenentwicklung unterstützen.

Dazu Auszüge aus einem Beispiel guter Praxis, dass im Fachbuch „Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen“ (Beck et al. 2014) detailliert dargestellt wird:

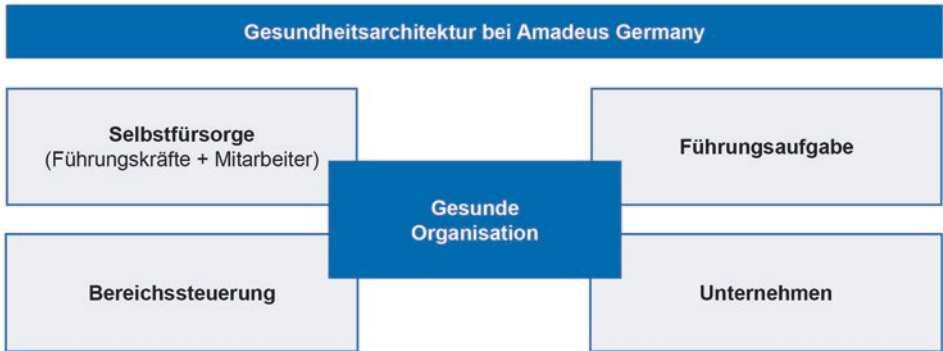
■ Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen bei der Amadeus Germany GmbH

Die Gesundheit der Beschäftigten hat bei Amadeus Germany eine hohe Bedeutung. Die Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten sind im globalen Wettbewerb wichtige Ressourcen. Eine gesunde Balance zwischen Belastungen und Erholung, zwischen Arbeits- und Privatleben sind in diesem Kontext wesentliche Zielsetzungen.

„Unter dem Motto ‚keep the balance‘ verfolgt die Amadeus Germany GmbH mit der Gefährdungsbeurteilung das Ziel, Risiken für Ungleichgewichte, Überforderungen und Stress zu identifizieren sowie dazu beizutragen, dass gesundheitsförderliche Balancen systematisch entwickelt und erhalten werden.“

(Beck et al. 2014, S. 72)

Die Beteiligung der Beschäftigten an diesem Prozess ist dabei selbstverständlich. Initiiert wird er durch einen Steuerungskreis, in dem die Betriebsärztin, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, die Interessenvertretung und Führungskräfte zusammenarbeiten. Im Mittelpunkt von ‚keep the balance‘ steht eine verbindliche Gesundheitsarchitektur (siehe ■ Abb. 2.2).



■ **Abb. 2.2** Gesundheitsarchitektur bei Amadeus Germany (Beck et. al. 2014)

Basis des gemeinsam initiierten Verbesserungsprozesses ist die betrieblich koordinierte Zusammenarbeit der beteiligten Bereiche und Schlüsselakteure, die besondere Verantwortung der Führungskräfte sowie die Selbstfürsorge der Führungskräfte und Mitarbeiter.

„Für Amadeus stellte sich die Frage nach den eigentlichen Ursachen für den von Mitarbeitern und Führungskräften zunehmend empfundenen Leistungsdruck und den damit verbundenen gestiegenen psychischen Belastungen. Daher wurde ein Projekt initiiert, das auf die Integration der Auseinandersetzung mit Leistungsdruck im Arbeitsalltag ausgelegt ist.“

(ebd. S. 74)

Führungskräfte und Arbeitsteams wurden in diesem Prozess im Umgang mit Belastungen sensibilisiert. In diesem Zusammenhang wurden u. a. folgende Maßnahmen umgesetzt:

- „Vereinbarung von „Regeln zum Verhandeln beim Nein-Sagen“ mit der Führungskraft
- Beschluss eines meetingfreien Tages zum konzentrierten Abarbeiten von Aufgaben
- Angebot von kleinen Modulen für alle Mitarbeiter mit Tipps und Tricks zur Stressbewältigung (z. B. „Die eigenen Stressverstärker erkennen“)

(Beck et al. 2014, S. 74 f.)

2.4.2 Psychische Krisen und Erkrankungen frühzeitig erkennen: Gesundheitscoaching bzw. psychosomatische Sprechstunde im Betrieb

Auch die beste betriebliche Prävention wird nicht dazu führen, psychische Erkrankungen völlig zu vermeiden. Dies liegt mitunter daran, dass die Ursachen psychischer Erkrankungen oftmals arbeitsplatzunabhängig sind. Aber eben auch daran, dass das Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt noch stark tabuisiert ist und psychische Belastungen am Arbeitsplatz nicht in dem Maße thematisiert und bearbeitet werden wie körperliche Belastungen.

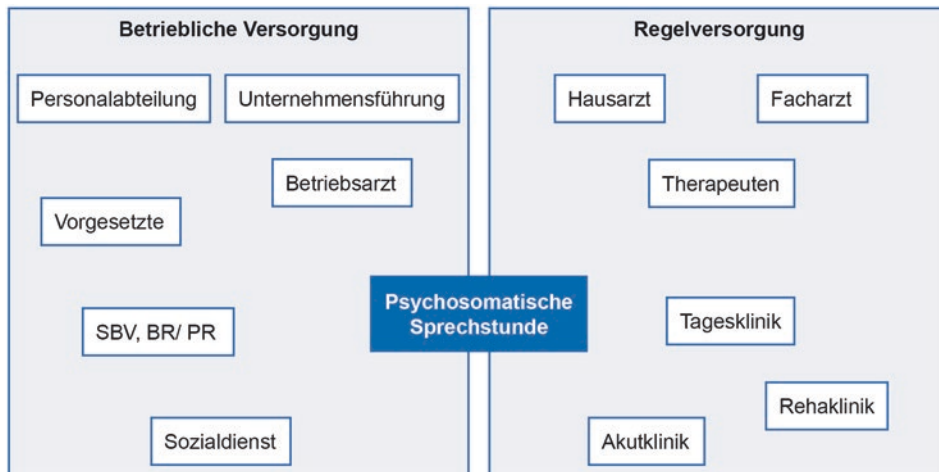
Gerade deshalb ist es wichtig, einen betrieblichen Schwerpunkt auf die Früherkennung psychischer Beeinträchtigungen zu legen. Je früher Beeinträchtigungen angesprochen werden, umso eher kann eine Erkrankung verhindert oder frühzeitig behandelt werden. Ein präventives Gesundheitscoaching bzw. eine psychosomatische Sprechstunde setzt hier an: Mit ihr wird den

Beschäftigten ein Angebot gemacht, möglichst frühzeitig mit psychologisch geschulten Experten (z. B. Therapeuten, Psychiater aus Institutsambulanzen) über ihre Situation sprechen zu können. Ziele des Coachings bzw. der Sprechstunde sind:

- Beeinträchtigungen, Krisen und Erkrankungen möglichst frühzeitig zu erkennen und chronische Verläufe zu vermeiden
- Stärkung der Selbstwirksamkeit der Beschäftigten
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen, insbesondere des Arbeitsklimas und der Mitarbeiterzufriedenheit
- Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

Entsprechende Angebote beruhen auf einem durchdachten Kurzzeit-Beratungs- und Interventionskonzept. Sie beinhalten eine diagnostische Ersteinschätzung und bei Bedarf eine kurzfristige Krisenintervention und/oder eine Weitervermittlung in das bestehende Versorgungssystem. Konkret beinhalten sie eine individuelle Beratung zur aktuellen Lebenssituation und zu den damit verbundenen Belastungen. Es geht um das Aufzeigen von Veränderungen und damit einhergehenden Maßnahmen. Dazu gehören z. B. Seminare zum Stressmanagement, Achtsamkeitstraining, psychotherapeutische Kurzzeitinterventionen, aber auch die Weitervermittlung in eine Akut- bzw. Rehabilitationsklinik. Diese Angebote lassen sich als betriebsnahe Versorgungsnetzwerke (siehe ■ [Abb. 2.3](#)) verstehen: „an der Sektorengrenze zwischen medizinischer Regelversorgung und betrieblichem Gesundheitsmanagement. (...) Gemeinsamer Kern dieser Angebote ist die Initiierung fachpsychotherapeutischer Behandlung durch den Betrieb“ (Rothermund et al. 2014, S. 288).

Die ersten Erfahrungen mit entsprechenden Ansätzen sind erfolgsversprechend. Die Angebote werden von den Beschäftigten gut angenommen, insbesondere von Männern. Es werden vermehrt Menschen erreicht, die Hilfe benötigen, diese aber bisher noch nicht in Anspruch genommen haben (Wege und Angerer 2013).



■ **Abb. 2.3** Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke (Wege und Angerer 2013)

2.5 Zentrale Aspekte psychischer Gesundheit im Arbeitsleben: Psychische Gesundheit, Führung, Kohärenz und Resilienz

- » Mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten und soziale (kollegiale) Unterstützung gelten nach heutigem Wissensstand als die zwei wichtigsten Ressourcen in der Bewältigung beruflicher psychosozialer Stressoren.
(Weber und Hörmann 2007)
Führung ist ein zentraler Einflussfaktor für die psychische Gesundheit, aber nicht der einzige.
(DGV 2014)

Führungskräfte können ihre eigene Gesundheit und die ihrer Mitarbeiter stärken. Dazu bedarf es eines *zwischenmenschlichen Arbeitsschutzes* (Matyssek 2013), der insbesondere durch soziale Unterstützung, Wertschätzung und Anerkennung, Gespräche und Einbeziehung der Beschäftigten in Entscheidungsprozesse, Belastungsabbau und Ressourcenaufbau gekennzeichnet ist. Damit verbinden sich drei zentrale Anforderungen und Aufgaben:

- die Gesundheit der Vorgesetzten und Beschäftigten zum Thema zu machen
- die Gesundheit bei der Arbeit zu erhalten und zu verbessern
- die Selbstfürsorge der Beschäftigten zu unterstützen.

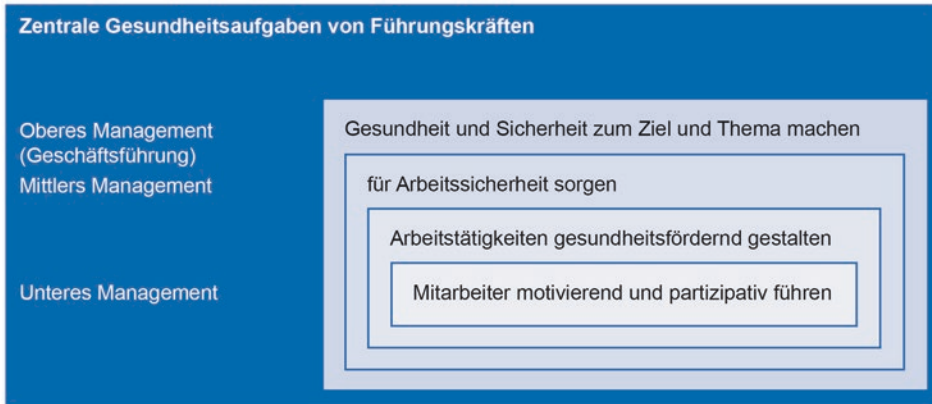
Führungskräfte haben sowohl durch ihre Aufgaben als auch durch ihren Führungsstil Einfluss auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten. Darüber hinaus gibt es allerdings eine Vielzahl von individuellen Faktoren, die außerhalb der Arbeit bestehen und die mehr oder weniger unabhängig von der Arbeit auf die Gesundheit der Beschäftigten einwirken. Deshalb geht es vor allem darum, Führungskräften ihre Handlungsmöglichkeiten und Gestaltungsspielräume in Bezug auf ihre eigene Gesundheit und die der Beschäftigten aufzuzeigen.

Gesund führen ist ein komplexes Thema. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, folgende Hierarchie- und Zuständigkeitsebenen zu differenzieren (siehe ■ Abb. 2.4):

- Die Unternehmensführung hat die Aufgabe, „Gesundheit“ als Unternehmensziel zu definieren, entsprechende Leitlinien zu formulieren, ein Gesundheitsmanagement auszuarbeiten und damit Maßgaben für die Unternehmenskultur festzusetzen.
- Das Personalmanagement ist verantwortlich für die konkrete Umsetzung des Unternehmensziels „Gesundheit der Beschäftigten“. Es nimmt Einfluss auf die praxisbezogene Umsetzung der Leitlinien und des Gesundheitsmanagements sowohl bezogen auf das gesamte Unternehmen als auch auf den Umgang mit den einzelnen Beschäftigten.
- Die direkten Vorgesetzten beeinflussen durch ihr Verhalten und Handeln die Einstellungen, das Verhalten und Handeln der Beschäftigten und die Zusammenarbeit in bzw. zwischen Gruppen sowie mit Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Dieses Vorgehen ist sowohl auf kleine als auch auf große Unternehmen anwendbar.

Zentrales Ziel des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist es, Belastungen zu minimieren bzw. abzubauen und Ressourcen zu stärken. Das Verhalten von Führungskräften kann in diesem Sinne als Ressource und Stressor wirken. Eine Vielzahl von Studien verweisen auf den Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Gesundheit der Beschäftigten. Rollenklarheit und Vorhersehbarkeit, Anerkennung und Wertschätzung für die geleistete Arbeit, soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, der Führungsstil und eine damit verbundene Mitarbeiterorientierung sowie ein gutes Konfliktmanagement wirken sich positiv auf das Wohlbefinden der Beschäftigten aus (Gregersen et al. 2011). Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, erhöht sich das Risiko der Beschäftigten



■ **Abb. 2.4** Zentrale Führungsaufgaben (DGUV 2014)

emotional zu erschöpfen und senkt deren Arbeitszufriedenheit: der Einfluss von Führungsverhalten auf die emotionale Erschöpfung der Mitarbeiter liegt bei 8 bis 30 Prozent, der Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit sogar bei 50 Prozent (DGUV 2014, S. 15).

Die Studie „Führung, Gesundheit und Resilienz“ zeigt, dass das Führungsverhalten dann positiv auf die Gesundheit der Mitarbeiter wirkt, wenn es „auf die psychologischen Grundbedürfnisse eines Menschen nach Orientierung und Kontrolle, nach Sinn und Stimmigkeit (Kohärenz), nach Lustgewinn und Unlustvermeidung, nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz und nach Bindung abzielt: Der größte Zusammenhang bestand hier zu dem Faktor Kohärenz, also dem Bedürfnis nach „Sinn und Stimmigkeit“ eines Menschen. Dies gibt wiederum einen starken Hinweis darauf, dass Führungskräfte vor allem durch ein stimmiges, vorbildhaftes und sinnvermittelndes Führungsverhalten einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit und die Gesundheit ihrer Mitarbeiter nehmen können“ (Bertelsmann Stiftung 2013, S. 11).

Überdies verdeutlicht die Studie einen Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Resilienz der Beschäftigten. Dieser Zusammenhang ist am deutlichsten bei einem Führungsverhalten, welches Orientierung vermittelt und Handlungsspielräume in Bezug auf Arbeitsaufgaben eröffnet. Dies fördert die Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter und stärkt die Arbeitszufriedenheit. Psychische Gesundheit als Führungsaufgabe beinhaltet:

- **im Bereich der Vorbeugung und Früherkennung**
 - eine aufgaben- und mitarbeiterorientierte Gestaltung der Arbeitsbedingungen
 - die Reduktion psychischer Belastungen
 - die Förderung individueller, sozialer und betrieblicher Ressourcen
 - ein frühzeitiges Erkennen von psychischen Beeinträchtigungen
- **und im Bereich Return-to-Work**
 - eine individuelle und professionelle Begleitung der zurückkehrenden Mitarbeiter im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Damit Führungskräfte diese Zusammenhänge erkennen und sie ihre Gesundheit sowie die der Beschäftigten als Führungsaufgabe annehmen können, ist es wichtig, dass sie sich zuerst mit ihrer eigenen Gesundheit und den eigenen Stressoren bei der Arbeit auseinandersetzen. Eine gesunde Selbstfürsorge kann einerseits als der Schlüssel für einen gesundheitsförderlichen Führungsstil verstanden werden, andererseits verbindet sich damit eine positive Vorbildfunktion.

„Einem Vorgesetzten, der selbst stressbedingt Anzeichen einer dauernden Überforderung aufweist, wird es sicherlich schwerer fallen, die Gesundheit und Überlastung anderer Beschäftigter zu erkennen und darauf einzugehen als einem gesunden und ausgeglichenen Vorgesetzten“ (DGUV 2014, S. 22).

Literatur

- Allianz Deutschland AG & Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (Hrsg.) (2011). Depression – wie die Krankheit unsere Seele belastet. München/Essen: <http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/sonstige/Allianz-Report-Depression.pdf>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Asberg, M., Nygren, A., & Rylander, G. (2001). Arbeitsbezogener Stress und seine Folgen. In: W. Glißmann. Ergebnisse eines internationalen Workshops des Internationalen Metallgewerkschaftsbundes (IMB). zu „Stress und Burn-out“. <http://archiv.labournet.de/diskussion/arbeitsalltag/gh/schweden.pdf>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) & Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.). (2014). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013 – Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund/Berlin/Dresden <https://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2013.html>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). (2016). *Arbeitswelt im Wandel. Zahlen – Daten – Fakten*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A95.pdf?__blob=publicationFile&v=2. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Beck, D., Morschhäuser, M., Richter, G. (2014). *Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- BKK (2011). Das Betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG. Netzwerkarbeit, die wirkt. Salzgitter: BKK. http://www.betrieblicherwandel.de/fileadmin/user/Downloads/2012-09-26-Tagung-Psychische_Belastungen_mittlere_Fuehrungsebene/2012-09-26-Tagung-Psychische_Belastungen-mittlere_Fuehrungsebene-08-Salzgitter_AG.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). (2013). BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. BPTK: Berlin. http://www.bptk.de/uploads/media/20140128_BPTK-Studie_zur_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit_2013_1.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- Bühning, P. (2014). Arbeit für psychisch Kranke: Ungenutzte Potenziale. Deutsches Ärzteblatt, 111(4): A-110/B-98/C94. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/154270/Arbeit-fuer-psychisch-Kranke-Ungenutzte-Potenziale>. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- DAK-Gesundheit (Hrsg.). (2014). Gesundheitsreport 2014. Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie. Bericht: IGES Institut GmbH: Berlin. https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2014_Die_Rushhour_des_Lebens-1374440.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2014). Psychosoziale Risiken bei der Arbeit: Gefahren erkennen und Schutz verstärken. DGPPN: Berlin. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/e26c32136d13c2ac6bc4339a1fad48e7c3910439/2014-07-10-DGPPN-Studie_KURZ_Gef%C3%A4hrdungsbeurteilung-WEB.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). (Hrsg.). (2014). Führung und psychische Gesundheit. Fachkonzept. Berlin: DGUV. http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/fachbereiche/fb-gib/documents/broschuere_fuehrung.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (GDA) c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (Hrsg.). (2015). Arbeitsschutz gemeinsam anpacken. Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Berlin: http://www.gda-portal.de/de/pdf/Leitlinie-Psych-Belastung.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- Gregersen, S., Kuhnert, S., Limber, A., & Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung. Gesundheitswesen 73(1): 3–12. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1246180>. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0029-1246180>. Zugriffen: 20. Sept. 2016.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85:77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>. http://www.psychologische-hochschule.de/wp-content/uploads/2015/03/jacobi-degs-praevalenzen-nervenarzt_2014.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2017.

- Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.html>. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- Matyssek, A.K. (2013). Gesund führen – sich und andere. Tag der Arbeitssicherheit. Fellbach, Vortrag. http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/veranstaltung/tda/2013/documents/01_matissek.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- Mayer, D., Schmidt, H., & Hoelzer, M. (2010). Psychosomatische Sprechstunde und Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin. Erfahrungen aus der Automobilindustrie Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, Zeitschrift für medizinische Prävention 45: 593-597. <http://www.asu-arbeitsmedizin.com/ASU-2010-10/Psychosomatische-Sprechstunde-und-Psychosomatische-Grundversorgung-in-der-ArbeitsmedizinBRErfahrungen-aus-der-Automobilindustrie,QUIEPTI5NTEyMSZNSUQ9MTEwNTc2.html>. Zugriffen: 10. Mai 2016.
- Morschhäuser, M., Beck, D., & Richter, G. (2014). Psychische Belastung als Gegenstand der Gefährdungsbeurteilung In: *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Mourlane, D., Hollmann, D., & Trumpold, K. (2013). Studie „Führung, Gesundheit & Resilienz“. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh & mourlane management consultants, Frankfurt am Main. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Fuehrung_Gesundheit_Relienz_Studie.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- Praxis & Recht. (2012). Am Ende der Kräfte. Magazin für Unternehmen und Selbständige der DAK. http://www.dak.de/dak/download/praxisundrecht_Ausgabe_12012-1076664.pdf.
- Rothermund, E., Gündel, H., & Wege, N. (2014). Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke bei allgemeinen psychischen Störungen – Überblick und internationale Studienlage. In: Angerer et al. *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*, Heidelberg: ecomed Medizin.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Techniker Krankenkasse (TK). (Hrsg.). (2014). Gesundheitsreport 2014. Risiko Rücken. Hamburg <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/644772/Datei/121848/Gesundheitsreport-2014.pdf>. Zugriffen: 18. Sept. 2017.
- Unger, H.P., & Kleinschmidt, C. (2007). *Bevor der Job krank macht. Wie uns die heutige Arbeitswelt in die seelische Erschöpfung treibt – und was man dagegen tun kann*. München: Kösel Verlag.
- Weber, A., & Hörmann, G. (2007). *Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft*. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Wege, N., & Angerer, P. (2013). Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. *Die Psychiatrie*, 10(2), 71–81.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., & Hoyer, J. (2006). Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. PowerPoint Präsentation: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/Wittchen-HH-290903.pdf>. Zugriffen: 18. Sept. 2017.

Verstehen und Erkennen: Das Zusammenspiel von psychischer Gesundheit und Erkrankung

- 3.1 Psychische Gesundheit – ein umfassender Ansatz – 28
- 3.2 Psychische Krisen – 30
- 3.3 Psychische Erkrankungen: Burnout, Depressionen und Angsterkrankungen – 33
 - 3.3.1 Burnout – 34
 - 3.3.2 Depressionen – 35
 - 3.3.3 Angsterkrankungen – 37
 - 3.3.4 Behandlung – 39
- Literatur – 39

Zusammenfassung

Psychische Gesundheit ist die Fähigkeit von Menschen und Gruppen mit psychosozialen Herausforderungen, Beeinträchtigungen, Krisen und Erkrankungen kooperativ und konstruktiv umzugehen. Psychische Krisen hingegen sind, individuell gesehen, Ausdruck einer zunehmenden Erschöpfungsspirale. Gekennzeichnet sind sie u. a. durch Schlafmangel, Energieverlust, erhöhte Dünnhäutigkeit und Reizbarkeit bis hin zu aggressiven Ausbrüchen, Motivations- und Interessenverlust und suicidalen Gedanken. Im ungünstigsten Fall münden diese Krisen in einem Burnout und/oder führen zu psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen und Angsterkrankungen, die im günstigsten Fall frühzeitig und angemessen behandelt werden.

Schlüsselwörter

Psychische Gesundheit; Psychische Krisen; Erschöpfungsspirale; Burnout, Depressionen und Angsterkrankungen

3.1 Psychische Gesundheit – ein umfassender Ansatz

» Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, dass es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Tätigkeiten nachzugehen.

(Friedrich Nietzsche 1882)

Gesundheit (...) setzt sich aus physischen, psychischen und sozialen Anteilen zusammen.

Gesundheit ist eng mit individuellen und kollektiven Wertvorstellungen verbunden, die sich in der persönlichen Lebensführung niederschlagen.

(Klaus Hurrelmann 1988)

Gesundheit vollzieht sich in der direkten Interaktion mit dem, was wir Leben nennen und ist immer auch mit Phasen des Schmerzes, der Trauer, der Erschöpfung und des Krankseins verbunden. Anspannung und Entspannung, Lust und Unlust, Freude und Kummer, Glück und Unglück sind wesentliche Aspekte des Lebens. Im Umgang mit diesen widerstrebenden Aspekten sowohl in uns selbst als auch im Umgang mit anderen ereignet sich das, was wir im Alltag als Gesundsein und Kranksein erfahren. Gesundheit ist mehrdimensional (Gangl 2015).

Der im Folgenden skizzierte Ansatz wendet sich gegen ein duales Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Er basiert vor allem auf den differenzierten Fallschilderungen der von uns befragten Return-to-Work Experten zur Rückkehr psychisch erkrankter Mitarbeiter, aber auch auf den vertiefenden Einzelinterviews mit erkrankten und zurückgekehrten Mitarbeitern aus der BAuA-Studie F 2319. Psychische Gesundheit ist vor diesem Hintergrund nicht die Abwesenheit von Krankheit, sondern die gelungene Verarbeitung einer psychischen Krise bzw. Erkrankung und ein adäquater Umgang mit den daraus folgenden Konsequenzen. Die angemessene Verarbeitung einer psychischen Krise und/oder Erkrankung kann auch zu einer gestärkten, verbesserten psychischen Gesundheit führen. Phasen des Gesundseins und des Krankseins stehen sich in diesem Sinne nicht ausschließend gegenüber, sondern miteinander in Wechselwirkung. Jedes Leben hat seine Herausforderungen, Unwägbarkeiten, Unsicherheiten und ist mit kritischen Lebensereignissen verbunden. Dazu zählen bspw. eigene schwere Erkrankungen, traumatische Erfahrungen und Ängste, einschneidende Erkrankungen von Angehörigen und anderen wichtigen Bezugspersonen bzw. der Verlust durch Tod, Sorgen um die eigenen Kinder, Trennung vom Partner, chronische Belastungen wie die Pflege von Angehörigen, aber auch arbeits- und

existenzbezogene Ängste und Erfahrungen wie bspw. der Verlust des Arbeitsplatzes oder die psychische Dauerbelastung bei der Arbeit.

Diese Ereignisse fordern bzw. überfordern mitunter den Einzelnen, insbesondere dann, wenn mehrere dieser Faktoren gleichzeitig auftreten. Für die betroffenen Menschen bedeuten sie immensen negativen Stress. Im Einzelfall können sie sich so sehr zuspitzen, dass sich die zur Verfügung stehenden Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien als unzureichend erweisen und ein situationsgerechter Umgang mit ihnen nicht mehr möglich ist (Rauchfleisch 2001). Für einen konstruktiven Umgang mit entsprechenden Krisensituationen ist es erforderlich, die damit einhergehenden innerseelischen und sozialen Spannungen wahrzunehmen und mit Unterstützung anderer angemessen zu bearbeiten bzw. zu bewältigen.

Dafür ist eine Unterstützung notwendig, die die individuelle Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der betroffenen Menschen respektiert und fördert. Für die psychische Gesundheit braucht es individuelle Handlungsspielräume, um selbstbestimmt Entscheidungen treffen zu können, um Handlungsmöglichkeiten zu erkennen und auch zu nutzen und um letztlich schwierige Lebenssituationen bewältigen zu können.

- **Psychische Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein intuitives „Sichfinden“ in der je inneren und äußeren Lebensumwelt bzw. -situation. Sie gründet in einem Vertrauen in sich selbst, die Dinge und die Welt um sich herum. Sie beinhaltet ein Ausloten von Möglichkeitsspielräumen mit dem Ziel, ein möglichst passendes Verhältnis zu sich selbst und zur äußeren Umwelt zu finden. Sie ist immer wieder der Versuch, einen verstehenden Dialog zwischen innerer und äußerer Lebensumwelt zu ermöglichen, der zu unterschiedlichen Zeiten mehr oder weniger gut gelingen kann. Psychische Gesundheit umfasst somit immer auch die Fähigkeit, psychische Probleme und Krisen kreativ und kooperativ mit anderen zu verarbeiten bzw. zu bewältigen.**

In Bezug auf die Arbeit ist psychische Gesundheit demnach ein stabiles Wechselspiel aus individuellen Handlungsspielräumen in kooperativen Beziehungen, in denen der Mensch entsprechend den Arbeitsanforderungen seine Fähigkeiten und Kompetenzen immer wieder einbringt und dieses Engagement von den Arbeitskollegen und Vorgesetzten anerkannt und gewürdigt wird. Je stabiler die psychische Gesundheit ist, desto besser gelingt es, mit herausfordernden Arbeitssituationen, mitunter auch zeitweise überfordernden Situationen, umzugehen. Voraussetzung ist, dass immer wieder genügend Raum und Zeit geschaffen werden, um sich zu erholen, zu entlasten, zu regenerieren und zu orientieren und die innere und äußere Lebensumwelt ausbalancieren zu können.

- **Psychische Gesundheit der Beschäftigten und Vorgesetzten bei der Arbeit bedeutet vor diesem Hintergrund:**
- eigenständig Entscheidungen treffen und demgemäß handeln zu können
 - sich selbst und den alltäglichen Arbeitsanforderungen achtsam zu begegnen
 - Selbstfürsorge aktiv zu leben
 - Gesundheitsrisiken frühzeitig zu erkennen und Schutz zu ermöglichen
 - sich seiner persönlichen Werte bewusst zu sein und
 - soziale Beziehungen entsprechend zu pflegen bzw. zu gestalten, um immer wieder die richtige Balance zwischen diesen Aspekten zu finden und notwendige Veränderungen in Kooperation mit anderen anzugehen und zu meistern.

Gelingt dies, können die gestellten Anforderungen bewältigt werden und es bleibt Zeit, das Leben zu genießen und sowohl die beruflichen als auch die privaten Ansprüche zu verbinden und in einem positiven Sinne im Fluss zu halten.

Im Verlauf sich zuspitzender psychischer Krisen hingegen geht dieses Vertrauen in die eigene Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, die Achtsamkeit gegenüber sich selbst und den alltäglichen Anforderungen, die Selbstfürsorge und das Vertrauen in kooperative Beziehungen sukzessive verloren. Dies führt zu einem Verlust des Gefühls, sich auf Augenhöhe zu befinden. In diesem Zustand schleichender Überforderung werden die bisher gültigen, alltäglichen Orientierungspunkte brüchig und machen einen angemessenen Umgang mit den gestellten Anforderungen immer schwieriger:

i *Also ich hab vor kurzem mit einem jungen Mann gesprochen, der eine Depression entwickelt hat. Ein erfolgreicher junger Mann, der für ein Großunternehmen arbeitet. Und der meinte, ich kann doch jetzt nicht einfach krank sein, ich kann doch so was nicht haben: Was sagt mein Chef? Was sagen die Kollegen? Also nein, wo geht das hin, wie lange dauert das? Ich weiß überhaupt nicht mehr, was ich machen soll, wie ich mich entscheiden soll. Ich hab das immer gekonnt, ich konnte immer Dinge mit dem Kopf entscheiden. Jetzt aber bin ich total verunsichert und merke, mein Kopf und Bauchgefühl passen nicht mehr zusammen – ich krieg das nicht auf die Reihe, das hat doch immer funktioniert. Ich weiß nicht mehr, was ich machen soll, das macht mir Angst und ich sitze hier, bin wie gelähmt und wenn ich an meinen Computer gehen soll, schlafen mir die Hände ein.
(Soz.1, F 2319)*

3.2 Psychische Krisen

» Ich befinde mich in einer brenzligen Situation. Deshalb bringe ich mich in Sicherheit. Später ruhe ich mich in einem Restaurant aus und den Feierabend verbringe ich im Kreise meiner Familie. Der Mensch lebt in Situationen, er ist isoliert überhaupt nicht zu betrachten, denn es gibt ihn nicht ohne Situationen. Jede Situation stellt andere Möglichkeiten und Probleme bereit, erhebt andere Forderungen und lockt spezifische Fähigkeiten hervor.

(Langerock und Schmitz 2014,)

Wer erschöpft ist, eine Auszeit braucht und danach wieder voll leistungsfähig ins Büro gehen kann, hat aber nicht unbedingt ein Burn-out, geschweige denn gleich eine Depression.

(Allianz 2011)

Eine psychische Krise entwickelt sich in der Regel prozesshaft, d. h. sie spitzt sich mit der Zeit zu. Sie bezeichnet erst einmal eine Zeit des „Gefährdetseins“, eine kritische Situation und/oder einen kritischen Wendepunkt in einem Krankheitsverlauf. Sie betrifft nicht nur die Person selbst, sondern ist immer auch involviert in eine private und/oder berufliche Situation. Am Anfang stehen häufig kritische Lebensereignisse.

Bei allen Unterschieden gibt es eine charakteristische Gemeinsamkeit von psychischen Krisen:

Die den Menschen zur Verfügung stehenden gewohnten Handlungsroutinen und -optionen, die ihnen normalerweise helfen, die an sie gestellten Anforderungen zu bewältigen, erschöpfen sich zunehmend. In der Krise versagen die bisherigen Bewältigungsstrategien bzw. erweisen sich als unzureichend.

Psychische Krisen gehen in ihrem anfänglichen Verlauf eher mit unspezifischen Symptomen einher – wie z. B. mit Rückenschmerzen, Schlafproblemen, Ängsten, depressiven Verstimmungen

und Appetitlosigkeit. Diese unspezifischen Symptome tragen im Verlauf der Krise selbst zu ihrer Eskalation bei. Wenn der Schlaf kontinuierlich unterbrochen wird, wenn man keinen Appetit mehr hat, dann schwächt dies die Betroffenen zusätzlich und verschlechtert insgesamt deren Situation. Überdies führen anhaltende Ängste und depressive Verstimmungen auf die Dauer zu resignativen Gefühlen und Selbstzweifeln, was ebenfalls zu einer Verschärfung der Krise führt. Psychische Krisen entwickeln so eine verhängnisvolle Eigendynamik.

Dazu ein Beispiel in dem die psychische Krise in Verbindung mit der Arbeitssituation steht:

Beispiel

„Frau W. ist 40+ Jahre alt, verheiratet und hat Kinder. Sie arbeitet als Budgetverantwortliche im Haushaltsmanagement des Unternehmens XYZ. Sie ist seit knapp 20 Jahren im Unternehmen und übt ihre jetzige Tätigkeit schon mehrere Jahre erfolgreich aus. Sie macht ihre Arbeit sehr gerne, ist hochmotiviert und was sie erledigt, muss Hand und Fuß haben. Sie bekommt für ihre Arbeit viel Anerkennung und Bestätigung.

In dem Jahr vor ihrem Zusammenbruch arbeitet sie neben ihrer Haupttätigkeit noch in zwei innerbetrieblichen Projekten. Jede dieser Tätigkeiten verfolgt sie mit hohem Verantwortungsbewusstsein. Die Anforderungen nehmen so zu, dass sie vermehrt Überstunden leistet und in der Woche selten unter 50 Stunden arbeitet. Aber auch die Überstunden reichen nicht aus, um die anfallende Arbeit abzuarbeiten. Das führt dazu, dass sie immer öfter ihre Arbeit mit nach Hause nimmt und auch am Wochenende arbeitet.

Sie schläft immer schlechter, wacht nachts oft auf und ihre Gedanken sind sofort bei der Arbeit. Einmal schreckt sie nachts auf, hat Panik und denkt, sie hat einen Herzinfarkt. Am nächsten Tag geht sie zum Arzt, der kann aber nichts feststellen und sie arbeitet einfach weiter. In den folgenden Monaten hat sie oft Magen-, Darmprobleme. Darüber hinaus bekommt sie Probleme mit ihren Zähnen. In dieser Situation besucht sie eine Homöopathin und die fragt sie, ob sie zurzeit zu viel Stress habe? Während dieser Zeit schläft sie nur noch 3 bis 4 Stunden pro Nacht. Sie verliert immer mehr den Überblick über ihre Arbeit, hetzt von einem Termin zum anderen und kann sich immer schlechter konzentrieren. Und dann geht auf einmal gar nichts mehr! Wenn sie zur Arbeit fahren will, fängt sie an zu weinen. Sie fühlt sich als Versagerin und ist voller Selbstvorwürfe und -zweifel. Sie kontaktiert wieder ihren Hausarzt und für sie ist in diesem Moment klar, dass sie psychologische Unterstützung braucht. Sie lässt sich zu einem Facharzt überweisen, der eine schwere Depression diagnostiziert. Die Warnsignale, die hat sie einfach nicht richtig interpretiert. Erst während eines Klinikaufenthaltes beginnt sie ihren Weg in die Erkrankung zu verstehen“ (BAuA-Studie F2319).

Hans-Peter Unger, Chefarzt des Zentrums für seelische Gesundheit der Asklepios Klinik Hamburg-Harburg, und andere (Unger und Kleinschmidt 2007; Wittchen et al. 1995) sprechen in diesem Kontext von einer gesundheitsgefährdenden Erschöpfungsspirale, die nicht mit einer Krankheit verwechselt werden darf. An deren Ende angekommen, kann sie allerdings wie im Falle von Frau W. zu einer Erkrankung führen: zu einer Angststörung, Depression oder anderen Erkrankungen wie z. B. einer Herz-Kreislauferkrankung oder einem chronischen Schmerzsyndrom. Das Beispiel weist einen starken Bezug der sich entwickelnden psychischen Krise zu den Arbeitsumständen und der Einstellung zur Arbeit auf. Dass Frau W. kein Einzelfall ist, zeigen verschiedene Studien, u. a. eine Studie der schwedischen Ärztin Marie Asberg und Kollegen vom Karolinska-Institut in Stockholm (2001). Sie interviewten Angestellte in mittleren Positionen, die länger als drei Monate krankgeschrieben waren. Gemeinsam war allen, dass sie besonders verlässlich und leistungsfähig waren und sich, wie im Fall von Frau W. geschildert, kaum Grenzen bei der Arbeit setzten, also eine hohe Verausgabungsbereitschaft, einen hohen Anspruch und wenig Distanz gegenüber der Arbeit zeigten, was bis zur totalen Erschöpfung führte.

Unger und Kleinschmidt (2007) sprechen in Anlehnung an Asberg et al. (2001) von einer Erschöpfungsspirale, also einem Prozess zwischen Wohlbefinden und Krankheit, der sich anhand von drei Stufen charakterisieren lässt:

— **Stufe 1: Anzeichen der Erschöpfung**

Schlafstörungen, Energieverlust, Gedankenenge etc. bilden Frühwarnzeichen, die, wenn wir sie frühzeitig erkennen und etwas dagegen tun, uns helfen, nicht zu erschöpfen.

— **Stufe 2: Zunehmende Erschöpfung**

äußert sich vor allem durch eine erhöhte Dünnhäutigkeit, Reizbarkeit bis hin zu aggressiven Ausbrüchen, Konzentrationsproblem und sozialem Rückzug. In dieser Phase dreht sich alles nur noch um die Arbeit und die Leistungsbereitschaft nimmt hier sogar noch zu.

— **Stufe 3: Völlige Erschöpfung**

zeigt sich insbesondere durch Motivations- und Interessenverlust, starke Stimmungsschwankungen bis hin zu suizidalen Gedanken (Unger und Kleinschmidt 2007, Pos. 1315).

Losgelöst von den konkreten Ursachen der psychischen Krise, die, wie wir wissen, nicht nur durch Arbeitsumstände ausgelöst werden, lassen sich nach Rauchfleisch (2002) vier Phasen einer psychischen Krise identifizieren:

- **Vorstadium:** Konflikte spitzen sich zu
- **1. Phase:** Coping-Strategien brechen zusammen (Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht)
- **2. Phase:** Verfestigung der Krise (Resignation, sozialer Rückzug)
- **3. Phase:** konstruktive Lösung oder totale Resignation, u. U. Suizidalität
- **4. Phase:** finden eines neuen psychosozialen Gleichgewichts

(Rauchfleisch 2001, S. 69).

Betrachtet man die Stufen der Erschöpfungsspirale bzw. die Phasen einer psychischen Krise und ruft sich das Beispiel von Frau W. in Erinnerung, wird deutlich, dass eine Erschöpfung bzw. eine sich zuspitzende Krise frühzeitig, spät oder zu spät erkannt werden kann. Je früher wir erste Anzeichen erkennen, desto einfacher ist es, Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Frühzeitige Interventionen sind abhängig von der Sensibilität der Betroffenen selbst und von der des Umfeldes: in der Regel ist es so, dass beides miteinander in Wechselwirkung steht.

Psychische Krisen betreffen den ganzen Menschen. Sie haben körperliche, emotionale, geistige und soziale Auswirkungen. Je weiter sie fortschreiten, desto mehr schränken sie unsere Entfaltungsmöglichkeiten ein. Wir bleiben sozusagen „eingeklemmt und gefangen in ganz bestimmten Aktionsengpässen“ (Preiter 2013, S. 30). Sie erzeugen Verunsicherung und Angst, schwächen unser Autonomieerleben und zunehmend auch unser Selbstwertgefühl. Im ungünstigsten Fall münden sie in einer existentiellen Krise und/oder manifesten Erkrankung.

„Damit wackeln nicht nur die Wände des Seins um uns herum. (...) Auch der Sinn mit denen wir diese Wände zusammenhalten, beginnt zu bröckeln und bricht manchmal ganz zusammen.“ (Preiter 2013, S. 30)

Gleichzeitig kann eine psychische Krise bzw. Erkrankung auch ein einmaliges Ereignis sein. Sie muss sich weder wiederholen noch muss sie sich chronifizieren. Sie kann behandelt und bewältigt werden. Wesentlich für die Krisensituation und die weitere Entwicklung sind neben der Art und Schwere des Ereignisses vor allem die Verfügbarkeit und Belastbarkeit des Umfeldes, einschließlich der professionellen Helfer (Rauchfleisch 2001).

- **Krisen sind nicht nur als ein individuelles Geschehen zu verstehen, sondern sie haben immer auch eine soziale Dimension. Die soziale Dimension ist ein wesentlicher Teil der Bewältigung und Verarbeitung von psychischen Krisen und Erkrankungen, insbesondere auf dem Weg der Rückkehr in den Betrieb nach längerer Arbeitsunfähigkeit.**

3.3 Psychische Erkrankungen: Burnout, Depressionen und Angsterkrankungen

Bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen ist Stress eine vermittelnde Instanz. Traumatische und dauerhaft belastende Erlebnisse und Erfahrungen in der Kindheit können z. B. unser Stresssystem derart verändern, dass sie zu einer erhöhten Stressreaktionsbereitschaft führen (Unger und Kleinschmidt 2007). Das Stress-Hormonsystem wird durch diese Erlebnisse und Erfahrungen immer wieder extrem aktiviert und letztlich so geprägt, dass dadurch sozusagen eine biologische Narbe entsteht (ebd.). Hinzu kann eine genetische Anfälligkeit kommen, die ebenfalls die Stressreaktionsbereitschaft erhöhen kann. Doch eine derart vorhandene Stressanfälligkeit macht noch keine Erkrankung aus. Über die individuelle Veranlagung hinaus sind es vor allem psychosoziale Stressoren, die zur Entstehung einer psychischen Erkrankung beitragen (ebd.). Auch können diese ohne eine entsprechende Veranlagung psychische Erkrankungen auslösen. Außerdem sind bei der Entstehung psychischer Erkrankungen in der Regel Faktoren erforderlich, die zu einer Aufrechterhaltung der Situation beitragen (■ Abb. 3.1) – bei Angsterkrankungen bspw. ein Teufelskreis aus Erwartungs- und Vermeidungsängsten, bei Depressionen wiederkehrende Ängste vor Zurückweisung und Enttäuschung oder Gefühle der Wertlosigkeit und Entwertung. Eine Ausnahme bilden hier allerdings psychische Erkrankungen aufgrund organischer Ursachen. Sie entstehen in der Regel unabhängig von den bisher genannten Faktoren (ebd.).

Zusammenfassend lassen sich Unger und Kleinschmidt (2007) vier Faktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen aufführen:

- die genetische Disposition bzw. Anfälligkeit
- traumatische Erlebnisse in der Kindheit (biologische Narben)
- psychosoziale Stressoren (Angst vor Arbeitsplatzverlust, Dauerstress bei der Arbeit, Trennungserlebnisse, Krankheit, Tod eines Angehörigen etc.) und
- körperliche bzw. organische Ursachen
- psychodynamische Prozesse (z.B. Erwartungs- und Vermeidungsängste).



■ Abb. 3.1 Entstehungsbedingungen von psychischen Erkrankungen

Darüber hinaus spielen aber auch individuelle Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten eine große Rolle bei der Entstehung psychischer Erkrankungen.

Vor dem Hintergrund der Rückkehr in den Betrieb und insbesondere hinsichtlich erforderlicher flankierender Maßnahmen der Wiedereingliederung interessiert immer auch die Frage, ob die psychische Erkrankung arbeitsplatzabhängig bzw. -unabhängig ist. Im Folgenden beziehen wir uns auf psychische Krisen und Erkrankungen, die in den Fallbeispielen der BAuA-Studie F2319 immer wieder thematisiert wurden und vor diesem Hintergrund als betrieblich besonders relevant erachtet werden. Dazu zählen das Burnout-Syndrom, Depressionen und Angsterkrankungen. Weitergehende Informationen zu psychischen Erkrankungen finden sich u. a. auf den Internetseiten des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit und der Bundespsychotherapeutenkammer.

3.3.1 Burnout

Beispiel

„Die letzten Jahre waren für mich beruflich sehr anstrengend und doch war meine Arbeit als Krankenpfleger immer der stabilisierende Faktor in meinem Leben. Doch dann wurde meine Mutter schwer krank und meine Frau trennte sich nach 20 Jahre Ehe von mir. Ich hatte viel zu tun bei der Arbeit. Gleichzeitig kümmerte ich mich sehr intensiv um meine schwer kranke Mutter. Nachdem meine Mutter gestorben war, gab ich bei der Arbeit noch mehr Gas. Das half mir, mich abzulenken und Dinge abzuarbeiten, die liegengeblieben waren. Für mich selbst hatte ich keine Zeit mehr. Der Kontakt zu meiner Frau brach ganz ab und zu meinen Kindern hatte ich auch nur noch ein oberflächliches Verhältnis. Mit der Zeit konnte ich mich bei der Arbeit immer schlechter konzentrieren, die Arbeit mit den Patienten machte mir keinen Spaß mehr, ich verlor schnell die Geduld, reagierte gereizt und wurde aggressiv. Und das verschlechterte meinen Zustand noch mehr. Meine zunehmende Erschöpfung ignorierte ich. Ich wurde zunehmend frustrierter und machte mir ständig Selbstvorwürfe. Ich fühlte mich als Versager! Diese negativen Gefühle versuchte ich mit noch mehr Arbeit zu kompensieren, aber irgendwann war die Luft raus. Irgendwann war mir alles völlig gleichgültig, ich wollte morgens nicht mehr aufstehen. Der Gedanke so weiterleben zu müssen, wurde unerträglich“ (BAuA-Studie F2319).

Burnout wird heutzutage vor allem als ein Prozess des Ausbrennens beschrieben (DGPPN 2012), der sich durch folgende Merkmale charakterisieren lässt:

- emotionale Erschöpfung
- Zynismus, Distanzierung und Depersonalisation
- verringerte Arbeitsleistung (DGPPN 2012).

Die Betroffenen selbst sehen ihre Beschwerden als die Folge von Arbeitsbelastungen. Sie gehen einher mit Krankheitssymptomen wie etwa Konzentrationsstörungen, erhöhter Reizbarkeit und Aggressivität bis hin zu Verzweiflung, depressiven Anzeichen und Suizidalität. Burnout ist allerdings keine eigenständige Erkrankung, sondern nach ICD-10 eine inadäquate Verhaltensweise gegenüber einer zunehmenden Stressbelastung (Schwierigkeit bei der Lebensbewältigung).

Gleichwohl lässt sich nach Auffassung der DGPPN (2012) das Burnout-Beschwerdebild nicht auf arbeitsplatzbezogene Faktoren begrenzen, „vielmehr müssen die dynamischen Zusammenhänge der arbeitsplatzbezogenen und individuellen Auslösebedingungen (...) berücksichtigt werden.“ (ebd. S. 3 f.). Um aber von einem Burnout überhaupt zu sprechen, muss eine längerfristige Arbeitsüberforderung vorliegen, die mit negativen Stresssymptomen einhergeht. Dazu zählen bspw. Symptome wie Angespanntheit, verminderte Schlafqualität und ein damit verbundenes Erschöpfungsgefühl. Auch wenn der Burnout keine Erkrankung darstellt, lässt er sich

zumindest als ein „Risikozustand für eine spätere psychische oder körperliche Erkrankung darstellen“ (ebd. S. 5). Burnout-Zustände gehen oftmals in depressive, Angst- oder Abhängigkeits-erkrankungen über oder tragen zur Entstehung von Tinnitus oder Hypertonie bei.

Betrachtet man die Entwicklungsspirale eines sogenannten Burnout-Syndroms fällt auf, dass bereits in der zweiten Stufe genügend Symptome vorhanden sind, um eine leichte bis mittelgradige Depression zu diagnostizieren. Im klinischen Alltag in der Psychiatrie und Psychotherapie scheinen mehr als 60 Prozent der sogenannten Burnout-Syndrome die Kriterien einer Depression zu erfüllen (Unger und Kleinschmidt 2007). Wenn für das Burnout-Syndrom oder die Depression arbeitsplatzbedingte Stressoren als Hauptfaktoren identifiziert werden, sind diese natürlich zu analysieren, um zukünftig den Umgang hiermit verändern zu können. In diesem Kontext sind zwei zentrale Fragen zu beantworten:

? Was können die Unternehmen und die Beschäftigten dazu beitragen, dass ein Burnout verhindert werden kann?

Diese Fragen können ohne eine Gefährdungsbeurteilung und vertiefende Gespräche mit den Betroffenen nicht ausreichend beantwortet werden. Darüber hinaus sollten arbeitsbedingte Belastungen als krankheitsauslösende Faktoren, wenn sie denn eine entscheidende Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Erkrankung spielen, eine Codierung mit der ICD-10 Anhangsziffer Z 73.0 erfahren (DGPPN 2012).

3.3.2 Depressionen

Beispiel

„Vor ein paar Jahren haben meine Eltern von heute auf morgen den Kontakt zu mir abgebrochen. Damit bin ich überhaupt nicht klargekommen. Zu der Zeit war ich in psychologischer Behandlung und wir haben das Thema zusammen bearbeitet, so dass ich irgendwie damit umgehen konnte. Aber so richtig abgeschlossen habe ich die Situation nie. Eigentlich ging es mir zu der Zeit schon nicht gut, aber krankschreiben lassen kam für mich nicht infrage, weil ich wusste, was das für meine Kollegen bedeuten würde, wenn ich plötzlich ausfalle. Mein Kalender war voller Termine. Deshalb bin ich dann immer auf Arbeit gegangen, obwohl es mir eigentlich gar nicht nach Arbeiten war. Also der Spaß, den ich vorher auf der Arbeit hatte, der wurde immer weniger. Und dann wurde mir mehr oder weniger bewusst, dass ich mit dem Stress bei der Arbeit, an dem man eh' nichts ändern kann, dass ich mit dem eigentlich nicht mehr umgehen konnte. Ich war immer total abgeschlagen, hab zu nix mehr Lust gehabt, keine Freizeitaktivitäten, nix mehr. Ich hab auch schlaflose Nächte gehabt, konnte schlecht einschlafen, nicht richtig durchschlafen. Und auf der Arbeit ließ dann die Konzentration nach und auch der Elan war weg. Alles so Sachen, wo man sich auch Gedanken macht und denkt, so kann es nicht weitergehen. Abends nach der Arbeit war ich nur noch geschafft. Ich hatte keine Lust mehr mich mit Freunden zu treffen. Ja, ich hab nur noch funktioniert. Und dann war mir irgendwann klar, jetzt muss ich die Notbremse ziehen und dann habe ich mit meinem Hausarzt gesprochen und eine Reha beantragt“ (Herr B, 40 Jahre, BAuA-Studie F2319).

Nicht jede Traurigkeit, Antriebslosigkeit oder körperliche Beschwerden sind gleich Kennzeichen einer depressiven Erkrankung. Jeder Mensch kennt aus eigenen Erfahrungen Zeiten, in denen er niedergeschlagen und/oder traurig ist. Man fühlt sich unruhig, ängstlich und ohne Energie. Entsprechende Gefühle und Zustände sind Stimmungsschwankungen, die mit zwischenmenschlichen

Problemen, beruflichem und privatem Stress einhergehen oder durch den Verlust eines nahestehenden Angehörigen ausgelöst werden können. Gerade der Trauerprozess wird oft mit einer Depression verwechselt. Trauer ist aber in diesem Fall nicht Ausdruck einer Erkrankung, sondern hilft, Verlust und Trennung zu bewältigen, ohne sich vom Schmerz überwältigen zu lassen (Allianz 2011).

Eine **Depression** geht einher mit drei Kernsymptomen und anderen unspezifischen Anzeichen:

- einer deprimierten Stimmung
- Freud-, Interessen- und Gefühlslosigkeit
- Kraft und Antriebslosigkeit und
- weiteren psychischen Symptomen wie z. B. Angst, verringertem Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit bis hin zu Suizidgedanken
- körperlichen Symptomen wie z. B. Schlaflosigkeit, Atemnot, Beklemmungen Herzbeschwerden
- Konzentrationsschwierigkeiten

(Müller-Röhrich et al. 2013).

Oft stehen Schlafstörungen am Anfang der Depression. Man schläft schlecht ein und/oder wacht oft und früh auf, grübelt möglicherweise im Bett. Der Schlaf ist in diesem Fall nicht mehr erholsam. Nicht selten besteht deshalb eine Tagesmüdigkeit und die Energie lässt nach. Vor allem aber schwindet das Interesse an Dingen, die vorher Spaß gemacht haben. Je niedergedrückter die Stimmung ist, desto schwieriger lassen sich Aufgaben im Haushalt oder bei der Arbeit bewältigen. Negative Gedanken nehmen so im Verlauf der depressiven Episode zu und verstärken wiederum das Grübeln. Diese Symptomatik kann sich so verselbständigen und verstärken, dass ein Betroffener nicht mehr positiv in die Zukunft blicken kann. Er sieht keinen Sinn mehr im Leben, Hoffnungslosigkeit dominiert das Alltagsempfinden.

Die niedergedrückte, traurige Stimmung kann aber auch mit erhöhter Reizbarkeit und Wut (insbesondere bei Männern) einhergehen. Die Antriebsstörung, Ängste und Energielosigkeit führen im weiteren Verlauf zu einem sozialen Rückzug, was wiederum die depressive Symptomatik weiter verstärkt.

„Am Arbeitsplatz werden vor allem Aufmerksamkeits- und Antriebsstörungen auffällig. Flüchtigkeitsfehler treten vermehrt auf, Arbeitsabläufe werden häufiger kontrolliert und unterbrochen. Der Beschäftigte ist unkonzentriert, vergesslich, häufig zerfahren. (...) Vorher aktive und integrierte Persönlichkeiten nehmen an Veranstaltungen mit Kollegen nicht mehr teil, wirken unsicher und tieftaurig. Kritik an der Leistung oder dem Verhalten kann zu starken Selbstzweifeln führen. (...) Letztendlich setzt ein Kreislauf von Schuld, Versagen, dem Ausdrücken von Wert-, Entschluss- und Hoffnungslosigkeit ein mit Äußerungen und Gefühlen wie z. B. 'ich bin nichts wert, ich bin unzumutbar, keiner kann mir helfen'“ (BKK 2011, S. 17 ff).

Ein erfolgreiches Arbeiten ist in diesem Zustand nicht mehr möglich. Nach eventuellen längeren Phasen des Präsentismus wird der Betroffene schließlich arbeitsunfähig.

Eine depressive Episode kann einmalig sein, häufig kommt es aber auch nach einer längeren Zeit der Beschwerdefreiheit wieder zu einer erneuten Episode, insbesondere dann, wenn einzelne Symptome weiterbestehen – wie z. B. Schlafstörungen, Antriebs- und Konzentrationsstörungen.

Behandlung

Jede Therapie sollte auf einem individuellen Behandlungskonzept basieren und ist abhängig vom jeweiligen Schweregrad der Erkrankung. In der Regel werden medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlungsformen gewählt. Außerdem werden Entspannungstechniken

eingesetzt. Im Sinne einer leitliniengerechten Therapie, sagt Prof. Berger von der Uniklinik Freiburg, steht am Anfang „bei leichteren Depressionen das sogenannte, Watchful Waiting“: Der Patient wird über Depressionen und ihre Charakteristika beraten, ohne dass sofort eine spezifische Therapie begonnen wird. Stattdessen verfolgt man zunächst den Verlauf der Stimmungsver-schlechterung. Nicht selten entwickeln sich die Dinge nach einer vorübergehenden Entlastung des Patienten von selbst zum Positiven“ (Allianz-Report 2011, S. 38 f).

Wenn sich der Zustand nach zwei Wochen unter ärztlicher Kontrolle nicht verbessert, ist eine längerfristige Behandlung erstrebenswert. Leichte Depressionen können zunächst mit sogenannten Kurzzeittherapien behandelt werden. Darüber hinaus können Medikamente eingesetzt werden, insbesondere dann, wenn die Patienten dies wünschen (Allianz-Report 2011).

Bei schwereren Verläufen und entsprechend ausgeprägten Symptomen ist eine Kombination aus Medikamenten und Psychotherapie sinnvoll (ebd.). Beide Therapieformen stützen sich gegenseitig: Während Medikamente schnell wirken, ist eine Psychotherapie nachhaltiger. Beide Therapieformen sollten, damit sie möglichst effektiv wirken, nach Abklingen der Symptome eine gewisse Zeit lang aufrechterhalten und dann sukzessive reduziert werden (Allianz-Report 2011).

Depressionen stellen eine große Herausforderung für die behandelnden Ärzte und Therapeuten sowie für die betroffenen Menschen dar. Wenn aber eine adäquate (d. h. eine frühzeitige und zeitlich bzw. fachlich ausreichende) Behandlung erfolgt, kann den Betroffenen sehr gut geholfen werden. Dazu ist es erforderlich, dass sich die Betroffenen aktiv an der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung beteiligen. Darüber hinaus kann sich eine angemessene Unterstützung durch das soziale Umfeld und im Falle der Wiedereingliederung durch das betriebliche Umfeld positiv auf den Verlauf auswirken (siehe dazu auch ► Kap. 7).

3.3.3 Angststörungen

Beispiel

„Marie hat Angst. Aber sonst geht es ihr blendend. Porträt einer jungen Frau“, titelt die Geschichte einer jungen Frau, die an Panikattacken leidet.

„Die Angst beginnt im Kopf, aber sie befällt schnell den ganzen Organismus. Erst beginnt Marie zu zittern und zu schwitzen. Ihr Puls wird schneller, sie hat das Gefühl, keine Luft mehr zu kriegen, manchmal kommen noch Bauchschmerzen dazu. Als Außenstehender bekommt man das alles gar nicht mit – nur, dass Marie apathisch wirkt: „Wenn die Leute mich dann so zitternd an der Supermarktkasse sehen, denken sie bestimmt, ich sei Alkoholikerin, aber in Wirklichkeit stehe ich da gerade Todesängste aus“. (...) Im einen Moment ist Marie noch ganz ruhig und plötzlich überlegt sie, wie schlimm es wäre, wenn sie keine Luft mehr bekäme oder einen Herzinfarkt. Und prompt beginnt ihr Körper, ihre Atmung zu behindern oder ihr Herz schneller schlagen zu lassen. „Ich weiß, es klingt seltsam, aber ich denke in solchen Momenten tatsächlich, dass ich sterben könnte“, sagt Marie. Wenn niemand da ist, der ihr hilft und die Symptome ihrer Panikattacke richtig deutet, muss Marie ihre Angst ausstehen – bis der Körper so erschöpft ist, dass er die fixe Idee nicht mehr aufrechterhalten kann. Das kann eine halbe Stunde dauern und wenn Marie danach nicht sofort etwas isst, bricht sie vor Erschöpfung zusammen“ (Gehrs 2014/15, S. 5f.).

Angst ist ein Grundgefühl menschlichen Daseins. Es ist eine natürliche und biologisch festgelegte Reaktionsform auf bedrohlich bzw. unkontrollierbar erlebte Situationen. Ein Leben ohne Angst gibt es nicht. Menschen unterscheiden sich vor allem darin, wie sie gelernt haben, Angst auszudrücken bzw. wie sie mit ihr umgehen, insbesondere wie die eigene Angst vor der Angst zugelassen oder abgewehrt wird (Fabian 2013).

Angst ist ein mit Beengung, Erregung und Verzweiflung verknüpftes Lebensgefühl. (...) Angst ist immer Körperliches, Seelisches und Geistiges zugleich (...) eine Sache des ganzen Menschen. (Hellner zit. in Fabian 2013, S. 15)

Angst ist ein Alarmsignal und ermöglicht unbewusste schnelle „Alarmreaktionen“. Die mit der Angst verbundenen oft extrem schnell eintretenden körperlichen Veränderungen wie bspw. erhöhter Herzschlag, Anspannung der Muskeln, Adrenalinausstoß und erhöhte Aufmerksamkeit bereiten den Körper darauf vor, sehr schnell zu handeln.

„Normal“ ist eine Angst, wenn sie bewusst erlebt wird und unser Leben nicht dominiert, wenn sie sozusagen als „Motor des Lebens“ tätig ist und ein konstruktiver Umgang mit ihr möglich bleibt (Fabian 2013). In dieser Form schützt sie uns vor drohenden Gefahren und kann unser Überleben sichern. Im besten Falle macht sie klug, handlungssicher und hilft, Gefahren adäquat zu begegnen.

Umgekehrt gerät im Falle einer **Angsterkrankung** die Angst zunehmend außer Kontrolle. Das heißt, eigentlich an sich normale Reaktionen werden übersteigert erlebt. Merkmale dafür sind, dass:

- die Angstreaktionen unangemessen sind
- sie zu stark, zu häufig auftreten und zu lange anhalten
- sie die Betroffenen extrem belasten und starkes Leiden verursachen
- sie zur Vermeidung alltäglicher Aktivitäten und Situationen führen und
- kein unbeschwertes Leben mehr zulassen

(Wittchen et al. 1995, S. 16).

Wird die Angst übermäßig, lähmt sie und macht handlungsunfähig und/oder aggressiv.

Angsterkrankungen können sich unterschiedlich äußern. Bei der *Panikstörung* kommt es zu plötzlichen und unerwarteten Panikattacken, ohne dass auf den ersten Blick eine Ursache dafür erkennbar ist. Innerhalb weniger Sekunden rast das Herz, es verengt sich die Brust, es kann zu Schwindel und Ersticken kommen. Häufig glauben die Menschen, dass sie einen Herzanfall haben und sterben. Bei der *generalisierten Angststörung* äußern die Betroffenen übertriebene, eigentlich unrealistische andauernde Besorgnisse und Befürchtungen in Bezug auf die vielfältigsten Aspekte des Lebens. Menschen mit dieser Störung machen sich den ganzen Tag Sorgen, ohne dass eigentlich ein Anlass besteht. Dies führt zu vielfältigen körperlichen und seelischen Problemen wie z. B. ängstliche Anspannung, körperliche Unruhe, Unfähigkeit, sich zu entspannen, Schlafstörungen etc. Aufgrund dieser sehr unterschiedlichen Symptome wird diese Erkrankung häufig übersehen und lediglich die körperlichen Symptome behandelt. Beide Angststörungen sind nicht selten, mehr als 2 Millionen Menschen waren oder sind in Deutschland davon betroffen (Wittchen et al. 1995, S. 20 ff). Weitere Angststörungen sind z. B. die Phobien wie die Platzangst, eine unkontrollierte Angst, die auf offenen Plätzen, in Menschenmengen, zu engen Räumen oder Verkehrsmitteln auftreten kann. Soziale Phobien äußern sich in unangemessenen Ängsten vor sozialen Situationen wie z. B. die Angst davor, sich in Gegenwart von anderen zu äußern, öffentlich zu reden, zu essen etc. Zu gravierenden beruflichen Problemen kann es dann kommen, wenn aufgrund größerer beruflicher Veränderungen wie z. B. einer Beförderung oder Versetzung die Betroffenen plötzlich gezwungen sind, vor anderen zu sprechen, Leitungsaufgaben wahrzunehmen etc.

Im Arbeitsleben führen Angststörungen häufig dazu, unangenehme Situationen zu meiden und sich mehr und mehr aus beruflichen Aufgaben zurückzuziehen. Dies führt bei den Kollegen und Vorgesetzten zu Unverständnis, die Betroffenen werden als „Drückeberger“ angesehen und abgewertet, da Arbeitsaufgaben nicht mehr im vollem Umfang erledigt werden können.

Einzelne Angstattacken machen noch keine Angsterkrankung aus. Dazu sind aufrechterhaltende Mechanismen erforderlich.

Angst wird immer dann zum Problem, wenn Sie in einen Teufelskreis von Erwartungsangst, Katastrophengedanken und der Beobachtung von körperlichen und anderen Angstmerkmalen kommen (...) Körperliche Symptome der Angst werden deutlich stärker, wenn man besonders auf sie achtet. Da Sie keine Erklärung für die Symptome haben, interpretieren Sie sie als gefährlich, werden ängstlich, und je ängstlicher Sie werden, umso stärker werden die Symptome.

(Wittchen et al. 1995, S. 32)

Gedanken und Phantasien spielen dabei eine wichtige Rolle. Eine wesentliche Funktion übernimmt hier die Erwartungsangst: die Angst vor der Angst. Indem diese abgewehrt und verdrängt wird, kommt es meistens zu wiederholten Angstanfällen. Es entsteht sozusagen ein Teufelskreislauf aus Vermeidung und Angst. Zunächst bezieht sie sich auf ganz konkrete Situationen, später wird daraus mehr und mehr eine Angst vor allen ähnlichen Situationen, bis es schließlich die Angst vor der Angst ist, die den ganzen Alltag beeinträchtigt. Immer mehr Situationen werden vermieden. Man muss sozusagen ständig aufpassen, ob nicht doch irgendwo wieder Angst auftaucht. Es braucht nicht mehr so starke Auslöser, auch kleine Belastungen reichen aus, um Angst zu erzeugen. Es kommt öfter zu Angstattacken, noch mehr Situationen müssen vermieden werden, der Stress und die Anfälligkeit steigen: Der Teufelskreis von Vermeidung und Angst wird schneller und enger. Krankhafte Angst ist daher vor allem abgewehrte Angst. Sie „verhindert durch ihre Ausmaße ein zielbewusstes, genießendes Leben in Beziehung zu anderen Menschen und Gruppen“ (Fabian 2013).

3.3.4 Behandlung

Eine kognitive Verhaltenstherapie ist besonders geeignet, Angsterkrankungen erfolgreich zu behandeln. Es geht in einem ersten Schritt darum, die angstauslösenden Gedanken und Phantasien verstehen zu lernen. Ziel ist es dann, die Angstgedanken, Angstgefühle und körperlichen Reaktionen zu durchbrechen, sie unter Kontrolle zu bringen. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Behandlung ist das Erlernen eines Entspannungsverfahrens wie z. B. Achtsamkeitstraining oder Yoga.

Literatur

- Allianz Deutschland AG, & Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (Hrsg.). (2011). Depression- Wie die Krankheit unsere Seele belastet. München/ <http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/sonstige/Allianz-Report-Depression.pdf>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Asberg, M., Nygren, A., & Rylander, G. (2001). Arbeitsbezogener Stress und seine Folgen. In: W. Gleißmann. Ergebnisse eines internationalen Workshops des Internationalen Metallgewerkschaftsbundes (IMB) zum Thema „Stress und Burnout“. <http://archiv.labournet.de/diskussion/arbeitsalltag/gh/schweden.pdf>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Bartmann, C. (2012). *Leben im Büro*. München: Carl Hanser.
- BKK Dachverband & Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK). (Hrsg.). (2015). *Psychisch krank im Job. Verstehen. Vorbeugen. Erkennen. Bewältigen*. Bonn: BKK. http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/BKK_Dach_Broschüre_Psychisch_FINALE_WEBDATEI_alles.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- BKK Bundesverband GbR, & Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.v.) unter Mitarbeit Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (Hrsg.). (2011). *Psychisch krank im Job. Was tun?* https://www.bgm-bkk.de/uploads/media/Psychisch_krank_im_Job_%E2%80%93_93_was_tun_BKK_BV_2011.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2012). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Thema Burnout. Berlin. http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/stellungnahme_dgppn_2012.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.

- Fabian, E. (2013). *Die Angst. Geschichte. Psychodynamik, Therapie*. Münster: Waxmann Verlag.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 30: 159–165. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x/abstract>. Zugriffen: 06. Mai 2016.
- Gangl, V. (2015). Gesundheit ist mehrdimensional. Grundlagen einer Gesundheitsbildung – In: Magazin Erwachsenenbildung.at 2015 24, 11 S. http://www.pedocs.de/volltexte/2015/10361/pdf/Erwachsenenbildung_24_2015_Gangl_Gesundheit_ist_mehrdimensional.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Gehrs, O. (2014/15). Marie hat Angst. Aber sonst geht es ihr blendend. Portrait einer jungen Frau. IN: Zeitschrift Fluter, 2014/15, Nr. 53: 5-7. http://www.fluter.de/sites/default/files/magazines/pdf/53_angst.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Hellner, H. (1969). *Über die Angst. Gedanken eines Chirurgen*. Stuttgart: Hippokrates Verlag, In: E. Fabian 2013 *Die Angst. Geschichte, Psychodynamik, Therapie*. Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim: Juventa.
- Langerock, B., & Schmitz, H. (2014). *Momentaufnahmen der Reflexion. Fotografie und Philosophie*. Breisgau München: Alber Verlag.
- Müller-Röhrich, T., Hass, K., & Margue, M. (2013). *Schattendasein – Das unverstandene Leiden Depression*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Nietzsche, F. (1882/1973). Die fröhliche Wissenschaft. In: Werke. Kritische Gesamtausgabe. (Hrsg.) von Giorgio Colli und Mazzino Montinari. 5. Abt./2. Bd. Berlin: De Gruyter.
- Preiter, M. (2013). *Die Logik des Verrücktseins. Einblicke in die geheimen Räume unserer Psyche*. München: Kösel Verlag. eBook.
- Rauchfleisch, U. (2001). *Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge*. Stuttgart: UTB Fachwissenschaft.
- Unger, H.P., & Kleinschmidt, C. (2007). *Bevor der Job krank macht. Wie uns die heutige Arbeitswelt in die seelische Erschöpfung treibt – und was man dagegen tun kann*. München: Kösel Verlag.
- Wittchen, H.U., Bullinger-Naber, M., Dorfmueller, M., Hand, I., Kaspar, S., Katschnig, H., & Angst, H.-R. (1995). *Angsterkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten*. Karger Verlag: Basel Freiburg Paris u.a.

Return-to-Work (RTW) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

- 4.1 Return-to-Work als multidimensionaler Prozess – 43**
- 4.2 Das Betriebliche Eingliederungsmanagement im Return-to-Work-Prozess – 45**
- 4.3 Return-to-Work als kontinuierlicher Prozess: Von der Arbeitsunfähigkeit bis zur Rückkehr in den Betrieb – 47**
 - 4.3.1 Die Versorgungssituation im Falle psychischer Krisen und Erkrankungen – 47
 - 4.3.2 Ein idealer RTW-Prozess aus der medizinisch therapeutischen Perspektive – 48
- 4.4 Die Rückkehr in den Betrieb nach einer psychischen Krise bzw. Erkrankung – 49**
 - 4.4.1 Stigmatisierung als „zweite Erkrankung“ und Folgen einer beschädigten sozialen Identität – 50
 - 4.4.2 Die betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der RTW-Experten: Vom problemzentrierten zum lösungs- bzw. ressourcenorientierten Ansatz – 51
 - 4.4.3 Betriebliche Wiedereingliederung als systemischer Prozess – 52
 - 4.4.4 Der persönliche und frühzeitige Kontakt zu dem erkrankten Mitarbeiter als Ausgangspunkt für eine erfolgreiche Rückkehr in den Betrieb – 52

4.4.5 Der richtige Zeitpunkt der Rückkehr als gemeinsame Entscheidungsfindung – 54

4.5 **Der RTW-Coach als professioneller Begleiter im Return-to-Work-Prozess: Beratung, Mediation, Koordination und Netzwerken – 55**

Literatur – 57

Zusammenfassung

Return-to-Work ist ein multidimensionaler Prozess, der auf eine Vernetzung betrieblicher und überbetrieblicher Schlüsselakteure abzielt. Im Mittelpunkt steht dabei der zurückkehrende Beschäftigte, unterstützt und begleitet durch professionelle RTW-Coaches, die die arbeitsmedizinische und medizinisch-therapeutische Expertise bündeln, die für die Rückkehr in den Betrieb erforderlich sind. Die betriebliche Wiedereingliederung wird als ein systemischer Prozess verstanden. Er sollte möglichst frühzeitig beginnen, professionell begleitet werden und in ein betriebliches Gesundheits- bzw. Eingliederungsmanagement eingebettet sein.

Schlüsselwörter

Return-to-Work (RTW); Multidimensionaler Prozess; Systemischer Prozess; Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement (BGM/BEM)

4.1 Return-to-Work als multidimensionaler Prozess

» Return-to-Work (RTW) ist mehr als ein Betriebliches Eingliederungsmanagement. Es ist ein „multidimensionaler Prozess unter aktiver Einbindung der Betroffenen, der maßgeblichen Akteure des Versorgungssystems, der Unternehmen und der Sozialversicherungsträger (...)“ (Weber et al. 2014, S. 26).

Return-to-Work ist die Vernetzung des medizinisch-therapeutischen und betrieblichen Systems und entwickelt sich entlang der Zusammenarbeit zwischen Haus-/Facharzt, Klinik, medizinischer/beruflicher Rehabilitation und Unternehmen (siehe dazu ■ Abb. 4.1).

Dazu ist es notwendig, dass Betriebe und Unternehmen über ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) verfügen, das frühzeitig Unterstützung im Return-to-Work-Prozess ermöglicht. Der RTW-Prozess braucht diese Impulse aus den Betrieben. Gleichzeitig ist es aber auch wichtig, dass die Betroffenen selbst und ihre behandelnden Ärzte im Falle einer schweren Erkrankung den Erhalt der Beschäftigungs- und Arbeitsfähigkeit mitdenken und durch ihr Handeln möglich machen.

„Deutschland verfügt über ein breites, ausdifferenziertes Angebot an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“, konstatiert Weber et al. (2014). Dabei kommen Arbeitsmarktorientierung, Unternehmensbezug und den konkreten Anforderungen des Arbeitsarbeitsplatzes (RTW-Orientierung) eine immer größere Bedeutung zu, was den wachsenden Bedarf an arbeitsmedizinischer Kompetenz auch in diesem Versorgungssektor unterstreicht“ (Weber et al. 2014, S. 28).

„Auch eine arbeitsmedizinische Sprechstunde in der Klinik hat sich bewährt. In der täglichen Praxis ist vorteilhaft, wenn ein Ergo- oder Arbeitstherapeut die Ausbildung zum Disability Manager absolviert und in der Klinik eine offene Sprechstunde anbietet“ (Unger, ► Kap. 8).

Ziel eines entsprechenden RTW-Prozesses ist es, die betroffenen Beschäftigten frühzeitig (ohne nennenswerte Verzögerungen, die sich negativ für die Betroffenen auswirken) dabei zu unterstützen, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren und ihre Arbeitsfähigkeit zu festigen. Arbeitsfähigkeit wird hier in einem umfassenden Sinn verstanden, die über die individuellen Faktoren hinaus auch soziale und betriebliche Aspekte umfasst (Tempel und Ilmarinen 2013).

Ein erfolgreicher Return-to-Work-Prozess und das Betriebliche Eingliederungsmanagement benötigen vor diesem Hintergrund medizinische und arbeitsmedizinische Expertise, dürfen aber darauf nicht reduziert werden, da für den RTW-Erfolg den psychosozialen und arbeitsbezogenen Aspekten ein viel höherer Wert zukommt, als bisher angenommen. Entscheidende Voraussetzung ist allerdings ein „positives Votum des Arbeitgebers („AG will“) und seitens des Betroffenen zunächst einmal die Motivation zur Rückkehr („AN will“) (Weber et al. 2014, S. 29).

4.2 Das Betriebliche Eingliederungsmanagement im Return-to-Work-Prozess

- » Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist bestenfalls Teil eines systemischen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die betriebliche Wiedereingliederung als Managementansatz schafft Transparenz, ermöglicht die Gleichbehandlung der Mitarbeiter und erleichtert die einzelfallorientierte Beratung und Unterstützung.

Ziele des BEM sind:

- die Überwindung der Arbeitsunfähigkeit
- die Vorbeugung einer erneuten Arbeitsunfähigkeit sowie
- der Erhalt bzw. die Sicherung der Arbeitsfähigkeit.

Die Verantwortung für den BEM-Prozess liegt beim Arbeitgeber. Anspruch auf ein BEM-Angebot haben alle Beschäftigten, die länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. Der Zeitraum bezieht sich dabei immer auf die letzten zwölf Monate. Die Teilnahme am Betrieblichen Eingliederungsmanagement beruht auf dem Prinzip der Freiwilligkeit und bedarf immer der Zustimmung des Mitarbeiters. Den betrieblichen Interessenvertretungen – Betriebs- bzw. Personalräten und den Schwerbehindertenvertretungen – kommt bei der Ausgestaltung eines betrieblichen Gesundheits- und Eingliederungsmanagements eine wichtige Rolle zu (Stegmann 2005). In der Regel sind es Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräte und/oder Betriebsärzte, die sich um die erkrankten Mitarbeiter kümmern, die sich das dafür nötige Wissen erarbeiten, das Thema nach und nach betriebsöffentlich machen und erste Strukturen legen:

- i** *Und ich habe immer wieder erleben müssen, dass die Unternehmen viele Langzeitkranke führen, über die sie nach den ersten sechs Wochen so gut wie gar nichts mehr wussten: kommt der nun mal wieder, was hat der überhaupt, wird der an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren? Das waren so die ersten Fälle, für die ich mich als zuständiger Betriebsarzt interessiert und versucht habe, Licht ins Dunkel reinzubringen (...) Ich habe dann einfach nach Möglichkeiten gesucht, denen eine Brücke zu bauen, denen Möglichkeiten zu eröffnen, wieder an den Arbeitsplatz zurückzukommen. Daraus hat sich dann im Laufe der Zeit auch das entwickelt, was wir jetzt integratives Eingliederungsmanagement nennen.*
(BA2, F2319)

- Die Rückkehr in den Betrieb lässt sich als ein Verständigungs- und Aushandlungsprozess zwischen allen Beteiligten verstehen, deren Wissen und Mitwirkung für den Erfolg der Wiedereingliederung benötigt wird.

Dazu zählen in erster Linie folgende betriebliche Akteure:

- die zurückkehrenden Mitarbeiter selbst
- der RTW-Coach
- die Vorgesetzten und Kollegen
- Betriebsärzte
- betriebliche Interessenvertretungen
- Arbeitgebervertreter
- der betriebliche Sozialdienst (sofern vorhanden)

und externe Akteure:

- behandelnde Ärzte und/oder Therapeuten
- Integrationsfachdienst
- Arbeitsagentur, Rentenversicherung etc.

➤ Ein professionelles Eingliederungsmanagement benötigt vor allem Legitimation.

Ein BEM braucht dazu immer auch die Unterstützung der Unternehmensleitung. Ohne ein eindeutiges Bekenntnis der Unternehmensleitung, ohne glaubwürdige und vertrauensvolle Schlüsselakteure, ohne ein schlüssiges Konzept und eine darauf aufbauende Öffentlichkeitsarbeit wird es nur bedingt funktionieren, dies zeigen auch die Erfahrungen der befragten RTW-Experten:

i *Betriebliches Eingliederungsmanagement funktioniert nur dort, wo das Bewusstsein dafür ganz oben angekommen ist. Wer Eingliederungsmanagement als Selbstzweck des Betriebsarztes sieht und sagt: ‚Lass den nur machen‘, der wird keinen Erfolg damit haben. Also die Unterstützung von ganz oben, die muss sein.*
(BA2, F2319)

➤ Ein erfolgreiches BEM sollte schrittweise in die betrieblichen Strukturen eingebunden werden. Eine gute Vorarbeit ist mindestens die halbe Miete im Eingliederungsmanagement.

Als allgemeiner Rahmen hat sich bis dato dazu folgendes Vorgehen durchgesetzt:

- betriebliche Erfassung der AU-Zeiten
- Kontaktaufnahme und Vorgespräche mit den betroffenen Mitarbeitern
- Betriebsgespräche zur Planung und Umsetzung der Wiedereingliederung
- Rückkehr in den Betrieb und Durchführung von Maßnahmen der Wiedereingliederung
- Evaluation der Maßnahmen (siehe DGUV 2014; VDBW 2010; iga-Report 2013).

Die Ergebnisse der Studie F 2319 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin machen darüber hinaus deutlich, dass die Phase der Planung, insbesondere bei der Rückkehr nach einer psychischen Krise, zeitaufwändiger ist, als dies in den bisherigen Ansätzen thematisiert wird. Außerdem wird der Charakter der individuellen Vor- und Betriebsgespräche im Falle einer psychischen Erkrankung spezifiziert und es wird deutlich gemacht, dass eine gezielte Nachsorge hilfreich ist. Vor diesem Hintergrund haben wir ein idealtypisches „Vier-Phasen-Modell der Wiedereingliederung“ mit folgenden Phasen entwickelt (siehe dazu auch....) (siehe dazu auch ► [Kap. 7](#)):

- Phase 1 der Koorientierung: Ein Dreiklang aus Verständnis, Verstehen und Verständigen

4.3 · Return-to-Work als kontinuierlicher Prozess

- Phase 2 der Koordinierung: Ein kooperativer Such- und Verständigungsprozess
- Phase 3 der Kooperation: Die Rückkehr in das Arbeitsteam: Eine Passung individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelten
- Phase 4 der Koorientierung: Nachsorge durch Früherkennung und Selbstmanagement.

➤ Je mehr der BEM-Prozess einen für alle Beteiligten transparenten Prozess darstellt, in dem die Aufgaben und Verantwortungsbereiche geklärt sind und sich alle aufeinander verlassen können, desto mehr Raum entsteht für die **eigentliche Arbeit**: für die **einzelfall-orientierte Beratung und Unterstützung**. Ohne entsprechende Transparenz der **Strukturen, Vereinbarungen und Verbindlichkeiten** bleibt der Prozess dem Handeln bzw. **Nichthandeln einzelner Akteure überlassen**. Der Erfolg einer Wiedereingliederung ist unter diesen Umständen kaum verlässlich planbar.

i *Wer ein funktionierendes Eingliederungsmanagement aufbauen will, (...) der muss sehr gute Vorarbeit leisten. Diese Vorarbeit ist mindestens die halbe Miete. Dazu gehört es, betriebliche Netzwerke zu nutzen und miteinander zu verknüpfen. Als Netzwerkpartner würde ich dann eben zum Beispiel die Schwerbehindertenvertretung nennen, die Arbeitsmedizin, die Personalabteilung, die betrieblichen Vorgesetzten. Die muss man alle in einem Boot haben und zwar nicht nur auf dem Papier, sondern so, dass sie nicht mehr erstaunt sind, wenn man sie anruft und um Unterstützung bittet. (...) Eine ganz wichtige Sache ist es auch, eine Betriebsvereinbarung zu haben, die explizit erläutert, wie das BEM ablaufen soll.*
(BA 6, F 2319)

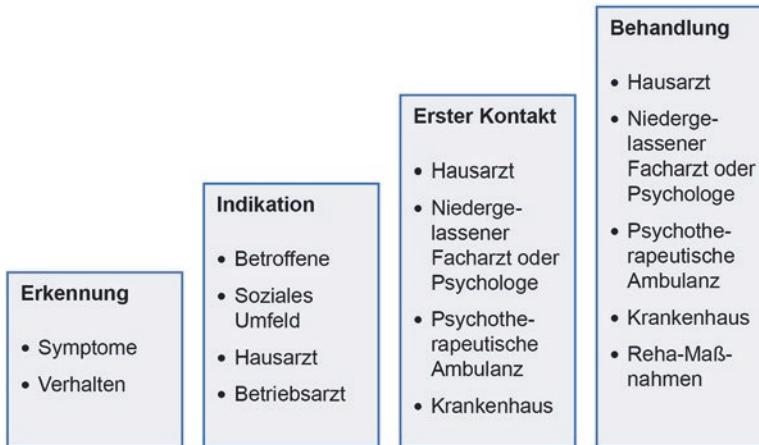
Betriebliches Eingliederungsmanagement im Return-to-Work-Prozess

- In Groß- und Mittelbetrieben werden dazu u. a.
 - Betriebs- und Dienstvereinbarungen abgeschlossen
 - Integrationsteams etabliert und
 - Netzwerke gebildet.
- Im günstigsten Fall ist es Teil eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
- In Klein- bzw. Kleinstbetrieben reicht es im Einzelfall aus
 - betriebliche Schlüsselakteure zu benennen und ihre Aufgaben festzulegen
 - externe Gesundheitsexperten – insbesondere Betriebsärzte – einzubinden und
 - überbetriebliche Netzwerke zu knüpfen.

4.3 Return-to-Work als kontinuierlicher Prozess: Von der Arbeitsunfähigkeit bis zur Rückkehr in den Betrieb

4.3.1 Die Versorgungssituation im Falle psychischer Krisen und Erkrankungen

Für viele Menschen in psychischen Krisen ist die erste Anlaufstelle der Hausarzt. Oftmals werden aber psychische Krisen über eine lange Zeit nicht als solche wahrgenommen, wie auch das Beispiel von Frau W. (siehe dazu auch ► [Kap. 3](#)) zeigt. Im Vordergrund stehen häufig körperliche Symptome. Erst nach längeren Phasen der Arbeitsunfähigkeit mit unspezifischen Symptomen wird,



■ **Abb. 4.2** Von der Erkennung bis zur Behandlung und Rückkehr in den Betrieb (Wege und Angerer 2013)

wenn überhaupt, ein Facharzt oder Psychotherapeut hinzugezogen. Bis dies geschieht, können Monate bis Jahre vergehen. Hinzu kommen lange Wartezeiten hinsichtlich eines Therapieplatzes.

Infolgedessen erhöht sich das Risiko einer Chronifizierung. Wege und Angerer (2013) haben versucht zu verdeutlichen, wie komplex sich der Weg einer erkrankten Person in der Regelversorgung darstellt: „von der Erkennung einer Problematik über die Erkenntnis der Behandlungsbedürftigkeit (Indikation), den diagnostischen und therapeutischen Erstkontakt, die Behandlung bis zur Genesung und funktionellen, d. h. auch beruflichen Wiedereingliederung. Die Problematik der Schnittstellen tritt im betrieblichen Kontext besonders zu Tage, sowohl bei der Diagnostik und Behandlungseinleitung einer beginnenden Erkrankung als auch bei der beruflichen Wiedereingliederung im Rahmen der Genesung. Hier finden Kontakte zum Betrieb in der Regel erst spät oder gar nicht statt, sodass hier eine regelhafte Versorgungslücke besteht“ (Wege und Angerer 2013; siehe auch ■ Abb. 4.2).

4.3.2 Ein idealer RTW-Prozess aus der medizinisch therapeutischen Perspektive

Im Idealfall beginnt der RTW-Prozess mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit, schreibt Unger (► Kap. 8), und Arbeit sollte immer Teil der Behandlung sein: „Bei einer rezidivierenden Erkrankung, z. B. einer rezidivierenden Depression, kann bei drohendem Rezidiv die Wiedereingliederung im Einzelfall in Rücksprache mit dem BEM-Management schon am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnen. Die Arbeit kann so in Absprache mit Betriebsarzt und Vorgesetztem zum Beispiel mit der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit (20 statt 40 Stunden) fortgeführt werden. Unter intensivierter Behandlung kann damit Selbstwirksamkeit erhalten und der Rückfall begrenzt werden. Bei allen diesen Maßnahmen kommt es auf die „sektorenübergreifende“ Kooperation vor allem des ambulanten Versorgungssystems (Arztpraxen, Medizinisches

Versorgungszentrum, Psychiatrische Institutsambulanz) mit dem betriebsärztlich-sozialarbeiterischen innerbetrieblichen Gesundheitsmanagement an“.

- **Arbeit ist ein wesentlicher Faktor für das Selbstvertrauen, die Selbstverwirklichung und das Gefühl, die Kontrolle über das eigene Leben zu erhalten oder wiederzugewinnen. Aus der Perspektive der Betroffenen ist es selbst dann noch so, wenn die Arbeit als mit verursachend für die Krise bzw. Erkrankungen angesehen wird. Dies zeigen die Ergebnisse der BAuA-Studie F 2319.**

Schon im Anamnesegespräch und in der Oberarzt-/Chefvisite ist die Arbeitssituation zu klären. Dabei geht es um die Erfassung möglicher Belastungen und Konflikte, von Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten. Ziel ist es, diese Informationen in die Behandlung einfließen zu lassen. Bei Bedarf ist dazu eine Rücksprache mit dem Betriebsarzt oder anderen betrieblichen Schlüsselakteuren anzustreben. In der Mitte der Behandlungsdauer sollte dann die Rückkehr in den Betrieb vorbereitet werden. Folgende Fragen stehen dabei im Vordergrund:

- Welche Faktoren beeinflussen die Leistungsfähigkeit?
- Welche Rolle spielt die Medikation?
- Welche Konflikte oder Belastungen erschweren noch die mögliche Rückkehr an den Arbeitsplatz?

Um dies klären zu können, ist eine Zusammenarbeit mit den betrieblichen Akteuren notwendig. Grundlage für eine entsprechende Kooperation ist eine wechselseitige Schweigepflichtentbindung mit dem Ziel der gemeinsamen Abstimmung eines Wiedereingliederungsplans, der bis zur Entlassung fertig sein sollte. Gleichzeitig geht es in dieser Phase darum, die Patienten „emotional“ auf die Wiedereingliederung vorzubereiten, da die längere Arbeitspause bei Rückkehr in den Betrieb zu Angstzuständen oder Panikattacken führen kann, insbesondere dann, wenn der Arbeitsplatz negativ besetzt ist.

Das „Dranbleiben“ am Wiedereingliederungsprozess ist entscheidend. Nur so können auftretende Schwierigkeiten, Rückschläge und Komplikationen aufgefangen und bearbeitet werden (siehe Unger ► [Kap. 8](#)).

Vor diesem Hintergrund ist es von besonderer Wichtigkeit, dies zeigt die klinische Erfahrung, dass die Wiedereingliederung zeitnah innerhalb von zwei bis drei Wochen nach der Behandlung erfolgen sollte, weil sonst die erarbeiteten Ziele wieder aus den Augen verloren werden.

4.4 Die Rückkehr in den Betrieb nach einer psychischen Krise bzw. Erkrankung

- **Weil ein großer Anteil von arbeitsfähigen Erwachsenen von einer Depression betroffen ist, ist es wichtig zu unterstreichen, dass es nicht rechens ist, die Einstellung von Menschen mit Depression zu vermeiden. Menschen, die bereits Erfahrung mit einer Depression gemacht haben, verfügen häufig über eine Anzahl von exzellenten Charaktereigenschaften, die sie bei ihrer Arbeit einbringen können, wie Begeisterungsfähigkeit, Problemlösungskompetenzen, interpersonelle Fähigkeiten im Hinblick auf eine große Bandbreite von Menschen, Durchhaltevermögen und diplomatisches Geschick, ein gutes Wissen über gesundes Arbeiten, welches sie weitergeben können und Selbstreflexion (European Depression Association [2014](#)).**

4.4.1 Stigmatisierung als „zweite Erkrankung“ und Folgen einer beschädigten sozialen Identität

- » Stigmatisierung kann das Selbstbewusstsein, die Zielorientierung, die Lebensqualität und auf diesem Wege die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen beeinflussen und zu sozialem Rückzug führen (siehe dazu Russinova et al. 2011).

Die Stigmatisierung von Menschen in psychischen Krisen verhindert in der Regel eine adäquate Behandlung und führt über ein abwertendes und diskriminierendes Verhalten in der Konsequenz oftmals zur Ausgrenzung der betroffenen Menschen: zu einer Beschäftigung in Werkstätten, zu Arbeitslosigkeit und Frühberentung. Und dies, obwohl psychische Krisen erst einmal „nur“ eine Zeit des „Gefährdetseins“ bzw. einen „kritischen Wendepunkt in einem Krankheitsverlauf“ markieren. Im günstigsten Fall wird die Krise überwunden und ein neues psycho-soziales Gleichgewicht gefunden. Rückblickend kann sie dann im Einzelfall sogar „als Entwicklungschance und damit letztlich als positive Erfahrung verstanden werden. Wesentlich für die Krisensituation selbst und die weitere Entwicklung sind neben der Art und Schwere des Ereignisses auch die Verfügbarkeit und die Belastbarkeit des Umfelds, einschließlich der professionellen Helfer. Die gleiche Art von Krise ist für einen Menschen, der ein stabiles, ihn tragendes Umfeld besitzt, leichter zu bewältigen als für einen Menschen, der über keine ihn befriedigenden sozialen Kontakte verfügt (...). Unterschiede ergeben sich auch dadurch, ob der in eine Krise geratene Mensch schnell professionelle Hilfe findet und annimmt (...). Spätestens hier wird deutlich, dass wir Krisen eigentlich nie nur als individuelles Geschehen betrachten können, sondern dabei immer auch die interaktionelle Dimension berücksichtigen müssen“ (Rauchfleisch 2001).

Psychische Krisen können daher nicht nur als innere Krisen beschrieben, sondern müssen auch in ihrem sozialen Kontext verstanden werden, d. h. sie haben eine kommunikative bzw. soziale Dimension, die Teil der Lösungsfindung ist. Das gilt in besonderem Maße für die Planung und Umsetzung der Rückkehr in den Betrieb.

Stigmatisierung erschwert bzw. verhindert einen angemessenen Umgang mit psychischen Krisen, da die damit einhergehenden Vorurteile, abwertenden und diskriminierenden Einstellungen von den Betroffenen auf sich selbst bezogen werden (Gaebel 2004). Dies wiederum beeinträchtigt das Selbstwertgefühl, erzeugt Scham und Versagensängste und führt oftmals zu einer Vermeidung sozialer Kontakte – das Stigma beschädigt sozusagen die soziale Identität der davon betroffenen Menschen (Goffman 1975).

Vorurteile und dadurch bedingtes Verhalten stehen der adäquaten Behandlung und somit der Gesundheit und Integration psychisch erkrankter Menschen in das öffentliche Leben erheblich entgegen. Auch für Deutschland ist belegt, dass ein großer Teil von Patienten aus Scham wegen einer psychischen Erkrankung keine ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt und mit der Angst lebt, durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zusätzlich stigmatisiert zu werden. (...) Die häufig lange Zeitspanne zwischen dem Auftreten einer psychischen Erkrankung und dem Aufsuchen professioneller Hilfe, die oft auf strukturelle Defizite des Gesundheitssystems zurückgeführt wird, dürfte entscheidend durch das Stigma problem mitbedingt sein (Gaebel 2004).

Diese sozialen Folgen der Erkrankung können als „zweite Erkrankung“ bezeichnet werden (Finzen 2013). Stigmatisierung erschwert einen angemessenen Umgang mit psychischen Krisen. Weitverbreitete Vorurteile über psychische Erkrankungen sind:

- einmal krank immer krank
- gefährlich
- keine „wirklichen“ Krankheiten
- Ausdruck von Schwäche

- Einbildung
- nicht erfolgreich behandelbar (Wittchen/Jacobi 2006).

4.4.2 Die betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der RTW-Experten: Vom problemzentrierten zum lösungs- bzw. ressourcenorientierten Ansatz

Nach Einschätzung der Experten, die im Rahmen der BAuA-Studie F 2319 interviewt wurden, gibt es nicht „die“ psychische Erkrankung. Als wichtig für eine erfolgreiche Bewältigung erscheint der Umgang mit einer psychischen Krise – der Umgang der Betroffenen mit sich selbst ebenso wie der Umgang der professionellen Helfer und der Umgang des betrieblichen Umfelds mit den zurückkehrenden Mitarbeitern. Während der Rückkehr in den Betrieb rückt so die „kommunikative Dimension“ einer psychischen Krise in den Mittelpunkt.

Aus der Perspektive der Experten geht es darum, sich im Dialog mit den Betroffenen zuerst ein Bild von der Situation zu machen. Eine Psychologin hat dies folgendermaßen ausgedrückt:

i *Mitschwingen im Sinne von wirklich hinschauen, um zu erfahren, was bewegt diesen Menschen. Was macht ihn aus? Was sind seine Kümernisse? Oder was ist gerade sein großes Thema? Ein Gefühl dafür zu bekommen, was das auf der emotionalen Ebene auch mit ihm macht. Neben den ganzen Fakten zu wissen, das ist der Ablauf, das hat er dann und dann gemacht und dann war das und dann dieses. Einfach um eine Idee davon zu bekommen, was ist dem so widerfahren, seitdem das so schief gegangen ist und dieser Prozess: Was ist dem begegnet? Ein Gefühl, eine Empfindung dafür zu bekommen. Was hat ihn da auch gefühlsmäßig beeinträchtigt? Wie stellt sich das dar? Was ist das für ein Bild?*
(PSY 7, F 2319)

Hilfreich kann in diesem Kontext auch ein systemisches Vorgehen und Fragen sein, wie es von einer Psychiaterin beschrieben wird:

i *Das ist das, was ich im Coaching gelernt habe, dass der Klient der Experte seiner Situation ist – dass ich dann diesen Expertenmodus, den ich als Arzt habe, verlasse und in einen interaktiven Beratungsmodus gehe, wo ich letztendlich nur einen Lösungsprozess steuere und der Patient seine Lösung selbst findet.*
(PSY 2, F 2319)

Entscheidend ist jedoch nicht nur die Art und Weise des Vorgehens, sondern vielmehr noch der Grad der Achtsamkeit gegenüber der Interaktion mit den zurückkehrenden Mitarbeitern. Überdies zeigen die Beispiele, und dies bestätigen auch mehrheitlich die Interviews mit Return-to-Work-Experten, dass im Vorfeld der Rückkehr in Vier-Augen-Gesprächen die anfängliche Diagnoseorientierung durch eine Zielorientierung ersetzt wird.

Ziel dieser Vier-Augen-Gespräche ist es, die entscheidenden förderlichen und hinderlichen Faktoren der anstehenden Wiedereingliederung zu identifizieren, um darauf aufbauend adäquate Lösungsansätze für die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu finden.

Eine defizitorientierte Perspektive wird damit durch eine Fokussierung auf die vorhandenen Ressourcen und ihre Grenzen ersetzt. Im Mittelpunkt dieses Dialogs steht das Vertrauen in die Handlungskompetenzen der betroffenen Mitarbeiter. Gleichzeitig zielt dieser partnerschaftliche Prozess des aufeinander Einstimmens darauf ab, das Autonomieerleben der zurückkehrenden Mitarbeiter durch ein empathisches Vorgehen, durch Wertschätzung und Annahme der

inneren Realität der Betroffenen (Heiber-Stiepani 2001) zu stärken, um so eine tragfähige, vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufzubauen, die für den weiteren Prozess der Wiedereingliederung wesentlich ist:

i *Na, es geht immer darum, so jemanden, der rausgefallen ist und psychisch krank geworden ist, erst einmal zu stärken und zu bestätigen. Ganz oft ist ja das Gefühl da, ich hab versagt. Und dem entgegen zu wirken, sie wieder aufzubauen und sie erst einmal zu unterstützen, dass sie wieder Selbstvertrauen und Zuversicht gewinnen ist wichtig.*
(PSY 5, F 2319)

i *Vertrauen ist das A und O für den Erfolg.*
(BA 2, F 2319)

4.4.3 Betriebliche Wiedereingliederung als systemischer Prozess

Ein ressourcen- und lösungsorientierter Ansatz ist idealerweise systemisch orientiert und agiert auf vier zentralen Ebenen der Arbeitsfähigkeit mehr oder weniger gleichzeitig:

- auf der medizinischen Ebene mit Blick auf den Erhalt der Leistungsfähigkeit
- auf der psychischen Ebene mit Blick auf die emotionale Stabilität, die Motivation und die Selbstwirksamkeit der zurückkehrenden Mitarbeiter
- auf der sozialen Ebene mit Blick auf die Unterstützung durch professionelle Helfer, direkte Vorgesetzte und Kollegen
- auf der betrieblichen Ebene mit Blick auf die Unterstützungsstrukturen und Gestaltung der Arbeitsbedingungen.

Eine systemische Sichtweise sensibilisiert für einen flexiblen und individuell angepassten Return-to-Work-Prozess. Mit ihrem inter- und transdisziplinären Charakter ermöglicht sie eine ganzheitliche Betrachtungsweise und schafft gute Voraussetzungen für komplexe betriebliche Interventionen. Sie beinhaltet eine einzelfallorientierte Beratung bzw. Unterstützung bis hin zur Team- und Organisationsentwicklung.

Überdies berücksichtigt sie auch über die Arbeit hinausgehende Aspekte der Rückkehr in den Betrieb – beispielsweise die persönlichen Verhältnisse (z. B. die finanzielle Situation, Probleme in der Partnerschaft, Suchtprobleme) – also Aspekte, die eine Rückkehr in den Betrieb zusätzlich erschweren können. In diesem Fall werden bei Bedarf weitere Experten hinzugezogen.

➤ Eine Schlüsselrolle in diesem Prozess nehmen die Personen ein, die die Mitarbeiter bei der Rückkehr begleiten, unterstützen und die den Prozess der Rückkehr steuern: sogenannte RTW-Coaches bzw. RTW-Koordinatoren (siehe dazu auch ► Abschn. 4.5). Die rechtliche Basis dieses Prozesses bildet das betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX.

4.4.4 Der persönliche und frühzeitige Kontakt zu dem erkrankten Mitarbeiter als Ausgangspunkt für eine erfolgreiche Rückkehr in den Betrieb

» Das betriebliche Eingliederungsmanagement beginnt nicht erst mit dem Wiedereintritt in den Betrieb, sondern schon während der Arbeitsunfähigkeit:

- i** *Damit ich es nicht vergesse, dieser Zeitaspekt, (...) den Sie vielleicht im Kopf haben, Montag um acht steht der Mitarbeiter vor der Betriebstür und sagt: ‚Ich war lange krank, ich möchte wieder arbeiten‘. So beginnt das Wiedereingliederungsmanagement nicht, sondern dann ist etwas schief gelaufen.*
(BA 6/S 1, F 2319)

Ein frühzeitiger, persönlicher Kontakt:

- zwischen erkrankten Mitarbeitern und der Arbeitsstelle
- zwischen behandelnden Ärzten, Therapeuten und betrieblichen Experten

sind zentrale Aspekte eines Wiedereingliederungsmanagements und tragen dazu bei, vermeidbare Arbeitsunfähigkeitszeiten zu reduzieren (Franché et al. 2004, siehe dazu auch ► Kap. 7).

„Ein Kontakt zu einem vertrauten Kollegen oder Vorgesetzten kann eine gute und wichtige Brücke in den Betrieb sein“ (Riechert 2011, S. 152). Für die zurückkehrenden Mitarbeiter ist es in der Regel hilfreich, wenn die Vorgesetzten oder die Kollegen einen lockeren Kontakt aufrecht erhalten – wenn sie dem erkrankten Kollegen feinfühlig zeigen, dass sie an ihn denken und ihm vermitteln, wir haben dich nicht abgeschieden, wir unterstützen dich und wir freuen uns auf deine Rückkehr. Ein Kontakt erscheint vor allem auch dann wichtig, wenn es im Vorfeld der Arbeitsunfähigkeit in Folge der Erkrankung zu Irritationen – zu schwierigen oder gar peinlichen Situationen gekommen ist (bspw. zu distanzlosen Gefühlsausbrüchen, zu einem nicht nachvollziehbaren sozialen Rückzug oder ähnlichem – Symptome die im Laufe der Behandlung wieder abklingen). Unsicherheiten und Vorurteile hinsichtlich psychischer Krisen stellen sich oft als Hemmnis für die Rückkehr an den Arbeitsplatz heraus:

- die Kollegen wissen nicht, wie sie mit den erkrankten Mitarbeitern umgehen sollen und
- der Zurückkehrende selbst ist gegenüber seinen Kollegen unsicher (Riechert 2011).

- i** *Ich hab da einen Patienten, der ist manisch-depressiv. Der arbeitet in einem großen Unternehmen und ist eine mittlere Führungskraft und der war nach einer langen Depression sehr demoralisiert. Und er fragte sich: ‚Kann ich überhaupt noch als Führungskraft arbeiten? Ich hab da nämlich auch ein bisschen Mist gebaut!‘, ‚Kann ich Ihnen auch nicht sagen‘, habe ich dem geantwortet, ‚aber Sie können mit denen ja mal reden‘. Dann geht er dort hin, bespricht das mit den Mitarbeitern und sagt: ‚Das ist ganz gut gelaufen‘, manche haben dann auch gesagt: ‚War aber auch schwer mit dir in der letzten Zeit, aber schauen wir mal.‘*
(PSY 1, F 2319)

Persönliche und professionelle Kontakte während der AU

- helfen Vorurteile, Ängste und Schamgefühle abzubauen
- unterstützen die Genesung
- ermöglichen einen Dialog mit Experten zur Vorbereitung und besseren Planbarkeit der Rückkehr
- reduzieren im günstigsten Fall AU-Zeiten

- i** *Wir nehmen mit den REHA-Kliniken sehr schnell Kontakt auf, um das, was wir an Arbeitsanforderungen kennen, dann dem REHA-Arzt mitzuteilen, dass die auf diese Weise eine Vorstellung von dem Arbeitsplatz bekommen (...). Das funktioniert sehr gut, weil der Erkrankte durch den wiederholten Kontakt mit dem Betriebsarzt sich nie allein gelassen fühlt und das führt*

eigentlich dann auch zur besseren Planbarkeit bei Langzeiterkrankungen. Da haben wir mit der Kenntnis von Diagnosen und mit Kenntnissen aus der therapeutischen Entwicklung sehr gute Möglichkeiten, das auch einzuschätzen, wie der Personalbedarf sich dann durch diese Erkrankten entwickelt.

(BA 2, F 2319)

- Wer feinfühlig kommunikative Brücken betrieblich etabliert, braucht überdies keine schriftliche Kontaktaufnahme. Wer eine schriftliche Kontaktaufnahme trotzdem für erforderlich hält, sollte das Schreiben im Dialog mit den Mitarbeitern entwickeln. Dies erhöht die Akzeptanz und nimmt die Angst vor einem entsprechenden Schreiben. Persönliche Kontakte beugen der Gefahr vor, dass die Rückkehr in den Betrieb zu einem „Verfahren“ wird, das zusätzlich Stress erzeugt. Die Rückkehr in den Betrieb kann dann das sein, was sie eigentlich sein sollte, ein Prozess der Verständigung zwischen denen, die zu dessen Gelingen beitragen.

4.4.5 Der richtige Zeitpunkt der Rückkehr als gemeinsame Entscheidungsfindung

Den richtigen Zeitpunkt für die Rückkehr zu bestimmen, kann entscheidend dazu beitragen, eine Wiedereingliederung erfolgreich zu gestalten. Eine zu frühe Rückkehr birgt in erster Linie das Risiko der Überforderung der zurückkehrenden Mitarbeiter, weil in diesem Falle die psychische Stabilität und Leistungsfähigkeit oftmals noch nicht den Anforderungen der Arbeit genügen. Je länger allerdings eine Arbeitsunfähigkeit andauert, desto schwieriger wird meistens die Rückkehr.

Die Ergebnisse der BAuA-Studie F 2319 aber auch internationale Studien legen nahe, dass der Zeitpunkt der Rückkehr im Dialog zwischen Experten und dem betroffenen Beschäftigten gefunden werden sollte (Andersen et al. 2012). Ein Dialog zwischen den behandelnden Ärzten, den zurückkehrenden Mitarbeitern und betrieblichen Akteuren wie dem Betriebsarzt und/oder der Schwerbehindertenvertretung bzw. einem Betriebs-/Personalrat ist hier sinnvoll. Die Interviews geben diesbezüglich auch Hinweise, auf was dabei zu achten ist:

- die Selbstwahrnehmung und -einschätzung der Mitarbeiter (Erkrankung, Befinden)
- die Motivation hinsichtlich der Rückkehr
- die emotionale Stabilität und
- den sozialen Kontext (Partnerschaft, Familie, Kollegen und Freunde).

Der richtige Zeitpunkt wird optimaler Weise in Abstimmung mit den Zurückkehrenden gesucht und ist nicht immer der frühestmögliche:

- ❗ *Als dann so die Signale vom Patienten kamen, na gut ich muss aufpassen, dass ich nicht rückfällig werde, aber eigentlich geht es mir gut, dann haben wir eine Wiedereingliederung gemacht.*
(PSY 2, F 2319)
- ❗ *Manche haben Angst davor, wieder zur Arbeit zu gehen. Das muss ich verstehen. Es geht aber auch andersherum – die sagen: Ich habe Lust, wieder zur Arbeit zu gehen. Auch das muss man verstehen. Und dann erlebe ich Kollegen, die dann sagen: Nein, das ist noch zu früh. Sie dürfen jetzt noch nicht arbeiten. Das gibt es auch manchmal. Aber dann denke ich, die verstehen den*

*Klienten nicht richtig. Also natürlich hat die Arbeit immer auch einen stabilisierenden Charakter und wenn derjenige zur Arbeit möchte, dann muss der zur Arbeit.
(PSY 2; F 2319)*

Sofern die Motivation stimmt, die Arbeit einen positiven Stellenwert im Leben des Betroffenen hat und die Rückkehr nicht ausschließlich aufgrund äußerer Zwänge erfolgt, sollte die Einschätzung und Entscheidung der Mitarbeiter unterstützt werden. Aus der Perspektive der zurückkehrenden Mitarbeiter geht es letztendlich ja darum, wieder auf Augenhöhe zu kommen, sich wieder verstärkt entscheidungs- und handlungsfähig zu erleben:

i *Emotional geht es in dieser Phase darum, wie komme ich wieder auf Augenhöhe bzw. wie werde ich wieder entscheidungs- und handlungssicher. Das ist wichtig im Wiedereingliederungsprozess, denn aus meiner Sicht trifft man, wenn dies nicht gegeben ist, schnell falsche Entscheidungen. Damit dies nicht geschieht, muss man wieder auf Augenhöhe kommen. Dann kann man plötzlich die Sachen ganz anders sehen. Ja und dann ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass ich sage: ‚So ist es passiert. Das war sein Anteil (Arbeitgeber), dies mein Anteil und wie können wir nun wieder zusammen kommen?‘ Das heißt, ich habe dann viel bessere Chancen, dass das wieder klappt. Aber dafür brauche ich Zeit.
(PSY 1, F 2319)*

4.5 Der RTW-Coach als professioneller Begleiter im Return-to-Work-Prozess: Beratung, Mediation, Koordination und Netzwerken

i *Wenn wir was empfehlen sollten, dann würden wir sagen: ‚Man soll sich jemanden nehmen, der dafür auch sauber qualifiziert ist und Berufserfahrung mitbringt.
(BA 6, F 2319)*

Eine Wiedereingliederung nach einer schweren Erkrankung ist sowohl für die zurückkehrenden Mitarbeiter, als auch für die Unternehmen eine Herausforderung, die gut vorbereitet und durchgeführt werden muss. Sie muss individuell, sozial und betrieblich passen (siehe dazu auch ► [Kap. 7](#)).

Die Zurückkehrenden brauchen dafür jemanden, dem sie vertrauen können, der sie im Prozess der Wiedereingliederung begleitet und unterstützt. Gleichzeitig muss die Wiedereingliederung betrieblich organisiert und abgestimmt werden. Je größer das Unternehmen, desto umfangreicher sind die Aufgaben der betrieblichen Koordination. Professionelle Begleitung umfasst demnach einzelfallorientierte Beratung und die Koordination des RTW-Prozesses. Dies ist Aufgabe von RTW-Coaches. Sie führen die Vier-Augen-Gespräche mit den betroffenen Mitarbeitern und bringen die individuelle und betriebliche Perspektive sowie die erforderliche arbeitsmedizinische, psychiatrisch-psychologische und/oder sozialarbeiterische Expertise, die für einen erfolgreichen RTW-Prozess erforderlich sind, zusammen. Sie sind nah an den zurückkehrenden Mitarbeitern, den betrieblichen und überbetrieblichen Schlüsselakteuren.

Gewöhnlich übernehmen diese Aufgabe betriebliche BEM-Beauftragte, Arbeitsfähigkeits-Coaches und/oder Disability Manager. Das Arbeitsfähigkeits-Coaching und die Ausbildung zum Disability Manager zeigen, wie komplex die Anforderungen an die professionellen Begleiter und betrieblichen Netzwerker sind. Die Interviews mit den befragten RTW-Experten aus der BAuA-Studie F 2319 bestätigen dies und verdeutlichen, was dies im Detail bedeutet. Professionelle Begleitung im und Koordination des RTW-Prozesses umfassen hierbei folgende zentrale Aufgaben und Herausforderungen:

- den Aufbau vertrauensvoller Arbeitsbeziehungen, insbesondere zu den zurückkehrenden Mitarbeitern
- eine einzelfallorientierte psychosoziale Beratung und Unterstützung, die das Selbstmanagement und die Handlungskompetenzen der Mitarbeiter stärken
- persönliche Reflexions- und Feedbackgespräche mit den zurückkehrenden Mitarbeitern
- die Erfassung der relevanten Informationen und Bedingungen der Rückkehr einschließlich der Priorisierung der zentralen Themen der Rückkehr
- das Netzwerken mit inner- und außerbetrieblichen Akteuren
- die Planung und Begleitung der Umsetzung der Wiedereingliederung mit den Betroffenen und den betrieblichen bzw. überbetrieblichen Schlüsselakteuren
- eine Vermittlung zwischen den Interessen der zurückkehrenden Mitarbeitern, den medizinisch-therapeutischen Anforderungen und den Interessen der Unternehmen
- die Beratung und Unterstützung von Vorgesetzten und Kollegen.

Aus der Sicht der befragten RTW-Experten stellt vor allem die einzelfallorientierte Beratung und Begleitung der zurückkehrenden Mitarbeiter eine spezifische Herausforderung dar: also das Herstellen einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, die Unterstützung des Selbstmanagements, die Reflexions- und Feedbackgespräche, das Erfassen und Priorisieren der Informationen und Bedingungen der Rückkehr und die daran anschließende Kommunikation mit weiteren betrieblichen Schlüsselakteuren wie bspw. den Vorgesetzten.

Der RTW-Coach hat in diesem Prozess der Wiedereingliederung eine Schnittstellenfunktion. Er besitzt das Vertrauen des Mitarbeiters und arbeitet eng mit den weiteren betrieblichen und außerbetrieblichen Akteuren zusammen. Das Besondere ist, dass er in seiner Funktion sowohl das individuelle als auch betriebliche Wissen bündelt und auch den Kontakt zu den behandelnden Ärzten und Therapeuten hält.

Für die zurückkehrenden Mitarbeiter hat er nach Einschätzung der befragten RTW-Experten zuallererst eine Lotsenfunktion:

i *Das ist viel eine Lotsenfunktion. Lotsenfunktion mit Revierkenntnis würde ich das nennen. Ja also so jemanden begleiten, mit ihm so ein bisschen vorausgucken, durch was für ein Revier, durch was für ein Gewässer müssen wir jetzt denn eigentlich durch. Wo sind die Untiefen, wo müssen wir sozusagen drum herum schippern und wo sind sozusagen die Richtfeuer an denen wir uns entlang orientieren. Und das mit sehr viel Wohlwollen und Respekt gegenüber den Betroffenen. Und auch gegenüber den Vorgesetzten, wohl wissend, dass die auch ganz oft einen schwierigen Job haben.*
(PSY 5, F 2319)

Darüber hinaus ist er auch in der Rolle eines Mediators, in der er eine „allparteiliche Haltung“ einnimmt. Er vermittelt zwischen den Interessen des Mitarbeiters, des Betriebes sowie der beteiligten Ärzte:

i *Also da wurde zum Beispiel das Verhalten des Vorgesetzten noch einmal besprochen und gesagt, wenn sie wirklich sagt, sie kann nicht mehr, das ist ernst und da muss er Rücksicht darauf nehmen. Und wir haben immer wieder reflektiert, wie es mit der Belastbarkeit ist und welche Aufgaben sie dazu bekommt. Und sie selber hat auch noch mal dem Vorgesetzten eine Rückmeldung gegeben, wie sie ihn fand, wie sie ihn erlebt hat. Das war auch immer dabei. Und ich hab eigentlich im Grunde genommen eher so dazwischen gesessen und so versucht zu moderieren und zu übersetzen, wenn es um die Arbeitsprobleme mit einer Angst- und*

Panikstörung ging und auf was man da als Vorgesetzter achten muss. Und das hat er schon ganz gut verstanden.
(PSY 5, F 2319)

i *Im Grunde genommen bräuchten die jetzt einen Mediator. Es gibt ja immer wieder so festgefahrene Situationen. Ich hatte jetzt gerade das Beispiel von einem Bankmitarbeiter, wo der Vorgesetzte sich aus meiner Sicht schon darum bemühte, eine Lösung zu finde, aber das Problem noch nicht richtig erkannt hatte. Der Mitarbeiter aber weiter darauf beharrte, dass der Vorgesetzte für ihn gar keine Lösung finden will. Und wie kommen Sie da nun raus? (...) Im Grunde genommen habe ich ihm dann angeboten: Ich glaube, ich habe das Problem verstanden. Soll ich mal mit Ihrem Chef sprechen? Ja? Ich sehe da eventuell eine Lösungsmöglichkeit und der Betriebsarzt kann sie da auch unterstützen. Sie können ja bei dem Gespräch dabei sein, (...) sodass wir, was wir jetzt erarbeitet haben, auch zusammen darstellen können.*
(PSY1, F 2319)

Im Mittelpunkt der Beratung und Begleitung der Beschäftigten stehen allerdings erst einmal die Gespräche mit den betrieblichen Schlüsselakteuren (Betriebsgespräche), deren Vor- und Nachbereitung sowie die Coaching- und Feedbackgespräche während der Wiedereingliederung:

i *Da brauchen die Unterstützung, weil das manchmal so Achterbahnfahrten sind: Ich kann nicht mehr, das geht gar nicht, ich lass mich wieder krankschreiben!*
(PSY 5, F 2319)

Wichtig ist es, den Zurückkehrenden ihre Fortschritte aufzuzeigen, denn sie neigen vermehrt zu einer Defizitorientierung, benennen also eher, was sie noch nicht können, anstatt wahrzunehmen, was sie bereits geschafft haben (siehe dazu auch ► [Kap. 8](#) Artikel IFD Mitarbeiterin).

Gleichermaßen wichtig ist das Netzwerken, sind also die persönlichen Beziehungen zu den internen und externen Akteuren des RTW-Prozesses und das Vermitteln zwischen ihnen. Die beste einzelfallorientierte Beratung nützt nichts, wenn andere betriebliche Partner nicht verstehen, was man da eigentlich macht:

i *Die Vorgesetzten haben sich anfänglich bei mir überhaupt nicht gemeldet. Ja, was soll sich der Betriebsleiter oder der Meister bei so einer komischen Sozialtante melden, die versteht sowieso nicht, was der hier machen muss. Da gehört auch eine intensive Vorarbeit dazu, Klinken putzen, es ging darum, in den Betrieb zu gehen und sich Dinge auch erklären zu lassen. Und die Betriebsleiter oder Meister dazu zu bringen, dass auch die sich trauen anzurufen und zu sagen, 'Der arbeitet jetzt in seiner Wiedereingliederung drei Stunden, aber ich trau' mich nicht, den auf fünf zu setzen. Aber ich habe jetzt den Plan hier und der sagt ab nächste Woche muss der fünf'. Das hat natürlich alles eine Weile gedauert, hat dann aber letztendlich dadurch, dass man immer wieder auf solche Netzwerkpartner zugegangen ist, ganz gut funktioniert.*
(BA 6/S 1, F 2319)

Literatur

Anderson, M.F., Nielsen, K.M., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environmental & Health*, 38(2), 93–104. http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3257. Zugriffen: 20. Sept. 2017.

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). (2014). Leitfaden zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Praxishilfe für die Beratung der UV-Träger in den Betrieben. Berlin: http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/fachbereiche/fb-gesundheitsdienst/documents/leitfaden_bem.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- European Depression Association. (EDA). (2014). Depression. Ein Ratgeber für Arbeitnehmer/-innen und Arbeitgeber/-innen. Brüssel. <http://www.european-depression-day.de/fileadmin/website/downloads/Ratgeber-Depression-deutsch-final.pdf>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schulzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., MacEachen, E., Frank, J., Sinclair, S., & Rear-Don, R. (2004). Workplace-based Return-to-work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative and Qualitative Literature Toronto. https://www.iwh.on.ca/system/files/sbe/summary_rtw_interventions_2004.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Gaebel, W. (2004). Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration. *Aerzteblatt* 12, 553-555. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/44732/Psychisch-Kranke-Stigma-erschwert-Behandlung-und-Integration>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Goffman, E. (1975). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Heiber-Stiepani, J. (2001). Ziel- und ressourcenorientiertes Coaching in der beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen. *systema* 1, 17-25. http://if-weinheim.de/fileadmin/dateien/systema/2001/1_2001/Sys_1_2001_Heiber-Stiepani.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- iga-Report. (2013). Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. iga-report 24. http://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_24_Betriebliches_Eingliederungsmanagement.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Rauchfleisch, U. (2001). *Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge*. Stuttgart: UTB Fachwissenschaft.
- Riechert, I. (2011). *Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche - von der Prävention bis zur Wiedereingliederung*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Russinova, Z., Griffin, S., Bloch, P., & Wewiorski, J. (2011). Workplace prejudice and discrimination toward individuals with mental illnesses. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 227–241.
- Stegmann, R. (2005). *Prävention und Eingliederungsmanagement*. Berlin: ver.di Bundesverwaltung.
- Stegmann, R., Schröder, U. B., & Loos, P. (2014). Kommunikatives Handeln im Prozess der Wiedereingliederung psychisch erkrankter MitarbeiterInnen. Erste Ergebnisse aus Interviews mit Return-to-Work-Koordinatoren, Teil 1 und 2. *sicher ist sicher – Arbeitsschutz aktuell*, 378–383. 451–456.
- Tempel, J., & Ilmarinen, J. (2013). Arbeitsleben 2025. In: M. Giesert (Hrsg.) *Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen*. Hamburg: VSA Verlag.
- Verband Deutscher betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW). (2010). Wiedereingliederung. Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig sichern. Mit der Wiedereingliederung alle Möglichkeiten nutzen. Ein Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche. Karlsruhe. http://www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/02-Verband/02-PDF/Leitfaden/VDBW-Leitfaden_Wiedereingliederung.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Weber, A., Peschkes, L., & De Boer, W.E.L. (Hrsg.) (2014). *Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration*. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Wege, N., & Angerer, P. (2013). Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. *Die Psychiatrie*, 2, 71–81.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., & Hoyer, J. (2006). Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. PowerPoint Präsentation. <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/Wittchen-HH-290903.pdf>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.

Handlungsorientierungen im Return-to-Work-Prozess

5.1 Die Prozessorientierung – 61

5.1.1 Chancen und Grenzen der Prozessorientierung – 63

5.2 Die Klienten- bzw. Personenorientierung – 63

5.2.1 Chancen und Grenzen der Klienten- bzw. Personenorientierung – 65

5.3 Die systemische Orientierung – 65

5.3.1 Individuelles Fallmanagement – 66

5.3.2 Team- und Organisationsentwicklung – 67

5.3.3 Chancen und Grenzen der systemischen Orientierung – 68

Zusammenfassung

Das Handeln von RTW-Experten in der Begleitung der zurückkehrenden Mitarbeiter wird von ihrem Fach- und Erfahrungswissen bestimmt, wobei das Letztere vor allem implizites bzw. praktisches Wissen ist. Dieses handlungsleitende Wissen zeigt sich in den zentralen Handlungsorientierungen der RTW-Experten. Im Folgenden werden drei Handlungsorientierungen der befragten RTW-Experten vorgestellt: (1) eine Prozessorientierung, die sich an den betrieblichen Abläufen und Strukturen anlehnt; (2) eine Klienten- bzw. Personenorientierung, die vor allem auf die zurückkehrenden Mitarbeiter fokussiert; (3) eine systemische Orientierung, die auf Wechselwirkungen der individuellen, sozialen und betrieblichen Bedingungen abhebt.

Schlüsselwörter

Erfahrungswissen (implizites Wissen); Prozessorientierung; Klienten-, Personenorientierung; Systemische Orientierung

Das Handeln von RTW-Experten wird zum einen von ihrer fachlichen Expertise geprägt, zum anderen beruht es auf einem Erfahrungswissen, das sie sich in ihrer praktischen Arbeit erworben haben. Ein Wissen, das in der konkreten Situation angewendet wird, ohne dass es bewusst zugänglich sein muss. Ein Wissen, das nicht einfach abrufbar ist, das sich aber teilweise reflexiv erfassen lässt. Diesem praktischen Wissen liegen spezifische Handlungsorientierungen zugrunde. Aufgrund der jeweiligen Handlungsorientierungen schätzen die RTW-Experten die Situation der Wiedereingliederung entlang ihrer Erfahrungen ein und gestalten darauf aufbauend die Interaktion mit dem zurückkehrenden Mitarbeiter und den betrieblichen Akteuren. Die RTW-Experten gehen also unterschiedlich, entsprechend ihrer Handlungsorientierung, an einen Wiedereingliederungsprozess heran.

In der BAuA-Studie F 2319 konnten drei idealtypische Handlungsorientierungen rekonstruiert werden:

- eine an betrieblich festgelegte Abläufe und Strukturen angelehnte **Prozessorientierung**, die vor allem die Effektivität des Prozesses betont
- eine auf den einzelnen Menschen (z. B. zurückkehrenden Mitarbeiter, Vorgesetzten etc.) fokussierte **Klienten- bzw. Personenorientierung**, die vor allem Anerkennung, Verständnis und Empathie für die zurückkehrenden Mitarbeiter im Blick hat
- eine auf Austausch- und Verständigungsprozesse basierende **systemische Orientierung**, die die individuelle und betriebliche Handlungsfähigkeit gleichzeitig berücksichtigt.

Der Vorteil, diese Handlungsorientierungen zu kennen und zu unterscheiden, liegt darin, dass jede Handlungsorientierung bestimmte Chancen bereithält, aber auch Grenzen des Handelns bei der Wiedereingliederung aufzeigt. Indem man sich diese bewusst macht, lassen sie sich im RTW-Prozess eher aufeinander abstimmen. Alle drei Orientierungen leisten ihren Beitrag zu einer erfolgreichen Wiedereingliederung, insbesondere dann, wenn Sie im Prozess der Wiedereingliederung mit unterschiedlicher Gewichtung zur Geltung kommen. In der Phase der Koordination (siehe dazu auch ► [Kap. 7](#)) ist eine Klientenorientierung bzw. systemische Orientierung sinnvoll. In der Phase der Koordination steht die Prozessorientierung im Vordergrund, während insgesamt vor allem eine systemische Orientierung sinnvoll erscheint. Inwiefern RTW-Experten im Betrieb gestalterisch tätig werden können, ist dabei abhängig:

- von der jeweiligen Handlungsorientierung und dem praktischen Handlungs- bzw. Erfahrungswissen
- von der betrieblichen Einbindung der RTW-Experten und
- von der jeweiligen Phase, in der sich der RTW-Prozess befindet.

5.1 Die Prozessorientierung

Bei der Prozessorientierung liegt der Fokus auf einem geplanten, betrieblich festgelegten Vorgehen. Nur in Grenzen variierbare Meilensteine bestimmen die Etappen des Wiedereingliederungsprozesses und damit das Handeln der RTW-Experten. Dies können z. B. die Meilensteine Erstgespräch, betriebliche Fallbesprechung, Festlegen eines Wiedereingliederungsplans, Umsetzung der Wiedereingliederung etc. sein. Die einzelnen Meilensteine, ihre Inhalte und ihre Abfolge sind klar vorstrukturiert. Das Handeln der betrieblichen Akteure richtet sich nach diesen Meilensteinen. Das Wahrnehmen und Denken der Akteure erfolgt im Rahmen von Strukturen, Netzwerken und Prozessen. Der Prozess der Wiedereingliederung orientiert sich hier nur sehr begrenzt an den individuellen Bedingungen und Umständen.

Das Ziel ist es, über den vorstrukturierten Ablauf den Betroffenen, aber auch den anderen beteiligten betrieblichen Akteuren Handlungssicherheit zu bieten. Die Verständigung mit den betrieblichen und überbetrieblichen RTW-Experten sowie den betroffenen Mitarbeitern dient in erster Linie einem möglichst störungsfreien Erreichen der einzelnen Meilensteine.

➤ **Die Interaktion konzentriert sich hier vor allem auf die RTW-Experten und ihren Beitrag im RTW-Prozess. Es ist ein Denken und Handeln in Funktionen (Experten werden in ihrer Funktion im Sinne eines effizienten RTW-Prozesses einbezogen) und in den Fokus rückt der 'reibungslose Ablauf' von Prozessen.**

Die Prozessorientierung ist in erster Linie erfolgsorientiert und fokussiert auf die Effizienz des Prozesses. Im Mittelpunkt stehen die Transparenz des Vorgehens und ein klar definierter Prozess der Rückkehr in den Betrieb. Die individuelle Situation der zurückkehrenden Mitarbeiter wird prozessbezogen interpretiert und verstanden.

Ein Beispiel für ein prozessorientiertes Vorgehen berichtet ein Betriebsarzt. Dieser arbeitet im Team eines externen, betriebsärztlichen Anbieters, der Betriebe unterschiedlichster Größe betreut:

i *Und ich habe hier immer wieder erleben müssen, dass die Unternehmen viele Langzeitkranke führen, über die sie nach den ersten sechs Wochen so gut wie gar nichts mehr wussten, und auch nicht mehr wussten: Kommt der nun mal wieder? Wie geht es dem? Was hat der überhaupt. (...) Und in einer Zeit der immer knapper werdenden Ressourcen in der Belegschaft kommt dieser Frage eine wachsende Bedeutung zu. (...) Das waren dann die ersten Fälle, wo ich mich als zuständiger Betriebsarzt des jeweiligen Unternehmens für diese Fälle interessiert habe und versucht habe, Licht ins Dunkel reinzubringen. (...) Ich habe dann einfach nach Möglichkeiten gesucht, denen eine Brücke zu bauen, wie sie vielleicht doch wieder vorzeitig an den Arbeitsplatz zurück können. Daraus hat sich dann im Laufe der Zeit auch das entwickelt, was wir als ein spezifisches Betriebliches Eingliederungsmanagement ansehen, das dem Betreffenden und dem Unternehmen hilft. (BA2, F 2319)*

Im Weiteren beschreibt er das konkrete, festgelegte Vorgehen:

i *Es war deshalb sehr viel Unverständnis und Verwunderung in den ersten Fällen als ich mich bei Klinikärzten, bei Reha-Ärzten, bei Hausärzten gemeldet habe und dann aktiv auf die zugehend gefragt habe: Was können wir tun, dass der Betreffende wieder früher an den Arbeitsplatz kommt. Und nach anfänglicher Verwunderung waren die alle sehr kooperativ! Wir beginnen deshalb unser Modell eigentlich spätestens nach vier Wochen Arbeitsunfähigkeit. Es sei denn,*

der Betreffende signalisiert, schon vor dieser Zeit, dass er eine entsprechende Führung wieder will. Das heißt, wir telefonieren den Leuten dann zunächst mal ins Krankenhaus nach, allerdings der hat es vorher signalisiert, dass er das will. (...) Wir sorgen dann dafür, dass der Klinikarzt vom Patienten von der Schweigepflicht entbunden wird, wir erfahren dann die klinischen Diagnosen, wir erfahren auch durchaus schon erste Hinweise auf die Fortentwicklung. Wir beraten dann auch bei der Frage, welche Reha-Klinik am geeignetsten ist, wir nehmen auch mit den Reha-Kliniken sehr schnell Kontakt auf, meistens in der ersten Woche nachdem der Betreffende dort in der REHA angekommen ist, um das was wir aus der Klinik wissen und das was wir an Arbeitserfordernis kennen, dann dem Reha-Arzt mitzuteilen, der dann auf diese Weise auch ein Rehabilitationsziel vor Augen hat.
(BA2, F 2319)

Als positiv bewertet er, dass sowohl der Betrieb als auch die Mitarbeiter den Nutzen eines „beschleunigten Wiedereinstiegs“ haben:

i *Jetzt in der neuen Form kann ein Betrieb für sich durchaus entscheiden, ob er hier dieses Mehr will und er will es eigentlich sehr schnell, weil er einen enormen Nutzen davon hat. Wir erleben positive Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit, die Mitarbeiter identifizieren sich mit dem Betrieb, weil sie sagen: ‚Mensch, die kümmern sich auch um uns, wenn wir erkrankt sind. Äh, dieser beschleunigte Wiedereinstieg ins Arbeitsleben wird auch eher positiv wahrgenommen.*
(BA2, F 2319)

Der Betriebsarzt übernimmt hier in erster Linie die Perspektive eines fürsorglichen Unternehmers. Die Vorgehensweise ist prozessorientiert und von einer körpermedizinischen Sichtweise geprägt. Sie basiert auf der Wahrnehmung von Führungsverantwortung, betrieblicher Transparenz, Planbarkeit der Wiedereingliederung und frühestmöglichen Rückkehr der Mitarbeiter in den Betrieb. Es handelt sich im Wesentlichen um einen diagnostischen und prognostischen Dialog unter Ärzten. Dadurch lässt sich die Dauer des RTW-Prozesses ziemlich genau abschätzen, was als vorausschauende Personalpolitik anerkannt wird. Das Ziel ist eine frühzeitige Rückkehr bzw. eine „beschleunigte“ Rückkehr an den Arbeitsplatz. Basis dieser Vorgehensweise ist ein transparenter und betrieblich geregelter RTW-Prozess (Integrationsvereinbarung, Betriebsvereinbarung). Zu den Meilensteinen des beschriebenen Prozesses zählen u. a.:

- eine frühzeitige Kontaktaufnahme zu den Betroffenen nach vier Wochen Krankheit
- eine Schweigepflichtentbindung gegenüber den behandelnden Ärzten
- die Kontaktaufnahme zu den behandelnden Klinikärzten und Reha-Ärzten
- ein Dialog mit den behandelnden Ärzten über den therapeutischen Verlauf
- die konkrete zeitliche Planung der Rückkehr in den Betrieb
- eine frühestmögliche Rückkehr in den Betrieb.

Die Wiedereingliederung wird hier in erster Linie als eine Managementaufgabe verstanden. Dieser Prozess wird von den betrieblichen und überbetrieblichen Experten gemanagt. Im Wesentlichen basiert er auf einem Dialog zwischen Experten und idealerweise auf einem möglichst reibungslos verlaufenden RTW-Prozess.

5.1.1 Chancen und Grenzen der Prozessorientierung

Chancen:

- schafft betriebliche Rahmenbedingungen, die eine erfolgreiche Rückkehr in den Betrieb unterstützen (Abschluss einer Betriebsvereinbarung, Einrichtung eines Integrationsteams, Einbindung des RTW-Prozesses in die betriebliche Ablauforganisation, überbetriebliche Netzwerkbildung)
- erhöht die Handlungssicherheit der beteiligten Akteure durch die Festlegung von Meilensteinen
- ermöglicht die gezielte und abgestimmte Einbindung relevanter Kompetenzen im RTW-Prozess
- verbessert die Planbarkeit des RTW-Prozesses und
- führt zu einer frühzeitigen Rückkehr in den Betrieb

Grenzen:

- der hohe organisatorische und zeitliche Aufwand
- die hohe Standardisierung des Prozesses kann zu einem technokratischen Vorgehen führen
- entspricht am ehesten der Logik von großen bis mittelgroßen Betrieben
- die individuellen Anforderungen können aus dem Blick geraten – es wird mehr *über* als *mit* den zurückkehrenden Mitarbeitern gesprochen.

5.2 Die Klienten- bzw. Personenorientierung

Bei der klienten- und personenzentrierten Orientierung stehen die Person des zurückkehrenden Mitarbeiters sowie das Verstehen seiner individuellen Geschichte im Vordergrund. Es geht darum, eine vertrauensvolle, tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen, die spezifische Situation des Zurückkehrenden zu verstehen und zu einem gemeinsamen Verständnis der Ausgangssituation zu gelangen. In diesem Prozess werden die förderlichen und hemmenden Bedingungen der Rückkehr in den Betrieb im Dialog mit den zurückkehrenden Mitarbeitern bestimmt und priorisiert.

Das Ziel ist es, sich über die Bedingungen der Rückkehr in den Betrieb zu verständigen, die betroffenen Mitarbeiter professionell zu begleiten und deren Selbstmanagement bzw. Selbstwirksamkeit zu unterstützen. Die Kommunikation ist verständigungsorientiert und mit der Frage verbunden, was die Mitarbeiter brauchen, um zur Arbeit zurückzukehren.

- **Die Interaktion ist auf die zurückkehrenden Mitarbeiter und ihre aktive Rolle im RTW-Prozess gerichtet. Im Mittelpunkt stehen Vier- bis Sechs-Augen-Gespräche, die auf gegenseitigem Respekt und gegenseitiger Anerkennung beruhen. Es ist ein Denken und Handeln, das sich auf (über)betriebliche Schlüsselakteure konzentriert. Diese Orientierung ist überwiegend verständigungsorientiert und fokussiert auf die Situation der betroffenen Mitarbeiter. Der RTW-Prozess wird vom Individuum her gedacht und begleitet.**

Darüber hinaus wird die Klienten- bzw. Personenorientierung durch die jeweils spezifische berufliche Expertise geprägt wie z. B. durch:

- ein (arbeits-)medizinisch geprägtes Arzt-Patienten-Verhältnis
- eine therapeutische oder
- sozialarbeiterische Vorgehensweise.

Unabhängig von der professionellen Ausrichtung ist das zentrale Charakteristikum dieser Vorgehensweise die Anerkennung der Individualität des zurückkehrenden Mitarbeiters, in dem man sich ein Bild von der Situation macht (siehe dazu auch ► [Kap. 6](#)).

Die Klientenorientierung zielt auf die Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der zurückkehrenden Mitarbeiter ab. Sie orientiert sich an vorhandenen und zu aktivierenden Ressourcen mit Blick auf die aktuelle körperliche und psychische Leistungsfähigkeit. Diese Vorgehensweise zeichnet sich durch ein generelles Vertrauen in die Entscheidungs- und Handlungskompetenzen der Mitarbeiter aus. Dabei werden sie weder auf ihre Erkrankung noch auf die damit einhergehenden, meist zeitlich begrenzten Einschränkungen reduziert. Das Ziel ist, die Einschränkungen durch ein zielgerichtetes Selbst- und Ressourcenmanagement Schritt für Schritt zu überwinden:

i *Zuzuhören. Also zuhören lernen. Und den Fokus nicht zu sehr darauf zu richten, woher das alles kommt. Zu wissen was los ist, ist zwar auch gut, aber manchmal ist das zu problemorientiert. Und dadurch bringt man den Mitarbeiter in eine noch stärkere Problemschleife und der erfährt sich selber als Problemschleife. Sondern es soll gefragt werden: Was brauchst du? Weil die, die mit den zurückkehrenden Mitarbeitern zu tun haben, sehen diese ja immer durch ihre eigenen Brillen. Die können nicht wissen, was der Mensch braucht, weil sie nicht im Schuh des Anderen stecken. Also man muss von der vielleicht auch arroganten Haltung wegkommen, ich weiß, was der andere braucht, weil ich hab die Erfahrung, ich hab das Wissen und du musst das jetzt so machen. Nein, man muss fragen: Was brauchst du, was ist für dich wichtig? Ich weiß, was für mich wichtig wäre, ich kann dir vielleicht Empfehlungen geben, aber ich kann nicht wirklich wissen, was du brauchst. Und wenn man mit dieser Haltung rankommt und das Gefühl vermittelt, ja wir nehmen dich ernst, dann kann das viel für die Vertrauensbasis helfen. Also zuhören, aktiv zuhören. (S 3, F2319)*

Verständnis für die zurückkehrenden Mitarbeiter und Verstehen der jeweils individuellen Geschichte leiten hier das Handeln der RTW-Experten, damit sie wieder auf Augenhöhe kommen, ihre Ängste überwinden und sich selber wieder realistisch einzuschätzen wissen:

i *Also es ist schon wichtig, Menschen mit psychischen Erkrankungen wirklich zu begleiten. Und bei Leuten mit Ängsten auch immer so ein bisschen hinter den Betroffenen zu stehen und sie dabei zu unterstützen, gegen die Ängste anzugehen und sie zu überwinden, sonst kommen die nicht wieder in Arbeit. Und bei Menschen mit Depressionen, die ja häufig auch dazu neigen, sich so zu übernehmen, und nicht nein sagen können, da ist es wichtig, das auch so ein bisschen deutlich zu machen. (PSY 5, F 2319)*

Im weiteren Verlauf werden dann je nach Bedarf einzelne betriebliche Akteure wie Vorgesetzte, Kollegen, Interessenvertretungen und behandelnde Ärzte bzw. Therapeuten einbezogen:

i *Eigentlich geht es immer darum, die richtige Passung zu finden. Menschen können sich super gut entwickeln, wenn die Passung stimmt. Also wenn das Umfeld passt, die Aufgabe passt, und das möglichst herzustellen und zu unterstützen ist mein zentrales Anliegen. (...) Nehmen wir ein Beispiel: Da ist jemand, der kommt mit seinem Vorgesetzten klar, hat eine Arbeit, die ihm Spaß macht, mit den Kollegen ist es auch gut. Dann wechselt der Vorgesetzte und plötzlich geht gar nichts mehr, weil die Chemie nicht mehr stimmt. Dann geht plötzlich gar nichts mehr, der wird lange krank, der fällt lange aus. Der hatte eine Angststörung, das dauerte wirklich richtig lange. Und dann habe ich mit ihm besprochen, was er für Arbeitsbedingungen braucht, dass er wiederkommen kann. Und dann haben wir das zusammen erarbeitet und im Betrieb besprochen. (PSY 5, F2319)*

Die RTW-Experten übernehmen hier die Perspektive des einführenden, verstehenden Beraters. Die Vorgehensweise basiert auf gegenseitigem Vertrauen, dem Selbstmanagement der zurückkehrenden Mitarbeiter und einer individuell abgestimmten bzw. vorbereiteten Wiedereingliederung. Das Ziel ist eine „rechtzeitige Rückkehr“ (siehe dazu auch ► [Kap. 4](#)). Wesentlich dafür ist:

- aktives Zuhören
- Lösungs- statt Problemorientierung
- Selbstsicherheit der Klienten stärken
- Passung finden zwischen zurückkehrendem Mitarbeiter und Arbeitsumfeld.

Die Wiedereingliederung wird hier in erster Linie als individuelles Fallmanagement verstanden. Es umfasst in diesem Sinne einen Verstehens-, Aushandlungs- und Verständigungsprozess mit den zurückkehrenden Mitarbeitern und darauf aufbauend einen Austausch mit den betrieblichen Akteuren. Im Wesentlichen basiert er auf einem Dialog zwischen RTW-Coach und zurückkehrendem Mitarbeiter und idealerweise auf der gegenseitigen Anerkennung der beteiligten Akteure.

5.2.1 Chancen und Grenzen der Klienten- bzw. Personenorientierung

Chancen:

- die Individualität des Einzelfalls steht im Mittelpunkt
- Bestimmung des „richtigen“ Zeitpunkts der Rückkehr
- stärkt die Motivation der zurückkehrenden Mitarbeiter
- unterstützt das Selbstmanagement der zurückkehrenden Mitarbeiter
- führt zu einem gemeinsam getragenen und abgestimmten RTW-Prozess
- schafft im günstigsten Fall ein passendes psychosoziales Umfeld der Wiedereingliederung.

Grenzen:

- RTW-Experten sind keine Therapeuten
- Betrieb ist kein therapeutisches Setting
- Individuelles Fallmanagement kann betriebliche Akteure überfordern
- Netzwerkbildung und Organisationsentwicklung können aus dem Blick geraten.

5.3 Die systemische Orientierung

Die systemische Orientierung zielt auf die Berücksichtigung individueller, sozialer und betrieblicher Perspektiven ab und versucht diese in das Vorgehen der Wiedereingliederung zu integrieren. Gleichzeitig geht sie von der Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Perspektiven und den beteiligten Akteuren aus und bezieht diese in den RTW-Prozess ein. Diese Wechselwirkungen unterliegen bestimmten Regeln und bilden betriebs- und akteursspezifische Muster aus, die Einfluss auf die Wiedereingliederung haben.

Das Ziel ist es, den RTW-Prozess umfassend zu verstehen und zu entwickeln. Eine systemische Orientierung umfasst dabei drei Ebenen: individuelles Fallmanagement, Teamentwicklung und Organisationsentwicklung.

Das individuelle Fallmanagement ist nur ein zentraler Bestandteil des RTW-Prozesses. Gleichzeitig wird dieses immer auch vor dem Hintergrund der betrieblichen Einbettung betrachtet und entwickelt. Dazu wird das individuelle Fallmanagement als Teil der betrieblichen Netzwerkarbeit verstanden, das die Akzeptanz und das Verständnis aller beteiligten betrieblichen Akteure braucht.

- **Die Interaktion ist hier integrierend: Es ist ein Denken und Handeln in Beziehungen und Wechselwirkungen, ist lösungsorientiert und fokussiert auf die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des Systems. Im Mittelpunkt stehen die individuellen, sozialen und betrieblichen Anforderungen, nicht die einzelnen Personen. Eine Klienten- und Prozessorientierung greifen hier im günstigsten Fall ineinander.**

Einen systemischen Ansatz hat ein RTW-Team aus Betriebsärzten und Sozialarbeitern verfolgt. Diese systemische Sichtweise bewegt sich hier vor allem in dem Spannungsverhältnis zwischen a) betrieblichen Strukturen und Funktionen und b) dem individuellen Fallmanagement und ist vor allem Ausdruck des Erfahrungswissens in einem Großbetrieb:

- i *Ich habe festgestellt, es scheitert grundsätzlich dann, wenn Menschen, egal wer, sich nicht vorstellen können, was man da tut. Und es gelingt grundsätzlich dann, wenn eine Betroffenheit tatsächlich da ist oder wenn ich eine Betroffenheit erzeugen kann. Also das habe ich festgestellt, das muss man sicherlich bei jedem anders tun, aber das sind klassische Themen: Warum betreue ich einen Mitarbeiter so intensiv? Warum führe ich da so viele Gespräche? Warum dauert da ein Gespräch eine Stunde? Warum steht auf meiner Kostenstelle, ich muss auch Taschentücher kaufen? Weil die in Unmengen bei mir verbraucht werden zum Beispiel. Damit erreiche ich erst mal pauschal gar nichts; auch nicht damit, dass ich so ganz furchtbar fleißig bin. Damit habe ich aber den Mitarbeiter erreicht, damit habe ich vielleicht auch einen direkten Kollegen erreicht, der das mitbekommt. Im Betrieb zum Beispiel muss dem Betriebsleiter, dem betrieblichen Vorgesetzten deutlich werden, dass sie auch Arbeit einsparen. Dass sie informierter sind und dass sie mit Problemen nicht alleine sind, dass sie da jemanden haben, auch wenn ihnen nicht immer alles gefällt, was da passiert. Ja, also wenn sie den Mitarbeiter auch am liebsten vielleicht nicht wieder gehabt hätten.*
(BA 6/S 1, F 2319)

5.3.1 Individuelles Fallmanagement

Bezogen auf den zurückkehrenden Mitarbeiter ist aus systemischer Sicht nicht nur die Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz wichtig, sondern auch die Frage, wie die Erkrankung in den Lebenskontext eingebettet ist. Erst wenn das geklärt ist, kann durch die Lösung des „führenden Problems“ die Wiedereingliederung erfolgreich gestaltet werden:

- i *Mit unserer neuen Mitarbeiterin (unserer Fallmanagerin, die Sozialarbeiterin von Beruf ist AdA) kam dann mehr eine ganzheitliche Sicht. Die kam dann immer mal um die Ecke, die Tür ging auf und ich sage: 'Ich versteh es nicht, Herr S. tut nicht was er soll, oder die Integration klappt nicht'. Und dann sagt sie: 'Kein Wunder, der hat ein Suchtproblem, kein Wunder der hat Schulden, kein Wunder der lebt in Scheidung' und die hat das Ganzheitliche reingebracht und insofern hat sich unser Konzept geändert. (...)*
Sie nimmt die Mitarbeiter erst einmal in Empfang und sortiert mit Ihnen ihre Probleme vor. Das waren leider häufig mehr als eins und dann entscheidet sie in welcher Reihenfolge, was bei der Reintegration passiert. Und das hat uns deutlich schneller gemacht. Also man muss immer das führende Problem der Betroffenen lösen und dann kann man sie wieder reintegrieren.
(BA 6/S 1, F 23194)
- i *Nicht zu sagen, jetzt haben wir die Leute, jetzt wissen wir ja wer es ist, und die schreiben wir jetzt mal an. Ja, dass natürlich derjenige, der das Erstgespräch mit den Mitarbeitern führt; ganz egal wer das ist, also im besten Fall ist es ein Fallmanager, der das machen kann, der*

weisungsungebunden arbeiten kann, der nicht verdächtig ist, der Vertrauensvorschuss hat, der aber auch fachlich dafür ausgebildet und qualifiziert ist, sensibel zuhören zu können. In solchen Gesprächen, geht es nicht nur um ein rein medizinisches Problem, sondern auch darum, wie es generell aussieht – zu Hause und so und auch darum, eine Basis schaffen zu können.
(BA 6/S 1, F 2319)

5.3.2 Team- und Organisationsentwicklung

Wiedereingliederung wirkt sich nicht nur auf den einzelnen Mitarbeiter aus, sondern muss aus systemischer Sicht in einem betrieblichen Umfeld erfolgen, in dem die Akteure miteinander kooperieren, um Erfolg zu haben. Dies bedeutet, dass alle Akteure an einem Strang ziehen. Die Voraussetzung ist, dass ein funktionierendes Netzwerk besteht, dieses fachlich gut koordiniert wird und sich die einzelnen betrieblichen Akteure (z. B. Vorgesetzte, Betriebsräte, Personalabteilung etc.) mit ihren je spezifischen Ansichten und Zielen zum RTW-Prozess einbringen können:

i *Da war erst mal der erste Schritt in dem Prozess rauszufinden, was gibt es hier für ein Netzwerk an Personen oder Gremien, die in diesem Prozess mitarbeiten. Das haben wir dargestellt, weil hier gibt es unglaublich viele gute Dinge, eine unglaublich gute Zusammenarbeit. Aber für das Eingliederungsmanagement war das nicht unbedingt so vernetzt, wie es hätte sein sollen. Man ist dann schnell auf den Punkt gekommen, es muss einen zentralen Ansprechpartner geben, nämlich einen Fallmanager. Der Fallmanager ist nicht derjenige, der alles weiß, alles kann und alles regelt, sondern im Endeffekt derjenige oder diejenige, die alles koordiniert und steuert. Dazu gehört und da bin ich auch heute noch überzeugt: Wer ein anständiges Eingliederungsmanagement aufbauen will, der muss eine sehr gute Vorarbeit leisten. Diese Vorarbeit ist mindestens die halbe Miete. Dazu gehört es nicht nur rauszufinden, was für Netzwerkpartner gibt es bereits, sondern auch wie kann man die Partner zum einen miteinander verknüpfen und zum anderen von dieser Arbeit, die man da machen will, überzeugen.*
(BA 6/S 1, F 2319)

Die RTW-Experten übernehmen hier eine Vielzahl unterschiedlicher Perspektiven, leisten Beziehungsarbeit und entwickeln ein betriebliches Prozessmanagement. Im Mittelpunkt stehen neben individuellem Fallmanagement die Netzwerkarbeit und der Aufbau von betrieblichen Strukturen. Das Ziel ist ein allseits unterstützter und professionell entwickelter RTW-Prozess. Wesentliche Merkmale sind:

- ein koordinierendes, ganzheitliches Fallmanagement
- eine umfassende betriebliche Beziehungsarbeit
- ein funktionierendes betriebliches bzw. überbetriebliches Netzwerk.

Die Wiedereingliederung ist hier in erster Linie betriebliche Interaktion, die Beziehungs- und Managementprozesse gleichermaßen berücksichtigt. Dieser Prozess wird interdisziplinär entwickelt und zielt darauf ab, die Schlüsselakteure aktiv und nicht nur auf dem Papier in den RTW-Prozess einzubeziehen. Dies gelingt durch Perspektivenübernahme, in dem die RTW-Experten die unterschiedlichen Perspektiven im Dialog mit den Schlüsselakteuren kennen und verstehen lernen und so in der Lage sind, diese in ihr Denken und Handeln zu integrieren.

5.3.3 Chancen und Grenzen der systemischen Orientierung

Chancen:

- ermöglicht eine ganzheitliche Sicht- und Vorgehensweise
- zielt auf die Motivation der zentralen Schlüsselakteure ab
- verbindet im Optimum individuelles Fallmanagement mit Team- und Organisationsentwicklung.

Grenzen:

- die hohen Anforderungen an die Qualifikation der Schlüsselakteure
- der hohe interaktive und zeitliche Aufwand
- eine empathische Haltung, die nach allen Seiten offen ist.

Dieses Schaubild (5.1) verdeutlicht zusammenfassend die zentralen Aspekte der drei beschriebenen Handlungsorientierungen.

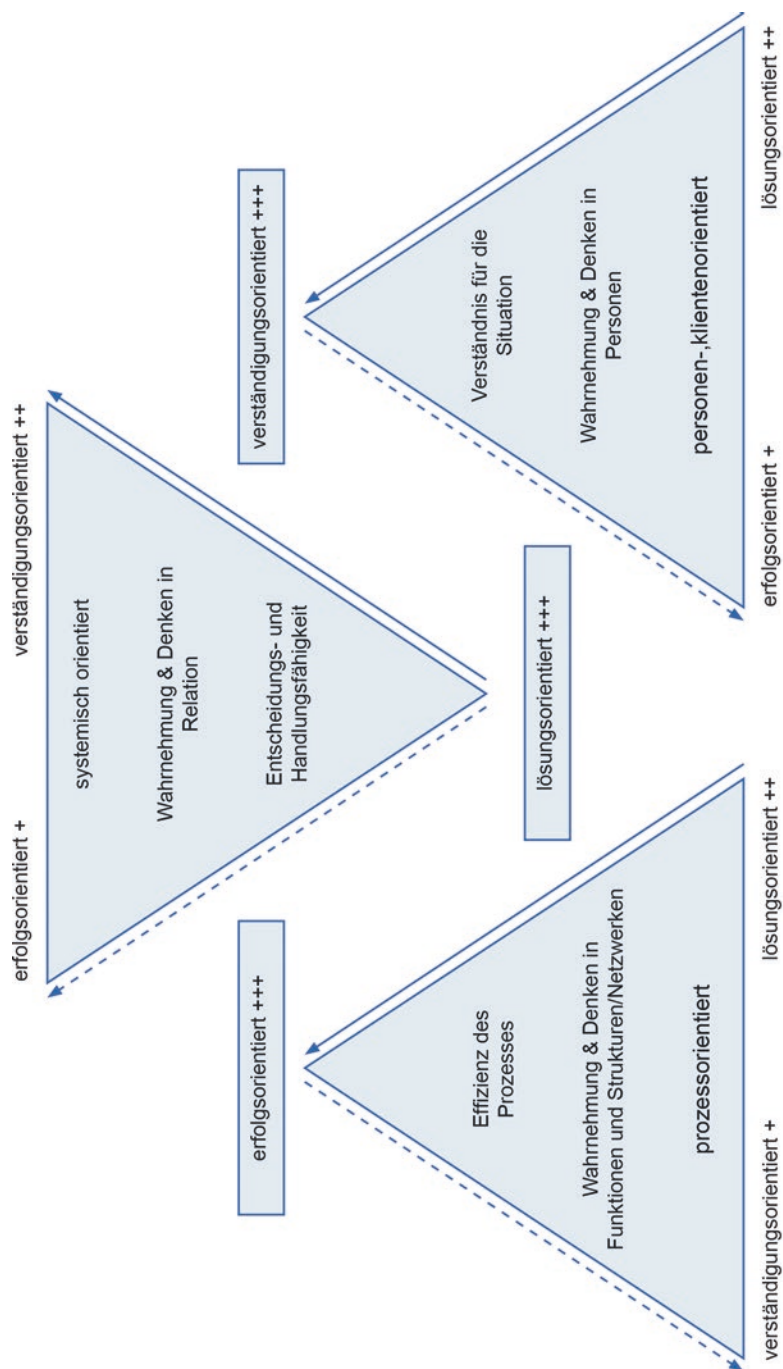


Abb. 5.1 Handlungsorientierungen von Return-to-Work-Experten

Schlüsselkomponenten der Wiedereingliederung: Kommunikatives Handeln, Akzeptanz, Individualität der Erkrankungen und Vertrauen

6.1 Kommunikatives Handeln im RTW-Prozess: Empathische Grundhaltung und Perspektivenübernahme – 73

6.1.1 Kommunikation mit den zurückkehrenden Mitarbeitern aus der Perspektive der RTW-Experten – 74

6.1.2 Kommunikation mit den betrieblichen Schlüsselakteuren aus der Perspektive der RTW-Experten – 76

6.2 Akzeptanz – Der individuelle, zwischenmenschliche und betriebliche Umgang mit psychischen Erkrankungen – 77

6.2.1 Akzeptanz und Umgang mit der psychischen Erkrankung durch die zurückkehrenden Mitarbeiter – 77

6.2.2 Akzeptanz und Umgang mit psychischen Erkrankungen im Unternehmen – 79

6.3 Die Individualität psychischer Krisen und Erkrankungen anerkennen und verstehen – 80

6.3.1 Sich ein „Bild vom Krankheitsbild“ machen als Wegweiser für die Rückkehr in den Betrieb – 82

6.4 Vertrauen ist das A und O des Return-to-Work-Prozesses – 84

6.4.1 Drei Zentrale Dimensionen des Vertrauens im Return-to-Work-Prozess – 84

Literatur – 88

Zusammenfassung

Die vier Schlüsselkomponenten einer erfolgreichen Wiedereingliederung sind (1) das kommunikative Handeln der begleitenden RTW-Experten, ihre Fähigkeit zur Perspektivenübernahme sowie eine empathische Grundhaltung; (2) die Akzeptanz gegenüber psychischen Erkrankungen auf der individuellen, zwischenmenschlichen und betrieblichen Ebene; (3) das Verstehen der Individualität psychischer Krisen unter Berücksichtigung der jeweiligen Ausgangssituation und (4) das Vertrauen als „A und O“ des Wiedereingliederungsprozesses. In diesem Kontext sind drei Aspekte konstitutiv für den RTW-Prozess: der Umgang der zurückkehrenden Mitarbeiter mit ihrer Erkrankung, die professionelle Begleitung der Betroffenen und die betrieblichen Rahmenbedingungen der Rückkehr.

Schlüsselwörter

Erfolgreiche Wiedereingliederung; Kommunikatives Handeln; Akzeptanz; Verstehen; Vertrauen

- » Ursachen und Erscheinungsbilder seelischer Erkrankungen sind so vielfältig wie die Menschen selbst. Wie geht ein Mensch mit Belastungen um? Welches Rüstzeug steht ihm zur Verfügung? Hat er Freunde oder Angehörige, die ihn unterstützen? Gibt es in seiner Familie Menschen, die an Depressionen erkrankten, sich selbst töteten? Abhängig von diesem Bündel seelischer, biografischer, genetischer und sozialer Faktoren muss jede Erkrankung individuell betrachtet werden (HAG 2006, S. 8).

Ein charakteristisches Merkmal psychischer Erkrankungen ist es, dass es „die“ psychische Erkrankung nicht gibt. Eine ärztliche Diagnose alleine gibt nicht Auskunft über den Verlauf und die Auswirkungen der Erkrankung im RTW-Prozess. In Bezug auf die Rückkehr in den Betrieb kann sie daher lediglich eine orientierende Funktion haben. Demgemäß muss eine psychische Erkrankung individuell verstanden und bewältigt werden.

Die Krankheitsverarbeitung und -bewältigung aber ist abhängig von dem jeweiligen Menschen und seiner Situation – von den individuellen Ressourcen, dem sozialen Umfeld, der therapeutischen Begleitung und im Falle der Rückkehr in die Arbeit von der betrieblichen Situation. Für eine erfolgreiche Bewältigung im RTW-Prozess rückt so der Umgang mit der Erkrankung in den Mittelpunkt. Drei allgemeine Aspekte stehen dabei im Vordergrund und sind konstitutiv für den RTW-Prozess. Der Umgang:

- der zurückkehrenden Mitarbeiter mit ihrer Erkrankung
- der RTW-Experten und weiterer Schlüsselakteure mit den zurückkehrenden Mitarbeitern sowie
- der Umgang mit psychischen Erkrankungen im betrieblichen Umfeld.

Aus der Perspektive der befragten RTW-Experten ist hierzu eine professionelle Begleitung erforderlich, die verständigungs- und prozessorientiert ist. Professionelle Begleitung meint in diesem Kontext die kontinuierliche Begleitung der zurückkehrenden Mitarbeiter und die Koordination des RTW-Prozesses. Verständigungsorientiertes Handeln ist, dies zeigen die Interviews aus dem Projekt F 2319, ein Dreiklang aus:

- Verständnis,
- Verstehen und
- Verständigung (siehe dazu auch ► Kap. 7).

Das verständigungsorientierte Handeln zielt darauf ab, eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen, die im RTW-Prozess eine vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich macht. Es geht darum, die individuelle Situation der zurückkehrenden Mitarbeiter zu verstehen, um so die

relevanten Informationen der anstehenden Wiedereingliederung identifizieren und priorisieren zu können. Das Ziel ist, sich auf dieser Grundlage über die erforderlichen Maßnahmen der Wiedereingliederung zu verständigen.

Verständnis meint in diesem Kontext einen Prozess der gegenseitigen Anerkennung. Im Mittelpunkt stehen die Vier-Augen-Gespräche zwischen dem RTW-Coach und den zurückkehrenden Mitarbeitern. Darüber hinaus geht es aber auch um den Umgang mit psychischen Erkrankungen im Unternehmen und das Verhalten der Vorgesetzten und Kollegen gegenüber den zurückkehrenden Mitarbeitern.

Verstehen bezieht sich auf die Anerkennung der Individualität einer psychischen Erkrankung im betrieblichen Kontext mit Blick auf den weiteren RTW-Prozess. Es geht darum, sich gemeinsam mit den zurückkehrenden Mitarbeitern über die individuellen, sozialen und betrieblichen Faktoren zu verständigen, die relevant für die anstehende Wiedereingliederung sind, um bestmögliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung zu schaffen.

Verständigen bedeutet, sich über erforderliche Maßnahmen der Wiedereingliederung auszutauschen und diese festzulegen. Ziel ist es hierbei, die Perspektive der zurückkehrenden Mitarbeiter, die betriebliche Perspektive und die medizinisch-therapeutische in Einklang zu bringen.

Prozessorientiertes Handeln ist ein betrieblich festgelegter und akzeptierter Prozess, der sich vorzugsweise an Meilensteinen orientiert, die allen Beteiligten bekannt sind. Gleichzeitig bleibt dieser Prozess (und auch die Meilensteine) vor dem Hintergrund der verständigungsorientierten Herangehensweise flexibel und wird am individuellen Bedarf des zurückkehrenden Mitarbeiters ausgerichtet. Dazu gehört auch, dass der RTW-Prozess in die betrieblichen Abläufe integriert ist und auf Basis vorhandener Vereinbarungen abläuft. Es ist ein Prozess, der vorausschauend planbar ist und der auf eine frühzeitige und möglichst reibungslose Rückkehr in den Betrieb abzielt (siehe auch ► [Kap. 5](#)). Ziel ist es hier, den RTW-Prozess zu koordinieren und so die notwendige Zusammenarbeit der Schlüsselakteure zu ermöglichen und auf hohem Niveau abzusichern.

Der RTW-Coach (siehe dazu auch ► [Kap. 4](#) und [7](#)) hat in diesem Kontext eine Schnittstellenfunktion: Er ist derjenige, der den Kontakt zu den zurückkehrenden Mitarbeitern aufbaut, Vier-Augen-Gespräche mit den zurückkehrenden Mitarbeitern führt, die behandelnden Ärzte/Therapeuten einbezieht, im Dialog mit den Betroffenen die individuelle Ausgangssituation erfasst und die Zusammenarbeit mit den betrieblichen Schlüsselakteuren steuert.

6.1 Kommunikatives Handeln im RTW-Prozess: Empathische Grundhaltung und Perspektivenübernahme

Kommunikation im RTW-Prozess ist mehr als ein Informationsaustausch. Sie steuert den RTW-Prozess insgesamt, das individuelle Fallmanagement und die vertrauensvolle Zusammenarbeit der Beteiligten. Eine tragfähige Arbeitsbeziehung ist vor allem dann geschaffen, wenn die Kommunikation mit den Zurückkehrenden auf Augenhöhe erfolgt und diese aktiv in die Planungs- und Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

Die Kommunikation ist eingebettet in eine jeweils individuelle und betriebliche Situation, d. h. sie ist abhängig von der Vorgeschichte des zurückkehrenden Mitarbeiters und dessen Arbeitsbedingungen, den beteiligten betrieblichen bzw. überbetrieblichen Akteuren und letztlich von der Unternehmenskultur. Sie gestaltet innerhalb dieser Grenzen die Zusammenarbeit mit den zurückkehrenden Mitarbeitern und die betriebliche Netzwerkarbeit.

Sie erfordert von den RTW-Experten eine je spezifische Zugewandtheit abhängig vom jeweiligen Akteur, die sich durch:

- eine empathische Grundhaltung und
- die Übernahme unterschiedlicher Perspektiven auszeichnet.

Die empathische Grundhaltung und Perspektivenübernahme der RTW-Experten bezieht sich sowohl auf die zurückkehrenden Mitarbeiter als auch auf die (über-)betrieblichen Netzwerkakteure. Im günstigsten Fall ermöglicht dieses Vorgehen neue Perspektiven und beeinflusst so die Entwicklung des betrieblichen Eingliederungsmanagements und den Erfolg einer Wiedereingliederung. Sie ist auf das Verstehen der Akteure und ihrer Situation ausgerichtet. Eine zentrale Leistung der Empathie ist es, Eigen- und Fremdperspektive zu vergleichen und zu einem möglichst „realistischen Bild der Situation sowie der Involviertheit der Akteure zu gelangen“ (Breyer 2013). Im RTW-Prozess bedeutet dies, die Perspektive der zurückkehrenden Mitarbeiter mit der des RTW-Experten, der medizinisch-therapeutischen und der betrieblichen Perspektive in Einklang zu bringen.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, zwei Ausprägungen der empathischen Grundhaltung zu unterscheiden:

- Im einen Fall geht es darum die Erlebniswelt des Anderen zu verstehen, also wie er sich fühlt, erlebt und wie es ihm geht. Eine Haltung also, die über ein Hineinversetzen in die Innenwelt des Anderen ein *emotionales Verstehen* ermöglicht, indem man nachvollzieht, wie der andere reagiert.
- Im anderen Fall geht es darum nachzuvollziehen, wie der andere denkt und handelt, um zu überlegen, wie man selbst an seiner Stelle handeln würde. Eine Haltung also, in der man den Platz des Anderen in einer gemeinsamen Außenwelt einnimmt, um rational nachvollziehen zu können, wie man selbst in dieser Situation reagieren würde. Hierbei geht es um das *kognitive Verstehen* (Breyer 2013).

Dieses Vorgehen der RTW-Experten lässt sich am besten als integrierend beschreiben und ist, wie schon dargestellt, verständigungs- und prozessorientiert. Verständigungsorientiert ist das Vorgehen in Bezug auf die Begleitung und die Zusammenarbeit mit den zurückkehrenden Mitarbeitern. Prozessorientiert ist es in Bezug auf die Koordination und Kooperation mit den anderen (über-)betrieblichen Schlüsselakteuren.

6.1.1 Kommunikation mit den zurückkehrenden Mitarbeitern aus der Perspektive der RTW-Experten

Hinsichtlich der Begleitung der zurückkehrenden Mitarbeiter stehen aus der Perspektive der RTW-Experten folgende Leitfragen im Mittelpunkt:

- Wie fühlen bzw. reagieren die zurückkehrenden Mitarbeiter in der jeweils aktuellen Situation und was bedeutet dies für den weiteren Verlauf des RTW-Prozesses (emotionales Verstehen)
- Was benötigen sie, um zur Arbeit zurückzukehren (kognitives Verstehen)
- Wie erreicht man während der (stufenweisen) Wiedereingliederung eine Passung zwischen der individuellen, sozialen und betrieblichen Arbeitsumwelt (Verknüpfung von kognitivem und emotionalem Verstehen).

Im Vorfeld der Wiedereingliederung stehen die ersten zwei Leitfragen im Mittelpunkt, die im Dialog mit den zurückkehrenden Mitarbeitern und vor allem mit den behandelnden Ärzten bzw. Therapeuten und den direkten Vorgesetzten geklärt werden sollten. Die dritte Frage bestimmt vor allem zum Zeitpunkt der Rückkehr in den Betrieb das Verhalten und Handeln der zentralen Akteure. Diese spezifische Zugewandtheit erfordert sowohl von den RTW-Experten als auch von den zurückkehrenden Mitarbeitern ein „Einlassen“ auf mitunter sehr persönliche Vier-Augen-Gespräche und ein kleinteiliges Auseinandersetzen mit der jeweiligen Situation:

- i** *Es geht darum, handlungsorientiert zu schauen, wie äußert sich das? Wie behindert den Mitarbeiter das? Wie wirkt sich das auf die Arbeitssituation aus? Welche Ideen kann man entwickeln, damit er das besser hinbekommt? Also einfach konkret auf das zu schauen, was macht ihn im Moment aus, was ist seine Situation, was bewegt ihn, was für Ideen hat er für die Zukunft, was wünscht er sich, was ist realisierbar. Mit ihm gemeinsam den Weg zu begleiten. Und der ist einfach sehr kleinteilig. Und ohne dieses Konkrete geht es nicht.*
(PSY 7, F 2319)

Von den RTW-Experten verlangt diese Perspektivenübernahme in erster Linie ein emotionales Verstehen und eine rational daran anschließende Verständigung über die Bedingungen der Rückkehr. Die zurückkehrenden Mitarbeiter wiederum müssen so viel Vertrauen aufbringen, dass sie dem RTW-Experten einen wirklichen Einblick in ihr Empfinden, Erleben und Handeln ermöglichen. Diese spezifische Zuwendung den Mitarbeitern gegenüber, erfordert vonseiten der RTW-Experten:

- Offenheit und Respekt
- Anerkennung der Individualität bzw. Einzigartigkeit und
- ein partizipatives Vorgehen.

- i** *Ja, wie das gelingt? Ja, meine Güte, das weiß ich nicht! Kürzlich hat hier auch eine Kollegin gegessen und gefragt: Wie machst du das? Also ich versuch erst einmal, jemanden so zu nehmen wie er ist. Und ihn nicht zu bewerten, sondern zu sagen, ja du bist einzigartig und du bist gut, so wie du bist. Und dann zu schauen wo gibt es Sorgen und Kümernisse. Und das auch ohne zu bewerten. Das erst einmal anzunehmen und zu sagen: 'Ja, okay, das ist es jetzt' Und dann versuch ich, mich meistens so ein bisschen neben sie zu stellen und zu überlegen, wie kommen wir beide jetzt wieder aus dem Schlamassel raus. Und dann ist das meiste schon getan. Dann wissen sie, ich hab hier jemanden, der ist nicht gegen mich, sondern der ist an meiner Seite und ich bin nicht mehr alleine.*
(PSY 5, F 2319)

Dementsprechend steht bei der Kontaktaufnahme zu den Mitarbeitern erst einmal das emotionale Mitschwingen und Verstehen im Vordergrund. Es ist der Schlüssel für den Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung:

- i** *Dieses gefühlsmäßige Mitschwingen, auch irgendwie um die Situation wissen, dass ich mich irgendwo in die Situation reinversetzen kann, dass ich den Betroffenen verstehe. Ja, in seiner Angst, aber vielleicht auch in seiner Lust, wieder zur Arbeit zu gehen, wieder Leistung zu bringen. (...) Manche haben Angst davor, wieder zur Arbeit zu gehen. Das muss ich verstehen. Ich muss verstehen, was das für ein Gefühl ist, da wieder hin zu müssen. Dann kann ich versuchen, da Ressourcen rauszuarbeiten.*
(Psy2, F 2319)

Wenn dies gelingt, kann geklärt werden, was die zentralen Themen der Rückkehr sind und wie man die Rückkehr in den Betrieb ausgestaltet:

- i** *Ja es ging darum, was für eine Arbeit will er machen, kann ich die Arbeit schaffen, wer ist da eigentlich von den Kollegen, wer ist mein Vorgesetzter und wo ist mein Arbeitsplatz. Also die Punkte waren es. Und dann natürlich wie steige ich ein. Wie gestalte ich jetzt die Arbeitszeit. (...) Dann ist er da mal hingegangen und hat sich das schon mal angeguckt und mit den Kollegen geschnackt und die haben gesagt: 'Ja schön, wenn du zu uns kommst' und dann wurden so zarte erste Kontakte geknüpft und er bekam immer mehr eine Vorstellung, was ihn da erwartet. Also das ist ja auch was, was bei Ängsten enorm hilft – damit die da nicht zu Hause sitzen und irgendwie Achterbahn fahren. Und denken, was kommt da alles auf mich zu.*
(PSY 5, F 2319)

6.1.2 Kommunikation mit den betrieblichen Schlüsselakteuren aus der Perspektive der RTW-Experten

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit den betrieblichen Schlüsselakteuren stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie überzeugt man die unterschiedlichen betrieblichen Akteure (z. B. Geschäftsführung, Vorgesetzte, Interessenvertretungen, Betriebsarzt etc.), sich aktiv in den RTW-Prozess einzubringen? (kognitives Verstehen)
- Wie würde man sich selbst verhalten, wenn man bspw. in der Situation des Arbeitgebers wäre oder in der des direkten Vorgesetzten? (kognitives Verstehen)

Diese spezifische Zugewandtheit dient vor allem dazu, betriebliche Netzwerke zu nutzen bzw. zu etablieren und am Leben zu halten, damit der RTW-Prozess möglichst reibungslos und erfolgreich verlaufen kann. Das Verhalten und Handeln der RTW-Experten im Rahmen der Perspektivenübernahme zielt darauf ab, das eigene Verhalten und Handeln für die anderen Akteure:

- transparent und nachvollziehbar zu gestalten und
- aufzuzeigen, wie ihre Arbeit nutzbringend für die der anderen Akteure sein kann.

- i** *Ich habe festgestellt, es scheitert grundsätzlich dann, wenn Menschen, egal wer, sich nicht vorstellen können, was man da tut. Und es gelingt grundsätzlich dann, wenn eine Betroffenheit tatsächlich da ist oder wenn ich eine Betroffenheit erzeugen kann. (...) Im Betrieb zum Beispiel muss dem Betriebsleiter, dem betrieblichen Vorgesetzten deutlich werden, dass sie auch Arbeit einsparen. Dass sie informierter sind und dass sie mit Problemen nicht alleine sind, dass sie da jemanden haben, der sie unterstützt.*
(BA 6/S 1, F 2319)

- i** *Wer ein funktionierendes Eingliederungsmanagement aufbauen will, (...) der muss sehr gute Vorarbeit leisten. Diese Vorarbeit ist mindestens die halbe Miete. Dazu gehört es, vorhandene betriebliche Netzwerke zu nutzen, sie miteinander zu verknüpfen und die Akteure davon zu überzeugen mitzumachen und die nicht erstaunt sind, wenn man anruft und sie um Unterstützung bittet.*
(BA 6/S 1, F 2319)

Kommunikation

- steuert den Prozess insgesamt, das individuelle Fallmanagement und die vertrauensvolle Zusammenarbeit der Beteiligten
- ist eingebettet in die jeweils individuelle und betriebliche Situation der zurückkehrenden Mitarbeiter
- erfordert von den RTW-Experten eine spezifische Zugewandtheit, abhängig vom jeweiligen Akteur, die sich durch eine empathische Grundhaltung und die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme auszeichnet
- ist emotionales und kognitives Verstehen und
- bezieht sich auf die Zusammenarbeit zwischen den zurückkehrenden Mitarbeitern und den (über-)betrieblichen Schlüsselakteuren: RTW-Coach, Betriebsarzt, betriebliche Interessenvertretungen, direkte Vorgesetzte, Personalverantwortliche und behandelnde Ärzte bzw. Therapeuten

Kommunikation im RTW-Prozess ist in erster Linie verständigungsorientiert

- sie stellt die zurückkehrenden Mitarbeiter in den Mittelpunkt
- sie unterstützt die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der betroffenen Mitarbeiter und der betrieblichen Schlüsselakteure
- sie ist die Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Wiedereingliederungsprozess

6.2 Akzeptanz – Der individuelle, zwischenmenschliche und betriebliche Umgang mit psychischen Erkrankungen

Die Akzeptanz psychischer Erkrankungen ist wichtig für einen erfolgreichen RTW-Prozess. Voraussetzung dafür ist, dass psychische Erkrankungen nicht tabuisiert werden. Dazu ist Wissen über psychische Erkrankungen erforderlich, aber auch Verständnis und Offenheit gegenüber den betroffenen Mitarbeitern. Akzeptanz im RTW-Prozess zeigt sich im Umgang:

- der zurückkehrenden Mitarbeiter mit ihrer Erkrankung und
- des betrieblichen Umfelds mit den Mitarbeitern und psychischen Erkrankungen insgesamt.

6.2.1 Akzeptanz und Umgang mit der psychischen Erkrankung durch die zurückkehrenden Mitarbeiter

Zu einer erfolgreichen Wiedereingliederung gehört ein angemessener Umgang der Mitarbeiter mit ihrer psychischen Erkrankung. Dies bedeutet auf der einen Seite, Grenzen zu akzeptieren, die die Erkrankung setzt und diese im RTW-Prozess zu berücksichtigen. Andererseits heißt dies, Wege zu finden, mit der Erkrankung im Arbeitsprozess umzugehen und die eigene Arbeitsfähigkeit Schritt für Schritt zu steigern. Akzeptanz bedeutet für den zurückkehrenden Mitarbeiter in diesem Sinne, sich auf den RTW-Prozess einzulassen. Dazu gehören ein richtiges Einschätzen der aktuellen Leistungs- und Belastungsfähigkeit sowie ein achtsamer Umgang mit Stress und

Überforderung. Darüber hinaus geht es um die Bereitschaft, Hilfe und Unterstützung anzunehmen und im Dialog mit RTW-Experten, Vorgesetzten und Kollegen gemeinsam nach Lösungen für Schwierigkeiten zu suchen. Zentrale Themen in diesem Zusammenhang sind:

- eigene Grenzen erkennen
- „Nein-Sagen“ lernen
- Abgrenzungsmöglichkeiten ausloten
- sich nicht für alles verantwortlich fühlen
- den eigenen Anspruch an die Arbeit überdenken.

So berichten z. B. die RTW-Experten aus der Studie F2319, dass zurückkehrende Mitarbeiter es zum Teil schwer finden, in den ersten Etappen der Wiedereingliederung nicht mehr auf dem gleichen Niveau wie vor der Erkrankung arbeiten zu können. Dies kann unter Umständen dazu führen, dass die Betroffenen sich und/oder den Kollegen ihre Leistungsfähigkeit beweisen wollen und dann mehr arbeiten, als gut für sie ist. Oder sie sind mit sich oder dem langsamen Verlauf des Prozess unzufrieden und leiden unter Umständen unter Versagensängsten:

i *Das ist immer ein Stück weit Erkenntnis der Mitarbeiter selbst. Wenn sie es denen im Vorfeld sagen, wollen es viele erst mal nicht akzeptieren, sondern die merken dann selber, 'Hoppla ich bin doch noch nicht so fit und das geht noch nicht'. Das ist natürlich für viele dann so ein Moment, wo sie denken, ich bin gescheitert. Wo wir dann versuchen müssen, dahin zu kommen, dass sie das erst einmal akzeptieren, dass das nicht so schnell geht, wie sie sich das vorstellen. (BA5, F 2319)*

i *Bei den psychischen Erkrankungen habe ich die Betroffenen sehr oft hier sitzen, dann geht es mal wieder besser, es geht mal wieder schlechter. Also es ist ein sehr langsam besser werdender Verlauf, aber auch ein stark fluktuierender Verlauf. Und das Thema Konzentrationsfähigkeit und Multitasking ist für die Leute oft ein Problem. Und das merken die auch und leiden darunter. Sie merken, hoppla ich bin zurzeit nicht so leistungsfähig wie früher. Und das zu akzeptieren, das ist schwierig für sie, die fühlen sich manchmal dann ein bisschen wie ein Looser. (BA5, F 2319)*

Schwer kann es für die Mitarbeiter auch sein, ihren eigenen Anspruch zu minimieren. Dies kann dazu führen, dass das eigene Arbeitstempo oder das Ausmaß der Bewältigung von Arbeitsaufgaben und Verantwortung nicht realistisch eingeschätzt werden. Dazu gehört auch die Angst zu thematisieren, dass bestimmte Tätigkeiten angstausslösend sind und deshalb in der ersten Zeit gar nicht oder nur begrenzt ausgeführt werden können.

Gut ist es deshalb, die zurückkehrenden Mitarbeiter im Umgang mit ihren Ressourcen und ihrer Leistungsfähigkeit durch Reflexions- und Feedbackgespräche zu unterstützen (siehe auch ► [Kap. 7](#) Phase 1 und 3):

i *Für die Firma ist wichtig, dass es regelmäßig Feedback für den Mitarbeiter gibt. Dass er nicht das Gefühl hat, er sitzt da jetzt schambesetzt und keiner redet mit ihm, bis die Wiedereingliederung vorbei ist und er sozusagen wieder „heil“ ist, sondern dass das auch ein Prozess ist, der begleitet wird. (PSY 1, F 2319)*

i *Die zurückkehrenden Mitarbeiter waren eigentlich angenehm überrascht, dass jemand sich endlich um sie kümmert. Das war eigentlich damals so ein Aha-Effekt, was wir so nicht gedacht haben, dass das so läuft. Und mittlerweile muss man sagen, dass das schon eine Institution ist, die Begleitung. (SBV 2, F 2319)*

6.2.2 Akzeptanz und Umgang mit psychischen Erkrankungen im Unternehmen

In vielen Unternehmen müssen psychische Erkrankungen erst noch zum Thema gemacht werden. Dazu gehört, sich mit vorhandenen Vorurteilen auseinanderzusetzen und deutlich zu machen, dass eine psychische Erkrankung jeden treffen kann – dass das „auch mir passieren kann“ – und deshalb jeder auf die Unterstützung des Betriebes, der Vorgesetzten und Kollegen angewiesen ist.

Ein akzeptierendes, betriebliches Umfeld zeichnet sich durch Führungskräfte und Mitarbeiter aus, die sich mit ihren Vorurteilen und Berührungsängsten auseinandersetzen und sich um einen konstruktiven Umgang bemühen. Auf diesem Wege kann es gelingen, offen und fair miteinander zu handeln:

i *Und was dem Patienten gut tut ist, wenn sie beispielsweise von ihren Kolleginnen hören: 'Mach dir mal keine Sorgen. Ich hab eine Tante, die hat genau das Gleiche wie du durchgemacht. Ich weiß wie das ist'. Also dass sie sich angenommen fühlen.*
(PSY 1, F 2319)

i *Also A zuhören, B Verständnis für die Situation sind wichtig und C, also zumindest in meinem Fall kam da ganz oft: 'Laura, wir kennen dich doch, du kannst das doch. Du kannst das doch viel besser als der oder der. Du brauchst dich jetzt gar nicht zu schämen'. (...) Oder auch einfach nur, dass die Kolleginnen gesagt haben: 'Heute in der Besprechung, da warst du wieder die alte. Da hast du was Gutes gesagt oder so was.*
(Bf2, F 2319)

Aufgabe des Unternehmens ist es, Voraussetzungen für einen offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen zu schaffen. Dies kann gelingen durch:

- Schulung von Führungskräften
- Sensibilisierung von Mitarbeitern
- eine professionelle Unterstützung der direkten Vorgesetzten und
- ein angemessenes Konfliktmanagement im BEM-Prozess.

Interessant erscheinen in diesem Kontext Seminare für Führungskräfte, zu denen ein Besuch in einer psychosomatischen Klinik gehört. Führungskräfte sprechen mit den Patienten und erfahren so aus erster Hand von deren Erkrankungen (Depressionen, Angsterkrankungen, Burnout etc.). Ein Ziel der Veranstaltungen ist, einen offenen Umgang zwischen Vorgesetzten und Patienten zu ermöglichen, Berührungsängste abzubauen und Verständnis für die Situation der Betroffenen zu erzeugen (Matyssek 2010):

i *Schulungen zum Beispiel für Manager und Vorgesetzte und so weiter zielen darauf ab, dass das Thema psychische Gesundheit besser kommuniziert wird, dass es kein Tabu-Thema ist.*
(BA5, F 2319)

i *Viele Vorgesetzte, die wir hatten, die sind ganz gut in Gesprächsführung. Aber ich denke, man muss da auch zu einer Haltung finden, die sehr viel mit Respekt gegenüber dem erkrankten Menschen zu tun hat und ihm das auch vermitteln.*
(PSY 5, F 2319)

Ein weiteres Ziel ist, handlungssicherer im Umgang miteinander zu werden und zu wissen, wie man sich in bestimmten Situationen verhalten kann bzw. soll. Ein Leiter einer psychiatrischen Klinik formuliert dies so:

i *Ja, die rehabilitationstherapeutische Arbeit wäre ja, dass die (Vorgesetzten AdA) entlastet sind und wissen, wie sie mit den zurückkehrenden Mitarbeitern einigermaßen umgehen und dass sie nichts falsch machen können. Dass sie auch nichts kaputt machen können oder so. Aber dass sie eine gewisse Verbindlichkeit und positiv fordern und fördern sozusagen und da ein ausgleichendes Verhältnis haben müssen.*
(PSY 1, F 2319)

Wiedereingliederung als Lern- und Veränderungsprozess des zurückkehrenden Mitarbeiters und des betrieblichen Umfelds sowie die soziale und professionelle Unterstützung sind wesentliche Eckpfeiler einer gelingenden Wiedereingliederung. Akzeptanz bedeutet hier nicht nur die Abwesenheit von Stigmatisierung, sondern auch ein adäquates Verständnis psychischer Erkrankungen. Akzeptanz und Anerkennung psychischer Erkrankung betrifft die zurückkehrenden Mitarbeiter gleichermaßen wie die Vorgesetzten, die Kollegen und den Betrieb insgesamt.

Akzeptanz ist aktives Handeln und bedeutet im RTW-Prozess

- die Anerkennung bzw. das Ausloten von Grenzen und Ressourcen durch den zurückkehrenden Mitarbeiter und das Unternehmen
- Stigmatisierung und Ausgrenzung abzubauen und
- ein betriebliches Klima zu etablieren, das einen offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen zulässt.

6.3 Die Individualität psychischer Krisen und Erkrankungen anerkennen und verstehen

» Das Grundphänomen psychischen Krankseins im weitesten Sinn kann man in seinem „Sich-selbst-und-anderen-Fremdwerden“ sehen (...). Dass der Mensch überhaupt psychisch krank werden kann, liegt in dem Verhältnis begründet, das er zu sich selbst und zu anderen einnimmt. Diese subjektive und zugleich intersubjektive Dimension der Krankheit aber lässt sich nur in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient erfassen, in der dessen Erleben zur Sprache kommt; sie geht nicht in einer objektiven Beschreibung auf (Fuchs 2010, S. 239).

Aus der Perspektive der befragten RTW-Experten der BAuA-Studie F 2319 sind die Verläufe und Erscheinungsbilder von psychischen Krisen und Erkrankungen so unterschiedlich wie die Menschen selbst. Der Verlauf erscheint stark abhängig vom Umgang mit der Erkrankung und wie sie verarbeitet bzw. bewältigt wird. Also davon, welche Unterstützung man erfährt, wie sie erlebt wird, welche Bedeutung sie für den einzelnen hat und wie man mit den Belastungen umgeht. Diese subjektive Erlebensperspektive lässt sich nicht umfassend über eine ärztliche Diagnose fassen, sondern kann nur im Dialog mit den Betroffenen erfahren werden – das heißt, jede psychische Krise muss individuell betrachtet werden – abhängig von einem Bündel psychophysischer, sozialer und im Falle der Wiedereingliederung betrieblicher Faktoren.

Und dies ist wahrscheinlich „die“ zentrale Erkenntnis für den RTW-Prozess nach einer psychischen Krise: Wer die zurückkehrenden Mitarbeiter professionell unterstützen will, der muss

das individuelle Kranksein im RTW-Prozess, in der jeweiligen Arbeitsumwelt und das damit einhergehende Befinden und Verhalten anerkennen und verstehen. Eine reine Diagnoseorientierung allein hilft hier nicht weiter. Entsprechend individuell gestaltet sich dann auch die Rückkehr in den Betrieb:

- i** *Bei einer Erkrankung des Bewegungsapparats beispielsweise kann man eigentlich mit Erfahrungswerten arbeiten, das geht bei den psychischen Erkrankungen nicht. Da ist es oft so, wenn man manchmal denkt, jetzt haben wir alles, dann ist es nächsten Tag wieder ganz anders. Und da ist das Verfahren einfach nicht so über das Knie zu brechen, denke ich, wie so ein Standardverfahren bei den genannten körperlichen Erkrankungen.*
(SBV 2/S 2, F 2319)

Dieser Umstand erfordert eine größtmögliche Offenheit gegenüber den zurückkehrenden Mitarbeitern. Der Verlauf, die Verarbeitung und Bewältigung einer psychischen Krise lässt sich nicht anhand von objektiven Zuschreibungen bestimmen, sondern bleibt abhängig von dem subjektiven Erleben der Erkrankung. Dies ist begründet in dem Verhältnis, das die zurückkehrenden Mitarbeiter zu sich selbst und zu ihrer (Arbeits-)Umwelt einnehmen. Diese Einsicht kommt in dem nachfolgenden Zitat eines Psychiaters besonders gut zum Ausdruck:

- i** *Bipolar heißt auch, manche werden chronisch krank und manche führen zehntausend Mitarbeiter als Unternehmenschef. Es kommt darauf an, wie Sie mit dieser Krankheit umgehen.*
(PSY 1, F 2319)

Psychische Krisen im RTW-Prozess sind vor diesem Hintergrund nicht nur als ein individuelles Geschehen zu verstehen, sondern sie haben eine (inter-)subjektive und somit eine kommunikative Dimension, die verstanden werden muss, um die Rückkehr in den Betrieb adäquat planen zu können. So gesehen ist der RTW-Prozess Teil der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung. Diese vollzieht sich im Dialog und durch die Zusammenarbeit mit den betrieblichen Schlüsselakteuren im Prozess der Rückkehr – insbesondere durch die professionelle und soziale Unterstützung der RTW-Experten, der direkten Vorgesetzten und Kollegen. Entscheidend aber ist, folgt man der Kernaussage des befragten Psychiaters, wie man mit der Erkrankung im RTW-Prozess umgeht. Ein daran orientiertes Vorgehen erfordert von den RTW-Experten eine sehr gute Abstimmung mit den zurückkehrenden Mitarbeitern, die als zeitintensiv und aufwändig eingeschätzt wird:

- i** *Also man muss schon, das sehe ich jedenfalls so, dass mögen andere anders sehen, also man muss sich schon sehr gut mit den Betroffenen abstimmen. Man muss da wirklich genau hinschauen (...) Da ist eben ein Mensch, der hat erst mal ein privates Umfeld, der hat seine eigene Persönlichkeit mit allen Besonderheiten. Und der hat auch noch ein Arbeitsumfeld, also das heißt, das sind eben verschiedene Dinge, die da zusammen fließen und allein die Erfassung der Erkrankung, dessen was gewesen ist, wo er jetzt steht, was er sich selbst zutraut, ist sehr zeitintensiv und aufwändig (...) Ich lass die Mitarbeiter das auch selbst schildern: Wie es ihnen gegangen ist? Wie sie sich fühlen? Wo sie jetzt stehen? Was sie jetzt gerade machen? Und dann (...) versuche ich zu erfahren, wie sie selbst ihre Perspektive sehen. (...) In den Gesprächen merkt man sehr schnell, wie stabil sie sind. Also ob sie sich das zutrauen, den Anforderungen ihrer ursprünglichen Aufgabe wieder gerecht zu werden. Und wenn nein, wo hakt es? Wo ist das Problem? Das sind schon längere Gespräche, die da stattfinden. Ganz wichtig sind die Selbsteinschätzungen der betroffenen Mitarbeiter, die Einschätzung der behandelnden Therapeuten bzw. Psychiater sofern sie vorliegen und natürlich meine eigene.*
(BA3, F 2319)

- i** *Das Prinzip ist, dass wir uns zunächst sehr intensiv mit diesen Mitarbeitern auseinandersetzen und gucken, wie ihre therapeutische Situation ist und dann immer mit dem Therapeuten zusammen die Wiedereingliederung begleiten.*
(BA1, F 2319)

Im Mittelpunkt dieses Dialogs zwischen den RTW-Experten und den zurückkehrenden Mitarbeitern stehen demnach das private und betriebliche Umfeld, der Verlauf der Erkrankung, das aktuelle Befinden und was sich die Mitarbeiter gegenwärtig in Bezug auf die Arbeit zutrauen, was sie brauchen, um zur Arbeit zurückzukehren und was sie selbst beitragen können, damit die Wiedereingliederung erfolgreich verläuft. Dieses Verstehen kommt in der Regel durch die Einbindung unterschiedlicher Perspektiven zustande, im Idealfall durch:

- die Selbsteinschätzung der Betroffenen
- die Einschätzung der behandelnden Ärzte, Therapeuten und
- die der RTW-Experten.

Die Diagnose ist in dieser Phase der konkreten Planung und Vorbereitung vor allem in Hinsicht auf die Frage relevant, ob die psychische Krise als arbeitsplatzabhängig oder -unabhängig einzuschätzen ist. Gerade in diesem Zusammenhang erscheint eine Zusammenarbeit mit den behandelnden Psychiatern und Therapeuten sinnvoll. Dies verdeutlicht das nachfolgende Zitat einer Psychiaterin, die ihre Patienten auf dem Weg der Rückkehr in den Betrieb begleitet:

- i** *Man muss überall Struktur reinbringen. Ich finde, das Wichtigste ist eigentlich, die Struktur zu sehen: Was liegt jetzt genau vor? Also, was für eine Erkrankung liegt vor? (...) Ja, und wenn ich dann nachhake und nach einem inneren diagnostischen Leitfaden eine Kernsymptomabfrage mache, dann stelle ich fest, ob das ein Burnout ist oder ob jemand eine depressive Episode oder sogar eine rezidivierende depressive Episode hat. (...)*
Also eine wichtige Frage ist ja immer: Was glauben Sie selbst, was das Problem ausgelöst hat? (...) Und da wird eigentlich schon oft was deutlich (...), dass die Leute bspw. sagen: „Ja, also das liegt an meinem Arbeitsplatz, das ist zu viel! Und ich habe vorher natürlich auch schon diagnostische Fragen gestellt. Ich habe vorher schon differenziert, ob das jetzt wirklich eine reine depressive Episode ist, ob die also neurobiologisch hauptverursacht ist oder nicht. Und dann frage ich eben im Prinzip nach der Ursache, in dem Fall nach der Arbeit. Und dann frage ich auch, was müsste denn passieren, dass sie sich bei der Arbeit besser fühlen. Damit habe ich eigentlich schon ziemlich viel abgegriffen. (...) Und dann spreche ich diese Punkte an: Was kann man verändern? Was kann man im Unternehmensbereich verändern? Was muss sich da wirklich verbessern? Und was kann der Betroffene selbst verändern.
(PSY 2, F 2319).

6.3.1 Sich ein „Bild vom Krankheitsbild“ machen als Wegweiser für die Rückkehr in den Betrieb

Sich im RTW-Prozess ein „Bild vom Krankheitsbild machen“, wie dies eine Betriebsärztin ausgedrückt hat, heißt vor dem Hintergrund des bisher Dargestellten, das individuelle Kranksein und Gesundsein der zurückkehrenden Mitarbeiter und das damit verbundene Erleben in seinen konkreten lebensweltlichen Zusammenhängen zu verstehen. Das Verstehen bezieht sich dabei im Wesentlichen auf:

- die Krankenvorgeschichte und den Verlauf der Erkrankung
- die persönlichen Umstände

- die Ursachen (arbeitsplatzabhängig bzw. -unabhängig)
- den Umgang mit der Erkrankung
- das aktuelle Befinden und Verhalten
- die aktuelle Leistungsfähigkeit
- die Motivation zur Rückkehr
- das Selbstmanagement und die Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter
- die vorhandenen bzw. noch zu aktivierenden Ressourcen
- die erforderlichen Maßnahmen der Rückkehr.

Erst auf dieser Basis kann eine gemeinsam getragene Verständigung darüber stattfinden, was die Mitarbeiter benötigen, um zur Arbeit zurückzukehren:

- i** *Den Hintergrund klären. Also was lag eigentlich vor, welche Symptomatik, wie ist der Verlauf gewesen, welche eventuellen medizinischen Maßnahmen sind noch erforderlich, ist wichtig. Also ich muss mir erst mal ein Bild über das Krankheitsbild und den Verlauf machen. Ich hab dann natürlich die Aufgabe, mit den Betroffenen abzusprechen, was sie denn wollen, denn gegen ihren Willen geht ja sowieso nichts. Und dann muss eben das, was aus meiner Sicht und aus Sicht der Mitarbeiter nötig und erforderlich ist, eben auch in den Betrieb hinein kommuniziert werden und auch umgesetzt werden.*
(BA3, F 2319)

Dieses Vorgehen verlangt von den RTW-Experten, wie im vorherigen Kapitel beschrieben, die Fähigkeit zur Empathie und Perspektivenübernahme, insbesondere durch ein emotionales Verstehen. Dies wird allerdings nur dann gelingen, wenn man dabei auf die Stärken der Mitarbeiter schaut und auf ihre Entscheidungs- und Handlungskompetenz vertraut. Selbstvertrauen ist immer auch abhängig vom Vertrauen der Anderen – also davon, was andere einem zutrauen oder auch nicht. Die Basis für ein derartiges Handeln bilden vertrauliche Vier-Augen-Gespräche:

- i** *Es geht also darum, sich auch in die Welt, sage ich mal, in die Situation des Anderen reinzusetzen, vielleicht auch Schwingungen, emotionale Schwingungen wahrzunehmen, das heißt zwischen den Zeilen zu lesen.*
(S 3, F 2319)
- i** *Ganz oft ist ja da das Gefühl, ich habe versagt. Und dem einfach entgegen zu wirken und sie wieder aufzubauen und sie erst einmal zu unterstützen, dass sie wieder an Selbstvertrauen und auch Zuversicht gewinnen, (...) indem man mit ihnen einfach auch auf die Stärken schaut und auf die Sachen, die sie gut können und das, was sie ausmacht.*
(PSY 5, F 2319)

„Sich ein Bild vom Krankheitsbild“ im RTW-Prozess zu machen, ist ein Dialog

- mit den betroffenen Mitarbeitern
- wenn möglich mit den behandelnden Ärzten und/oder Therapeuten
- und im weiteren Verlauf mit betrieblichen Schlüsselakteuren,

der darauf abzielt, die Individualität des Einzelfalls in seinem individuellen, sozialen und betrieblichen Kontext zu erfassen, um die Wiedereingliederung mit daran anschließenden Maßnahmen planen und flankieren zu können.

6.4 Vertrauen ist das A und O des Return-to-Work-Prozesses

Mit Blick auf die Rückkehr in den Betrieb nach einer psychischen Krise bzw. Erkrankung erscheint Vertrauen als die zentrale Kategorie.

Aus der Perspektive der befragten Mitarbeiter und Experten bildet der Umgang mit Ängsten eine besondere Herausforderung im Prozess der Rückkehr. Angst und Verunsicherung sind einerseits charakteristische Merkmale psychischer Krisen. Sie schwächen das Selbstwertgefühl der betroffenen Beschäftigten und gehen andererseits mit Ängsten vor Stigmatisierung und Ausgrenzung einher. Für die zurückkehrenden Mitarbeiter stellt sich daher auch immer die Frage, wie sie im Betrieb mit der Erkrankung umgehen sollen, was sie Vorgesetzten und Kollegen über ihre Erkrankung erzählen wollen oder auch nicht.

➤ Persönliche Vertrauensbeziehungen sind der Schlüssel für einen konstruktiven Umgang mit Ängsten und Unsicherheiten, Stigmatisierung und Ausgrenzung.

Im RTW-Prozess ergeben sich Vertrauensbeziehungen aus dem Wechselspiel:

- der Erfahrungen der zurückkehrenden Mitarbeiter, Kollegen und Vorgesetzten
- der Vertrauenswürdigkeit der RTW-Experten, die den RTW-Prozess begleiten und
- den betrieblichen Rahmenbedingungen.

Sie sind insofern immer Ausdruck vergangener und gegenwärtiger Erfahrungen und betrieblicher Umstände, die das zukünftige Verhalten mit beeinflussen. Das bedeutet beispielsweise, dass die Beziehungen zu den Kollegen und Vorgesetzten im Vorfeld der Arbeitsunfähigkeit Einfluss auf die Rückkehr in den Betrieb haben.

➤ Der RTW-Prozess ist ein kontinuierlicher, in sich zusammenhängender Prozess. Vertrauen muss in diesem Prozess immer wieder erarbeitet und bestätigt werden.

Es bildet die Grundlage für Offenheit, Transparenz, Verstehen, Verständigen und Möglichkeiten der Reflexion, ohne die der Wiedereingliederungsprozess nicht auskommt. Oder wie es ein betroffener Mitarbeiter ausdrückt:

i *Ich finde Offenheit, Austausch und Verständnis, dieses sind die wesentlichsten Dinge.
(B3, F 2319)*

6.4.1 Drei Zentrale Dimensionen des Vertrauens im Return-to-Work-Prozess

Vertrauen in die Beteiligten: Persönliche Beziehungen

➤ Die kleinste Einheit im RTW-Prozess bilden persönliche Vertrauensbeziehungen.

Vor allem in der Phase der Koordination (siehe dazu auch ► [Kap. 7](#)), noch vor der tatsächlichen Rückkehr in den Betrieb, geht es um den Auf- bzw. Ausbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zwischen den zurückkehrenden Mitarbeitern und dem RTW-Coach, der die Rückkehr in den Betrieb begleitet (siehe dazu auch ► [Kap. 4](#)).

Förderliche Faktoren für den Aufbau von Vertrauen sind Begegnungen auf Augenhöhe, die fachliche und soziale Kompetenz der RTW-Experten sowie Kontinuität. Vertrauen ermöglicht es, offen über die Erkrankung, Ängste, Unsicherheiten, belastende Arbeitsumstände, über zu bewältigende Probleme, Konflikte und individuelle Maßnahmen der Rückkehr zu sprechen:

- i** *Die Stigmatisierung ist massiv. Die Angst vor Stigmatisierung ist massiv. Da sind die dafür ausgebildeten Berater gefragt. Und dass die zurückkehrenden Mitarbeiter wissen, da ist jemand, an den ich mich wenden kann und der Ansprechpartner ist, auch entsprechend qualifiziert ist, dass das nicht irgendwer macht. Dann können die den Mitarbeitern auch die Ängste nehmen.
(BA 6/S 1, F 2319)*
- i** *Dann hängt es natürlich von der Persönlichkeit des Betriebsarztes ab, wie vertrauensvoll, wie vertrauenswürdig er im Betrieb rüber kommt. Vertrauen ist natürlich das A und O für den Erfolg. Ja also ein Betriebsarzt, der zum einen halbjährig wechselt, jedes Mal kommt ein anderer, da wird sich so ein System nie aufbauen lassen. Wie soll ich mich mit meinem Innersten jemandem öffnen, den ich gar nicht kenne. Wo ich gar nicht weiß, welche Interessen der wirklich vertritt. Das kann ja auf dem Papier noch so toll geschrieben sein, aber was wird der im Alltag mit den Informationen machen, die ich ihm da gebe. Also da ist eigentlich schon ein gewachsenes Vertrauensverhältnis notwendig.
(BA1, F 2319)*

In der Phase der Kooperation, der Rückkehr des Mitarbeiters an den Arbeitsplatz, ist es vor allem das Verhältnis zu den Vorgesetzten und den Kollegen die erfahrene soziale Unterstützung, welche Vertrauen schafft:

- i** *Das sind Mitarbeiter, also aus dem Produktionsbereich, die zum Beispiel eine chronische Depression, depressive Episode haben und die also in ihren manuellen Fähigkeiten immer noch gut sind und die auch eine funktionierende Gruppe haben. Am Band herrscht ja Gruppenarbeit. [...] Und wenn die eine gut funktionierende Gruppe haben und einfach nach einer Episode dort wieder anfangen, das funktioniert ganz gut. Die steigern dann schrittweise ihr Arbeitspensum. Und wenn die Glück haben, haben die auch noch eine Führungskraft, einen Meister, der die auch schon lange mit ihrer Erkrankung kennt. Das geht gut – auch da eher, wenn sie darüber sprechen. Wenn sie sagen, was sie hatten.
(BA5, F 2319)*
- i** *Da ein Vertrauen aufzubauen, damit sie sich überhaupt erst einmal öffnet, um zu hören, was braucht sie denn eigentlich? Es geht ja darum, was der Mitarbeiter braucht, um gesund zu werden und zu bleiben. Und das alleine hat eine gewisse Zeit gebraucht. Und ich denke, da ist es wichtig, dass die Führungskraft sich selber ein Stück weit öffnen kann, also auch von sich was gibt.
(S 3, F 2319)*
- **Vertrauensbeziehungen entwickeln sich positiv, wenn die gegenseitigen Erwartungen nicht enttäuscht werden. Vertrauensbeziehungen sind keine Einbahnstraßen! (siehe dazu auch ► [Kap. 7](#))**

Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement: Vertrauen in die eigene Entscheidungs- bzw. Handlungsfähigkeit

Zwischen den persönlichen Beziehungen und dem Vertrauen in den RTW-Prozess bzw. die betrieblichen Strukturen steht das Selbstvertrauen der zurückkehrenden Mitarbeiter.

- **Ihre Selbstwirksamkeit, ihre Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit und Motivation zur Rückkehr sind wesentliche individuelle Faktoren einer erfolgreichen Wiedereingliederung.**

Nicht wenige, die zurückkehren, müssen diese Selbstsicherheit, das Vertrauen in sich selbst erst über Erfolgserlebnisse wiedergewinnen. Eine professionelle Begleitung des RTW-Prozesses und eine sorgfältig geplante stufenweise Wiedereingliederung können dazu einen wesentlichen Beitrag leisten: „Herr A. hat trotz wiederkehrender Befürchtungen, es nicht zu schaffen, die stufenweise Wiedereingliederung gut bewältigt, wieder Selbstvertrauen in seine Fähigkeiten und Belastbarkeit gewonnen. Dazu beigetragen haben begleitende Gespräche, in denen wir uns mit seinen negativen Bewertungen der eigenen Fähigkeiten und Selbstwirksamkeit auseinandergesetzt haben. Mit seinen Erwartungsängsten und dem Misstrauen gegenüber Vorgesetzten und AG-Beauftragten. Und die Gespräche, in denen es darum ging, eigene Grenzen frühzeitig wahrzunehmen, Überforderung zu vermeiden und Unterstützungsbedarf zu artikulieren“ (IFD, ► [Kap. 8](#)).

Dieses Beispiel macht deutlich, wie individuelle und soziale Faktoren im RTW-Prozess dazu beitragen können, gleichermaßen die psychische Krise zu verarbeiten bzw. zu überwinden und erfolgreich zur Arbeit zurückzukehren. Selbstvertrauen und Selbstmanagement hängen immer auch davon ab, was andere einem zutrauen. Fremdvertrauen kann das Selbstvertrauen stärken. Selbstvertrauen ist immer auch davon abhängig, wie andere einen sehen bzw. wahrnehmen, was andere einem zutrauen.

Negative Emotionen haben Einfluss auf unsere Einstellungen, unser Verhalten und Handeln. Eine Erkrankung lässt einen abhängiger erscheinen und dies kann zu dem Gefühl führen, dass man sich selber und die Lebensumstände nicht mehr kontrollieren kann. Psychische Krisen und Erkrankungen durchkreuzen, wie auch andere schwere Erkrankungen, unsere Lebenspläne, stellen liebgewonnene Lebensgewohnheiten infrage und irritieren unsere Selbstsicherheit und können Existenzängste provozieren (siehe dazu auch ► [Kap. 3](#)). Wenn der Arbeitsplatz negativ besetzt ist, belastet dies zusätzlich die psychische Verfassung.

Professionelle Begleitung bei der Wiedereingliederung berücksichtigt diese emotionalen Prozesse in ihrer Abhängigkeit vom sozialen Handeln und von den Rückwirkungen auf das soziale Handeln. Sie versucht auf diese Art und Weise die Selbstwirksamkeit der zurückkehrenden Mitarbeiter zu stärken und ein negatives Selbstbild positiv zu beeinflussen.

Vertrauen in den RTW-Prozess: Netzwerkbildung, Information und Persönlichkeitsschutz

Von den Experten wird immer wieder betont, dass das Vertrauen in den RTW-Prozess ganz wesentlich durch die Unternehmenskultur und dessen betriebliche Einbettung geprägt wird. Dazu gehört der Aufbau von „Netzwerken“ (Prümper et al. [2015](#)), die sicherstellen sollen, dass die Zusammenarbeit der beteiligten Stellen funktioniert:

- ❗ *Dazu gehört und da bin ich heute noch überzeugt, (...) wer ein anständiges Eingliederungsmanagement aufbauen will, der muss eine sehr gute Vorarbeit leisten. Diese Vorarbeit ist mindestens die halbe Miete. Dazu gehört nicht nur herauszufinden, was für Netzwerke gibt*

es bereits, sondern vor allem auch wie kann ich diese Netzwerke miteinander verknüpfen. Überdies muss man die Leute von der Arbeit, die man machen will, überzeugen. Wenn da alle in einem Boot sind, also beispielsweise die Schwerbehindertenvertretung, die Arbeitsmedizin, die Personalabteilung, die direkten Vorgesetzten und zwar nicht nur auf dem Papier, sondern dass die auch mitmachen, wenn man auf sie zugeht und um Unterstützung bittet. Diese Vorarbeit ist unabdingbar.

(BA 6/S 1, F 2319)

Überdies gehört hierzu eine umfassende Information aller Mitarbeiter über das betriebliche Eingliederungsmanagement. Im Unternehmen muss bekannt sein, wie BEM-Prozesse ablaufen, was, wann und wie passiert. Diese Transparenz verschafft allen Beteiligten Sicherheit und wirkt eventuellem Misstrauen entgegen:

i *Weil die Akzeptanz ist durch eine entsprechende Vorinformation für mich eigentlich das A und O der ganzen Sache. Wir haben einen Flyer, den wir auch in die Einladung [zum Erstgespräch] entsprechend mit reinlegen, sodass der Mitarbeiter sich ungefähr denken kann: Was bieten die denn an? Was wollen die denn? Und passt das für mich oder passt das nicht? In der Regel passen die drei Punkte meistens. Und deswegen sagt der Mitarbeiter auch, 'Klar, wenn das in einem Kreis stattfindet, der a), eigenständig ist, also eigenständig bedeutet, dass das Ganze nicht im Personalbereich stattfindet und nicht durch einen Personalbetreuer durchgeführt wird, sondern b) durch einen separaten Bereich, der auch räumlich, was auch ein wichtiger Aspekt ist, nicht in der Nähe des Personalbereiches ist, sodass die Gefahr vermeintlich für manche in ihrer Vorstellung nicht auftauchen kann, jetzt sieht mich mein Personalbetreuer, jetzt weiß der, jetzt ist der im Disability Management, bei dem klappt das nicht mehr so ganz.*

(SBV 2/S 1, F 2319)

Außerdem muss der Betrieb gewährleisten, dass die Mitarbeiter darauf vertrauen können, dass nur Informationen bekannt werden, wenn sie dies auch selbst wollen und freigeben. Mundpropaganda, Gerüchte etc. sind kontraproduktiv für die Wiedereingliederung. Dazu gehört auch, dass bspw. Beratungsräume (z. B. des RTW-Experten) räumlich so organisiert sind, dass sie von den betroffenen Mitarbeitern von Vorgesetzten, Kollegen und Personalabteilung unbeobachtet aufgesucht werden können. Ebenso hilfreich ist eine schrittweise Schweigepflichtentbindung, sofern sie überhaupt notwendig ist. So bleibt der zurückkehrende Mitarbeiter „Herr des Verfahrens“.

- **Ein wirksamer Datenschutz ist eine wichtige Grundvoraussetzung für das BEM.**
„Datenschutz ist Persönlichkeitsschutz“ (Faber 2011, S. 21). Zu den betrieblichen Rahmenbedingungen, die das Vertrauen in den RTW-Prozess beeinflussen, gehören:
- transparente Regelungen zum BEM, insbesondere zum Persönlichkeitsschutz
 - eine konsequente betriebliche Öffentlichkeitsarbeit
 - Netzwerke und institutionelle Arrangements zur Umsetzung des BEM und
 - die Einbindung in ein (über-)betriebliches Gesundheitsmanagement.

Vertrauen ist die Grundlage für den RTW-Prozess, indem es

- einen konstruktiven Umgang mit Ängsten und Unsicherheiten sichert und
- einen offenen, transparenten und verständigungsorientierten Prozess ermöglicht.

Vertrauen basiert dabei auf

- persönlichen Vertrauensbeziehungen zwischen RTW-Experten und zurückkehrenden Mitarbeitern
- dem Selbstvertrauen und der Selbstwirksamkeit der Zurückkehrenden und
- einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur.

Literatur

- Breyer, T. (2013). *Grenzen der Empathie. Philosophische, psychologische und anthropologische Perspektiven* (Übergänge, Bd. 63). Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.
- Faber, U. (2011). BEM und sensible Gesundheitsdaten: Datenschutz ist Persönlichkeitsschutz und hat höchste Priorität. *gute Arbeit. Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung*, 3, 21–23.
- Fuchs, T. (2010). Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und ihre Anwendung. *Die Psychiatrie*, 7, 235–241.
- Giesert, M. (2012). Arbeitsfähigkeit und Gesundheit erhalten. Fördermöglichkeiten im ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: *Gesundheitsmanagement. AiB* 5, 336–340. http://www.neue-wege-im-bem.de/sites/neue-wege-im-bem.de/dateien/arbeitsfaehigkeit_und_gesundheit_erhalten_aib_2012_05_giesert.pdf Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG). (2006). *Verletzbare Seelen. Ein Ratgeber*. Hamburg. <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/72.pdf> Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Matyssek, A.K. (2010). *Führung und Gesundheit. Ein praktischer Ratgeber zur Förderung der psychosozialen Gesundheit im Betrieb*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Prümper, J., Reuter, T., & Sporbert, A. (2015). *Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt*. Berlin: Hochschule für Wirtschaft und Technik Berlin. http://www.arbeitsfaehig.com/uploads/content/pdf/2015_06_Sammelband_BEM-Netz_Web-1.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Reuter, T., Giesert, M., & Liebrich, A. (2011). Der Datenschutz im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Ein Beispiel aus dem Projekt „Neue Wege im BEM“. In: M. Giesert, (Hrsg.), *Arbeitsfähig in die Zukunft – Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit! VSA*, Hamburg. http://www.neue-wege-im-bem.de/sites/neue-wege-im-bem.de/dateien/download/datenschutz_aib.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.

Das Vier-Phasen-Modell der Wiedereingliederung

- 7.1 **Das Vier-Phasen-Modell im Überblick – 91**
- 7.2 **PHASE 1: Die Phase der Koorientierung: Ein Dreiklang aus Verständnis, Verstehen und Verständigung – 94**
 - 7.2.1 Überblick – 94
 - 7.2.2 VERSTÄNDNIS durch gegenseitige Anerkennung: Anerkennung der inneren Realität des Mitarbeiters und Anerkennung des RTW-Coachs als Lotse – 99
 - 7.2.3 VERSTEHEN der Individualität des Einzelfalls: sich ein Bild von den inneren und äußeren Arbeitsumwelten der anstehenden Wiedereingliederung machen – 100
 - 7.2.4 VERSTÄNDIGUNG über die Bedingungen der Rückkehr: Wiedereingliederung, Selbstmanagement und Einbeziehung betrieblicher Schlüsselakteure – 102
- 7.3 **PHASE 2: Die Phase der Koordination: Ein ergebnisoffener Such- und Verständigungsprozess – 108**
 - 7.3.1 Überblick – 108
 - 7.3.2 Personenbezogene Gefährdungsbeurteilung, Einschätzung der Leistungs- und Einsatzfähigkeit: Präventive Maßnahmen und zeitweise Anpassung der Arbeitsanforderungen – 109
- 7.4 **PHASE 3: Die Phase der Kooperation: Die Rückkehr ins Arbeitsteam. Passung individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelten – 115**
 - 7.4.1 Überblick – 115
 - 7.4.2 Die Rückkehr ins Arbeitsteam: Das Zusammenspiel von Vorgesetzten, Kollegen und zurückkehrendem Mitarbeiter – 118
 - 7.4.3 Angst trifft auf Verunsicherung: Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise ist emotionale Schwerstarbeit – 120

- 7.4.4 Die stufenweise Wiedereingliederung (STWE) und ihre therapeutische Orientierung: Ein individueller Veränderungs- und betrieblicher Gestaltungsprozess durch professionelle Unterstützung – 121
- 7.4.5 Wiedereingliederung als eine Passung individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelten: Kooperation, Feedbackgespräche und Coaching – 122
- 7.4.6 Die individuelle, soziale und betriebliche Arbeitsumwelt – 123
- 7.5 PHASE 4: Die Phase der Koorientierung: Selbstmanagement und Selbstfürsorge nach einer erfolgreichen Wiedereingliederung – 125**
- 7.5.1 Sicherstellung der Nachhaltigkeit durch soziale Unterstützung und professionelle Begleitung – 126
- 7.5.2 Selbsthilfegruppen als Rückfallprophylaxe: Beispiel einer Burnout-Gruppe und anschließende Selbstorganisation der Gruppen – 127
- 7.5.3 Ein Beispiel: Burnout-Gruppe der Asklepios Klinik Hamburg Harburg und anschließende Selbstorganisation der Gruppen – 127

Literatur – 129

Zusammenfassung

Das Vier-Phasen-Modell der Wiedereingliederung beschreibt ein idealtypisches Vorgehen im Prozess der Rückkehr in den Betrieb. Die Phase 1 der Koorientierung und die Phase 2 der Koordinierung dienen der Vorbereitung der Rückkehr. Diese sind durch Vier-Augen-Gespräche mit den zurückkehrenden Mitarbeitern und durch Betriebsgespräche mit den betrieblichen Schlüsselakteuren geprägt. Die Phase 3 der Kooperation und die Phase 4 der erneuten Koorientierung markieren die Umsetzungsphase. Hier wird eine Passung zwischen den individuellen, sozialen bzw. betrieblichen Bedingungen angestrebt und die Nachhaltigkeit der Rückkehr durch ein professionell bzw. sozial unterstütztes Selbstmanagement gesichert.

Schlüsselwörter

Vier-Phasen-Modell; Koorientierung; Koordinierung; Kooperation

Wiedereingliederung wird als systemischer Prozess der individuellen Beratung und Unterstützung sowie als Bestandteil der betrieblichen Team- und Organisationentwicklung verstanden (siehe dazu auch ► [Kap. 4](#)) und umfasst:

- die Sensibilisierung von Vorgesetzten und Kollegen
- die frühzeitige Kontaktaufnahme zu den erkrankten Mitarbeitern
- den Aufbau vertrauensvoller Arbeitsbeziehungen
- die Klärung der Ausgangssituation inklusive der Maßnahmenentwicklung
- die Abstimmung der Maßnahmen mit den betrieblichen Schlüsselakteuren
- die individuelle, soziale und betriebliche Passung der Rückkehr sowie
- die erfolgreiche und nachhaltige Rückkehr in den Betrieb.

- **Ziel dieses systemisch orientierten RTW-Prozesses ist es, das Selbstmanagement, die psychische Stabilität, die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der zurückkehrenden Mitarbeiter schrittweise durch professionelle und soziale Unterstützung nachhaltig zu sichern.**

7.1 Das Vier-Phasen-Modell im Überblick

■ Phase 1: die Phase der Koorientierung

Die **Phase 1 der Koorientierung** ist ein Dreiklang aus Verständnis, Verstehen und Verständigung. In Vier-Augen-Gesprächen wird die Ausgangssituation erfasst, um darauf aufbauend die Wiedereingliederung vorzubereiten. Im Mittelpunkt steht die Frage: Wie soll die Rückkehr gestaltet werden, damit sie erfolgreich verlaufen kann?

Ziel der Phase ist es, über einen frühzeitigen und feinfühligsten Kontakt zu den erkrankten Mitarbeitern eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufzubauen. Diese Vertrauensbeziehung bildet die Basis für die Phase der Kooperation (Phase 3). Im Mittelpunkt steht hier der Dialog zwischen RTW-Coach und den zurückkehrenden Mitarbeitern, der bei Bedarf durch Sechs-Augen-Gespräche (z. B. mit Ärzten, Therapeuten und Vorgesetzten) ergänzt wird.

- **In der Phase der Koorientierung wird die medizinische, psychosoziale und betriebliche Situation im Dialog mit den zurückkehrenden Mitarbeitern erörtert und darauf aufbauend Rückkehrstrategien entwickelt.**

In dieser Phase werden:

- die jeweils förderlichen und hemmenden Faktoren der anstehenden Wiedereingliederung bestimmt bzw. priorisiert
- gemeinsam Maßnahmen der Wiedereingliederung (stufenweise Wiedereingliederung ja/nein, alter vs. neuer Arbeitsplatz, zeitliche begrenzte Anpassung der Arbeitsbedingungen, Reduktion von Arbeitsbelastungen etc.) erarbeitet und
- persönliche Ziele im Umgang mit der Erkrankung, den Kollegen und Vorgesetzten und den persönlichen Umgang mit den Arbeitsanforderungen formuliert, die für die Phase der Rückkehr handlungsleitend sein sollen.

Die Vorgehensweise ist überwiegend verständigungs- und ressourcenorientiert und unterstützt das Selbstmanagement, die Bewältigungsstrategien und die psychische Stabilität der zurückkehrenden Mitarbeiter.

■ Phase 2: die Phase der Koordinierung

Die **Phase 2 der Koordinierung** ist ein ergebnisoffener Such- und Verständigungsprozess. Mit den betrieblichen Schlüsselakteuren wird die Wiedereingliederung abschließend vorbereitet und abgestimmt. Der Prozess dient dazu, erforderliche Maßnahmen der Wiedereingliederung betrieblich zu ermöglichen und entsprechend zu koordinieren. Im Mittelpunkt steht die Frage: Welche Maßnahmen sind erforderlich und wie sind diese umsetzbar, um den Prozess nachhaltig zu gestalten? Zentrale Aspekte dieser Phase sind:

- eine personenbezogene Gefährdungsbeurteilung zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der psychosozialen Arbeitsbedingungen
- eine Einschätzung zur aktuellen Leistungsfähigkeit in Bezug auf die Ausgestaltung der stufenweisen Wiedereingliederung und
- die abschließende Abstimmung des Wiedereingliederungsplans.

Vorrangiges Ziel ist es, die individuellen Anforderungen der anstehenden Wiedereingliederung mit den betrieblichen in Einklang zu bringen. Entscheidend ist hier der Dialog zwischen RTW-Coach, dem zurückkehrenden Mitarbeiter und den betrieblichen Schlüsselakteuren.

➤ **In der Phase der Koordinierung werden die erforderlichen Maßnahmen und Ressourcen in einem ergebnisoffenen Such- und Verständigungsprozess mit den betrieblichen Schlüsselakteuren abschließend festgelegt und vorbereitet.**

In diesem Kontext werden die Bedingungen der Umsetzung, der Aufgaben- und Verantwortungsübernahme geklärt und koordiniert. Abschließend erfolgt die Festlegung der zentralen betrieblichen Maßnahmen:

- stufenweise Wiedereingliederung (ja/nein) – inklusive der Abstimmung des Wiedereingliederungsplanes (Einbeziehung des Betriebsarztes)
- Rückkehr an den alten Arbeitsplatz oder an einen neuen Arbeitsplatz
- (zeitlich begrenzte) Anpassung der Arbeitsanforderungen
- Reduktion von gesundheitsgefährdenden Arbeitsbelastungen.

Die Vorgehensweise ist überwiegend ressourcen- bzw. lösungsorientiert. Dies ermöglicht einen gut koordinierten RTW-Prozess und schafft Transparenz, Planungs- und Handlungssicherheit.

■ Phase 3: die Phase der Kooperation

Die **Phase 3 der Kooperation** ist die Phase der Rückkehr an den alten oder neuen Arbeitsplatz. In der direkten Interaktion mit sich selbst, den Kollegen bzw. Vorgesetzten und den konkreten Arbeitsanforderungen geht es darum, eine Passung zwischen den individuellen, sozialen und betrieblichen Anforderungen zu finden. Die Wiedereingliederung wird als ein individueller Lern- und betrieblicher Veränderungsprozess verstanden. Im Mittelpunkt steht die Frage: Wie ist eine optimale Passung möglich?

Ziel ist es, die Bedingungen der Rückkehr so zu gestalten, dass diese erfolgreich verläuft. Dazu ist es erforderlich, einen gesundheitsförderlichen Umgang mit den individuellen Arbeitsanforderungen zu finden, regelmäßig Feedback- und Coachinggespräche zu führen und bei Bedarf die Arbeitsbedingungen an die aktuelle Situation anzupassen.

Optimal ist dafür eine stufenweise Wiedereingliederung, deren therapeutische Orientierung Raum dafür schafft:

- die berufliche Belastbarkeit wieder einschätzen zu lernen
- den Umgang mit den jeweiligen Arbeitsanforderungen und Arbeitsbelastungen neu zu definieren und gesundheitsförderlich auszubalancieren
- Unterstützungsbedarf zu formulieren und wenn erforderlich, Hilfe anzunehmen
- die Angst vor Überforderung und einem Rückfall abzubauen und
- Selbstsicherheit bzw. -vertrauen zurückzugewinnen.

Im Zentrum steht der Dialog zwischen den zurückkehrenden Mitarbeitern, den Vorgesetzten, den Kollegen, dem Betriebsarzt und dem RTW-Coach.

➤ **Die Phase der Kooperation ermöglicht „Zeit-Räume“ für interaktive – d. h. individuelle, soziale und betriebliche Lern- und Veränderungsprozesse.**

Die Phase 3 dient dazu:

- die Rückkehr ins Arbeitsteam zu ermöglichen
- die Belastungs- bzw. Leistungsfähigkeit schrittweise zu stabilisieren und
- die Wiedereingliederung erfolgreich zu beenden.

Die Vorgehensweise ist überwiegend lösungs- bzw. erfolgsorientiert und umfasst eine professionelle Begleitung und ein sozial unterstütztes Selbstmanagement durch Vorgesetzte und Kollegen.

■ Phase 4: die Phase der erneuten Koorientierung

Die **Phase 4 der erneuten Koorientierung** ist die Phase der Nachhaltigkeit der Rückkehr in den Betrieb. Im Mittelpunkt stehen das Selbstmanagement und die Selbstfürsorge der zurückgekehrten Mitarbeiter. Sie dient der langfristigen Sicherung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Die zentrale Frage lautet: Wie sichert man im Einzelfall die Nachhaltigkeit einer erfolgreichen Wiedereingliederung?

Ziel ist es, den erreichten Status Quo zu erhalten und wenn möglich weiter zu verbessern.

Im Vordergrund stehen der Dialog zwischen den zurückgekehrten Mitarbeitern und vertrauensvollen Kollegen sowie der Austausch mit Personen in ähnlichen Lebenslagen. In sich anbahnenden Krisensituationen werden frühzeitig die Vorgesetzten und/oder der RTW-Coach hinzugezogen.

➤ **Die erneute Phase der Koorientierung zielt darauf ab, die Selbstfürsorge weiter zu stärken, die Sensibilität für individuelle Frühwarnzeichen aufrechtzuerhalten und Bewältigungsstrategien für sich anbahnende Krisensituationen parat zu haben.**

Die Vorgehensweise ist überwiegend verständigungs- und erfolgsorientiert und will einem Rückfall vorbeugen.

■ Zusammenfassend lässt sich festhalten

Die Phase 1 der Koorientierung und die Phase 2 der Koordinierung dienen der Vorbereitung der Rückkehr. Die Phase 3 der Kooperation und die Phase 4 der erneuten Koorientierung sind die Umsetzungsphasen der Rückkehr (■ Abb. 7.1 und 7.2). In ■ Abb. 7.1 und 7.2 werden die vier Phasen im Detail beschrieben.

7.2 PHASE 1: Die Phase der Koorientierung: Ein Dreiklang aus Verständnis, Verstehen und Verständigung

7.2.1 Überblick

» Menschliche Kommunikation hat stets eine pragmatische Funktion, d. h. es geht immer um menschliche Handlungen und um deren Koordination oder deren Koorientierung (...) Koorientierung (ein Begriff, der etwas weicher ist als die Koordinierung oder gar die Kooperation) liegt auch dann vor, wenn man beschließt, nichts miteinander zu tun (Reichertz 2009).

Eine Wiedereingliederung beginnt nicht erst mit dem Tag der Rückkehr in den Betrieb. Nach Einschätzung der befragten RTW-Experten muss diese sorgsam vorbereitet werden. Dazu ist ein frühzeitiger und intensiver Kontakt mit den zurückkehrenden Mitarbeitern notwendig. Ein Kontakt zwischen den betroffenen Mitarbeitern und der Arbeitsstelle, noch während der AU-Zeit, und ein Austausch mit Therapeuten, behandelnden Ärzten und betrieblichen Schlüsselakteuren können dazu beitragen, die AU-Zeiten zu verringern und erhöhen die Chance auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Zentrale Ziele dieser Phase sind:

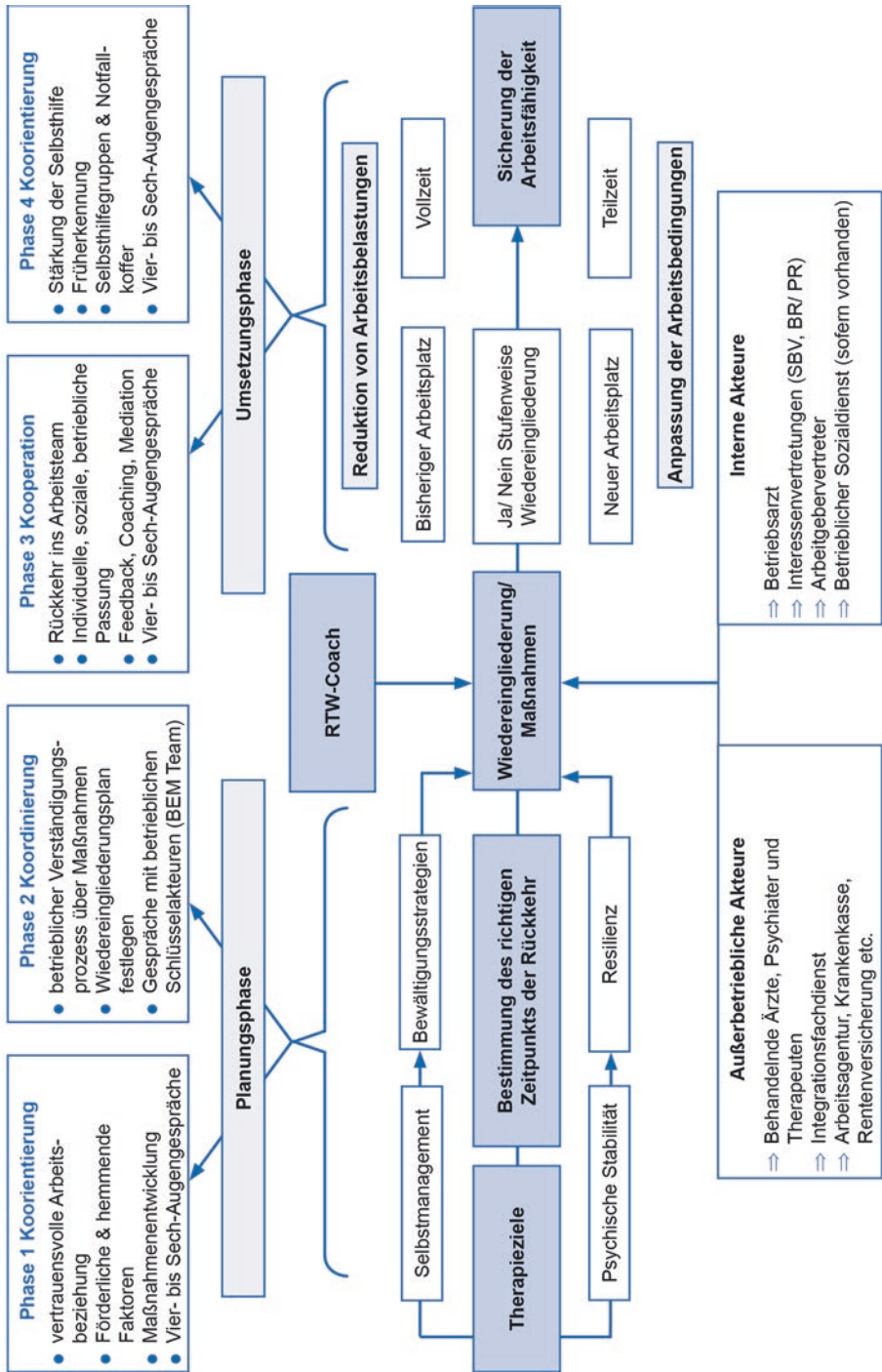
- der Aufbau einer Vertrauensbeziehung, d. h. einer tragfähigen Arbeitsbeziehung
- das Verstehen der individuellen Ausgangssituation für eine fundierte Einschätzung der gegenwärtigen Arbeitsfähigkeit
- die Konkretisierung erforderlicher Maßnahmen der Wiedereingliederung.

Im Mittelpunkt stehen dabei Vier-Augen-Gespräche zwischen den zurückkehrenden Mitarbeitern und dem RTW-Coach. Sie dienen dazu, sich gemeinsam ein Bild über die individuellen, sozialen und betrieblichen Anforderungen der Wiedereingliederung zu machen. Es ist ein Austausch über mitunter sehr persönliche und sensible, aber für die Rückkehr auch besonders relevante Themen. Ausgangspunkt dieses Dialogs ist das subjektive Erleben der betroffenen Mitarbeiter – ihr Erleben des bisherigen Verlaufs der psychischen Krise und die damit einhergehenden, aktuellen Beeinträchtigungen, der Bezug zur Arbeit, ihre Erwartungen, Unsicherheiten und Ängste in Bezug auf die anstehende Wiedereingliederung. Vor allem geht es aber auch um ihre Ideen und Vorstellungen in Bezug auf flankierende Maßnahmen – was sie selbst dazu beitragen können und was das Unternehmen leisten muss –, um eine erfolgreiche Wiedereingliederung zu ermöglichen:

i Also diese ersten Gespräche dienen dazu, sich einen Überblick zu verschaffen: Wie ist die aktuelle Situation? Wie ist die Vorgeschichte? Wie hat sich das entwickelt? Wie hat sich das parallel bezogen auf die Arbeitssituation entwickelt? Wer sind die Akteure? Wie bewertet er die



Abb. 7.1 Das Vier-Phasen-Modell der Wiedereingliederung



■ Abb. 7.2 Der RTW-Prozess

betrieblichen Akteure? Wie sieht er seinen Weg? Darum geht es im Vorfeld, um überhaupt die Situation zu erfassen – auch detailliert zu erfassen, was seine Arbeitsaufgabe ist und was er sich im Moment vorstellen kann (...) Entscheidend ist wirklich wahrzunehmen, wo die Betroffenen stehen. Dazu ist ein intensiver Kontakt notwendig, damit ich wirklich sehe, das ist Herr X und Herr X ist so und so und so (...) Es geht darum, handlungsorientiert zu schauen: Wie äußert sich das? Wie behindert sie das? Wie wirkt sich das auf die Arbeitssituation aus? Welche Ideen kann man entwickeln, dass sie das besser hinkriegen? Also einfach konkret auf das, was das in der gegenwärtigen Situation bedeutet: Wie ist ihre Situation? Was bewegt sie? Was für Ideen haben sie für die Zukunft? Was wünschen sie sich? Was ist realisierbar? Mit ihnen gemeinsam den Weg zu begleiten. Und das ist einfach sehr kleinteilig. Und ohne dieses Konkrete, genaue Hinschauen, was es ist, was in der Situation stört oder wovor sie Angst haben, ohne das geht es nicht. (PSY 7, F 2319)

Der Schlüssel für ein entsprechendes Vorgehen ist das Vertrauensverhältnis zwischen RTW-Coach und zurückkehrendem Mitarbeiter. Diese Beziehung zeichnet sich durch gegenseitige Anerkennung aus. Sie ergibt sich durch eine gemeinsame Verständigung darüber, wie die aktuelle Situation wahrgenommen wird, wie sie bewertet wird und was dies für den weiteren RTW-Prozess bedeutet.

Die Vier-Augen-Gespräche sind eine niederschwellige psychosoziale Beratung bzw. eine prozessorientierte Begleitung der Wiedereingliederung. Sie orientieren sich an wesentlichen Therapiezielen der Behandlung psychischer Krisen und unterstützen auf diese Weise die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, d. h. das Selbstmanagement und die Selbstwirksamkeit der zurückkehrenden Mitarbeiter. Aufgabe des RTW-Coaches ist es, in diesen Gesprächssituationen:

- eine systemische Perspektive bei der Bestimmung der Ausgangssituation einzunehmen
- relevante Aspekte der Rückkehr aus seiner Perspektive zu kommunizieren
- Impulse zur Erweiterung des Handlungsspektrums aufzuzeigen
- auf wichtige Zusammenhänge und alternative Lösungsstrategien hinzuweisen
- vermittelnd und unterstützend in der Auseinandersetzung z. B. mit Vorgesetzten und Kollegen tätig zu sein und
- den Sachverstand der behandelnden Ärzte inklusive der Betriebsärzte, Therapeuten und direkten Vorgesetzten einzubeziehen (in erster Linie zur besseren Einschätzung der psychosozialen Situation des Betroffenen).

i *Also ich glaube, was mir in vielen Fällen gelingt, ist wirklich eine gute Vertrauensbasis mit den Klienten herzustellen. Das andere ist, sie nicht zu bevormunden. Denn das ist ja etwas, dass sie für sich selber entwickeln und annehmen müssen. Also sie immer wieder zu bestärken, Entscheidungen selber zu fällen! Und ihnen auch deutlich zu machen, sie können diesen Rat annehmen, sie können es aber auch sein lassen. Dann gibt es aber auch Situationen, wo ich schon mal sage, dem kann ich nicht folgen und ich kann sie hier nicht weiter unterstützen, weil ich ihr Vorgehen nicht konstruktiv finde, weil ich den Eindruck habe, dass sie jetzt gerade alle Brücken abbrechen. (...)*

Das ist etwas, da geht es auch um Konstanz, dass ich konstant in meiner Rückmeldung bin und sie mich zugewandt erleben, dass sie mitbekommen, dass der Weg, sich zu verändern und Situationen anders wahrzunehmen darüber geht, dass man selber für sich eine größere Offenheit, eine andere Perspektive einnimmt, dass man die Bewertung abwägt, dass man auch wieder Handlungs- und Entscheidungsspielräume gewinnt, weil eben in einer Depression verändert sich einfach die Wahrnehmung. Und ich glaube entscheidend ist auch, dass sie wirklich mitbekommen, ich zeige schon auch Grenzen auf, aber im Prinzip ist es ihre Verantwortung. Ich begleite sie. Und ich bin verlässlich, ich bin verbindlich. (...)

Es gibt auch Situationen, wo man denkt, heute kannst du dem keine Rückmeldung geben, wo ich dann (...) irgendwie mitbekomme, also heute geht es darum zu stärken, zu unterstützen, zu begleiten und nicht an bestimmten Stellen eine Rückmeldung zu geben, die ihn vielleicht irritieren oder in die Richtung lenken könnte: ‚Oh Gott, ich mach alles verkehrt‘.
(PSY 7, F 2319)

Eine niederschwellige Beratung und Begleitung im RTW-Prozess durch einen Coach basiert in erster Linie auf einem grundsätzlichen Vertrauen in die Entscheidungs- und Handlungskompetenzen der zurückkehrenden Mitarbeiter.

- **Je professioneller die Gespräche, je tragfähiger die Beziehung zwischen RTW-Coach und Mitarbeiter, desto handlungssicherer und belastungsresistenter werden die beiden Beteiligten im weiteren Verlauf agieren können. Die Phase der Koorientierung bildet daher einen neuralgischen Punkt im Prozess der Wiedereingliederung. Sie fundiert im Dialog die Handlungsfähigkeit der zurückkehrenden Mitarbeiter und des RTW-Coachs und schafft so die Basis für die weitere Verständigung und Kooperation mit den betrieblichen Schlüsselakteuren der Wiedereingliederung.**

Koorientierung ist in diesem Sinne die wechselseitig abgestimmte Handlungsbereitschaft zwischen RTW-Coach, zurückkehrendem Mitarbeiter und weiteren Schlüsselakteuren. Sie ist eine im Dialog entstehende gemeinsame Orientierung in Bezug auf die individuellen, sozialen und betrieblichen Anforderungen der Wiedereingliederung.

Koorientierung ist ein verständigungsorientierter Prozess. Sie ist kommunikatives Handeln und mehr als der Austausch von Informationen. Sie beinhaltet den gesamten Prozess der Verständigung, der Verständnis und Verstehen voraussetzt, sich darin aber nicht erschöpft (Reichertz 2009; siehe ■ Abb. 7.3).



■ Abb. 7.3 Koorientierung im RTW-Prozess

- **Koorientierung im RTW-Prozess ist ein Dreiklang aus Verständnis, Verstehen und Verständigen.**

7.2.2 VERSTÄNDNIS durch gegenseitige Anerkennung: Anerkennung der inneren Realität des Mitarbeiters und Anerkennung des RTW-Coachs als Lotse

- » Ein wichtiger Aspekt bei jeder Art von Gespräch ist die Anteilnahme. Ohne empathische Einstimmung auf das Gegenüber – was nicht verwechselt werden darf mit einem oberflächlich zustimmenden „Ja, ja“ – kann kein tiefergehendes Gespräch geführt werden. Es ist einerseits der Versuch, „das Gegenüber gleichsam von innen heraus zu verstehen, dabei aber andererseits die eigene Position nicht völlig aufzugeben“ (Rauchfleisch 2001, S. 16).

Koorientierung aus der Perspektive des RTW-Coachs bedeutet zum einen, die Situation und die damit einhergehenden Handlungsmöglichkeiten aus der Perspektive der zurückkehrenden Mitarbeiter zu denken. Zum anderen muss er diese Innensicht durch eine Außensicht auf die jeweilige Situation ergänzen. Die Einbeziehung beider Perspektiven ermöglicht es dem Coach, sich zum einen in das Erleben und Denken des zurückkehrenden Mitarbeiters einzufühlen. Zum anderen nimmt er mit seiner eigenen Perspektive einen systemisch orientierten Gegenpol in Bezug auf die Rückkehr in den Betrieb ein:

- i** *Also Menschen, die psychisch krank sind, sind in der Regel sensible Menschen, die einen Zugang zu sich haben und insofern reden die auch darüber. Man merkt dann relativ schnell, wo die stehen. (...) Wichtig ist die Selbsteinschätzung der Mitarbeiter, der behandelnden Ärzte, Therapeuten und meine eigene.*
(BA 3, F 2319)

Ein entsprechender Austausch wird vor allem dann gelingen, wenn man sich auf die betroffenen Beschäftigten einlässt, d. h. ihre innere Realität anerkennt

- sie also respektvoll bzw. wertschätzend behandelt und
- ihnen aktiv zuhört.

Professionelles Zuhören ist in diesem Kontext ein waches Hinhören auf die nonverbalen und verbalen Signale des Mitarbeiters und In-sich-wirken-Lassen der Mitteilungen:

- i** *Ich glaube, das ist intuitives Erfahrungswissen irgendwie mitzubekommen, wenn jemand sehr fragil, sehr verängstigt ist, wie er sich äußert, wie er dasitzt, was er mir in seiner Gesamtheit signalisiert.*
(PSY 7, F2319)

„Die besondere Kunst liegt darin, nicht von vornherein nur bestimmte Gesprächsinhalte selektiv aufzunehmen und andere als uns unwichtig erscheinend oder uns persönlich nicht zusagend auszublenden, sondern in gleichschwebender Aufmerksamkeit alle uns mitgeteilten Inhalte zunächst einmal in gleicher Weise für wichtig zu halten und zu registrieren“ (Rauchfleisch 2001, S. 14).

Eine empathische Einstimmung schafft die Vertrauensbasis für die weitere Interaktion und trägt wesentlich dazu bei zu entscheiden, was in der jeweilig konkreten Situation als

angemessen erscheint und was dem zurückkehrenden Mitarbeiter im weiteren Verlauf der Rückkehr helfen kann:

i *Na es geht immer auch darum, jemanden, der rausgefallen und psychisch krank geworden ist, erst einmal zu stärken und zu bestätigen. Ganz oft ist ja das Gefühl da, ich hab versagt. Und dem entgegenzuwirken, sie wieder aufzubauen und sie erst einmal zu unterstützen, dass sie wieder Selbstvertrauen und Zuversicht gewinnen, ist wichtig.(...) Und dass man in Ruhe noch mal die Arbeitssituation anguckt und sagt, was ist denn da eigentlich alles gewesen und noch mal die verschiedenen belastenden Faktoren rausarbeitet, dass das nicht immer alles an ihnen kleben bleibt. Sondern dass man sagt: ‚Guck mal, die Bedingungen sind da und da und da auch schwierig. Und da hat sich was verändert. Dem bist du aus verschiedenen Gründen nicht gewachsen gewesen. (...) Vielleicht kannst du es beim nächsten Mal anders machen‘ (...) Dass jemand wirklich auch das Gefühl hat, ich hab ein bisschen verstanden, um was es geht. Und dass er sich von mir einfach angenommen fühlt und sagt: ‘Ich vertrau dir, du darfst mein Lotse sein’. Das heißt, man muss auch so was können, wie eine Beziehung aufbauen und um Vertrauen werben. (PSY 5, F 2319)*

Entscheidend ist, dass der zurückkehrende Mitarbeiter:

- Anerkennung durch den Coach erfährt,
- Vertrauen zu ihm fasst,
- den Coach als Lotse anerkennt

und sie gemeinsam ausloten, welche Bedingungen vorherrschen und wie damit umzugehen ist. Gelingt dies, können sie sich hinreichend über die individuelle, soziale und betriebliche Arbeitsumwelt austauschen, diese bewerten und sich über Ziele bzw. Maßnahmen der Rückkehr verständigen.

7.2.3 VERSTEHEN der Individualität des Einzelfalls: sich ein Bild von den inneren und äußeren Arbeitsumwelten der anstehenden Wiedereingliederung machen

» Achtsamkeit für die Person, für die einzelne Person, muss man in diesem Prozess haben. Das ist im Endeffekt auch der Schlüssel, glaube ich, für das Beziehungs- Vertrauensverhältnis, was da entsteht. Und das ist natürlich immer auch die Herausforderung. Es gibt, das ist zumindest mein Credo, es gibt hier keine Routineabläufe. Das macht es schwer. Das ist anstrengend. Es gibt nicht den Standardablauf und es gibt auch nicht den Standard-Depressiven. Es geht wirklich darum, zu sehen, wo steht derjenige, was macht ihn aus, was kann er gut, was sind seine Ressourcen. (PSY 7, F 2319)

Verstehen meint in diesem Kontext die Ausgangssituation des zurückkehrenden Mitarbeiters in seiner Individualität zu erfassen (siehe dazu auch ► [Kap. 5](#)). Ziel ist es, sich ein gemeinsam abgestimmtes Hintergrundwissen zu erarbeiten, um auf diesem Wege die zentralen Themen der Wiedereingliederung in ihren individuellen Zusammenhängen nachvollziehbar zu machen. Eine Betriebsärztin charakterisiert diesen Prozess folgendermaßen:

i *Also ich muss mir erst mal ein Bild über das Krankheitsbild und den Verlauf machen. (BA 3, F 2319)*

Sich ein „Bild vom Krankheitsbild“ machen, geht hier allerdings über rein medizinisch relevante Aspekte hinaus. Es geht darum:

- die Vorgeschichte des zurückkehrenden Mitarbeiters zu erfassen
- zu beurteilen, ob die Erkrankung arbeitsplatzunabhängig/-abhängig ist und
- gemeinsam die individuelle, soziale und betriebliche Arbeitsumwelt zu verstehen.

i *Also für mich ist es so, ich muss ein Bild haben. Und das ist es eben, sich irgendwie ein Bild von jemandem machen. Ich kann mir ja auch nur ein Bild machen – ich bin ja nicht der Andere. Wirklich ein möglichst vollständiges Bild machen. Also nicht nur dieses Kranksein, sondern manchmal ist es einfach auch eine Fantasie, eine Vision davon zu entwickeln, was der eigentlich ist. Das klingt jetzt ein bisschen sehr esoterisch, ist es aber nicht, sondern es ist wirklich dieses Mitkriegen, da ist jemand, der ist momentan so und so und so. Der hat die und die Probleme. Ein Bild von dem zu entwickeln und zu bekommen und da entsteht mit der Zeit das, was er sein kann. Also welche Möglichkeiten in ihm stecken. Und was er bewältigen kann. (...) Und deshalb ist diese Empathie einfach so wichtig. Und für diese Personen, die überwiegend misstrauisch und ängstlich sind, sich viele Sorgen machen, ganz viel hinterfragen, sich selber, aber auch andere, für die ist das so wichtig, dass sie einen Kontakt haben, wo sie einfach merken, da können sie sich soweit wirklich sicher sein, dass sie eine ehrliche Antwort bekommen. Dass jemand wirklich mit ihnen in Kontakt ist, sie so sieht, wie sie sind und nicht im Sinne von, sie sind nur das Symptom und sie sind nur die Depression – sondern Zielsetzung ist ja, dass jemand sich entwickelt und dass er aus seiner Krise rauskommt und dazu brauch ich dieses Bild! (...) Ich brauche dieses Bild, dass ich eine Idee davon bekomme, wie er gesünder und stabiler an seinem Arbeitsplatz seine Arbeitsaufgaben erledigen kann. Und das geht für mich nur über dieses auch gefühlsmäßige Erfassen und Bewerten der ganzen Sachinformationen, die ich bekomme.*
(PSY 7, F 2319)

Das Schaubild ■ **Abb. 7.4** gibt einen Überblick über relevante Aspekte der individuellen, sozialen und betrieblichen Arbeitsumwelt, die von den Experten der BAuA-Studie F 2319 genannt wurden (siehe dazu auch Andersen et al. 2012). Die innere Arbeitsumwelt charakterisiert hier die individuellen Einstellungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die das Verhältnis zur Arbeit bzw. zur Wiedereingliederung prägen. Dagegen umfasst die äußere Arbeitsumwelt ganz allgemein die Arbeitsbedingungen und die sozialen Bedingungen mit Blick auf die anstehende Wiedereingliederung. Im Verlauf der Wiedereingliederung muss hier eine Passung zwischen den je individuell vorherrschenden Bedingungen gefunden werden (siehe ■ **Abb. 7.4**).

Abschließend sollte sich daraus eine erste realistische Einschätzung zur aktuellen Arbeitsfähigkeit ergeben. Das damit verbundene individuelle Hintergrundwissen dient letztendlich dazu, die persönlichen und betrieblichen Handlungsmöglichkeiten im Rahmen der Wiedereingliederung zu erfassen, um daraus Maßnahmen abzuleiten:

i *Einerseits war er intrinsisch hoch motiviert, andererseits waren aber auch die Anforderungen des Unternehmens sehr hoch. Er hatte Tag und Nacht ein Handy dabei! Er wohnt in direkter Nachbarschaft. Immer wenn in der Produktionsstraße irgendein Fehler vorhanden war, stand er Tag und Nacht da, auch am Wochenende. Er hat keinen Urlaub gemacht und hatte ganz wenige Abgrenzungsmöglichkeiten. Gleichzeitig hatte er so einen Hang zum Perfektionismus. Wenn Fehler auftraten, die er noch nicht einmal unmittelbar verursacht hatte, dann war er völlig aufgelöst und hatte das Gefühl: ‚Das lastet man mir an, die ändern merken, ich bin nicht perfekt und haben jetzt bei mir diese große Schwäche entdeckt.‘ Und das sind Themen gewesen, die wir*

innere Arbeitsumwelt	äußere Arbeitsumwelt
Ängste	Arbeitsbedingungen
Selbstsicherheit, -vertrauen und -wirksamkeit	Arbeitsanforderungen und -belastungen
Motivation, Leistungsanspruch	Stufenweise Wiedereingliederung, Umsetzung
Abgrenzungsmöglichkeiten	Anpassung der Arbeitsbedingungen
Aktuelle Leistungsfähigkeit	Unterstützung durch Kollegen & Vorgesetzte

Passung individueller , sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelt

Nachhaltige Sicherung der Arbeitsfähigkeit

■ Abb. 7.4 Passung zwischen individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelt

durchgesprochen haben. (...) Und nachdem diese Punkte besprochen waren, ist ihm eigentlich immer klarer geworden, was er da mit sich selbst gemacht hat. Er hat dann Ideen gehabt, wie er seinen eigenen Arbeitsplatz umstrukturieren kann. Das finde ich auch immer, die meisten wissen eigentlich genau, was sich ändern müsste, damit es funktioniert. Er hat dann eine andere Zeiteinteilung vorgeschlagen und dass er Entlastung durch einen Assistenten bekommt. (PSY 2, F 2319)

Die Rückkehr in den Betrieb nach einer psychischen Krise, dies zeigt das Beispiel exemplarisch, ist immer auch ein persönlicher Veränderungs- und betrieblicher Gestaltungsprozess. Für die zurückkehrenden Mitarbeiter im RTW-Prozess bedeutet dies:

- einen neuen Umgang mit sich und der Erkrankung zu finden
- bisherige Verhaltensweisen neu zu bewerten bzw. zu überwinden und
- zu einem gesundheitsförderlicheren Verhalten zu kommen.

Das heißt beispielsweise, eigene Grenzen zu akzeptieren, lernen „Nein“ zu sagen und vor allem sich selbst wichtig zu nehmen, für sich gut zu sorgen und sich nicht für alles verantwortlich zu fühlen (Riechert 2011, siehe dazu auch Phase 3). Dazu gehört es auch, einen konstruktiven Umgang mit den eigenen Ängsten und Schamgefühlen zu entwickeln, um auch auf diese Weise wieder Selbstsicherheit und -vertrauen zurückzugewinnen.

Andererseits ist aber gleichermaßen wichtig, die betrieblichen und sozialen Rahmenbedingungen der Rückkehr so zu gestalten, dass eine Rückkehr auch langfristig erfolgreich sein kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Arbeitsbedingungen als mit auslösend für die psychische Krise angesehen werden können.

7.2.4 VERSTÄNDIGUNG über die Bedingungen der Rückkehr: Wiedereingliederung, Selbstmanagement und Einbeziehung betrieblicher Schlüsselakteure

Anschließend geht es darum, sich auf der Basis des gemeinsam erarbeiteten Hintergrundwissens über die Ausgestaltung der Wiedereingliederung zu verständigen. Dabei stehen die Art und Weise

der Ausgestaltung, das Selbstmanagement der zurückkehrenden Mitarbeiter und die Kommunikation mit den betrieblichen Schlüsselakteuren im Vordergrund.

Zur Verständigung über die Ausgestaltung der Wiedereingliederung, dies zeigen die Ergebnisse der BAuA-Studie F 2319, sollten weitere Akteure wie die behandelnden Ärzte und Therapeuten, gegebenenfalls die Betriebsärzte und die direkten Vorgesetzten einbezogen werden. Denn in dieser Phase gilt es aus Sicht des zurückkehrenden Mitarbeiters zu klären:

- ob eine Rückkehr an den alten oder an einen neuen Arbeitsplatz angestrebt werden soll
- wie die stufenweise Wiedereingliederung ausgestaltet werden kann
- ob eine zeitlich befristete Anpassung der Arbeitsbedingungen sinnvoll ist und
- wie im Einzelfall Arbeitsbedingungen präventiv gestaltet werden können, um einer Überforderung bzw. Unterforderung der zurückkehrenden Mitarbeiter vorzubeugen.

Die Verständigung über die Bedingungen der Rückkehr und die damit einhergehenden Vorgespräche dienen letztendlich dem Ziel, die angedachten Maßnahmen der Wiedereingliederung soweit zu konkretisieren, dass sie dann in einem zweiten Schritt im betrieblichen Ablauf abgestimmt und miteinander koordiniert werden können (siehe dazu auch Phase 2).

Vier- bis Sechs-Augengespräche im Vorfeld der Wiedereingliederung sind deshalb so wichtig, weil sie helfen, Stress zu vermeiden. Gruppengespräche mit den zurückkehrenden Mitarbeitern, wie sie in der betrieblichen Praxis oft vorkommen, an denen gleich zu Beginn vier und mehr Personen teilnehmen (Vertreter der Personalabteilung, direkte Vorgesetzte, Interessenvertretungen, BEM-Beauftragte, Betriebsarzt etc.), werden von den betroffenen Mitarbeitern in der Regel als Stress pur erlebt. Darüber hinaus liefert ein entsprechendes Vorgehen nicht die erforderlichen Rahmenbedingungen für einen vertrauensförderlichen Einstieg in die Gespräche, da die Gruppengespräche der Intimität der Situation nicht gerecht werden. Es ist für die zurückkehrenden Mitarbeiter schon schwer genug, in Vier-Augen-Gesprächen über relevante Details ihrer persönlichen Situation zu sprechen:

i *Die Mitarbeiter, die ich betreue, die freuen sich keineswegs, (...) dass sie zu einem BEM-Gespräch eingeladen werden. Das löst meistens ganz viel Angst aus. (...) Vor allem die Tatsache, dass es oft ein Gruppengespräch ist mit mehreren Personen, das wird ein bisschen als Tribunal wahrgenommen. Das ist eine Situation, die die meisten Mitarbeiter in der Regel noch nicht oft erlebt haben. Deshalb ist es auch schwierig einzuschätzen, wie läuft so was ab, was werde ich gefragt, was sollte ich sagen, was sollte ich nicht sagen. Und ich erlebe dann auch immer wieder, dass Mitarbeiter, die ich im Zweierkontakt ein bisschen begleitet habe, die auch ganz viele andere Veränderungen in ihrem Leben eingeläutet haben, die schon sehr stabil wirken, dass die in diesen BEM-Gesprächen wieder total kompensieren. Das ist für die wirklich eine sehr akute Stresssituation und das habe ich am Anfang oft unterschätzt, was das mit denen macht. Sogar in Unternehmen, in denen ich selber eine Atmosphäre der Offenheit wahrgenommen habe, mit einem ernsthaften Interesse an den Mitarbeitern – in denen wirklich auch Betriebsrat und Personalabteilung versucht haben alle an einem Strang zu ziehen, war es für mich interessant zu erfahren, dass die Mitarbeiter das gar nicht so wahrgenommen haben, die fühlten sich trotzdem bedroht, obwohl ich als nicht Betroffene, sehr viel guten Willen im Raum gesehen habe. (PSY 6, F 2319)*

Zuallererst müssen sich der RTW-Coach und der zurückkehrende Mitarbeiter darüber verständigen, ob eine Rückkehr an den alten oder an einen neuen Arbeitsplatz erfolgen soll. Handlungsleitend sollte dabei sein:

- Die Klärung, ob der bisherige Arbeitsplatz und die damit verbundenen Arbeitsanforderungen zu einer dauerhaften Überforderung des Mitarbeiters führen würden

und dieses Risiko auch nicht durch flankierende Maßnahmen minimiert werden kann. Außerdem muss festgestellt werden, inwieweit die Weiterbeschäftigung am bisherigen Arbeitsplatz ein Risiko für andere Kollegen darstellen könnte. Bestehen hier ernsthafte Bedenken, muss dies mit Unterstützung des behandelnden Arztes und Betriebsarztes im Vorfeld abgesprochen werden.

i *Wir haben auch viel mit dem werksärztlichen Dienst zusammen gearbeitet, wo wir gesagt haben, wir analysieren mal den Arbeitsplatz: Wie ist der Ablauf? Welche Einschränkungen hat der Mitarbeiter? Was können wir arbeitstechnisch machen? (...)*

Wir hatten auch ein Gespräch mit dem Personalchef gehabt, der hat gesagt, Moment, der bekommt Psychopharmaka, da muss erst einmal geklärt werden, ob der hier überhaupt noch die Maschinen bedienen kann. Weil wir haben hier Mitarbeiter, die unter den Kränen herlaufen müssen, wo die Gesundheit gefährdet ist, wenn man die nicht richtig bedient. Wir mussten dann erst einmal mit dem werksärztlichen Dienst zusammenarbeiten und klären lassen, ob er hier überhaupt noch arbeiten kann. Wir haben dann gesagt, okay, wenn du wiederkommst, (...) machen wir eine stufenweise Wiedereingliederung. Und wir haben mit dem werksärztlichen Dienst abgestimmt, dass wir in dem Bereich, in dem er bisher gearbeitet hat, ihn nur auf Frühschicht setzen und die Zwei-Vier-Sechs-Stunden-Phase dort einführen.

(SBV1, F 2319)

- Gibt es Konflikte, die die Arbeit gegebenenfalls beeinträchtigen? Hierbei ist die Frage, ob es möglicherweise Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen gibt, die eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz verhindern. „Wenn also selbst durch ein professionelles Konfliktmanagement bestehende Konflikte nicht mehr lösbar sind, wenn die Chemie einfach nicht mehr stimmt und durch das Verhalten Einzelner verbrannte Erde entstanden ist, die sich nicht mehr befruchten lässt“ (Riechert 2011, S. 151), ist eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz nicht sinnvoll.

In diesen Fällen ist eine Versetzung erforderlich, vorausgesetzt die betrieblichen Bedingungen lassen dies überhaupt zu.

Eine Rückkehr in den Betrieb nach einer psychischen Krise sollte in der Regel schrittweise erfolgen. Eine stufenweise Wiedereingliederung dient dazu, die Mitarbeiter „schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern. Durch die Steigerung der Arbeitszeit und Arbeitsbelastung im Rahmen eines überwachten Stufenplanes wird angestrebt, den Eingliederungsprozess günstig zu beeinflussen“ (ebd. 2012). Dieses Vorgehen muss mit den Mitarbeitern und den behandelnden Ärzten im Vorfeld gut geplant, konkretisiert und im Detail abgestimmt werden (siehe dazu auch Phase 2 und Phase 3):

i *Ja es ging darum, was für eine Arbeit will er machen, kann ich die Arbeit schaffen, wer ist da eigentlich von den Kollegen, wer ist mein Vorgesetzter und wo ist mein Arbeitsplatz. Und dann natürlich, wie steige ich ein. Wie gestalte ich jetzt die Arbeitszeit. (...) Und auch das Angebot des Betriebes, wir haben uns überlegt, du sollst da und da arbeiten, das fand er gut. Dann ist er da mal hingegangen und hat schon mal sich das angeguckt und mit den Kollegen geschnackt (...) und dann wurden so erste zarte Kontakte geknüpft und er bekam immer mehr eine Vorstellung, was ihn da erwartet, also das ist ja auch was schon mal bei Ängsten enorm hilft. Nicht dass die da zu Hause sitzen und irgendwie Achterbahn fahr'n. Und denken was kommt da alles auf mich zu (...) Wie lange willst du arbeiten? Welche Tage in der Woche? Was ist mit dem Sonnabend? Was ist mit Vormittag oder Nachmittag? Gib's gleich Arbeit mit Kunden oder lieber mehr im Background? Wie willst du dich darauf vorbereiten? Willst du schon mal vorher hingehen, mit der*

Chefin sprechen? Macht ja Sinn. Mit den Kollegen zu sprechen macht auch Sinn. Vorher da schon mal so die Nase vorbeizutragen zu sagen: 'Leute dann und dann komm ich'. Und alle müssen klar haben, was stufenweise Wiedereingliederung bedeutet. Das heißt nicht, dass da jemand sozusagen jetzt volle Kraft wieder da ist, sondern sich erprobt.
(PSY 5, F2319)

Die damit verbundenen Fragen sollten auf jeden Fall schon einmal mit den Vorgesetzten vorbesprochen werden, dann fällt die Abstimmung mit den anderen betrieblichen Akteuren in der Phase 2 der Koordinierung leichter.

Sofern sich andeutet, dass bei der Entstehung der Erkrankung Arbeitsbedingungen mit auslösend waren, ist es auf jeden Fall erforderlich, eine personenbezogene Gefährdungsbeurteilung vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz durchzuführen. Dies sollte im Vorfeld, wenn möglich schon mit dem Betriebsarzt besprochen werden, damit diese in Phase 2 in Abstimmung mit den weiteren betrieblichen Schlüsselakteuren durchgeführt werden kann. Im weiteren RTW-Prozess dient sie als Grundlage für präventive Maßnahmen, die die Arbeitsfähigkeit nachhaltig und möglichst dauerhaft sichern sollen.

Darüber hinaus ist zu klären, und dies deutet sich in dem vorherigen Beispiel auch schon an, ob bestimmte Tätigkeiten vorerst nicht infrage kommen, wie z. B. Kundenkontakt, Schichtarbeit und/oder Reisetätigkeiten.

Als hilfreich erweist sich in der Regel auch die Kontaktaufnahme zu Vorgesetzten und Kollegen im Vorfeld der Wiedereingliederung, um Unsicherheiten und Ängste frühzeitig abzubauen. Gleichzeitig sollten abhängig von der jeweiligen Erkrankung folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- da Menschen nach einer depressiven Episode oft unter einem morgendlichen Stimmungstief leiden, ist es sinnvoll, wenn der Arbeitsanfang zu Beginn der Wiedereingliederung auf den Vormittag gelegt wird, um sich dann schrittweise dem tatsächlichen Arbeitsbeginn annähern zu können
- bei Menschen mit Ängsten und Panikattacken ist der Moment des Wiedereinstiegs in den Betrieb oftmals ein Problem, sie können sich zu einer unüberwindbaren Hürde entwickeln, wenn dies nicht im Vorfeld besprochen wird (Riechert 2011).

i *In unserer Inforunde sagen wir, das gehört zum Geschäft. Wenn der Arbeitsplatz negativ mit Ängsten besetzt ist, dann kann es passieren, wenn Sie das erste Mal wieder hinfahren, dass sie erhebliche vegetative Probleme bekommen bis hin zu Panikattacken. Seitdem wir das thematisieren, tritt das nicht mehr auf, weil die vorgewarnt sind. Weil sie wissen, so reagiere ich, mein Stresssystem, wenn ich zu dem alten Stressor hinfahre. Ich lerne dies kennen und regulieren. Wenn ich das rechtzeitig bearbeite, dann wird sich das nicht chronifizieren.*
(PSY 1, F 2319)

Eine Verständigung über mögliche Ängste, Scham- und Schuldgefühle in Bezug auf die Wiedereingliederung und auf Kollegen und Vorgesetzte zielt darauf ab, das Selbstmanagement bzw. die Selbstwirksamkeit der zurückkehrenden Mitarbeiter zu stärken und Vorbehalte der Kollegen bzw. Vorgesetzten abzubauen (siehe dazu auch ► [Kap. 6](#) und [7](#)).

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, sich damit auseinanderzusetzen, wie man mit sich selbst umgeht und was dies für die Arbeit und im Kontext der psychischen Krise bedeutet:

i *Ja klar! Also gerade wenn es um Arbeitsschwierigkeiten geht, ist ganz typisch ein hoher Leistungsanspruch, sich nicht abgrenzen können, nicht nein sagen können, das ist ein ganz*

großes Gebiet. Oder sich mit sich selber nicht auskennen, sodass man irgendwie auch nicht merkt, wann ist es eigentlich zu viel. Oder es allen recht machen wollen, ist auch so eine beliebte Nummer, die einen fertig machen kann. Es allen recht machen wollen. Von allen gemocht werden, ist auch so was. Oder Arbeit ist das Wichtigste in meinem Leben!
(PSY 5, F 2319)

Entsprechende Einstellungen und Verhaltensweisen sollten thematisiert werden, um sich selbst relevante Ziele für die Wiedereingliederung zu setzen, die dann wiederum im Verlauf der Rückkehr Orientierungspunkte bzw. Ankerpunkte für Reflexionsgespräche und eine mehr oder weniger gelingende Rückkehr bilden. Dies können z. B. folgende Ziele sein (Riechert 2011):

- lernen, sich nicht verrückt zu machen, sich nicht jedem Druck von außen zu beugen und sich nicht um alles kümmern zu müssen
- mehr Lob und Anerkennung einfordern
- aus unübersichtlichen Situation herausgehen, Abstand nehmen und neu beginnen
- sich erlauben, Nachfragen zu stellen
- lernen, die eigenen Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren und
- lernen um Hilfe zu bitten.

Darüber hinaus geht es auch darum, sich gemeinsam Gedanken darüber zu machen, was man wem sagt: Was sagt man dem Vorgesetzten bzw. was muss er wissen? Was sagt man den Kollegen? Wie man mit der Erkrankung umgeht, wofür man sich entscheidet, ist immer auch davon abhängig zu machen, wie der Betrieb insgesamt mit dem Thema psychische Erkrankungen umgeht (siehe dazu auch ► [Kap. 6](#)). Von besonderer Bedeutung ist in diesem Kontext die Frage: Wie thematisiert man die Erkrankung bei der Arbeit? Offen oder eher zurückhaltend? Oder am besten gar nicht? Die Entscheidung darüber liegt letztendlich bei den zurückkehrenden Mitarbeitern. Die zurückkehrenden Mitarbeiter gehen mit ihrer Erkrankung im Arbeitsalltag sehr unterschiedlich um. Anbei Beispiele, die die Bandbreite des Verhaltens der betroffenen Mitarbeiter widerspiegeln (Riechert 2011, S. 158):

- „Die Kollegen sollen gar nichts von meinen Ängsten erfahren. Ich hatte ja auch noch Rückenprobleme.“
- „Ich möchte ganz normal wieder anfangen. Die Kollegen sollen nichts von meiner Krankheit erfahren. Das wäre mir sehr unangenehm zu sagen, dass ich Ängste und Panikattacken hatte.“
- „Ich habe mir vorgenommen, meinen Kollegen etwas über Depressionen zu erzählen und sie über mein Krankheitsbild zu informieren. Für mich ist es wichtig, dass die Kollegen wissen, was mit mir los ist, und mir auch helfen können, indem sie auf mich achten.“
- „Ich sage erst einmal gar nichts, weil ich nicht weiß, ob meine Vorgesetzten und Kollegen das nicht gegen mich verwenden.“

Als Richtschnur kann gelten, dass es eher wenig Sinn macht, über Diagnosen zu reden. Vorgesetzte und Mitarbeiter sind keine Diagnostiker! Diagnosen verleiten durch mangelndes Wissen eher zu Vorurteilen. Deshalb macht es mehr Sinn, Diagnosen in Arbeitssprache zu übersetzen:

i *Das nützt denen ja nichts, wenn man denen irgendwelche Diagnosen erzählt, sondern man muss das in Arbeitssprache übersetzen. Also das, was für die Arbeit wichtig ist. Was es für Beeinträchtigungen bei der Arbeit gibt. Und wo die bei der Arbeit Unterstützung brauchen. Sei das jetzt im Sozialen, in der Belastbarkeit oder der Konzentrationsfähigkeit.*
(PSY 5, F 2319)

Gut ist auch, wenn vorab ein Kollege benannt werden kann, der den zurückkehrenden Mitarbeiter auf dem Weg der Rückkehr im Sinne einer Peer-to-Peer Beratung unterstützen kann:

i *Ja, da gab es eine Kollegin, die er kannte, die ihm sehr zugetan war (...) die verstehen sich gut. Es braucht eine Person, wo, wenn es gut läuft, derjenige hingehen kann und sagen: ‚Du hör mal, gerade ist mir Kollegin X auf dem Flur begegnet und die hat, was weiß ich, sich weggedreht, als ich der gerade entgegen gekommen bin, das hat mich total irritiert‘. Also jemanden, mit dem sie in dem Moment wirklich offen reden können und fragen können: ‚Sag mal, ist dir das auch schon passiert? Ich find das jetzt irgendwie ganz komisch‘. Oder: ‚Ich hatte jetzt mit meinem Vorgesetzten die und die Auseinandersetzung und ich finde sein Verhalten jetzt nicht angemessen‘. Wichtig, dass die Vertrauensperson die handelnden Personen wirklich gut kennt, und dass er dann auch ein Feedback geben kann. Und er z. B. sagen kann: ‚Naja, ich habe mitgekriegt, dass der an verschiedenen Stellen, auch anderen Kollegen gegenüber einfach mal laut wird, dass betrifft jetzt nicht nur dich.‘*
(PSY 7, F2319)

Sind diese Punkte hinlänglich geklärt, geht es in Phase 2 darum, die konkrete Umsetzung und Ausgestaltung im Unternehmen abzustimmen:

i *Und dann habe ich natürlich die Aufgabe, mit den Betroffenen abzusprechen, was sie denn wollen – denn gegen ihren Willen geht ja sowieso nichts. Und dann muss man das, was aus meiner Sicht und aus Sicht der Mitarbeiter nötig und erforderlich ist, eben auch in den Betrieb hinein kommunizieren und dann umsetzen. (...)*
Und wie gesagt, es wird immer abgesprochen, was dann nach außen kommuniziert wird und das erfolgt immer im Beisein des Mitarbeiters. Und auch die Schriftstücke, man muss ja quasi eine Stellungnahme dann dazu abgeben, wenn ich eine Einschränkung sehe, muss ich ja auch eine Stellungnahme dazu abgeben, weil sonst der Arbeitgeber das nicht umsetzt, in der Regel. Diese Stellungnahme wird, so mache ich es jedenfalls, mit dem Mitarbeiter abgesprochen, das heißt er bekommt die zu geschickt, gibt sein o.k. und erst dann wird sie weiter geschickt.
(BA 3, F 2319)

Koorientierung: Ein Dreiklang aus Verständnis, Verstehen und Verständigung

Koorientierung

- schafft Vertrauen, führt zu einer ersten fundierten Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit und zur Konkretisierung von Maßnahmen der Wiedereingliederung
- entsteht durch gegenseitige Anerkennung in Vier-Augen-Gesprächen, indem man sich darüber verständigt, wie man die aktuelle Situation wahrnimmt, einschätzt und daraus gemeinsam ableitet, was dies für den RTW-Prozess bedeutet
- ist ein Dreiklang aus Verständnis, Verstehen und Verständigung

Verständnis im RTW-Prozess

- beruht auf der Anerkennung der inneren Realität des zurückkehrenden Mitarbeiters und des RTW-Coach als Lotse

Verstehen im RTW-Prozess

- entsteht durch Achtsamkeit für die Person des zurückkehrenden Mitarbeiters, in dem man sich gemeinsam ein Bild macht von deren inneren und äußeren Arbeitsumwelt

Verständigung im RTW-Prozess

- umfasst die Ausgestaltung der Wiedereingliederung, das Selbstmanagement der zurückkehrenden Mitarbeiter und die Kommunikation mit betrieblichen Schlüsselakteuren

? Relevante Fragestellungen für den Wiedereingliederungsprozess

- Ist die Erkrankung arbeitsplatzunabhängig und/oder –abhängig?
- Was für Arbeitsbedingungen braucht der Mitarbeiter, um zur Arbeit zurückkehren zu können?
- Welche Ressourcen stehen für die Rückkehr zur Verfügung und welche müssen noch aktiviert werden?
- Welchen Stellenwert hat die Arbeit für die Mitarbeiter (Hohe Verausgabungsbereitschaft: ja/nein; geringe Distanzierungsmöglichkeiten: ja/nein; hoher Perfektionismus: ja/nein)?
- Gibt es Ängste, die die Rückkehr in den Betrieb erschweren? Wie geht man mit Ihnen um? Was kann helfen diese abzubauen?
- Wie ist die aktuelle Leistungsfähigkeit vor dem Hintergrund der Arbeitsanforderungen zu beurteilen?
- Ist eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz möglich bzw. sinnvoll? Oder ist ein Arbeitsplatzwechsel erforderlich?
- Welche Arbeitsbelastungen sind mit der Tätigkeit verbunden?
- Welche arbeitsbedingten Faktoren haben zur Erkrankung beigetragen?
- Wie ist das Verhältnis zu den Kollegen und dem Vorgesetzten?
- Gab im Vorfeld der AU krankheitsbedingt unangenehme Situationen, die mit den Vorgesetzten und/oder Kollegen besprochen werden sollten?
- Gab es Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten, die Mitauslöser für die Erkrankung waren?
- Was können bzw. sollten die Mitarbeiter den Vorgesetzten und Kollegen in Bezug auf ihre Erkrankung kommunizieren?
- Wie kann man sich zukünftig vor Überforderung und einem Rückfall schützen?
- Wie erkennt man frühzeitig Symptome der Überforderung?
- Was hat man im Vorfeld der AU selbst zur Überforderung beigetragen?
- Wer kann die Mitarbeiter bei der Rückkehr in den Betrieb unterstützen? Gibt es achtsame und sensible Kollegen, die unterstützen können?
- Welche persönlichen Zielsetzungen verbindet der Mitarbeiter mit der Rückkehr in den Betrieb?

7.3 PHASE 2: Die Phase der Koordination: Ein ergebnisoffener Such- und Verständigungsprozess

7.3.1 Überblick

In der Phase der Koordination geht es darum, die Bedingungen der Wiedereingliederung mit den betrieblichen Schlüsselakteuren zu klären und abzustimmen. Dies geschieht, bevor der Mitarbeiter wieder anfangen zu arbeiten und ist die Grundlage für seine Rückkehr.

Im Mittelpunkt stehen dabei die in Phase 1 mit dem zurückkehrenden Mitarbeiter erarbeiteten Vorstellungen und angedachten Maßnahmen und die Frage, ob und wie diese betrieblich

umgesetzt werden können. Außerdem werden die Schritte der stufenweisen Wiedereingliederung geplant. Zentrale Zielsetzungen dieser Phase sind:

- eine Verständigung über die betrieblichen Maßnahmen der Rückkehr
- die Erstellung eines Wiedereingliederungsplans
- die Koordination der Aufgaben und Festlegung von Verantwortlichkeiten.

Dieser Prozess der Bewertung und Verständigung findet entlang den Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes, den damit einhergehenden Belastungen und Gefährdungen sowie den Ressourcen des zurückkehrenden Mitarbeiters statt.

Relevante Meilensteine dieser Phase sind die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung, gegebenenfalls die medizinische Abklärung der Leistungs- und Einsatzfähigkeit der zurückkehrenden Mitarbeiter sowie die konkrete Planung und Abstimmung der (stufenweisen) Wiedereingliederung. Hierzu sind eine enge Abstimmung mit den betrieblichen Interessenvertretungen (SBV, BR/PR), dem Betriebsarzt und der Geschäftsleitung bzw. Personalabteilung sowie den externen Partnern erforderlich.

Im Fokus der Phase 2 stehen somit die betrieblichen Maßnahmen der Wiedereingliederung und mögliche flankierende Maßnahmen externer Dienstleister wie bspw. des Integrationsfachdienstes oder der Rentenversicherung, also:

- die Rückkehr an den alten bzw. an einen neuen Arbeitsplatz
- die inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung der Rückkehr und
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Vorrangige Aufgabe dieses betrieblichen Verständigungs- und Suchprozess ist es, geeignete präventive Maßnahmen zur Vermeidung gesundheitsgefährdender Risiken zu finden bzw. umzusetzen und zeitlich befristete Anpassungen des bisherigen Arbeitsplatzes, der Arbeitsaufgaben und der Arbeitsorganisation (zeitlich und inhaltlich) zu ermöglichen. Gelingt dies nicht, geht es darum, einen anderen passenden Arbeitsplatz zu finden bzw. einzurichten, sofern dies betrieblich umsetzbar ist. Für einen gut organisierten RTW-Prozess ist es wichtig, Ansprechpartner und Verantwortlichkeiten zu klären und verbindlich festzulegen. So sollten die am RTW-Prozess direkt beteiligten Personen mit ihren Verantwortlichkeiten und ihren Aufgaben betrieblich transparent sein und entsprechend kommuniziert werden. Gleichfalls ist es notwendig, die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure zu regeln, in welcher Form und in welchen Abständen bspw. ein gemeinsamer Austausch stattfindet. Bewährt haben sich in größeren Unternehmen sogenannte BEM-Teams, die sich in regelmäßigen Abständen treffen. Der Aufbau betrieblicher und außerbetrieblicher Unterstützungsnetzwerke erleichtert die Wiedereingliederung.

7.3.2 Personenbezogene Gefährdungsbeurteilung, Einschätzung der Leistungs- und Einsatzfähigkeit: Präventive Maßnahmen und zeitweise Anpassung der Arbeitsanforderungen

Personenbezogene Gefährdungsbeurteilung

- » Eine gut vorbereitete stufenweise Wiedereingliederung wird in ihrer Zielsetzung infrage gestellt, wenn die Arbeitsbedingungen insgesamt nicht gesundheitsförderlich gestaltet sind. Dies gilt vor allem dann, wenn die Arbeit mit auslösend für eine psychische Krise bzw. Erkrankung war.

Ein kooperativer RTW-Prozess bietet über das Betriebliche Eingliederungsmanagement die Chance, arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken zu erkennen und nach gesundheitspräventiven Gestaltungsmöglichkeiten sowie zeitweisen Anpassungen der Arbeitsanforderungen zu suchen und diese umzusetzen. Eine konkrete, am Einzelfall orientierte Gefährdungsbeurteilung, die die Erkenntnisse aus der Phase der Koorientierung berücksichtigt, erscheint dabei als zielführend. Wichtig ist hier eine enge Abstimmung zwischen RTW-Coach, den Interessenvertretungen (SBV, BR/PR) und dem Betriebsarzt sowie den behandelnden Ärzten und Therapeuten. Die Vorbereitung der Rückkehr in Vier-Augen-Gesprächen und die Suche und Abstimmung mit betrieblichen Schlüsselakteuren ist ein umfassend „organisierter, kooperativer und ergebnisoffener Suchprozess“:

➤ **Da die Probleme und vor allem die Maßnahmen selten unmittelbar auf der Hand liegen, bedarf es einer organisierten Suche. Damit die verschiedenen Akteure erfolgreich zusammenwirken, ist weiter ein kooperativer Prozess erforderlich.**
(Kohle 2010, S. 1)

i *Wir haben auch viel mit dem werksärztlichen Dienst zusammen gearbeitet, wo wir gesagt haben, wir analysieren mal den Arbeitsplatz: Wie ist der Ablauf? Welche Einschränkungen hat der Mitarbeiter? Wie können wir arbeitstechnisch etwas machen?*
(SBV 1; F 2319)

➤ **Die vorrangige Aufgabe ist die gesundheitsförderliche Gestaltung bzw. die (zeitweise) Anpassung des Arbeitsplatzes und wenn dies nicht möglich ist, die Suche nach einem anderen Arbeitsplatz.**

Wie wichtig dafür die Erkenntnisse aus Phase 1 sein können, zeigt das folgende Beispiel:

Beispiel

In den vergangenen 6 Jahren habe die Arbeitsbelastung durch permanente Umstrukturierungen und Personalabbau deutlich zugenommen. Die Folge seien wechselnde Einsatzbereiche und Aufgaben ohne hinreichende Einarbeitung gewesen. Ohnehin sei die Organisation im Unternehmen chaotisch. Auch durch zusätzliche Aufgaben habe das Arbeitsvolumen deutlich zugenommen. Seine Tätigkeitsbeschreibung sei so vage formuliert, dass sich hieraus nicht ableiten lasse, in welchem Umfang zusätzliche Aufgaben angemessen seien. Über einen langen Zeitraum fühlte er sich permanent unter Zeitdruck. Es gäbe keine Urlaubs- und Krankheitsvertretung – der Berg an Liegegebliebenem nach dem Urlaub sei immer erschlagend gewesen. Von seinem letzten Vorgesetzten habe er keine Unterstützung erhalten, eher im Gegenteil, er würde es fast als Mobbing bezeichnen – regelmäßig abwertende Bemerkungen in seine Richtung, ihn bei Fragen ignorierend. Er habe das Gefühl, man wolle ihn loswerden – er sei alt und auch durch seine wiederkehrenden Erkrankungen nur noch ein Kostenfaktor fürs Unternehmen. Bereits vor 2 Jahren sei er längere Zeit durch ein Burnout ausgefallen.

(IFD, ► Kap. 8)

Die Beschreibung der subjektiv erlebten Arbeitsbedingungen gibt einerseits erste Hinweise auf Belastungen (andauernde Konflikte mit dem Vorgesetzten, geringe Einarbeitung, Zeitdruck), aber auch auf erste mögliche Maßnahmen wie z. B. eine eindeutige Tätigkeitsbeschreibung und klare Regelungen zur Krankheits- und Urlaubsvertretung.

Diese Erkenntnisse können von den betrieblichen Interessenvertretungen, dem Betriebsarzt und Arbeitgebervertretern genutzt werden, um sich ein genaueres Bild von der Situation

zu machen, um darauf aufbauend die präventiven Gestaltungsmöglichkeiten in einem weiteren Schritt betrieblich abschließend abzustimmen:

i *Es gab da auch eine Führungsproblematik, zumindest aus Mitarbeitersicht, und das wurde dann eben auch diskutiert. Dann gab es auch Auflagen für die Station, also es gab Auflagen für die Mitarbeiterin, z. B. dass sie ihre Pausen regelmäßig nimmt, sogar wenn es in der Hütte brennt und so etwas. Am Anfang werden die Mitarbeiter ja für ganz wenige Zeit eingegliedert und rechtlich wäre da überhaupt gar keine Pause vorgesehen, aber wichtig war, dass sie es da schon mal üben (Pausen einzuhalten).*

Und umgekehrt hat die Station auch Auflagen bekommen, wie der Dienstplan auszusehen hat und dass das wirklich klar kommuniziert wurde, eine Wiedereingliederung ist nicht eine Vollbesetzung, sondern sie soll da wirklich on top sein und nicht außen vor!

Und dann wurde auch geschaut, weil sich in der Zeit auch vieles Technische verändert hatte. Sie hatten ein neues Computersystem und damit hatte es diese Mitarbeiterin, die auch schon ein bisschen älter war, auch nicht so. Da musste man einfach schauen, wie kann sie da wieder gut eingeführt werden. Und das ist im Krankenhaus eben auch oft schwierig, weil keiner Zeit für irgendetwas hat. Jemanden, den man jetzt mitnimmt, auch noch einweisen zu müssen in irgendetwas. Aber wie gesagt, ich fand, jeder hat einen guten Willen gezeigt und versucht, da ein bisschen vorausdenken, was wichtig ist und so.

(PSY 6, F 2319)

Einschätzung der Leistungs- und Einsatzfähigkeit

» Weniger günstig waren bisher die Erfahrungen mit medizinischen Gutachten, die in der Regel nur die Leistungsdefizite der jeweiligen Beschäftigten formulierten, während ihre Ressourcen und die sich daraus ergebenden Anpassungsaufgaben und -chancen am Arbeitsplatz kaum in den Blick gerieten (Kohte 2010, S. 2).

In diesem organisierten kooperativen betrieblichen Such- und Verständigungsprozess ist aber oft auch arbeitsmedizinische Expertise erforderlich. Dies gilt vor allem dann, wenn komplexe Einschränkungen oder Arbeitstätigkeiten vorliegen, bei denen in Folge der Erkrankung mögliche Gesundheitsrisiken für Dritte bestehen. Wichtig ist allerdings, die Einschränkungen vor dem Hintergrund der vorhandenen und noch zu aktivierenden Ressourcen der zurückkehrenden Mitarbeiter und des Betriebes einzuschätzen und zu schauen, ob Anpassungen der Arbeitsanforderungen eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz möglich machen können.

Folgende Fragen stehen dabei im Vordergrund:

- Welche Tätigkeiten kann der Mitarbeiter aktuell ausführen?
- Welche Veränderungen sind dafür am Arbeitsplatz notwendig?
- Welche Steigerungsmöglichkeiten sind denkbar?
- Welche Ressourcen stehen dafür zur Verfügung?

➤ **Der Prozess der Einschätzung der Leistungs- und Einsatzfähigkeit ist aber immer ein partizipativer Prozess, um einer einseitigen Orientierung auf vorhandene Leistungsdefizite vorzubeugen. Schließlich ist das erklärte Ziel, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und zu sichern.**

In diesem Sinne empfehlen selbst komplexe Instrumente zur Erstellung eines Anforderungs- und Leistungsprofils, wie bspw. MELBA, dass die Einschätzungen sowohl von RTW-Experten,

Vorgesetzten und von den zurückkehrenden Mitarbeitern gleichermaßen vorgenommen werden. Sinnvoll ist es, wenn die direkt betroffenen Beschäftigten dies im Dialog mit einer Vertrauensperson machen, die den zurückkehrenden Mitarbeiter und dessen Arbeit kennen (z. B. zusammen mit der SBV, dem RTW-Coach und dem behandelnden Arzt). Auf diesem Weg wird eine abgestimmte Einschätzung möglich, die durch die Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven zustande kommt:

i *Der Mitarbeiter hat gesagt: 'Also ich habe eine psychische Behinderung, bin in Behandlung und bekomme Psychopharmaka'. Wir hatten auch gleich ein Gespräch mit dem Personalchef gehabt, der hat gesagt, Moment, Psychopharmaka, da muss erst einmal untersucht werden, ob er hier überhaupt Maschinen bedienen kann. Weil wir haben hier Mitarbeiter, die unter Kränen herlaufen müssen, wo die Gesundheit gefährdet ist, wenn man die nicht richtig bedient. Wir mussten dann erst einmal mit dem werksärztlichen Dienst zusammenarbeiten und klären lassen, ob er hier überhaupt arbeiten kann, und wenn ja, gibt es dort Einschränkungen. Wir haben dann gleich gesagt, wenn du wiederkommst, (...) machen wir eine stufenweise Wiedereingliederung. Und wir haben mit dem werksärztlichen Dienst abgestimmt, dass wir in dem Bereich, wo er gearbeitet hat, ihn nur auf Frühschicht setzen und die Zwei-Vier-Sechs-Stunden-Phase dort einführen.*
(SBV 1; F 2319)

Aber auch bei weniger komplexen und zeitweisen Einschränkungen z. B. im Bereich der Ausdauer, Konzentration und der Kommunikation, ist es wichtig, die Arbeitsaufgaben und -organisation im Dialog mit den Vorgesetzten und Betroffenen zu erörtern und die Möglichkeiten einer zeitweisen Anpassung der Arbeitsanforderungen zu erfassen und diese im Wiedereingliederungsplan zu berücksichtigen:

i *Wenn man das klar strukturiert, das ist jedenfalls unsere Erfahrung, dann funktioniert das. Also wir haben jetzt gerade in einer Gemeinde einen Mitarbeiter mit einer schweren Angststörung, der seit zweieinhalb Jahren nicht gearbeitet hat und in der Therapie war und der so schwer erkrankt war, dass er also selbst das Haus nicht verlassen konnte und so weiter und so fort. Der ist jetzt in einer strukturierten Wiedereingliederung, wo es eben wirklich darum geht, Aufgabenfeld für Aufgabenfeld, Stunde für Stunde, sich zu erarbeiten und dann nachher wieder mit Publikumsverkehr vollständig zu arbeiten und das funktioniert.*
(BA 1, F 2319)

i *Da ist eine Wende, ich glaube wir kriegen das ganz gut hin. Aber es wäre jetzt auch super sinnvoll, wenn die Arbeit auch erhalten bliebe. Kognitiv, so schätze ich auch ein, dass er den Job so weitermachen kann. Er müsste eine gestufte Wiedereingliederung machen; was schlagen Sie vor; so und so, ja so geht das. Gut und dann wird das eingetütet, und dann arbeite ich mit ihm eine gestufte Wiedereingliederung aus. Was heißt das? Feststellen, was sind die Dinge, die er machen kann (.) und was nicht. Reisen im Moment noch nicht und dann stellen wir fest, dass das größte Problem sein Schamgefühl seinen unterstellten Mitarbeitern gegenüber ist. So, dann überlegen wir, wie sprechen sie das an, was passiert ist. Und dass sie auch klarlegen, dass das jetzt ein Neustart ist und dass sie sich nicht entschuldigen müssen, sondern das ist ebenso. Mit der Erkrankung, da kann man gut mit leben.*
(PSY 1, F 2319)

Aufgabe des RTW-Coachs ist es, die betrieblichen Gespräche mit dem zurückkehrenden Mitarbeiter vor- und nachzubereiten. Im Vorfeld geht es immer darum zu klären, welche Themen

von wem (Mitarbeiter oder RTW-Coach) wie kommuniziert werden sollen. Im Nachgang erfolgt die Bewertung der Ergebnisse der Gespräche, was erfolgt ist, was noch offen ist und welche weiteren Schritte erforderlich sind (siehe dazu auch ► [Kap. 8](#)).

Bei der Planung der Wiedereingliederung werden Anpassungen des Arbeitsplatzes entsprechend den o. g. Fragestellungen vorgenommen und optimaler Weise schrittweise gesteigert. Das kann bedeuten, dass zeitweise z. B.:

- die Komplexität von Arbeitsaufgaben minimiert wird
- die Arbeitszeit verkürzt wird
- die Arbeitszeit (Gleitzeit, Pausenregelung) flexibel gestaltet wird
- entlastende Maßnahmen wie bspw. Arbeitsassistenten, technische Hilfen ermöglicht werden
- belastende Arbeitsanforderungen wie Publikumsverkehr, Taktarbeit, Führungsaufgaben etc. sowie das Maß von Verantwortung reduziert werden.

Die stufenweise Wiedergliederung: allgemeiner Rahmen, zeitliche und inhaltliche Ausgestaltung, Erstellung eines Eingliederungsplans

Im günstigsten Fall kehren Beschäftigte nach einer psychischen Krise bzw. Erkrankung und längeren AU-Zeiten schrittweise in die Arbeit zurück. Sich langsam wieder an die Arbeit zu gewöhnen und einen sanften Wiedereinstieg hinzubekommen, um am Ende wieder vollkommen leistungsfähig zu sein, beschreibt in einfachen Worten die Zielsetzung einer stufenweisen Wiedereingliederung. Geregelt ist die stufenweise Wiedereingliederung in § 74 SGB V und § 28 SGB IX.

Durch eine sukzessive Steigerung der Arbeitszeit und der Arbeitsaufgaben, regelmäßige Feedbackgespräche mit Vorgesetzten und eine professionelle Begleitung durch den RTW-Coach, behandelnde Ärzte und Therapeuten kann die aktuelle Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der konkreten Arbeitsanforderungen eingeschätzt werden. Dieses Vorgehen ermöglicht es, die Anforderungen der Wiedereingliederung flexibel zu gestalten und ggf. der Situation anzupassen. Die betrieblichen Interessenvertretungen sollten sich als Vertrauenspersonen der Beschäftigten kontinuierlich an diesem Prozess beteiligen:

i *Wir haben schnell gemerkt, dass unsere Möglichkeiten im BEM oder unsere Möglichkeiten den Mitarbeiter umzusetzen oder die Arbeit anders zu gestalten sehr eingeschränkt sind. (...) Da muss man erfinderisch sein. Da muss man sich die Leute holen, die Ideen haben und auch die Vorgesetzten, die sagen: 'Gut wir ziehen mit'. (...) Gleichzeitig haben wir hier einen Betriebsrat, der voll dabei ist. Die sagen: 'Wir sind für die Mitarbeiter da, wir stellen den Arbeitsplan um, wir stellen die Arbeit um, wir setzen die Leute anders ein, damit der Mitarbeiter weiterarbeiten kann'. (SBV 1, F 2319)*

Eine stufenweise Wiedereingliederung dauert in der Regel zwischen 2 und 6 Monaten. Ein typisches Beispiel für die zeitliche Ausgestaltung der Wiedereingliederung ist folgendes Vorgehen:

- 2 Wochen mit 2 Stunden täglich
- 3 Wochen mit 4 Stunden täglich
- 3 Wochen mit 6 Stunden täglich und danach wieder
- Vollzeit mit 8 Stunden (Erreichen der vollen Arbeitsleistung – markiert das Ende der Wiedereingliederung).

Bei der Ausgestaltung müssen immer die jeweiligen Rahmenbedingungen mit in den Blick genommen werden. An erster Stelle stehen hierbei Art und Schwere der Erkrankung, die aktuelle Leistungsfähigkeit, aber bspw. auch der Anfahrtsweg sollte berücksichtigt werden und die

jeweilige Tätigkeit. In dem einen oder anderen Fall kann es auch durchaus sinnvoll sein, ein 4-Tages-Modell mit einem freien Tag zu vereinbaren.

Gleichzeitig ist bei der Ausgestaltung der stufenweisen Wiedereingliederung die Motivation der zurückkehrenden Beschäftigten zu berücksichtigen, aber auch kritisch zu hinterfragen, da es immer wieder vorkommt, dass die Beschäftigten wieder früher in den regulären Arbeitsprozess zurück wollen, als therapeutisch angemessen ist. Gründe hierfür können u. a. finanzieller Druck sein, oder das Bedürfnis, sich selbst, dem Vorgesetzten und Kollegen beweisen zu wollen, dass man wieder vollständig fit und gesund ist:

i *Klar ist immer, dass der Mitarbeiter der Herr des Verfahrens ist. Also wenn sie den Mitarbeiter nicht davon überzeugen können, dass er seine Wiedereingliederung so weitermachen soll, wie geplant, dann wird das eben nix! Dann sagt der: 'Ab morgen arbeite ich wieder voll!' Und dann macht er es und scheitert. Also meine Erfahrung ist, dass wenn zu früh abgebrochen wird, die Wiedereingliederung scheitert.*
(BA 1, F 2319)

Dementsprechend muss die stufenweise Wiedereingliederung zusammen mit den zurückkehrenden Mitarbeitern gut geplant und flexibel gehandhabt werden. Die Grundlage dafür ist der Wiedereingliederungsplan. In ihm werden festgelegt:

- die gesamte Dauer
- die Abfolge und Dauer der einzelnen Stufen
- die zu übernehmenden Verantwortungsbereiche, Aufgaben, Stressbelastung am Arbeitsplatz etc.
- die persönlichen Zielsetzungen und
- den Umgang mit den Kollegen (BAR 2002).

➤ Grundsätzlich gehört die STWE in die Zeit der Arbeitsunfähigkeit. Während dieser Zeit wird Kranken- bzw. Übergangsgeld gezahlt. Die Teilnahme ist freiwillig und bedarf der Zustimmung des zurückkehrenden Mitarbeiters und der Zustimmung des Arbeitgebers. Überdies ist eine vertragliche Vereinbarung – ein Wiedereingliederungsplan – erforderlich.

Die Wiedereingliederung wird zudem erleichtert, wenn der Mitarbeiter weiß, welche Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten er im Arbeitsalltag hat und diese gleichfalls im Wiedereingliederungsplan beschrieben werden. Dies sind z. B. Regelungen über flexible Pausenzeiten, Gleitzeit und einen variablen Arbeitsort wie z. B. die Möglichkeit von Homeoffice:

i *Dann muss das alles ziemlich genau und gut vorbereitet und vorbesprochen werden. Also es muss dem Wiedereinzugliedernden klar sein, wie die Stufen sind und was für Aufgaben er bekommt. Er muss verstehen, dass stufenweise nicht nur die Zeit bedeutet, sondern sich auch die Aufgabenmenge stufenweise steigert und die Verantwortung sich möglicherweise steigert. Dann muss respektiert werden, wie er möchte, dass die Kollegen Bescheid wissen, wer die Kollegen informiert, ob das die Führungskraft machen soll, ob er das selber macht. Und die Führungskraft muss immer einfach noch so eine Möglichkeit der Reflexion bieten.*
(BA 1, F 2319)

➤ Die behandelnden Ärzte und die Betriebsärzte sind die fachlich verantwortlichen Akteure. Sie überprüfen die Maßnahmen im zeitlichen Verlauf und müssen diese bei Bedarf im Dialog mit den zurückkehrenden Mitarbeitern, den direkten Vorgesetzten

und dem RTW-Coach an die vorherrschende gesundheitliche Situation anpassen; dies geschieht immer vor dem Hintergrund der je individuellen, sozialen und betrieblichen Arbeitsumwelt.

- i** *Wichtig ist erst einmal, dass die Arbeitsinhalte definiert sind und dass man dann den Arbeitsvorgang trainiert. Dazu gehört eben, dass der Arbeitgeber nicht nur die Aufgabe formuliert, sondern auch das erwartete Ergebnis formuliert. Und wenn man das eben Punkt für Punkt macht, dann funktioniert es auch.*
(BA 1, F 2319)

Koordination: Ein ergebnisoffener Such- und Verständigungsprozess In der Phase der Koordinierung

- werden die betrieblichen Voraussetzungen der Rückkehr unter Beteiligung des zurückkehrenden Mitarbeiters geplant und in einem Wiedereingliederungsplan festgehalten.

Meilensteine sind

- die Durchführung einer am Einzelfall orientierten Gefährdungsbeurteilung, ggf. die medizinische Abklärung der Leistungs- und Einsatzfähigkeit der zurückkehrenden Mitarbeiter
- die Ausgestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsaufgaben
- die konkrete Planung und Abstimmung der stufenweisen Wiedereingliederung.

Hierzu ist eine enge Abstimmung mit den betrieblichen Interessenvertretungen, dem Betriebsarzt, der Geschäftsleitung bzw. Personalabteilung sowie den externen Experten wie z. B. dem Hausarzt und den Therapeuten erforderlich.

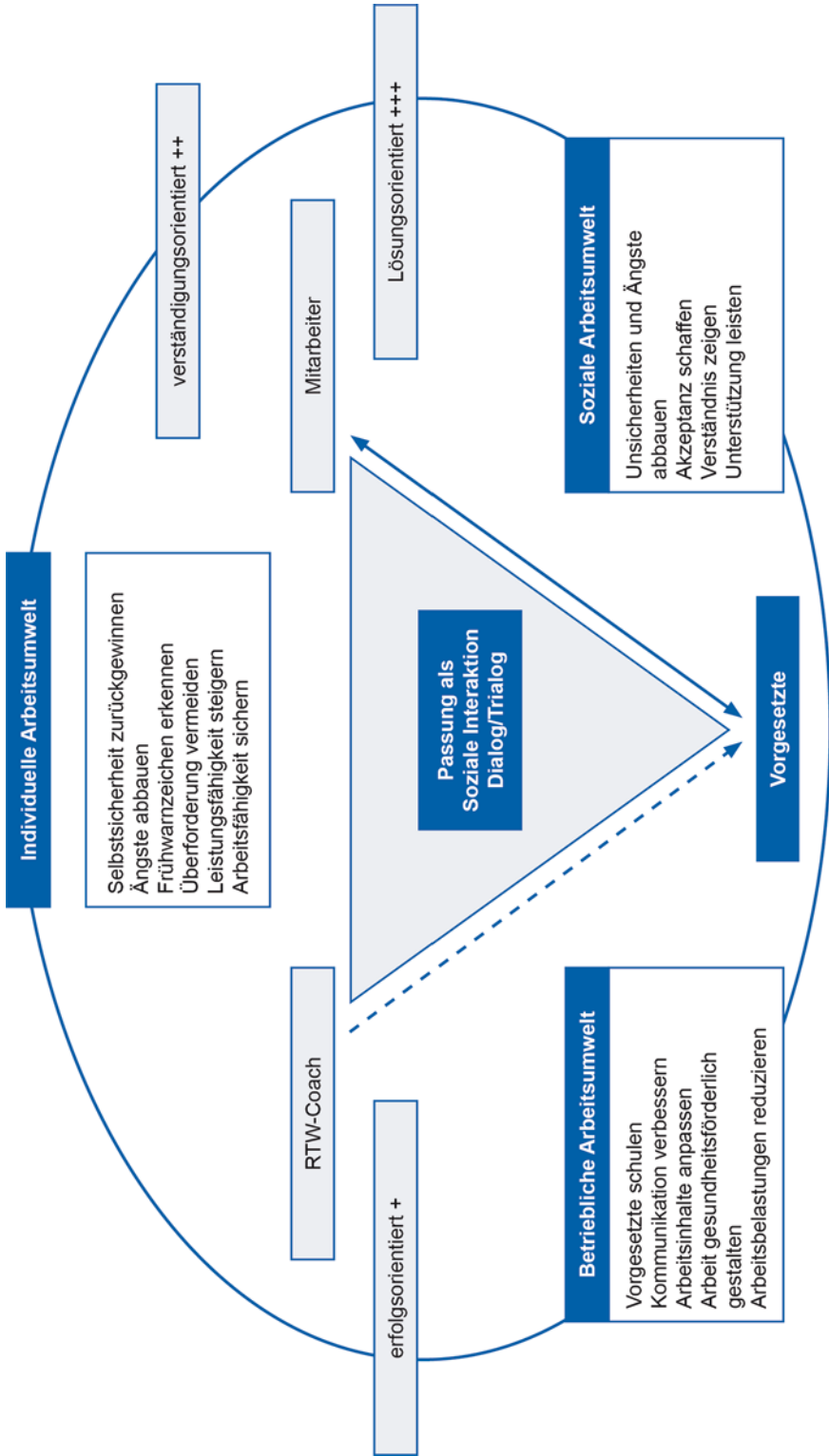
7.4 PHASE 3: Die Phase der Kooperation: Die Rückkehr ins Arbeitsteam. Passung individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelten

7.4.1 Überblick

Es muss allen Beteiligten klar sein, dass die Betriebliche Wiedereingliederung nach langer Arbeitsunfähigkeit mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden ist. Deshalb ist es wichtig, dass an ein solches Projekt sorgsam herangegangen wird (Riechert 2011).

Die Rückkehr an den alten oder einen neuen Arbeitsplatz ist aus der Perspektive der befragten RTW-Experten ein arbeitsteilig abgestimmtes Vorgehen. Im Mittelpunkt steht hier der Dialog zwischen den zurückkehrenden Mitarbeitern, den Vorgesetzten sowie den Kollegen und wird durch den RTW-Coach unterstützt. Zentrale Ziele dieser Phase sind:

- die Rückkehr ins Arbeitsteam
- die Rückkehr in den Arbeitsprozess
- die Stärkung der Selbstsicherheit, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit sowie
- die Passung individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelten zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit der zurückkehrenden Mitarbeiter siehe auch ■ [Abb. 7.5](#).



■ Abb. 7.5 Passung als soziale Interaktion

Für die zurückkehrenden Mitarbeiter geht es darum, im Arbeitsprozess, in der Bewältigung der Arbeitsaufgaben und im Dialog mit den Vorgesetzten und Kollegen:

- ihre Erkrankung im Arbeitsteam in irgendeiner Form zu thematisieren
- ihre aktuelle Belastbarkeit und Grenzen zu erkennen
- Unter- und Überforderungstendenzen frühzeitig wahrzunehmen und gegenzusteuern
- ihre Einstellungen zur Arbeit im Wechselspiel mit den Arbeitsanforderungen im Blick zu haben und bei Bedarf zu korrigieren
- die Ziele der Wiedereingliederung anhand von realistischen Meilensteinen umzusetzen.

Der Umgang mit der abklingenden psychischen Krise bzw. Erkrankung ist für die Mitarbeiter der Kompass, um sich neu und anders als bisher im Arbeitsalltag zu verorten. Für die meisten ist dies ein herausfordernder Lern- und Veränderungsprozess. Denn es gilt, sich bisherige Gewohnheiten und Routinen im Arbeitsprozess und ihre Auswirkungen auf das eigene Wohlbefinden bewusst zu machen und mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit gegebenenfalls zu verändern. Gleichzeitig müssen die damit einhergehenden Ängste bewältigt und eine gesundheitsförderliche Einstellung gefestigt werden. Eine Schlüsselperson ist in diesem Erfahrungs- und Veränderungsprozess der RTW-Coach. Er ist unterstützend und vermittelnd zwischen den individuellen, sozialen und betrieblichen Anforderungen tätig, in dem er:

- mit den betroffenen Mitarbeitern ihre Arbeitssituation reflektiert und coacht
- den Dialog mit den Vorgesetzten und Kollegen begleitet und
- die jeweiligen aktuellen Arbeitsanforderungen und -bedingungen mit Blick auf die aktuelle Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters mit den direkten Vorgesetzten und weiteren RTW-Experten (behandelnden Ärzten, Betriebsarzt etc.) erörtert.

Für eine optimale Rückkehr sind eine **begleitende Kommunikation**, d. h. Feedbackgespräche durch den direkten Vorgesetzten und ein Coaching durch den RTW-Coach erforderlich. Diese Begleitung setzt an den Ressourcen der zurückkehrenden Mitarbeiter an, ist auf deren individuelle Bedürfnisse abgestimmt und erfolgt auf Augenhöhe. In den Gesprächen geht es darum, förderliche und hemmende Faktoren für die Wiedereingliederung zu erkennen, ggf. nachzusteuern und positive Prozesse zu unterstützen. Auf der arbeits- und leistungsbezogenen Ebene werden:

- die jeweils aktuelle Arbeitsetappe und deren Zielerreichung reflektiert
- die Erwartungen und die Bewältigung von Anforderungen thematisiert und
- die Definition von neuen Zielen für die nächste Etappe der STWE vorgenommen.

Die Themen dieser Feedback- und Coaching-Gespräche reflektieren gleichzeitig das Verhalten bei der Arbeit, d. h. das Verhältnis zum Vorgesetzten und den Kollegen, die Bewältigung der vereinbarten Arbeitsaufgaben, das Verhalten in Stresssituationen und den Umgang mit Ängsten und Konflikten bzw. mit schwierigen und herausfordernden Situationen. Die Feedback- und Coaching-Gespräche zielen darauf ab, „Achterbahnfahrten“, wie dies zuvor von einer Psychologin beschrieben wurde, im Prozess der Wiedereingliederung möglichst zu vermeiden oder zumindest zeitnah abzufedern, um einerseits eine erneute Krankschreibung zu vermeiden. Andererseits dienen sie dazu, den individuellen Veränderungs- und betrieblichen Gestaltungsprozess im Verlauf der Rückkehr möglichst optimal zu unterstützen und voranzubringen:

i *Eigentlich geht es immer darum, Menschen können sich super gut entwickeln, wenn die Passung stimmt. Also wenn das Umfeld passt, die Aufgabe passt, und das möglichst herzustellen und zu unterstützen, ist eigentlich mein zentrales Anliegen.*
(PSY 5, F 2319)

- Die Rückkehr in den Betrieb nach einer psychischen Krise ist in erster Linie verständigungs- und lösungsorientiert. Es wird durch aktivierendes Coaching, Selbst- und Konfliktmanagement sowie Feedback von Vorgesetzten und Kollegen gestaltet. Es ist ein arbeitsteilig abgestimmtes und dialogisches Vorgehen.

7.4.2 Die Rückkehr ins Arbeitsteam: Das Zusammenspiel von Vorgesetzten, Kollegen und zurückkehrendem Mitarbeiter

Aufgabe der direkten Vorgesetzten ist es, vermittelnd und unterstützend tätig zu sein. Führen im RTW-Prozess bedeutet, die zurückkehrenden Mitarbeiter, den Zusammenhalt im Arbeitsteam und die Leistungsfähigkeit der Abteilung gleichermaßen im Blick zu haben. Ihre Verantwortung für den Prozess liegt sowohl auf der leistungsbezogenen als auch auf der sozial-emotionalen Ebene. Die Vorgesetzten tragen mit ihrem Verhalten und Vorgehen wesentlich dazu bei, die individuellen, sozialen und betrieblichen Arbeitsumwelten aufeinander ein- bzw. abzustimmen. Sie geben Orientierung für die Umsetzung des RTW-Prozesses und gestalten ihn aktiv mit. Wichtig für den Verlauf der Wiedereingliederung ist, dass sie die zurückkehrenden Mitarbeiter mit ihren Ressourcen und aktuellen Einschränkungen ernst nehmen.

In Bezug auf die Arbeitsaufgaben und die Verantwortungsübernahme gewährleisten sie, dass die zuvor getroffenen Vereinbarungen umgesetzt und im Dialog mit dem RTW-Coach schrittweise angepasst werden. Durch ein begleitendes, gezieltes und lösungsorientiertes Feedback unterstützen sie die Mitarbeiter dabei, sich zu stabilisieren, selbstsicherer und wieder handlungsfähiger zu werden. Für die zurückkehrenden Mitarbeiter sind Vorgesetzte:

- Vertrauenspersonen, die sie aktiv bei der Wiedereingliederung unterstützen
- erste Ansprechpartner im Falle einer Über- bzw. Unterforderung bzw. bei Schwierigkeiten der Arbeitsbewältigung
- Partner während der Ausgestaltung der Wiedereingliederungsmaßnahmen
- Unterstützer bei der Umsetzung, Reflexion und Anpassung der Maßnahmen.

Eine RTW-Expertin beschreibt ihre Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten folgendermaßen:

- ❗ *Viele Vorgesetzte, die wir hatten, die sind ganz gut in Gesprächsführung. Aber ich denke, da muss man auch zu so einer Haltung finden, die sehr viel Respekt gegenüber dem kranken Menschen hat und ihm das auch vermitteln.*
(PSY 5, F 2319)

Eine „gute“ Gesprächsführung ist wirklich nur dann gut, wenn sie auf einer Wertschätzung der Person und Anerkennung der Situation im oben beschriebenen Sinne beruht, der Vorgesetzte sich also als Vertrauensperson, Partner und Unterstützer im RTW-Prozess sieht und dies auch umsetzt.

Bezogen auf das Arbeitsteam steht der Vorgesetzte in der Verantwortung, ein akzeptierendes Umfeld zu schaffen, damit die Wiedereingliederung möglichst reibungslos in den Arbeitsalltag integriert werden kann. In diesem Sinne:

- steuern sie den Umgang mit Ängsten und Vorurteilen
- informieren über den Ablauf des RTW-Prozesses
- thematisieren die Unsicherheiten im Umgang mit den zurückkehrenden Mitarbeitern bzw. finden dafür Lösungen und

- grenzen eine Mehrbelastung der Kollegen so weit wie möglich ein.

Wie wichtig eine klare Positionierung des Vorgesetzten und eine offene Kommunikation sind, beschreibt eine Arbeitspsychologin z. B. wie folgt:

i *Also optimal ist es natürlich, wenn eine Wiedereingliederung nicht unangekündigt kommt, sondern die Führungskraft rechtzeitig Position bezieht. Sie dann auch sagt, dass das erst einmal eine Mehrbelastung für das Team bedeuten kann, aber auch deutlich macht, das ist das, was wir wollen. Jedem von uns kann das passieren – und jeder von uns hätte ein Recht darauf, hier einfach gut eingegliedert zu werden. Und dann auch noch darüber zu sprechen, was sind jetzt die Regeln, was wurde vereinbart, damit alle wissen, die dürfen bestimmte Sachen in der Zeit nicht machen. Deshalb brauche ich sie darauf auch nicht anzusprechen oder sauer zu sein, wenn die nein sagen oder wie auch immer. Das ist, glaube ich, hilfreich, wenn die Vereinbarungen offen kommuniziert werden.*
(PSY 6, F 2319)

Für die Führungskräfte bedeutet das: hinsehen, Initiative ergreifen, enttabuisieren, integrieren statt ausgrenzen, fordern statt überfordern, unterstützen statt schonen sowie Experten hinzuziehen. Vorgesetzten, die regelmäßig mit ihren Mitarbeitern sprechen, fällt es leichter, die beobachteten Veränderungen konkret zu beschreiben. Im Dialog lassen sich die Belastungsfaktoren für den Mitarbeiter klären, um eventuell die Arbeit – zumindest zeitweise – umzuorganisieren, Absprachen zu treffen und Unterstützungsangebote zu machen. Zu den Zielen einer stabilisierenden Führung gehört es somit, bei den Mitarbeitern Ressourcen aufzudecken, Bedürfnisse zu erkennen und Hindernisse zu identifizieren, um wieder mehr Leistung zu ermöglichen (Wecker 2013, S. 2).

Nicht nur die Vorgesetzten, sondern auch die Kollegen spielen eine wichtige Rolle für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Denn sie sind diejenigen, mit denen der zurückkehrende Mitarbeiter in beständigem Austausch steht. Ihre Haltung und ihr Verhalten entscheiden mit darüber, ob sich der zurückkehrende Mitarbeiter ohne Druck und Belastungen wieder integrieren kann. Dies gelingt am ehesten, wenn ein offener Umgang möglich ist, die Zurückkehrenden in erster Linie als Kollegen und nicht als „psychisch Kranke“ wahrgenommen und die Erkrankung von den betroffenen Mitarbeitern nicht instrumentalisiert wird:

i *Und die fangen sich da untereinander so ein bisschen auf. Das ist aber immer unter der Maßgabe, dass keiner in dem Team ist, der das System ausnutzt. Also nicht dieses `ich bin krank, ich kann jetzt nicht, es geht nicht und so`. Da haben die ein sehr gutes Gespür dafür, ob einer wirklich da den Bedarf hat oder ob einer das System ausnutzt. Das wundert mich immer wieder, die haben da so eine Art Seismographen irgendwie; das nehmen die gut wahr! Und wenn die sehen, dem geht es jetzt wirklich schlecht, dann passen die auch aufeinander auf. Das ist der Idealfall. Das ist natürlich schön und die steigern ihre Arbeitszeit dann stufenweise und das läuft ohne Probleme.*
(BA 5; F 2319)

Kollegen können unterstützen, indem sie:

- offen mit dem Thema psychische Erkrankung umgehen und die zurückkehrenden Mitarbeiter ohne Vorbehalte ins Arbeitsteam aufnehmen
- Stress und Belastung in schwierigen Arbeitssituationen auffangen
- bei der Bewältigung von Arbeitsaufgaben unterstützen und
- ermutigend beiseite stehen.

i *Die Mitarbeiter haben alle mitgezogen. Die haben gesagt, wir wollen das haben. Es war ein langjähriger Mitarbeiter, der war freundlich, der hatte viele Freunde auch unter den Schichten gehabt, die wollten den behalten. Und alle haben gesagt, wir ziehen alle mit.*
(SBV 1, F 2319)

Wichtig sind insbesondere vertraute Kollegen als Feedback-Partner auf Augenhöhe, die im Arbeitsalltag durch ihre Perspektive helfen können, die aktuelle Arbeitssituation richtig einzuschätzen. Sie können helfen, Missverständnisse aufzuklären und Wogen zu glätten (siehe dazu auch ► [Kap. 7](#)).

7.4.3 Angst trifft auf Verunsicherung: Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise ist emotionale Schwerstarbeit

» Bei der Rückkehr in den Betrieb trifft die Angst der zurückkehrenden Mitarbeiter auf die Verunsicherung und Vorurteile der Vorgesetzten und Kollegen. Dies ist die erste Hürde, die im Prozess der Rückkehr zu nehmen ist.
(PSY 1, F 2319)

Ängste der zurückkehrenden Mitarbeiter und Unsicherheiten im Umgang mit psychischen Erkrankungen stellen wesentliche Hürden für eine erfolgreiche Rückkehr in den Betrieb dar (siehe dazu auch ► [Kap. 3](#) und [5](#)). Sie beeinflussen das Selbstbewusstsein, die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit und die Zielorientierung der zurückkehrenden Mitarbeiter und damit auch ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Folgende Ängste stehen dabei im Vordergrund:

- Angst vor der Reaktion des Vorgesetzten und der Kollegen
- Angst weniger wert zu sein, nicht mehr anerkannt zu werden
- Angst nicht mehr so leistungsfähig zu sein
- Angst vor Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung.

In Anbetracht dieser Situation beschreiben vor allem die befragten Psychologen und Psychiater die ersten Wochen der Rückkehr in den Betrieb als „emotionale Schwerstarbeit“:

i *Die ersten zehn Tage dienen dazu, zu sagen: ‚Leute ich bin wieder da‘, weil das ist Schwerstarbeit, emotionale Schwerstarbeit. (...) Stellen Sie sich mal vor, sie sind erschöpft, und haben nicht eine Krankheit, was weiß ich, wie ein Beinbruch oder so, sondern sie haben eine Depression. Und jetzt kommen sie zurück. Und sie fühlen sich vom Selbstwert geschwächt. Was sagen sie jetzt den anderen? ‚Ich habe eine Depression‘, dann denken die doch, ich bin nichts wert. Der kann doch gar nichts! (...) Und all die Ängste, die ich habe, projiziere ich auf die Kollegen oder Vorgesetzten. Und was sage ich denen dann? Sag ich ihnen gar nichts oder ‚ich war bei meiner Tante im Urlaub‘, oder ‚ich hatte einen Herzinfarkt‘, oder was sage ich. (...) diese Phase wird erlebt, wie ein Spießrutenlauf und kostet richtig viel Kraft. Weil ich so schambesetzt bin, würde ich am liebsten wieder hingehen und nicht acht, sondern zwölf Stunden arbeiten; um ihnen zu zeigen ‚Leute ich habe die Muckis und ich kann das alles wieder‘. Aber damit würde ich grandios scheitern.*
(PSY 1, F 2319)

Ein adäquater Umgang mit den Ängsten ist daher ein erster wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer nachhaltigen Rückkehr in den Betrieb. In der konkreten Arbeitssituation ist der Umgang

mit ihnen ein Teil der Krankheitsbewältigung. Sollten sich hingegen im Zuge der Wiedereingliederung die Angst- und Stressreaktionen verhärten und eine Tendenz zur Chronifizierung aufweisen, erhöht sich dadurch das Risiko einer erneuten Arbeitsunfähigkeit. Deshalb ist es in der Regel sinnvoll, schon vor der Wiedereingliederung Kontakt zu den Vorgesetzten und Kollegen aufzunehmen (vgl. Phase 1):

i *Dann hatte er aber eine große Hemmschwelle wieder in den Betrieb zu fahren. Und wir haben x-mal darüber gesprochen – er sagte: ‚Ich kann es mir nicht erklären. Ich weiß wirklich nicht, warum ich da Angst habe und dann haben wir so angefangen, dass ich gesagt habe, jetzt telefonieren sie mal mit Ihren Kollegen, und nehmen sie mal Kontakt zu Ihrem Vorgesetzten auf. Er hat das dann auch gemacht, hat sich noch mal vergewissert, also wie es um die Sicherheit seines Arbeitsplatzes steht. Da hat der Vorgesetzte gesagt, dass jemand in seiner Familie auch betroffen gewesen sei! Er solle sich keine Sorgen machen, der Arbeitsplatz würde weiter bestehen bleiben. Sie würden alles mitmachen.‘*
(PSY 2, F 2319)

Andererseits treffen die zurückkehrenden Mitarbeiter aber allzu oft auch auf verunsicherte Vorgesetzte und Kollegen, die nicht wissen, wie sie mit ihnen umgehen sollen. Häufig bestehen auch Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen. Sie werden verharmlost oder verzerrt wahrgenommen.

Werden Vorgesetzte und Kollegen in bzw. mit dieser Situation allein gelassen, kann dies schnell zu Vorurteilen und Konflikten führen, die eine nachhaltige Rückkehr in den Betrieb gefährden können.

7.4.4 Die stufenweise Wiedereingliederung (STWE) und ihre therapeutische Orientierung: Ein individueller Veränderungs- und betrieblicher Gestaltungsprozess durch professionelle Unterstützung

Eine stufenweise Wiedereingliederung muss sehr gut vorbereitet werden, um das Risiko eines Rückfalls und weiterer Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Eine entsprechende Planung der stufenweisen Wiedereingliederung (STWE) bedarf der vertrauensvollen Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte in Abstimmung mit den zurückkehrenden Mitarbeitern, dem Betriebsarzt, dem Arbeitgeber, den betrieblichen Interessenvertretungen, den direkten Vorgesetzten und den Kollegen.

➤ **Ziel der stufenweisen Wiedereingliederung ist es, die noch arbeitsunfähigen Mitarbeiter schrittweise wieder an die volle Arbeitsbelastung am bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen und so die Arbeits- bzw. Beschäftigungsfähigkeit der zurückkehrenden Mitarbeiter dauerhaft zu sichern. Sie dient dazu, den Mitarbeitern frühzeitig die Chance zu eröffnen,**

- ihre berufliche Belastbarkeit wieder einschätzen zu lernen
- ihre Selbstsicherheit wiederzuerlangen
- ihre Autonomie im Arbeitsalltag schrittweise wiederzugewinnen und
- ihre Ängste bspw. vor Überforderung und einem Krankheitsrückfall abzubauen (BAR 2002),

um wieder vollständig auf „Augenhöhe“ zu kommen. Sie ist eine therapeutische Maßnahme und eine wichtige Phase im Verlauf der Krankheitsverarbeitung bzw. -bewältigung. Zu diesem Zweck ist es wichtig, dass alle daran beteiligten Akteure im Sinne einer erfolgreichen Wiedereingliederung verlässlich und offen miteinander kooperieren und alles Erforderliche dafür tun, dass sich die Wiedereingliederung nachhaltig entwickelt.

Sie ist keine psychotherapeutische Maßnahme, orientiert sich jedoch an zentralen Therapiezielen nach einer psychischen Krise. Sie unterstützt das Selbstmanagement und die Copingstrategien der zurückkehrenden Mitarbeiter und will die psychische Stabilität und Widerstandsfähigkeit im Prozess der Wiedereingliederung stärken. Das Ziel ist eine möglichst umfassende Genesung. Die Eckpfeiler dieser Zielsetzung sind die Bereitschaft und Motivation der zurückkehrenden Mitarbeiter, bisherige Arbeitseinstellungen und -routinen kritisch zu reflektieren und verändern zu wollen. Dazu gehört eine Organisation des RTW-Prozesses, die ein flexibles Eingliederungsmanagement ermöglicht, das die individuellen, sozialen und betrieblichen Anforderungen der Rückkehr in den Betrieb einzelfallbezogen berücksichtigt und professionell bewältigt.

7.4.5 Wiedereingliederung als eine Passung individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelten: Kooperation, Feedbackgespräche und Coaching

» „Stufenweise Wiedereingliederung – das ist total anstrengend“ (Riechert 2011, S. 167). Dies gilt nicht nur für die zurückkehrenden Mitarbeiter, sondern mitunter auch für das Arbeitsteam.

Für den Einzelnen heißt Wiedereingliederung etwas anders zu machen als bisher. Für das Unternehmen wiederum bedeutet es, Bedingungen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung zu schaffen, d. h. bei Bedarf präventive Maßnahmen der Arbeitsgestaltung zu ermöglichen und im Prozess der schrittweisen Rückkehr Freiräume dafür zu schaffen, die Arbeitsanforderungen möglichst flexibel an die aktuelle Leistungsfähigkeit anzupassen.

➤ **STWE ist so gesehen ein individueller Lern- und betrieblicher Veränderungsprozess. Deshalb braucht Sie auch eine professionelle Begleitung durch RTW-Experten und die Unterstützung durch die direkten Vorgesetzten, die im Team eine Balance zwischen den Anforderungen der Rückkehr und den zu bewältigenden Aufgaben der Abteilung finden müssen.**

Dabei stehen für die Vorgesetzten folgende Fragen im Mittelpunkt:

- Welche Arbeitsaufgaben können die zurückkehrenden Mitarbeiter zum gegebenen Zeitpunkt übernehmen?
- Was bedeutet dies für die Kollegen? Was können sie leisten? Was ist vertretbar?
- Was kann getan werden, wenn die Dinge anders laufen als gedacht?
- Was kann unternommen werden, damit die Erkrankung des zurückkehrenden Mitarbeiters nicht zum beherrschenden Thema im Arbeitsteam wird?
- Welche Unterstützung benötige ich für mich in diesem Prozess?

i *So eine stufenweise Wiedereingliederung ist für den Betroffenen richtig harte Arbeit! Das geht ja nicht nur darum, wieder zurück in den Betrieb zu finden, sondern es geht auch darum, was anders zu machen! (...) Und das sind nicht immer nur die äußeren Bedingungen, das sind auch innere, nämlich mal 'nein' zu sagen, (...) weil das bringt mich wieder in so eine Drucksituation, die ich nicht mehr will! Das habe ich mehrfach so in der Begleitung der stufenweisen*

*Wiedereingliederung festgestellt, dass das wirklich eigentlich der zentrale Knackpunkt ist. Und da brauchen die auch Unterstützung. Weil das manchmal so Achterbahnfahrten sind: Ich kann nicht mehr, geht gar nicht, ich lass mich wieder krankschreiben! Nein!
(PSY 5; F 2319)*

- i** *Also da ist ja jemand sozusagen im Arbeitsprozess ausgefallen und dessen Aufgaben müssen ja jetzt übernommen werden. Und erst wenn sie die tatsächliche Erfüllung der Aufgaben delegiert haben, also wenn das Aufgabenfeld, das der Mitarbeiter ursprünglich ausgefüllt hat, wenn das im Betrieb delegiert worden ist und alle anderen ächzen und schwitzen und die Aufgaben des einzelnen übernehmen, erst dann kann der dahin kommen und kann sozusagen ganz frei schwebend langsam eine Aufgabe nach der anderen wieder zurück übernehmen. Und das ist die Kunst eigentlich an der Geschichte.
(BA 1, F 2319).*

Während der stufenweisen Wiedereingliederung die richtige Passung zu finden meint hier, ein möglichst optimales Zusammenspiel zwischen den individuellen, sozialen und betrieblichen Anforderungen der Wiedereingliederung zu erzielen. Diese Passung ergibt sich, wenn:

- die zurückkehrenden Mitarbeiter einen gesundheitsförderlicheren Umgang mit ihrer Arbeit finden
- sie die Akzeptanz, das Vertrauen und die Unterstützung des Vorgesetzten bzw. der Kollegen erfahren und
- die flankierenden Maßnahmen der Rückkehr gesundheitsförderlich ausgestaltet und bei Bedarf angepasst werden, sodass die Arbeitsaufgaben Schritt für Schritt wieder übernommen werden können.

- >** **In diesem vertrauensvollen Zusammenwirken von zurückkehrenden Mitarbeitern, direkten Vorgesetzten, Kollegen und RTW-Coaches besteht die eigentliche Herausforderung des RTW-Prozesses.**

- i** *Vor allem, dass man merkt, dass es ineinandergreift, dass jeder dahintersteht und es nicht irgendwie ein Versprechen ist, wo bloß leere Luft dahinter ist. Sondern, dass da wirklich Personaler und alle dahinter stehen und es alle mittragen.
(B 2, F 2319)*

7.4.6 Die individuelle, soziale und betriebliche Arbeitsumwelt

In einer Untersuchung von Noordik et al. (2011) beschreiben Mitarbeiter folgende individuelle Ziele und Bewältigungsstrategien für die anstehende Wiedereingliederung:

- Fehler nicht persönlich zu nehmen, sondern als Arbeitsprobleme zu sehen
- andere ihre Probleme selbst lösen zu lassen und diese sich nicht aufzuhalsen
- andere Prioritäten zu setzen – die Arbeit nicht immer an erster Stelle zu sehen
- nicht immer zu sagen: „ich muss perfekt sein, ich darf keine Fehler machen“
- Arbeitsaufträge auch mal abzulehnen
- mit stressigen Situation anders umgehen zu lernen: u. a. auf das fokussieren, was sie gerade machen und nicht immer die Zukunft mitdenken
- selbstbewusster reagieren und die eigene Meinung sagen
- Entscheidungen vorbereiten, indem sie sich mit dem Vorgesetzten und den Kollegen austauschen

- den Vorgesetzten früher informieren, wenn sie sich überfordert fühlen
- lernen, die eigenen Gefühle in Stresssituationen zu akzeptieren ohne darauf fokussiert zu sein, die Erwartungen von anderen vollständig zu erfüllen.

Nach Andersen et al. (2012) ist dieser individuelle Umgang mit den Arbeitsanforderungen ein Schlüsselaspekt einer gelingenden Wiedereingliederung. Dieser Umgang wird während der Wiedereingliederung mit Unterstützung des RTW-Coachs und dem Vorgesetzten regelmäßig reflektiert:

i *Für mich ist das ein Lernprozess, nicht wieder gleich voll aufzufahren, ich hab sowieso Probleme, diese Zeitgrenze für mich zu finden, (so die Aussage eines Betroffenen). Also haben wir erst vier Stunden angefangen und dann so sukzessive sechs, acht Stunden und das insgesamt über acht Wochen. Er ist alle ein, zwei Wochen hier gewesen und wir sind diese Punkte durchgegangen, wo er gesagt hat: ‚Das habe ich geschafft, ich habe das meinem Assistenten überlassen, das habe ich auch akzeptiert, dass er das macht. Ich musste jetzt nicht hinfahren und noch einmal nachschauen. Und ich habe es auch geschafft, nein zu sagen, mich abzugrenzen‘. Es wurde eigentlich zunehmend besser und er hat sich dann nach diesen acht Wochen wirklich gut eingefügt.
(PSY 3; F 2319)*

Überdies macht die qualitative Übersichtsarbeit von Andersen et al. (2012) deutlich, dass die Gefühle, Gedanken und das Verhalten der zurückkehrenden Mitarbeiter im RTW-Prozess mit bestimmt werden durch:

- die erwartete und tatsächlich erfahrene soziale Unterstützung und
- die Möglichkeiten einer gesundheitsförderlichen Anpassung der Arbeitsbedingungen.

Wenn die zurückkehrenden Mitarbeiter das Gefühl haben, dass ihre Vorgesetzten und Kollegen die Arbeitsunfähigkeit und die psychische Erkrankung ausschließlich auf individuelle Faktoren reduzieren und die Arbeitssituation völlig außer Acht lassen, dann sinkt deren Motivation, an den gleichen Arbeitsplatz zurückzukehren (Andersen et al. 2012).

Kooperation: Passung individueller, sozialer und betrieblicher Arbeitsumwelten Die Rückkehr in das Arbeitsteam

- basiert auf einem guten Zusammenspiel von Vorgesetzten, Kollegen, zurückkehrenden Mitarbeitern und RTW-Coach und
- erfolgt in der Regel schrittweise durch eine stufenweise Wiedereingliederung.

Aufgabe der Vorgesetzten ist es, unterstützend und vermittelnd tätig zu sein.

Führen im RTW-Prozess bedeutet die zurückkehrenden Mitarbeiter, den Zusammenhalt im Arbeitsteam und die Leistungsfähigkeit der Abteilung gleichermaßen im Blick zu haben

- Ihre Verantwortung für den Prozess liegt sowohl auf der leistungsbezogenen als auch auf der sozial-emotionalen Ebene.
- Führungskräfte müssen hinsehen, Initiative ergreifen, enttabuisieren, integrieren statt ausgrenzen, fordern statt überfordern, unterstützen statt schonen sowie Experten hinzuziehen.

Kollegen können Stress und Belastungen in schwierigen Arbeitssituationen auffangen, konstruktive Rückmeldungen geben und ermutigend beiseite stehen.

Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise ist für die Betroffenen emotionale Schwerstarbeit.

Eine stufenweise Wiedereingliederung (STWE) zielt darauf ab,

- die berufliche Belastbarkeit wieder einschätzen zu lernen
- wieder Selbstsicherheit zu erlangen
- Autonomie im Arbeitsalltag schrittweise, entlang der aktuellen Leistungsfähigkeit, wiederzugewinnen
- Ängste abzubauen.

Die STWE hat in erster Linie eine therapeutische Orientierung

- Sie unterstützt das Selbstmanagement und die Copingstrategien der zurückkehrenden Mitarbeiter und will die psychische Stabilität und Widerstandsfähigkeit stärken. Sie ist so gesehen Teil der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung.
- Sie beinhaltet einen persönlichen Veränderungs- und betrieblichen Gestaltungsprozess und basiert auf der Bereitschaft und Motivation der zurückkehrenden Mitarbeiter ebenso wie auf einer Organisation des RTW-Prozesses, der ein flexibles und professionelles Eingliederungsmanagement ermöglicht.

Sie strebt eine Passung zwischen den individuellen, sozialen und betrieblichen Arbeitsumwelten an und unterstützt dies idealerweise durch Feedback- und Coaching-Gespräche zwischen Vorgesetzten, zurückkehrenden Mitarbeitern und RTW-Coaches (siehe auch ■ [Abb. 7.5](#)).

7.5 PHASE 4: Die Phase der Koorientierung: Selbstmanagement und Selbstfürsorge nach einer erfolgreichen Wiedereingliederung

Nach einer erfolgreichen Wiedereingliederung sind die Mitarbeiter in der Regel weitgehend auf sich gestellt. Damit eine Wiedereingliederung auf die Dauer nachhaltig sein kann, ist es erforderlich, dass die zurückgekehrten Mitarbeiter im normalen Arbeitsalltag selbstbewusst mit ihrer Erkrankung, achtsam mit den alltäglichen Arbeitsanforderungen und ihren Belastungsgrenzen umgehen. Dazu zählt vor allem auch, frühzeitig Anzeichen der Überforderung und Erschöpfung wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren, aber auch ihre Position im Arbeitsteam durch Kontinuität zu festigen.

In dieser Phase ist es für die zurückgekehrten Mitarbeiter bedeutsam, sich Ziele über die erfolgte Wiedereingliederung hinaus zu setzen, die eigenen Bedürfnisse in Bezug auf das Verhältnis von Arbeit und Privatleben im Alltag nicht aus den Augen zu verlieren und Pläne für die naheliegende Zukunft zu machen und zu überlegen, wie man diese umsetzen kann.

Darüber hinaus erscheint es wichtig, weiterhin Ansprechpartner zu haben, die einen darin unterstützen, die Arbeitsfähigkeit dauerhaft zu sichern. Dazu zählen Kollegen und Vorgesetzte, Lebenspartner, Freunde, Gleichgesinnte, Therapeuten und betriebliche RTW-Experten.

In der Studie F 2319 war das Thema der Nachsorge nur ein selten angesprochenes, doch wurde in dem durchgeführten Expertenworkshop zur Präsentation der Ergebnisse deutlich, dass die Nachsorge ein weiterer zentraler Aspekt der dauerhaften Sicherung der Arbeitsfähigkeit ist.

7.5.1 Sicherstellung der Nachhaltigkeit durch soziale Unterstützung und professionelle Begleitung

Besonders relevant erscheint in dieser Phase die Unterstützung durch vertraute Kollegen, die einerseits Rückmeldung geben, wenn Sie Überforderungstendenzen wahrnehmen oder feststellen oder wenn sich die Mitarbeiter aus dem Arbeitsteam zurückziehen. Andererseits können Sie helfen, unklare Arbeitssituationen angemessen einzuordnen, um mögliche Unsicherheiten im Umgang mit anderen Kollegen und Vorgesetzten realistischer einschätzen zu können:

i *Da braucht man eine Person, wo derjenige hingehen kann und sagen kann: 'Du hör mal, gerade ist mir Kollegin X begegnet und die hat sich weggedreht, als ich ihr entgegengekommen bin, das hat mich total irritiert'. Also jemand, mit dem sie wirklich offen darüber sprechen können und sagen: 'Sag mal, ist dir das auch schon passiert? Ich fand das jetzt ganz komisch'. Oder: 'Ich hatte jetzt mit meinem Vorgesetzten die und die Auseinandersetzung und ich finde sein Verhalten nicht angemessen.' Das Wichtige von so einem betrieblichen Partner, Paten, Unterstützer ist, dass er den Betrieb und die handelnden Personen wirklich gut kennt. Und dass er dann auch ein Feedback geben kann, dass er in der Situation bspw. sagen kann: 'Naja du, ich hab mitgekriegt, der hat momentan einfach eine schwierige Situation, der ist schlecht drauf. Ich habe mitgekriegt, dass der an verschiedenen Stellen, auch anderen Kollegen gegenüber einfach laut wurde und dass er unangemessen reagiert hat, das betrifft jetzt nicht nur dich.' Oder denjenigen ganz konkret zu ermutigen – zu sagen: 'Also das würde ich mir auch nicht gefallen lassen. Dem würde ich eine Rückmeldung geben. Traust du dir das zu?' So. In der Art. Also wirklich wo ein Vertrauen besteht, dass derjenige, alles was ihm so begegnet, was ihn beschäftigt, auch rückmelden kann, ohne natürlich, dass es einen übermäßigen Umfang annimmt. Es kann nicht sein, dass jemand dann fünf Stunden beim Kollegen im Büro sitzt, sondern, dass er die Option und die Möglichkeit hat, und dass man dann mit demjenigen vereinbart, wann, wie man das macht. Also wenn die sich gut verstehen, schon lange kennen, dann müssen die gar nicht großartig darüber reden, die sitzen da nebeneinander und die Kollegin weiß sich auch abzugrenzen und sagt: 'Du ich muss jetzt noch etwas fertig machen, in einer halben Stunde vielleicht, für eine halbe Stunde oder so.'*
(PSY 7, F 2319)

➤ **Entscheidend ist hierbei, dass es sich um ein kollegiales Verhältnis handelt, das sich in den normalen, üblichen Grenzen bewegt. Kollegen sind keine Berater, keine Therapeuten, sondern Kollegen, die ihr Erfahrungswissen einbringen können und nicht mehr! Im optimalen Fall hilft dies, Irritationen aufzulösen und Wogen zu glätten.**

Darüber hinaus sind die RTW-Experten gefragt, wenn sich Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten abzeichnen oder wenn sich bei den zurückgekehrten Beschäftigten erneut ernsthafte Anzeichen einer sich wiederholenden psychischen Krise zeigen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, in regelmäßigen Abständen Gespräche mit dem betrieblichen RTW-Coach zu führen. Dies können z. B. im halbjährlichen Abstand auch Gesprächsangebote durch den Betriebsarzt sein. Auch Gespräche mit einem Therapeuten, in denen die betriebliche Situation und der Umgang mit ihr thematisiert werden, können hierbei unterstützen.

➤ **Selbstmanagement ist immer eine kooperativ angelegte Beziehung zwischen Experten und zurückgekehrten Mitarbeitern.**

- i** *Es wurde eigentlich zunehmend besser und er hat sich dann nach diesen acht Wochen wirklich gut eingefügt. Die Kontrollen sind immer langfristiger gelaufen. Er weiß, wenn irgendetwas ist, hat er hier eine Anlaufstelle. Er weiß, wenn er Schlafstörungen entwickeln sollte, ist das wieder ein Frühwarnzeichen und dann kann er wieder das Medikament einnehmen.*
(PSY 2, F 2319)

7.5.2 Selbsthilfegruppen als Rückfallprophylaxe: Beispiel einer Burnout-Gruppe und anschließende Selbstorganisation der Gruppen

Zentrales Element von geführten Gruppen und autonomen Selbsthilfegruppen ist der intensive Austausch der Teilnehmenden untereinander mit dem Ziel, mehr Selbstsicherheit im Umgang mit einer psychischen Krise bzw. Erkrankung zu erlangen – sich sicherer im privaten und beruflichen Alltag zu bewegen, eventuelle Probleme und Schwierigkeiten gemeinsam mit anderen zu reflektieren, um so angemessenere Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

„Im Moment geht es mir eigentlich ganz gut, ich bin zufrieden mit der Therapie, das hat mir sehr gut geholfen. Aber ich weiß, wenn das jetzt zu Ende ist, werde ich in den alten Trott zurückfallen, ich werde mich wieder isolieren, ich werde nicht mit Leuten ins Gespräch kommen, also irgendetwas muss passieren“ (Matzat 2004, S. 30).

Ziel dieser Gruppen ist es, die Teilnehmenden bei Wegen zu unterstützen, für sich selbst einen angemessenen Umgang mit der psychischen Krise bzw. ihrer Erkrankung zu finden und dauerhaft positive Verhaltensänderungen anzustoßen, die ein gutes und zufriedenes Leben ermöglichen.

- Leitmotive des Selbstmanagements sind Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbststeuerung. In Bezug auf eine nachhaltige Rückkehr in den Betrieb stehen drei Aspekte im Vordergrund – der Aspekt:**

- der Selbstfürsorge, eine Haltung der Achtsamkeit gegenüber den eigenen Gedanken und Gefühlen mit dem Ziel einer Veränderung der Haltung
- des individuellen und gemeinsamen Handelns mit Blick auf das Verhältnis Arbeit und Privatleben
- der betrieblichen Bedingungen mit Blick auf die sozialen, materiellen und inhaltlichen Erwartungen an die Arbeit.

- Ziel ist zu lernen, mit Belastungen so umzugehen, dass man weniger unter ihnen leidet und dort, wo sie verändert werden können, dies auch angegangen wird.**

7.5.3 Ein Beispiel: Burnout-Gruppe der Asklepios Klinik Hamburg Harburg und anschließende Selbstorganisation der Gruppen

- » Burnout ist die Krankheit des entfesselten unternehmerischen Selbst, dem ständig eine Zielvereinbarung mit sich selbst im Nacken sitzt (Bartmann 2012). Die Rückkehr in ein weniger selbstschädigendes Arbeiten wäre also nicht die neue Selbstverwirklichung in einer anderen Profession, sie würde vielmehr bedeuten, Zielvereinbarungen mit sich selbst zu begrenzen.
(Plinz und Unger 2013)

Achtsamkeit, schreiben die beiden Autoren weiter, lässt sich als Gegenpol zu dieser Lebenseinstellung verstehen, „denn wer in der Gegenwart ist, kann nicht auf ein Ziel in der Zukunft ausgerichtet sein“ (ebd. S. 349). „Achtsamkeit als Haltung“ wiederum bildet die Basis für die Arbeit in den Burnout-Gruppen der Klinik. Es handelt sich hier um ein achtwöchiges ambulanties Angebot und findet einmal wöchentlich statt. Die Zeit ist so gewählt, dass die Teilnehmer das Angebot nach der Arbeit wahrnehmen können. Es basiert auf zwei Säulen: auf einem eineinhalbstündigen Achtsamkeitstraining und einer ebenso langen anschließenden Gesprächspsychotherapie. Es umfasst einen Dreiklang aus Verstehen, Üben und Umsetzen. Nach zwei bis drei Monaten erfolgt eine Sitzung zur Auffrischung.

Der ambulante Ansatz ermöglicht es, die Burnout-Gruppe während einer stufenweisen Wiedereingliederung zu besuchen und kann auf diesem Weg die Rückkehr in den Betrieb unterstützen, indem sie auf eine Veränderung gegenüber den Anforderungen der Arbeit abzielt: positiv umgesetzt, reduziert dieses Vorgehen Stress und verändert den Umgang mit belastenden Situationen im Arbeitsalltag. Es werden Bewältigungsstrategien erarbeitet die helfen, den jeweils individuellen Konflikt zwischen Selbstverwirklichung und Selbstfürsorge zu lösen. Ziel ist es, die mitunter reflexhafte und krankmachende Überschreitung der eigenen Belastungsgrenzen zu durchbrechen bzw. vermeiden zu lernen. Da dieser Prozess einer nachhaltigen Verhaltensänderung in der Regel nach einem achtwöchigen Angebot nicht abgeschlossen ist, treffen sich die Gruppen weiterhin selbstorganisiert, um mit vereinten Kräften ohne professionelle Leitung etwas zur Überwindung der aufkommenden Probleme und Schwierigkeiten im Alltag beizutragen.

- **Geführte und selbstorganisierte Gruppen scheinen nach bisherigen Erkenntnissen einen nachhaltigen Beitrag zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit leisten zu können, insbesondere dann, wenn die betrieblichen Rahmenbedingungen der Motivation der betroffenen Beschäftigten durch eine offene, mitarbeiterorientierte und gesundheitsförderliche Unternehmenskultur entgegenkommen.**

Koorientierung: Leitmotive des Selbstmanagements

Leitmotive des Selbstmanagements sind Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbststeuerung. In Bezug auf eine nachhaltige Rückkehr in den Betrieb stehen drei Aspekte im Vordergrund – der Aspekt:

- der Selbstfürsorge, eine Haltung der Achtsamkeit gegenüber den eigenen Gedanken und Gefühlen mit dem Ziel der Veränderung der Haltung
- des individuellen und gemeinsamen Handelns mit Blick auf das Verhältnis Arbeit und Privatleben
- der betrieblichen Bedingungen mit Blick auf die sozialen, materiellen und inhaltlichen Erwartungen an die Arbeit

Ziel ist zu lernen, mit Belastungen so um zu gehen, dass man weniger unter ihnen leidet und dort, wo sie verändert werden können, dies auch angegangen wird.

Literatur

- Anderson, M.F., Nielsen, K.M., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environmental & Health*, 38(2), 93–104. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3257>. http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3257. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2002). Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/BroschuereAH8.web.pdf>. Zugriffen: 05. Apr. 2016.
- Kleffmann, A., Weinmann, S., Föhres, F., & Müller, B. (1997). *Melba. Psychologische Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. (Hrsg.)
- Kohte, W. (2010). Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. WSI-Mitteilungen 7/2010. http://www.neue-wege-im-bem.de/sites/neue-wege-im-bem.de/dateien/download/kohte_bem_suchprozess.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Matzat, J. (2004). Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke – Erfahrungen an der Schnittstelle zwischen Psychotherapie und Selbsthilfe. In: Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen. Dokumentation zur Fachtagung. Gesundheitsamt, Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene, Freie Hansestadt Bremen.
- Noordik, E., Nieuwenhuijsen, K., Varekamp, I., Van Der Klink, J.J., & Van Dijk, F.J. (2011). Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation* 33 (17–18): 1625–1635. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21171843>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Plinz, N., & Unger, H.P. (2013). Eine alte Antwort auf neue Fragen. Die Entwicklung des Behandlungskonzeptes der Tagesklinik für Stressmedizin an der Asklepios Klinik Hamburg Harburg. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 45 (2): 345–353. <http://www.hamburg.de/contentblob/4478604/data/demographie-2013-03.pdf>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Rauchfleisch, U. (2001). *Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge*. Stuttgart: UTB Verlag.
- Reichert, J. (2009). *Kommunikationsmacht: Was ist Kommunikation und was vermag sie? Und weshalb vermag sie das?* Heidelberg: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Riechert, I. (2011). *Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche – von der Prävention bis zur Wiedereingliederung*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Wecker, B. (2013). Psychisch kranke Mitarbeiter – hinsehen, ansprechen, intervenieren. *KMU-Magazin* 6, 1–2.

Erfahrungen aus der Praxis: Perspektiven von zurückkehrenden Mitarbeitern, Führungskräften und RTW-Experten

- 8.1 Perspektiven von zurückkehrenden Mitarbeitern – 133**
 - 8.1.1 Motivation: gegen Unwissenheit und Vorurteile das eigene Leben leben – 133
 - 8.1.2 Bedingungen für den Erfolg: individueller Umgang, Kommunikation, Akzeptanz und Vertrauen – 136
- 8.2 Perspektiven von Führungskräften – 139**
 - 8.2.1 Psychische Erkrankungen erkennen – 140
 - 8.2.2 Unterstützung der erkrankten Mitarbeiter – 140
 - 8.2.3 Den einzelnen Mitarbeiter sehen – 141
 - 8.2.4 Normalität im Arbeitsalltag – 142
 - 8.2.5 Balance zwischen Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung – 142
 - 8.2.6 Fazit – 143
- 8.3 Die Perspektiven von RTW-Experten – 143**
 - 8.3.1 Die Rückkehr an den Arbeitsplatz aus Sicht einer Klinik – 143
 - 8.3.2 Erfahrungen im Umgang mit depressiven Episoden in der Arbeitswelt: Arbeit als stabilisierender Faktor – 147
 - 8.3.3 Ein Beispiel einer Wiedereingliederung aus der Sicht einer Ärztin – 153
 - 8.3.4 Ein Beispiel aus der Sicht einer Psychologin – 159

- 8.3.5 Ein Beispiel aus der Sicht einer Psychologin und Disability Managerin – 163
- 8.3.6 Wiedereingliederung psychisch kranker Beschäftigter in einem metallverarbeitenden Großunternehmen. Ein Erfahrungsbericht aus betriebsärztlicher Sicht – 165

Literatur – 168

Zusammenfassung

Return-to-Work aus den Blickwinkeln der zurückkehrenden Beschäftigten, den direkten Vorgesetzten und den begleitenden Experten verdeutlicht noch einmal die Komplexität dieses Prozesses. Betroffene berichten von ihren Erfahrungen aus dem Wiedereingliederungsprozess, direkte Vorgesetzte sprechen über Anforderungen an die Wiedereingliederung und ihre persönlichen Erfahrungen im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitern und RTW-Experten berichten von ihrer alltäglichen Arbeit: von der Behandlung bis zur Rückkehr in den Betrieb.

Schlüsselwörter

Perspektiven auf den RTW-Prozess; Zurückkehrende; Vorgesetzte; RTW-Experten

8.1 Perspektiven von zurückkehrenden Mitarbeitern

Ute B. Schröder, Dipl. Erziehungswissenschaftlerin, e-fect eG

In unseren Interviews haben wir psychisch erkrankte Menschen kennengelernt, die in ihr altes Unternehmen zurückgekehrt sind, aber auch welche, die berufliche Alternativen gefunden haben. Gemeinsam ist allen, dass sie sich auf unterschiedliche Art und Weise engagieren, wieder arbeiten zu können. Ihre Motivation ist, ein normales Leben zu führen und sich durch die psychische Erkrankung nicht aus der Bahn werfen zu lassen. Wie dies bei der Wiedereingliederung gelingt bzw. noch besser gelingen könnte, zeigen ihre jeweiligen Erfahrungen und Empfehlungen. Diese bestätigen und belegen vor allem die von uns in der vorliegenden Veröffentlichung ausgearbeiteten Schlüsselkomponenten der Wiedereingliederung (siehe dazu auch ► [Kap. 6](#)) und veranschaulichen die von uns im Vier-Phasen-Modell ausgearbeiteten Aspekte (siehe dazu auch ► [Kap. 7](#)).

Im Rahmen des Projekts F 2319 haben wir eine Gruppendiskussion mit sechs psychisch erkrankten Beschäftigten und drei Einzelinterviews mit psychisch erkrankten Menschen durchgeführt. An der Gruppendiskussion nahmen vier Männer und zwei Frauen im Alter zwischen Ende dreißig und Mitte fünfzig teil. Zwei der teilnehmenden Männer befanden sich aktuell im Return-to-Work-Prozess in ihren Unternehmen. Bei den anderen Beteiligten liegen diese Erfahrungen bereits eine Weile zurück. Einer der beteiligten Männer hatte zahlreiche Wiedereingliederungsversuche in verschiedenen Firmen, die letztlich bisher nicht zu einer festen Arbeitsstelle geführt haben. Eine Frau hat erfolgreich an einem Modellprojekt zur Wiedereingliederung ins Arbeitsleben teilgenommen und über verschiedene Praktika innerhalb von zwei Jahren schließlich eine sie ausfüllende Beschäftigung gefunden. Die zwei anderen Beteiligten sind jeweils nach längeren Krankheits- und sich anschließenden Rehabilitationsphasen wieder in ihr Unternehmen zurückgekehrt. Dabei haben sie sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Die Einzelinterviews wurden mit zurückgekehrten Mitarbeitern eines Großunternehmens, zwei Frauen und ein Mann, geführt. Diese bekleideten sehr unterschiedliche Positionen – von einer hohen über eine mittlere Führungsposition im Dienstleistungsbereich bis hin zu einem Mitarbeiter in der Produktion.

8.1.1 Motivation: gegen Unwissenheit und Vorurteile das eigene Leben leben

Die Rückkehr ins Arbeitsleben ist bei fast allen Interviewten, bis auf eine Person aus einem Großunternehmen, schwierig verlaufen. Es gab Versuche der Wiedereingliederung, die durch eine erneute Erkrankung gescheitert sind. Nach weiteren Rehabilitationsmaßnahmen und erneuten

Wiedereingliederungsversuchen sind die meisten erfolgreich zurückgekehrt, zwei standen während der Interviews noch im RTW-Prozess und eine Person war bis dato arbeitslos.

Die Hintergründe für diese Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung liegen aus Sicht der Befragten darin, dass die Unternehmen in der Regel nicht wissen, wie sie mit den zurückkehrenden Mitarbeitern umgehen sollen. Es liegen häufig keine Erfahrungen mit und kein Wissen über psychische Erkrankungen vor und die zurückkehrenden Mitarbeiter sind sich selbst überlassen. Fast keiner der Interviewten hat eine professionelle Begleitung bei der Wiedereingliederung erlebt. Vielmehr waren sie auf die Bereitschaft und das Wohlwollen der direkten Vorgesetzten angewiesen. So beschreiben einige Interviewpartner, dass sie z. B. „zum Glück eine verständnisvolle Chefin“ oder einen kooperativen Kollegen hatten, die sie unterstützt haben. Wiedereingliederung ohne Begleitung ist aus Sicht der Interviewten „suboptimal“:

- i** *Also ich habe ja auch nicht dieses BEM gehabt, sondern dieses Hamburger Modell zweimal gemacht. Und also einen Ansprechpartner hatte ich bei mir gar nicht. Da musste ich mich um alles selber kümmern.*
(Bf2, F 2319)
- i** *Nee, es war suboptimal. Da hätte ich schon ganz gerne jemanden gehabt, der sagt: ‚Passen sie auf, wir können, wenn sie merken, das wird ihnen zu viel, kommen sie her, dann gucken wir mal, was wir anders machen können‘ oder so, aber diese Option bestand nie. Die haben auch nie gefragt: ‚Wie ist das, hat das irgendwas mit der Arbeit zu tun?‘ Nichts. Entweder ich kann arbeiten oder ich kann es nicht. Punkt.*
(Bf2, F 2319)
- i** *Ich werde eingeladen zur Abteilungsleiterin für ein Fürsorgegespräch. (...) Ich gehe hin, setze mich hin, bin alleine. Ich habe mich in solch einer Drucksituation befunden! Eine Woche später wollte ich wieder anfangen zu arbeiten. Aber ich wusste noch nicht: Fang ich an oder nicht? (...) Kurz gefasst, ich habe angefangen im alten Bereich, und jetzt kommt die positive Geschichte. Diese Abteilungsleiterin, die sich wahrscheinlich von meinem Wollen überzeugt hat, vom Können konnte sie ja nicht, hat in dem alten Bereich grünes Licht gegeben, dass ein Schlussstrich gezogen wird, dass mit mir keine Aufarbeitung der Dinge, die passiert sind, gemacht wird. Aber zu mir hat sie auch gesagt: ‚Sie auch nicht. Schnitt. Und die Belastung nicht gleich hochfahren, sondern langsam anfangen.‘ (...) Also sie hat die dazu verpflichtet, das so zu machen und sie hat die entsprechende Einflussmöglichkeiten gehabt und dem ist gefolgt worden.*
(Bm 3, F 2319)

Ohne professionelle Begleitung fühlten sich einige Befragte einem für sie anstrengenden formalen Prozess ausgesetzt. Sie berichteten, dass sie „Formulare ausfüllen“ mussten, die sie teilweise als sehr intim und abwertend empfanden. Sie waren gefordert, sich Informationen über interne als auch externe Abläufe selbst zu besorgen. Sie wurden zu „Gesprächen“ eingeladen und ihnen wurde sozusagen eine stufenweise Wiedereingliederung „verordnet“, ohne dass auf die individuelle Situation eingegangen und arbeitsbezogene Ursachen der Krisen besprochen wurden. Dies verursachte neue Ängste und teilweise einen „enormen“ Druck, was die Betroffenen verunsicherte und die Rückkehr zusätzlich anstrengend machte bzw. scheitern ließ:

- i** *Dann bin ich in diese Klinik gekommen, einen Monat ging das. Bin da entlassen worden, bin dann krankgeschrieben worden und habe dann von mir aus den Weg zurück gesucht, weil ich auch irgendwie alleine war. Ich hatte keine psychologische Betreuung, bin da aus dem Krankenhaus raus, mit komischen Diagnosen also so von wegen Borderline und was weiß ich alles, was mich*

natürlich auch sehr verunsichert hat und dann sitzt man da alleine zuhause. Ich bin dann auf die Suche gegangen nach einer psychologischen Betreuung, aber das dauert ja auch alles (...) Und habe dann eigentlich den Weg wieder in die Arbeit gesucht, Hamburger Modell, drei Monate erst drei Stunden, vier Stunden, fünf Stunden, so was. Ich bin dann zurückgekommen, habe mich auch offenbart, habe gesagt: ‚Hier, ich hab da psychische Probleme,‘ aber eigentlich hab ich so mein Arbeitspaket bekommen, was ich vorher auch hatte, bis auf ein bisschen weniger. Und eigentlich war ich damit relativ schnell wieder überfordert.

(Bm 4, F2319)

Einige Befragte fanden nicht nur die Einstiegssituation äußerst anstrengend, sondern mussten sich sogar dagegen wehren, als nicht mehr arbeitsfähig eingeschätzt zu werden. Ein Extrembeispiel war ein ärztliches Gutachten, demzufolge der zurückkehrende Mitarbeiter zuerst als nicht mehr arbeitsfähig eingeschätzt wurde:

i *Und ich habe noch mal von der Krankenkasse eine dreiwöchige REHA dazu bekommen. Das hat mir aus meiner Sicht insgesamt die Stabilität gegeben gut zurückzukehren, theoretisch. Praktisch hat der Arbeitgeber in der Zwischenzeit ein amtsärztliches Gutachten machen lassen. (...) Also für mich war erschreckend, (...) wenn du dann also das Gutachten bekommst, und dann steht da im Prinzip drin, dass man eigentlich gar nichts mehr kann. Also man kann weder mit Kollegen zusammenarbeiten, man wird seine Leistung nicht bringen, man kann nicht ausschließen, dass man dauerhaft auch wieder krank wird. (...) Der Arbeitgeber, der das dann bekommt, der liest das und denkt: ‚Na mit dem ist ja nichts mehr anzufangen!‘ Als ich das Ding bekommen habe, hat mich das so was von psychisch belastet und zurückgeworfen. Ich bin dagegen Sturm gelaufen. Ich wollte das anfechten, aber ich konnte es nicht anfechten, weil ich es ja nicht in Auftrag gegeben habe. Also das sind Situationen, wo psychisch Kranke, die zurück wollen also im Prinzip sogar ein Bein gestellt kriegen, obwohl man eigentlich möchte.*

(Bm 3, F 2319)

Ein anderer Interviewter hatte im BEM eine Vertretungsstelle inne. Da er nicht wusste, ob die betreffende Person zurückkommt und was dann mit ihm wird, wurde er aufgrund dieser unsicheren Arbeitssituation wiederum krank:

i *Ich habe daraufhin eine Umschulung beginnen können und mit der Umschulung, die dann im kaufmännischen Bereich war, dann wieder angeklopft bei der Firma, weil das Arbeitsverhältnis ruhte, aber das Beschäftigungsverhältnis bestand noch. Und da hieß es: ‚Okay, wir gucken uns das mal an, Zeugnisse und so weiter.‘ Und es hat dann auch hingehauen, ich habe eine Stelle übernommen, von jemandem die in Erziehungsurlaub war. Und dann war es so, dass ich mir da ausgerechnet hatte, dort bleiben zu können- was aber nicht funktioniert hat. Die Frau sollte wiederkommen, ist dann aber doch nicht wieder gekommen und ich bin durch diese Situation wieder krank geworden.*

(Bm 2, F 2319)

Deutlich wird, dass die Zeit der Rückkehr ein sehr anstrengender Prozess für die zurückkehrenden Mitarbeitenden ist. Sie sind selbst noch unsicher, wissen nicht ob und wie es ihnen dabei geht, wieder zu arbeiten und müssen sich in dieser Situation zusätzlich mit den unterschiedlichsten Widerständen auseinandersetzen. Diese Widerstände entstehen durch Unsicherheit, Intransparenz, Nichtwissen und fehlende Unterstützung.

In den Fällen, in denen es eine professionelle Begleitung gab – bspw. durch einen Integrationsfachdienst oder ein professionelles Gesundheitsmanagement im Unternehmen, erfolgte

das BEM in wohldurchdachten Schritten und war auf einem kürzeren Weg erfolgreich. Gleichzeitig entwickeln die Befragten mit negativen Erfahrungen Vorstellungen darüber, wie eine gute Wiedereingliederung gelingen kann. Dazu ist aus ihrer Sicht in erster Linie eine professionelle Begleitung wichtig, die:

- die Wiedereingliederung entsprechend den Bedürfnissen der Mitarbeiter organisiert
- Unterstützung und Vertrauen vermittelt und verhindert, dass sich die Mitarbeiter allein gelassen fühlen
- anerkennt, dass die Mitarbeiter wieder leistungsfähig sein wollen
- seitens des Unternehmens signalisiert, den Mitarbeiter wieder zu integrieren.

Den erlebten Schwierigkeiten gegenüber steht, dass alle Interviewten eine ausgesprochen hohe Motivation haben, wieder ein „normales Leben“ zu führen. Sie kämpfen darum, ihr Leben wieder aktiv in die Hand zu nehmen und selbstbestimmt zu sein – trotz Rückschlägen in ihrem Alltag. Dazu gehört u. a. der starke Wille und die Motivation, sich von der Erkrankung nicht unterbe-kommen zu lassen und arbeiten zu gehen:

i *Und ich habe jetzt überlegt, ob ich demnächst auch für den Betriebsrat kandidieren soll. Also es geht peu à peu weiter. Aber was ich so von euch anderen mitbekommen habe hier, ist schon dieses Kämpfen, Baustelle des Leben anpacken, die Schippe in die Hand nehmen, das war bei mir ganz genauso.*

(Bm 2, F 2319)

Arbeiten zu gehen ist für die Betroffenen nicht nur ein Mittel, um Geld zu verdienen, sondern vielmehr der Beweis, dass sie trotz ihrer Erkrankung noch leistungsfähig sind und gebraucht werden:

i *Na die Runde ist, das ist ja jetzt hier so deutlich geworden, dass wir alle aktive Menschen sind, die ihr Leben in die Hand nehmen, Schicksalsschläge in dieser oder jener Form für sich verarbeiten müssen, nicht klein begeben, und dann wieder sozusagen das zweite und dritte oder vierte innere Hamburger Modell machen, nur mal so als Metapher genommen. Im Prinzip wieder neu anfangen.*

(Bm 3, F 2319)

8.1.2 Bedingungen für den Erfolg: individueller Umgang, Kommunikation, Akzeptanz und Vertrauen

Anhand der Interviews mit den RTW-Experten wurden vier Schlüsselkomponenten (siehe dazu auch ► [Kap. 6](#)) herausgearbeitet, die den Erfolg einer Wiedereingliederung bestimmen. Dazu zählen der Umgang mit den zurückkehrenden Beschäftigten, Kommunikation, Akzeptanz und Vertrauen.

Die Relevanz dieser Faktoren und ihr Ineinandergreifen werden auch anhand der Interviews und der Gruppendiskussion mit den Betroffenen bestätigt. Da diese Aspekte im ► [Kap. 6](#) bereits ausführlich dargestellt wurden, sollen im Folgenden lediglich einige Aspekte aus Sicht der zurückkehrenden Mitarbeiter ausgeführt und Beispiele dafür aufgezeigt werden.

Individualität und Flexibilität: Jene Mitarbeiter, die in ihr Unternehmen bzw. an einen Arbeitsplatz zurückgekehrt sind, berichten einerseits über ihre Motivation, arbeiten zu wollen. Andererseits aber auch über die Notwendigkeit, die Arbeitsaufgaben und -organisation zumindest in der

Anfangszeit an ihre aktuelle Situation anzupassen. Dies sind teilweise relativ kleine Veränderungen, die durch pragmatisch handelnde Vorgesetzte relativ leicht zu handhaben sind:

- i** *Ja, also ich würde jetzt, wenn ich noch mal ein BEM machen würde (...) und nach längerer Auszeit wieder anfangen, dann würde ich genau das erwarten, dass ich mit dem BEM-Beauftragten in meiner Firma zusammen ermitteln kann, ob mein alter Arbeitsplatz weiterhin geeignet ist, und wenn ja, ob man vielleicht kleine Veränderungen vornehmen kann, zum Beispiel solche Kleinigkeiten wie die Arbeitszeit ein bisschen flexibler zu gestalten. Manchmal können das Kleinigkeiten sein, wie aus einem Mehrpersonenbüro in ein kleines ruhiges Büro umzuziehen, das war für mich zum Beispiel ganz wichtig. (...) Und dann haben wir, nachdem ich die Stelle dann hatte, überlegt, was fällt mir besonders schwer, womit hab' ich echte Probleme. (...) Und ich hab' gesagt, ich hab Probleme damit, in so einen vollen Seminarraum zu gehen und da irgendwie Kaffee und Kekse hinzubringen und Geschirr einzusammeln und so was, da bekomme ich Panikzustände. Ich kann nicht zwischen den Leuten rumlaufen. Und dann haben die gesagt, ist okay, dann kochst du halt mehr Kaffee und machst mehr was in der Küche und die Kollegen gehen mehr in die Seminarräume.
(Bf 1, F 2319)*
- i** *Also nicht taktgebunden heißt einfach (...) das kann ich aber so schnell machen oder so langsam machen wie ich will. Und da kann ich auch einfach mal zehn Minuten schneller arbeiten und dann mir fünf Minuten kurz eine Pause gönnen und wieder ein bisschen frische Luft schnappen oder so was. Und das geht am Band halt gar nicht. Da muss man erst wirklich die Leine ziehen, bis jemand kommt und wenn der keine Zeit hat, kann man nicht mal pinkeln gehen und das hat mich wirklich, ich kann es mir nicht erklären, warum - das hat mich kaputt gemacht. Noch mehr. Das war wirklich brutal.
(Bm 1, F 2319)*

Alle Befragten möchten wieder arbeiten und nicht nur formal. Dies gelingt, wenn die Arbeitsaufgaben sinnvoll sind und der Mitarbeiter die Aussicht hat, in entsprechender Position wie vor der Erkrankung zu arbeiten. Dazu gehört auch, dass er Entscheidungen treffen kann und selbst bestimmen kann, in welcher Balance er seine Arbeitsaufgaben steigert:

- i** *In unserem Verein da sind ganz viele, die tatsächlich auch genau das berichten, dass die nach der Wiedereingliederung oder in der Wiedereingliederung tatsächlich in irgendeine, teilweise wortwörtlich Abstellkammer kommen. Oder Computer hinkriegen und gesagt wird, kannst ja mal ein bisschen rumtüteln. Und das ist dann deren Arbeit. Und auf die Art und Weise sollen die wieder in den Job reinkommen! Man weiß mit denen nichts anzufangen! Oder auch nicht. Das ist aber auch eine Unsicherheit des Arbeitsgebers. Wie belastbar ist derjenige jetzt; können wir ihm jetzt wirklich was zutrauen, irgendwelche wichtigen Sachen oder gehen die in die Hose? Aber wir sind drauf angewiesen, dass sie funktionieren. Also kriegen die Leute keine wichtigen Arbeiten mehr. Sondern nur so einen Tüttelkram. Weil einfach der Austausch nicht funktioniert.
(Bf 1; Bm 1, F 2319)*

Eine **transparente Kommunikation** ist für die betroffenen Beschäftigten im gesamten Prozess der Wiedereingliederung relevant, insbesondere in Bezug auf den Umgang mit der Erkrankung. Gelingt dies, ohne dass Vorurteile dies behindern, können auch weitere Unterstützer mobilisiert werden wie bspw. Vertrauenskollegen, die eine stabilisierende Funktion haben und den zurückkehrenden Mitarbeitenden Feedback geben und auf Augenhöhe begleiten:

i Bei meiner Chefin war es so, dass sie so eine kurze Runde einberufen hat, auch gesagt hat, nur ganz kurz, sie will mich herzlich willkommen heißen. (...). Und sie hat mich aber auch gefragt, ob ich das haben möchte. Das ist einfach, ich glaub da gehört einfach ganz viel Austausch dazu. Das ist ganz wichtig. Ob das jetzt die Chefin ist, die mich fragt: ‚Ist das okay, willst du es oder willst es nicht? Du musst es nur sagen. Soll ich jetzt also der Managerrunde sagen, dass du wieder zurück bist. Willst du das oder ist nicht? Und das finde ich schön, dass man immer eingebunden wird. Dass man nie sagt, es wird einfach was gemacht, sondern es wird gefragt. (Bf 3, F 2319)

i Deshalb ist mein Vorschlag ein Kranker, grad ein psychisch Kranker, braucht in dem nahen Bereich jemanden, mit dem man sich vielleicht vorher gut verstanden hat, oder so einen Ansprechpartner, der ihn auch zwischendurch mal informiert, der auch mal fragt: ‚Wie geht’s dir? Ja, vielleicht auch telefonisch, damit man reagieren kann, wenn man möchte. (...) So also ich habe einen solchen gehabt und das hat mir geholfen; im Prinzip bis dass ich mich bei dem auch mal ausgehult habe. (Bm 3, F 2319)

Einem individuellen und offenen Umgang mit der Erkrankung liegen **Akzeptanz und Verständnis** zugrunde. Diese fördern sowohl das *Vertrauen* in den Prozess der Wiedereingliederung und stärken gleichzeitig das Selbstbewusstsein der Rückkehrenden. Dabei nimmt der Vorgesetzte eine zentrale Rolle ein, aber auch die Akzeptanz der Kollegen ist wichtig, denn diese sind diejenigen, in deren Mitte der Mitarbeiter zurückkehrt. Vorgesetzte und Kollegen sind das direkte Umfeld. Gelingt es, eine anerkennende, vorurteilsfreie Atmosphäre zu schaffen, ist dies eine wichtige Unterstützung für den betroffenen Mitarbeiter:

i Es hängt wirklich von der Persönlichkeit der Führungspersonen ab. Und das ist so schlimm. Ist es einer mit dem du offen umgehen kannst oder nicht. Und dass du weißt, was du willst und was du kannst und eine Form findest, das so zu vermitteln, dass es bei den Gesprächspartnern, die du hast, ankommt. Und natürlich müssen die Gesprächspartner auch aufnahmebereit sein und bereit sein, das zu berücksichtigen. Also du hast auch eine Glückssituation jetzt nach dem schweren beruflichen Leben, was du hattest. Also das zeigt, wie wichtig es ist, dieses Umfeld und ein bisschen Glück zu haben. (Bf 1, F 2319)

i Wenn er (der Vorgesetzte) die Ahnung hat, allein durch das Verständnis. Allein zu wissen, wenn ich mich jetzt so verhalte, das löst vielleicht bei dem dies oder jenes aus. Das hilft. Das hilft so unbewusste Fehler zu vermeiden. Oder so Aussprüche wie: ‚Ah das brauch ich dir nicht geben, du bist ja eh bloß am Donnerstag da.‘ Damit ist man doch schon wieder abgestempelt. ‚Ach so, ja am Donnerstag, da bist du ja nicht da, jaja. Ja okay, dann gebe ich das dem.‘ Das bewirkt genau das Gegenteil! Das gliedert nicht ein, das gliedert aus! Ich hab mir so oft gewünscht, warum sagt der nicht: ‚Ich gebe das genau dir, weil du das kannst.‘ Nein, er sagt: ich gebe es dir nicht, weil du bloß am Donnerstag da bist. Genau falsch! Ich hab das angesprochen. Ich hab gesagt: ‚Du, ich kann das. Das ist mein Spezialgebiet. Gib doch mir das!‘ Nein, also ich gebe dir das nicht, wegen zum Schutz. Also ich will dich schützen. Da bricht mancher zusammen, vor lauter Schutz! Ein Gros der Chefs kann nicht damit umgehen! Sie wissen es einfach nicht. (Bm 2, F 2319)

i Und wenn es da nicht ein paar Leute gibt, die sich darum kümmern und die sich das auf die Fahne schreiben: ‚Ich kümmere mich jetzt um die oder um den, dann geht das schief. Also es ist

heute noch so, wann immer ich in diesen Raum gehe, fühle ich mich sicher. Und ich fühl mich verstanden. Und wie soll ich sagen, da wird mir nicht das Gefühl gegeben, die hat jetzt versagt oder alles das, was die anderen einem da immer so gern nicht sagen, aber zu verstehen geben. Und auch sei es bloß vom Gefühl her! Das ist hier genau andersrum. (...) Ich werde hier ernst genommen.
(Bf 2, F 2319)

Vertrauen ist für die zurückkehrenden Mitarbeiter nicht nur mit dem Vertrauen in ihre Person, sondern auch mit dem Vertrauen in ihre Leistungsfähigkeit verbunden. Alle Interviewten haben die Erfahrung gemacht, dass die Rückkehr zwar mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden ist und sie einen langsamen, ruhigen Einstieg benötigen, aber mit zunehmender Sicherheit ihre Arbeitsaufgaben nicht nur erledigen wollen, sondern auch können, wenn das Umfeld stimmt. Dazu gehört aber ganz wesentlich aus ihrer Sicht, dass Vertrauen seitens Vorgesetzten und Kollegen gezeigt wird:

i *Also ich bin zurückgekommen an meinen Arbeitsplatz und da lag ein ausgedruckter großer Zettel 'Willkommen zum Wiedereinstieg im Beruf' von allen Kollegen und dazu ein Kasten Pralinen als Nervennahrung. Fand ich süß. Ich hab dann bloß überlegt, als der alle war, ob ich da Nachschub fordern kann (lacht) Nein, aber das sind diese kleinen Gesten, (...) die man einfach einem Kollegen gegenüber ausdrücken kann und Unterstützung, (...) Darum geht es ja auch. Dass das nicht nur so formalistisch gehandhabt wird, sondern dass es Möglichkeiten geben sollte wie Fingerspitzengefühl beim Schriftverkehr, Transparenz zum Prozess, aktives Anrufen, auch die Verlässlichkeit bei Terminen.*
(Bm 3, F 2319)

8.2 Perspektiven von Führungskräften

Dr. phil. Peter Loos, Soziologe M.A., centrum für qualitative evaluations- und sozialforschung e.v.

Führungskräfte befinden sich im Wiedereingliederungsprozess in einer „Sandwich-Position“. Sie tragen die Verantwortung für die Mitarbeiter und vertreten die Unternehmensinteressen. Wie sich dies auf ihr Handeln auswirkt und womit sie sich auseinandersetzen, zeigt die Analyse einer Gruppendiskussion mit Führungskräften.

Die RTW-Experten berichten exemplarisch über Beispiele aus ihrer Praxis. Sie sind dabei die Begleiter, die beratend und unterstützend bei der Wiedereingliederung zur Seite stehen.

Die hier ausgeführten Sichtweisen von direkten Vorgesetzten wurden anhand eines Gruppeninterviews mit Führungskräften aus einem Großunternehmen herausgearbeitet. Die Führungskräfte arbeiten in unterschiedlichen Bereichen – in der Verwaltung, im Vertrieb und in der Produktion.

Die Stellung der direkten Vorgesetzten bzw. deren Position im betrieblichen Umfeld lässt sich in Bezug auf den Wiedereingliederungsprozess bildlich als in „vorderster Linie“ beschreiben. Sie tragen die Verantwortung für die zurückkehrenden Mitarbeiter und ihr Arbeitsteam und sind gleichermaßen den Unternehmenszielen verpflichtet und müssen dafür sorgen, dass die Leistung stimmt. Dadurch sind sie in einer Sandwich-Position, die sich in dem Verhältnis zwischen ihrer Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung ausdrückt.

Diesen unterschiedlichen Anforderungen im Wiedereingliederungsprozess gerecht zu werden, ist besonders schwierig und löst schnell Unsicherheit aus, die dadurch verstärkt wird,

dass sich Führungskräfte im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitern oftmals nicht sicher fühlen. Die Fragen und damit auch die Handlungsprobleme, vor die sich die Vorgesetzten gestellt sehen, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Wie erkennen?
- Wie helfen?
- Wie dem Einzelfall gerecht werden?
- Wie die Normalität wahren?
- Wie die Balance finden zwischen den Anforderungen des Unternehmens und den Bedürfnissen der Mitarbeiter?

Eine weitere Verantwortung, die die Vorgesetzten tragen, ist dann die tatsächliche Umsetzung der Wiedereingliederung in ihrem Team. Sie müssen das, was in den vorherigen Absprachen bzw. im Wiedereingliederungsplan vereinbart wurde, im Einklang mit den Bedürfnissen des Arbeitsteams, des zurückkehrenden Mitarbeiters und den Arbeitsanforderungen verwirklichen. Dies ist neben der Verunsicherung das zweite Kernthema, mit dem sich die Vorgesetzten auseinandersetzen.

8.2.1 Psychische Erkrankungen erkennen

Die Wahrnehmung der Führungskräfte ist, dass in den letzten Jahren psychische Erkrankungen zwar häufiger werden, sie aber dennoch in den eigenen Abteilungen in der Mehrheit nur relativ wenig Erfahrung damit haben. Dies führt zu der Sorge und Verunsicherung, inwieweit sie psychische Erkrankungen überhaupt erkennen können und wie sie darauf reagieren sollen. Eine körperliche Beeinträchtigung hat aus ihrer Sicht den Vorteil, dass diese eher sichtbar ist und eine bewährte Handlungsroutine nach sich zieht, was bei einer psychischen Erkrankung nicht so einfach möglich ist:

i *Weil ich muss ganz ehrlich sagen, ich hab bis jetzt noch gar keine Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen. Eigentlich sag ich 'Gott sei Dank'. In meinem Bereich waren bis jetzt nur, also wie du schon gesagt hast, Bandscheiben, solche Sachen. Psychische Erkrankungen, Gott sei Dank noch nicht und ich habe da eigentlich auch fast keine Erfahrungen. Außer dass ich das Buch vom Robert Enke gelesen habe. Das aber auch wirklich interessant war, dass man mal sieht, wie ticken solche Menschen, dass das wahnsinnig schwierig ist, so was auch zu erkennen. (FK, F 2319).*

Gleichzeitig rückt die mediale Aufmerksamkeit das Thema näher an den eigenen Lebensalltag. So löst das Beispiel des Torwarts Robert Enke die Reaktion aus, einerseits sich näher mit dem Thema befassen und dieses verstehen zu wollen, andererseits aber auch die Angst, nicht adäquat damit umgehen zu können.

8.2.2 Unterstützung der erkrankten Mitarbeiter

Mit der gefühlten Zunahme psychischer Erkrankungen ist es aus Sicht der Führungskräfte notwendig, arbeitsplatzsichernde Maßnahmen im Betrieb zu etablieren, um die betroffenen Mitarbeitenden weiterhin beschäftigen zu können. So war z. B. der „Fertigungsbereich“ bisher eine Abteilung, in der hauptsächlich entsprechend der körperlichen Beanspruchung körperliche

Erkrankungen im Vordergrund standen. Diese waren sozusagen zum einen verständlich und nachvollziehbar, zum anderen gab es Möglichkeiten, darauf arbeitsplatzbezogen zu reagieren:

- i** *Also ich bin ja im Fertigungsbereich tätig. In der Vergangenheit war natürlich Thema Nummer eins hauptsächlich Bandscheiben, Gelenkschäden usw.; das war die Tätigkeit am Band. Sehr, sehr schwierig war, dass in den letzten Jahren die psychischen Erkrankungen so extrem nach oben schnellen. Also das ist jetzt meine Empfindung, ja. Man merkt es halt in der Wiedereingliederung, dass es da glaube ich schwieriger wird, wie einer der jetzt Bandscheibenvorfall hat, ist schwierig genug, ja. Aber da kann man halt einsetzen, einen Arbeitsplatz finden, der bandscheibenschonender ist oder so noch, dass im grünen Bereich ist, dass er zumindest noch weiter eine wertschätzende Tätigkeit machen kann. Aber beim psychischen wird's teilweise sehr, sehr schwierig.*
(FK, F 2319)

Bei den körperlichen Erkrankungen gibt es ausreichende und eingespielte Bewältigungsroutinen, z. B. mithilfe der Arbeitsplatzgestaltung. Diese greifen bei psychischen Erkrankungen nach Meinung der Führungskräfte nicht so leicht. Hier wird es aus Sicht der befragten Führungskräfte „sehr sehr schwierig“ einen adäquaten Arbeitsplatz zu finden. Die Führungskräfte wollen hier helfen, gehen aber davon aus, dass neue bzw. Schonarbeitsplätze gefunden werden müssen, wissen aber nicht wie und fühlen sich demzufolge hilflos. Deutlich wird, dass die Führungskräfte kaum über ein handlungsleitendes Wissen verfügen und es trotz eines guten Gesundheitsmanagements im Unternehmen anscheinend nur wenig betrieblich organisierte Information und Unterstützung in Bezug auf den Einsatz psychisch erkrankter Mitarbeiter gibt.

8.2.3 Den einzelnen Mitarbeiter sehen

Trotz eher geringer Routine haben die Führungskräfte die Erfahrung gemacht, dass zurückkehrende Mitarbeiter mit psychischen Erkrankungen nicht nach einem vorhandenen 'Schema' behandelt werden können, sondern individuell auf sie eingegangen werden muss. Deshalb sehen sich die Vorgesetzten vor die Aufgabe gestellt, jeden Einzelfall in seiner Spezifik zu erfassen:

- i** *Mir war bis vor einem Jahr das mit den psychisch Kranken auch noch nicht so bewusst, aber ich stelle auch einen Trend fest, der mehr zu verschiedensten psychologischen Gesundheits- oder Krankheitsbildern kommt. Ich habe eine Abteilung mit sehr vielen unterschiedlichen Erkrankungsfällen. Also vom Psychischen bis zum Körperlichen, zum Teil von der Arbeit, zum Teil selbst verschuldet eingetreten. Und ich stelle fest, da ist jeder Fall so spezifisch, dass man das nicht verallgemeinern kann, und dass man sagen kann, man kann jeden in dem Team integrieren. Wir haben einen Spezialfall gehabt, da hat mir geholfen, dass das Team an sich so homogen war und den Mitarbeiter so behutsam aufnehmen konnte, dass uns das leicht gefallen ist, den zu integrieren. Ich habe einen anderen Mitarbeiter dahin verliehen, mit dem wäre es gar nicht gegangen. Also der ganze Arbeitsversuch wäre gekippt, wenn ich den anderen Mitarbeiter dort gelassen hätte. (...) Und da ist es schon sehr wichtig, zum einen mit dem Mitarbeiter selbst im Gespräch zu bleiben, dann mit dem Team und mit jedem den man neu ins Team hinzu holt. Also immer wieder abzufragen, 'passt denn alles'. Und auch manchmal so zwischen den Zeilen zu hören, was schwingt da so alles mit.*
(FK, F 2319)

Es gibt unterschiedlich betroffene Mitarbeiter und unterschiedliche Arbeitssituationen (Kollegen, Arbeitsweise etc.), so dass nur schwer Routinen entwickelt werden können. Vielmehr brauchen die betroffenen Mitarbeiter eine kontinuierliche Begleitung durch den Vorgesetzten. Regelmäßige Gespräche sind wichtig, um den zurückkehrenden Mitarbeitern gerecht zu werden und die Abteilung funktionsfähig zu halten.

8.2.4 Normalität im Arbeitsalltag

Einige Führungskräfte haben erlebt, dass psychische Erkrankungen stark in das Kommunikationsgefüge bzw. das Arbeitsklima in der Abteilung eingreifen können:

i *Aber man muss schon auch aufpassen, dass man sich selbst frei davon lässt. Weil mitunter sind die Mitarbeiter – die wollen irgendwann doch mal preisgeben, was mit ihnen nicht stimmt und da ist die Gefahr, dass alles zu kippen droht, wenn alle plötzlich über alles Bescheid wissen. Da hab ich schon so meine Bedenken, wie viel gibt man preis, wie viel ist wichtig und wie viel nicht. Aus meiner heutigen Erfahrung denke ich, es ist besser, dass nicht alle alles wissen. Nur so im bestimmten überschaubaren Rahmen und das muss man halt auch in Absprache mit dem betroffenen Mitarbeiter abklären, dass er nicht sofort alles, was ihm auf dem Herzen liegt, gleich ausschüttet, weil das bedrückt die Kollegen im Team.*
(FK, F 2319)

Die Reaktion einiger Vorgesetzter darauf ist, die Kommunikation in der Abteilung angemessen zu steuern, weil es sonst zu schwierigen Situationen im Kollegenteam kommen kann. Diese Aufgabe wird manchmal dadurch erschwert, dass zurückkehrende Mitarbeiter von sich aus über ihre Erkrankung sprechen möchten, ohne dass sie sich der möglichen Folgen für die Abteilung bewusst werden. Um ein stabiles Gefüge zwischen Verständnis und Normalität in der Abteilung zu wahren, befürworten die befragten Vorgesetzten ein abgesprochenes und differenziertes Vorgehen im Umgang mit der Offenlegung der Erkrankung.

8.2.5 Balance zwischen Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung

Eine Balance zwischen dem Wohlergehen der Mitarbeiter und der Wirtschaftlichkeit der Abteilung zu finden, darin sehen alle interviewten Führungskräfte eine ihrer zentralen Aufgaben:

i *Da spüre ich schon eine gewisse Unsicherheit. Und bei ihnen da in dem Team da spüre ich halt auch, dass sie alle so ein bisschen ihre eigenen Probleme haben und damit vielleicht sich gegenseitig auffangen können. Aber es ist in der Tat viel reden, viel Kommunikation, um zu gucken, dass es auch nicht in die eine Richtung läuft. Und die Gratwanderung zwischen `wir sind ein Wirtschaftsunternehmen, wir brauchen eine gewisse Arbeitsleistung`, und unsere soziale Verantwortung den Kollegen und den Kolleginnen gegenüber, das zumindest überlege ich mir, wo da die Gratwanderung ist.*
(FK, F 2319)

Damit geht einher, dass sich die Vorgesetzten zwar stark für die Rückkehr der Mitarbeiter einsetzen, gleichzeitig aber auch Grenzen erkennen und darauf achten, diese wahrzunehmen. So kann aus ihrer Sicht nur in einem begrenzten Umfang auf mögliche Bedürfnisse eines zurückkehrenden

Mitarbeiters eingegangen werden, ohne dass der Arbeitsprozess gefährdet wird. Vielmehr besteht die Anforderung auch an den Mitarbeiter, die Arbeitsroutine in der Abteilung zu gewährleisten. Dies gelingt ihrer Erfahrung nach vor allem durch eine kontinuierliche Kommunikation, bleibt aber immer auch eine „Gratwanderung“. Deutlich wird hier auch, dass diese Gratwanderung und die damit einhergehenden Verpflichtungen der Vorgesetzten dreifach ist: eine gegenüber dem Unternehmen, den zurückkehrenden Mitarbeitern und gegenüber dem Arbeitsteam.

8.2.6 Fazit

Die interviewten Vorgesetzten stehen psychischen Erkrankungen und den Betroffenen tendenziell offen gegenüber. Gerade diese Offenheit ist es aber auch, die es für sie schwierig macht, denn sie fühlen ein hohes Maß an Verantwortung. Aus dieser Verantwortung heraus fühlen sie sich mitunter überfordert, da sie im betrieblichen Alltag keine Routine im Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz haben. Sie sind verunsichert, weil sie befürchten, eine psychische Erkrankung nicht rechtzeitig zu erkennen und die Mitarbeiter hier durch ihre Schuld zu Schaden kommen könnten. Überdies fühlen sie sich dem jeweiligen Einzelfall und der Abstimmung im Team verpflichtet, damit das Thema nicht zum beherrschenden in der Abteilung wird. Außerdem ist ihnen bewusst, dass die Wiedereingliederung prinzipiell eine Gratwanderung ist, da gleichermaßen die Bedürfnisse der betroffenen Mitarbeiter, des Unternehmens und die der anderen Mitarbeiter beachtet werden müssen. Die Befürchtung, mindestens einer der Anspruchsseiten nicht gerecht zu werden, ist groß.

Um diesen Schwierigkeiten begegnen zu können, benötigen die Führungskräfte Ansprechpartner, die sie im Falle von Unsicherheiten und Schwierigkeiten kontaktieren können. Letztendlich geht es darum, die Führungskräfte im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitern sicherer zu machen und ihnen dabei zu helfen, mit den oben geschilderten Unsicherheiten, Anforderungen und Problemen angemessen umzugehen. Mögliche Unterstützungswege sind bspw. Schulungen, Supervisionen, ein Raum für einen Austausch mit anderen Vorgesetzten und das Vermitteln von schnell greifenden Hilfeangeboten.

8.3 Die Perspektiven von RTW-Experten

8.3.1 Die Rückkehr an den Arbeitsplatz aus Sicht einer Klinik

Dr. Hans-Peter Unger, Chefarzt Zentrum für seelische Gesundheit, Asklepios Klinikum Hamburg Harburg, Leitender Arzt Asklepios Connecting Health

Die Beziehung zwischen einer psychischen Erkrankung und der Arbeitsfähigkeit ist komplex und bidirektional: so kann der Verlust der Arbeit den Krankheitsverlauf verschlechtern und eine gelungene Rückkehr an den Arbeitsplatz den Krankheitsverlauf wesentlich verbessern. Es sind letztlich zahlreiche Variablen, die beeinflussen, ob die Rückkehr an den Arbeitsplatz tatsächlich gelingt: die Dauer der Krankheitsepisode spielt dabei oft eine größere Rolle als die Schwere der Erkrankung. Restsymptome werden eher überschätzt, wenn Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit des Betroffenen erhalten oder wiederhergestellt sind. Und eine mögliche Stigmatisierung und Ausgrenzung durch Vorgesetzte und Kollegen kann jede Wiedereingliederung scheitern lassen. Die Wiederaufnahme der Arbeit stellt also einen komplexen Prozess dar und die zahlreichen Einwirkungsmöglichkeiten werden in der täglichen Routine oft nicht erkannt oder vernachlässigt. Für jede erfolgreiche Wiedereingliederung ist von entscheidender Bedeutung, ob

die Zusammenarbeit des auf den Patienten konzentrierten Behandlungssystems mit dem Unternehmen und seinem Betrieblichen Eingliederungsmanagement gelingt.

(1) „Stay at work“

Der Erhalt der Arbeitsfähigkeit auch in Krisen und bei drohenden Rückfällen kann wesentlich zur Stabilisierung beitragen, denn Arbeit strukturiert den Tagesablauf, bietet soziale Bezüge und stärkt das Erleben von Selbstwirksamkeit. Wie kann es gelingen, trotz einer drohenden krisenhaften Zuspitzung in einer belastenden Konflikt- und Lebenssituation Arbeitsfähigkeit zu erhalten, insbesondere bei rezidivierenden Krankheitsverläufen? Im Mittelpunkt der Klinik steht hier die psychiatrische Institutsambulanz. Inzwischen gibt es gute Modelle zur Frühintervention durch Kooperation von Unternehmen und Versorgungssystem. Wir selbst haben in einem sehr großen Unternehmen im letzten Jahr durch die Kooperation mit Betriebsärzten und betrieblichen Gesundheitsberatern mehr als 500 Mitarbeiter zur diagnostischen Beratung und Frühintervention gesehen, von denen die meisten auf der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) durchaus ein mäßiges Symptom-Niveau zeigten (GAF zwischen 60 und 80). Hier konnte durch Kurzintervention oft eine drohende Eskalation und eventuelle Arbeitsunfähigkeit abgefangen werden. Die Kosten der Beratung und Frühintervention trägt in der Regel das Unternehmen. Mitarbeiter, die deutlich krank waren, konnten sofort und ohne unnötige Wartezeit einer ambulanten Behandlung zugewiesen werden, in der Kooperation mit einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und der Institutsambulanz (PIA). Im Einzelfall war auch eine teilstationäre oder sogar stationäre Behandlung erforderlich. Auch in diesen wenigen Fällen war der Return-to-Work-Prozess von Anbeginn der Behandlung durch die enge Kooperation mit den Betriebsärzten immer im Blickfeld. Bei einer rezidivierenden Erkrankung, z. B. einer rezidivierenden Depression, kann bei drohendem Rezidiv die Wiedereingliederung im Einzelfall in Rücksprache mit dem BEM-Management schon am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnen. Die Arbeit kann so in Absprache mit Betriebsarzt und Vorgesetztem zum Beispiel mit der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit (20 statt 40 Stunden) fortgeführt werden. Unter intensiver Behandlung kann damit Selbstwirksamkeit erhalten und der Rückfall begrenzt werden. Bei allen diesen Maßnahmen kommt es auf die „sektorenübergreifende“ Kooperation vor allem des ambulanten Versorgungssystems (Arztpraxen, MVZ, PIA) mit dem innerbetrieblichen Gesundheitsmanagement an.

(2) Return-to-Work: Ein idealer Wiedereingliederungsprozess aus der medizinisch therapeutischen Perspektive

Um einen idealen Return-to-Work-Prozess aus Sicht der Klinik zu beschreiben, gelten zunächst zwei Prämissen: 1. Die Wiedereingliederung startet mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit und 2. Es ist ein Kunstfehler, das Thema Arbeit/Ausbildung nicht sofort in die Behandlungsplanung mit einzubeziehen. Denn Arbeit ist auch für Menschen, die eine psychische Krise oder Krankheit durchlaufen, ein wesentlicher Faktor für Selbstvertrauen, Selbstverwirklichung, Anerkennung, soziale Kontakte, ökonomische Autonomie und insgesamt das umfassende Gefühl, die Kontrolle über das eigene Leben zu erhalten oder wiederzugewinnen.

Wenn es im ambulanten Bereich zur Krankschreibung gekommen ist oder ein Patient neu zur Behandlung in der Tagesklinik oder im vollstationären Bereich aufgenommen wird, ist sofort im Anamnesegespräch – und in der Oberarzt-/Chefarztvisite – auch die Arbeitssituation zu klären. Hierbei geht es um die Erfassung möglicher Belastungen und Konflikte, aber auch der Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten im Arbeitsbereich. Auf der Grundlage der Arbeits- und Arbeitsplatzanamnese entwickelt sich ein entsprechender Fokus im Behandlungsplan: ist eine neuropsychologische Testung erforderlich, eventuell mit Verlaufstestung, ist eine arbeitstherapeutische Diagnostik erforderlich, welche ergotherapeutischen und arbeitstherapeutischen

Maßnahmen ergeben sich aus dieser Diagnostik, ist eine Rücksprache mit dem Betriebsarzt oder dem betrieblichen Sozialarbeiter sinnvoll? Gerade am Anfang einer Behandlung kann – vielleicht vergleichbar einem Familiengespräch – das Konflikt- und Ressourcenpotenzial am Arbeitsplatz wesentliche Informationen für den Behandlungsfokus liefern. Die Einhaltung der Schweigepflicht ist dabei selbstverständlich. Entscheidend kann auch die Einstellung des Therapeuten sein: ob er die Ressourcen des Patienten im Blick behält und das Thema Arbeit „als möglichen Bündnispartner“ im therapeutischen Prozess sieht.

Spätestens zur Mitte der prognostizierten Behandlungsdauer in der Tagesklinik oder auf Station bzw. nach einer Stabilisierung im ambulanten Behandlungsbereich ist das Thema der Rückkehr an den Arbeitsplatz konkret zu klären. Welche Faktoren beeinflussen die Leistungsfähigkeit? Welche Rolle spielt die Medikation? Wie viele Konflikte oder Belastungen komplizieren die mögliche Rückkehr an den Arbeitsplatz noch? Idealerweise kann eine Checkliste, die die übliche Entlassungsplanung ergänzt, hier eine strukturierte Unterstützung geben. Auch eine arbeitsmedizinische Sprechstunde in der Klinik hat sich bewährt. In der täglichen Praxis ist vorteilhaft, wenn ein Ergo- oder Arbeitstherapeut die Ausbildung zum Disability-Manager absolviert und in der Klinik eine offene Sprechstunde anbietet. Soll Kontakt mit dem Integrationsamt aufgenommen werden, ist die Beantragung einer Schwerbehinderung sinnvoll? Wie kann in Kooperation mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement ein konkreter Plan zur Rückkehr an den Arbeitsplatz erarbeitet werden? Entscheidend ist, dass diese Planung in einem Zeitraum deutlich vor der geplanten Entlassung aus der Tagesklinik oder Station stattfindet, damit sie konkret im ambulanten Bereich weitergeführt werden kann. Dies setzt voraus, dass Betriebsarzt, betrieblicher Sozialarbeiter, Kliniksozialarbeiter und Arbeitstherapeut sowie der behandelnde Arzt oder Psychologe eng zusammenarbeiten. Deshalb bewährt sich, wenn speziell für diesen Bereich eine wechselseitige Schweigepflichtentbindung erarbeitet wird, die sich konkret auf den Wiedereingliederungsprozess bezieht. Im Einzelfall ist auch eine Wiedereingliederung „vom Bett aus“ mit einem Arbeitgeber abzusprechen: so konnte z. B. ein junger schizophrener Ersterkrankter schließlich als Lehrling in seinen Betrieb in Absprache mit dem zuständigen Meister rehabilitiert werden, indem er statt in die Arbeitstherapie der Klinik jeweils drei Stunden vormittags in den Betrieb ging. Die Kooperation zwischen Klinik und betrieblichem Wiedereingliederungssystem ermöglicht also im Einzelfall sehr individuelle Lösungen.

Da Patienten in der Klinik oft einen komplexen Behandlungsverlauf nehmen, zum Beispiel von einer allgemeinen Station auf eine Spezialstation verlegt werden oder von Station in die Tagesklinik wechseln oder nach Station/Tagesklinik in der Ambulanz weiterbehandelt werden, gehen oft wichtige Informationen, Planungen und innerbetriebliche Gesprächspartner verloren. Entscheidend ist, dass es einen kontinuierlichen „Bezugstherapeuten“ auch für den arbeitsrehabilitativen Prozess gibt. Dies kann ein Arbeitstherapeut, ein Arzt/Psychologe oder Sozialarbeiter oder eine Pflegekraft sein – entscheidend ist, dass innerhalb des Kliniksystems ein verantwortlicher Mitarbeiter den Prozess kontinuierlich begleitet. Das „Dranbleiben“ am Wiedereingliederungsprozess ist entscheidend. Nur so können auftretende Schwierigkeiten, Rückschläge und Komplikationen aufgefangen und bearbeitet werden.

Neben der „arbeitstherapeutischen“ Kontinuität spielt auch die zeitliche Abfolge und Terminierung der Planung für das Gelingen eine erhebliche Rolle. Klinikmitarbeiter berücksichtigen oft nicht, dass es selten sofort gelingt, einen Termin für das Rückkehrgespräch an den Arbeitsplatz zu erhalten, da von Betriebsseite Personalabteilung, Betriebsarzt, Betriebs- oder Personalrat, Vorgesetzter u. a. beteiligt sind und erst einmal einen Termin finden müssen. Spätestens ab Mitte der Behandlung muss deshalb die Terminierung konsequent erfolgen. Und der Wiedereingliederungsplan sollte vor der Entlassung „stehen“. Zumindest im Bereich der tagesklinischen Behandlungen hat sich in den meisten Fällen bewährt, spätestens ein bis zwei Wochen

nach der Entlassung mit dem stufenweisen Wiedereinstieg zu beginnen. Längere Verzögerungen führen oft dazu, dass Ziele wieder aus den Augen verloren werden oder interkurrente Faktoren den Prozess zum Scheitern bringen. Patienten müssen deshalb innerhalb der Behandlung und/oder in speziellen Sprechstunden zum Thema „Return-to-Work“ vorbereitet werden. Gerade bei Angst-, Burnout- oder Depressionspatienten ist hilfreich, im Vorfeld aufzuklären, dass nach längerer Arbeitspause das Stress-Bewältigungssystem „heruntergefahren“ ist und die Rekonvaleszenten sich automatisch wie in einer „Schonhaltung“ befinden. Das entspricht dem Genesungsprozess, kann aber bei einer in der Schonhaltung auftretenden Belastung zu einer unerwartet starken akuten Stressreaktion führen. So können zum Beispiel auf der Fahrt zum Wiedereingliederungsgespräch bei Annäherung an den Betrieb plötzlich heftige Angstreaktionen oder Panikattacken auftreten, gerade wenn es zu Verstrickungen, Konflikten und Schuldzuweisungen den Arbeitsplatz betreffend gekommen war. Wenn dieses Phänomen antizipatorisch mit dem Patienten besprochen ist, wird es erkannt und kann meist ohne Probleme bewältigt werden. Wenn solche Angst- bzw. Panikattacken aber als krankheitsbedingte Rückfälle interpretiert werden, führen sie oft zu einer unnötigen Unterbrechung der Wiedereingliederung, zu längerer Arbeitsunfähigkeit und Chronifizierung.

Deshalb ist es sinnvoll, arbeitsplatzbezogene Therapie-Module in die Behandlung direkt mit einzubeziehen, entweder durch psychoedukative Maßnahmen oder kognitiv-verhaltenstherapeutische, arbeitsplatzbezogene modulare Therapiesitzungen, durch Stress-Bewältigungsprogramme oder achtsamkeitsbasierte Stressreduktion. Diese Verfahren können in angepasster Form bei Patienten unterschiedlicher Diagnosen eingesetzt werden, einschließlich der Schizophrenie. Sie können ein hilfreiches Handwerkszeug für den Umgang mit auftauchenden Ängsten, Problemen oder Konflikten im Rahmen der Wiedereingliederung sein.

Die vorgenannten Punkte setzten allerdings voraus, dass die Therapeuten selbst nicht einem aktuellen allgemeinen Trend folgend nur die belastenden Faktoren am Arbeitsplatz sehen, sondern Arbeit auch als eine Ressource für Wohlbefinden und Partizipation anerkennen. Es ist immer wieder eindrücklich, wie Klinik- und Ambulanzmitarbeiter, die für die inner- oder außerbetriebliche „Sprechstunde seelische Gesundheit“ freigestellt sind, berichten, dass Mitarbeiter mit einem Symptommiveau zu ihnen kommen, welches sie im isolierten Kontext der Klinik sofort mit Arbeitsunfähigkeit verbunden hätten. Diese Mitarbeiter sind aber mit ihrer Arbeit zufrieden, sie gibt ihnen Halt, und die Rückmeldung der Vorgesetzten ist ebenfalls positiv. Sie suchen die Sprechstunde wegen anderer Probleme wie körperlicher Begleiterkrankungen oder familiärer Belastungen auf. Diese Erfahrung unterstützt den Eindruck, dass in Deutschland im therapeutischen System eine eher protektive Haltung vorherrscht, während andere Länder mit Wiedereingliederungsmodellen wie „place-and-train“ oder „supported Employment“ viel mutiger im Umgang mit Restsymptomen und Arbeitsfähigkeit sind.

Die Praxiserfahrung der täglichen Kooperation mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement zeigt, wie viele Möglichkeiten des Erhalts der Arbeitsfähigkeit oder der gelungenen Wiedereingliederung im Einzelfall in jedem Unternehmen gegeben sind und wie groß die Bereitschaft der Betriebsärzte und anderen betrieblichen Akteure ist, Menschen mit psychischen Krisen wieder erfolgreich in den Betrieb einzugliedern. Es sollte immer bedacht werden, dass die Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeit zwar vonseiten des Betriebes und der Krankenversicherung ökonomisch erwünscht ist, dass aber auch die Sicht des Patienten Arbeitsfähigkeit mit Gesundheit verbindet. Gerade deshalb ist von Therapeuten immer wieder zu prüfen, wie lange Arbeitsunfähigkeit zur Regeneration sinnvoll ist und wo Arbeitsunfähigkeit aufgrund zu langer Dauer den Arbeitsplatz gefährden und Chronifizierung begünstigen könnte. Denn zumindest für den Bereich der Depressionen wissen wir, dass nicht die Schwere der Depression, sondern die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wegen einer Depression den Wiedereingliederungsprozess gefährdet.

8.3.2 Erfahrungen im Umgang mit depressiven Episoden in der Arbeitswelt: Arbeit als stabilisierender Faktor

Prof. Dr. med. Detlef E. Dietrich, Ärztlicher Direktor und Leitender Arzt, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie in der Burghof Klinik Rinteln, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Ralf Stegmann, Dipl. Sozialwissenschaftler, BAuA

- » Dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit im gewohnten Umfeld kommt in der Behandlung und Vorbeugung psychischer Erkrankungen eine zentrale Bedeutung zu.
D. Dietrich

(1) Ausgangssituation

Depressionen zählen in den industrialisierten Ländern zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt, sind nicht selten rezidivierend und oftmals von langer Dauer. Sie führen damit die „Negativ-Statistik“ vor allen (auch nicht-psychiatrischen) Erkrankungen im Hinblick auf die mit schweren Beeinträchtigungen erlebten Jahre (DALYs) an. Hieraus lässt sich ableiten, dass viele Betroffene oft sehr lange und schwerwiegend beeinträchtigt sind, wobei sich die Symptomatik nicht immer einheitlich ausprägt und entwickelt. Neben den auch sehr häufigen Angststörungen und Suchterkrankungen führen sie in der Arbeitswelt mit zu den meisten AU-Tagen und längeren Wiedereingliederungsphasen und/oder nicht selten bereits zuvor zu langen Phasen stark beeinträchtigter Arbeitsfreude und -leistung, d. h. zu „Präsentismus“. Ein erfolgreiches Arbeiten ist in diesem Zustand nicht mehr möglich und nach meist längeren Phasen des „Präsentismus“ wird der Betroffene irgendwann dann schließlich arbeitsunfähig. Präsentismus wird in diesem Sinne als Verhalten verstanden, trotz einer Erkrankung zur Arbeit zu gehen. Dies hat langfristig negative Folgen für die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Betroffenen und führt zu erheblichen krankheitsbedingten Einschränkungen der Arbeitsproduktivität (BAuA 2011). Im IGA BAROMETER 2007 gaben 27 Prozent der Befragten an, zum Zeitpunkt der Befragung unter einem gesundheitlichen Problem zu leiden. Von diesen 27 Prozent gaben aber nur 15 Prozent an, in den letzten sieben Tagen wegen Krankheit am Arbeitsplatz gefehlt zu haben. Demgegenüber haben sich allerdings 59 Prozent der Befragten mit gesundheitlichen Problemen aufgrund dieser Probleme in ihrer Produktivität behindert gefühlt. (...) Rund zwanzig Prozent der Befragten mit gesundheitlichen Problemen sind jeweils der Auffassung, dass ihre Produktivität um 20 Prozent bzw. um bis zu jeweils 40 Prozent eingeschränkt ist“ (iga. Fakten 6, 2013).

(2) Früherkennung und Behandlung von Depressionen

Gerade deshalb ist es wichtig, psychische Beeinträchtigungen, Problemlagen und Krisen sowie erste Krankheitsanzeichen, insbesondere Erschöpfungszustände, die nicht selten in Depressionen übergehen, frühzeitig zu erkennen. Denn je länger entsprechende Zustände anhalten und länger andauernde Arbeitsunfähigkeitszeiten verursachen, desto gravierender sind die Folgen für die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der betroffenen Mitarbeiter, aber auch für die Unternehmen.

Ein Gesundheitscoaching für Führungskräfte und Mitarbeiter kann hier präventiv wirken, in dem Warnsignale wie bspw. anhaltende körperliche Schmerzen (ohne manifeste körperliche Schädigungen), innere Unruhe, Müdigkeit und Erschöpfung frühzeitig erkannt, eingeschätzt und angemessen bewältigt werden können. Entsprechende Ansätze beruhen auf einem durchdachten Kurzzeit-Beratungs- und Interventionskonzept und umfassen die Aspekte der diagnostischen Einschätzung und kurzzeitherapeutische Interventionen, um die Situation im Bedarfsfall zu entspannen und Strategien zu vermitteln, wie mit bestimmten Problemen besser umgegangen werden kann – z. B. mit Stress, Konflikten bei der Arbeit und/oder familiären Belastungen. Im

Einzelfall kann sich dabei aber auch herausstellen, dass eine längerfristige psychotherapeutische Vorgehensweise (Gruppentherapie, Einzeltherapie, klinische Behandlung) oder medikamentöse Therapie erforderlich ist.

Erste Erfahrungen mit entsprechenden Ansätzen werden derzeit vor allem in Großbetrieben im Rahmen von sogenannten Sprechstunden für psychische Gesundheit gesammelt. Ziel dieser betriebsnahen Versorgungsnetzwerke ist es, Arbeitsunfähigkeitszeiten möglichst zu verhindern bzw. vorhandene zu verringern und chronischen Krankheitsverläufen vorzubeugen.

Bisherige Erfahrungen mit entsprechenden präventiven Ansätzen zeigen, dass die Angebote von den Beschäftigten gut angenommen werden. Es werden vermehrt Menschen erreicht, die Hilfe benötigen, diese aber bisher noch nicht gefunden haben (Wege und Angerer 2013).

Eine Depression ist kein unabänderliches Schicksal. Viele Patienten können komplett geheilt werden – Geduld und Mitarbeit vorausgesetzt: „Im Idealfall – und das gelingt bei sehr vielen Menschen mit einer Depression, – erreicht man eine völlige Remission. Das heißt, durch eine professionelle und ausreichende Behandlung kommt es zu einem völligen Verschwinden der Symptomatik und des Leidendrucks und zu einem Wiedererreichen des Funktionsniveaus, das sie vor der Erkrankung hatten“ (Buschek 2015).

Der Idealfall ist aber leider nicht die Regel. Meist werden psychische Erkrankungen viel zu spät erkannt. Das hat u. a. mit Ängsten zu tun, insbesondere mit der Angst vor Stigmatisierung, die eine frühzeitige (fach-)ärztliche Behandlung oftmals verzögern. Oder aber es stehen erst einmal körperliche Beschwerden im Vordergrund, die nicht im Kontext mit psychischen Beeinträchtigungen wahrgenommen werden. „Dazu zählen vor allem Magen-Darm-Beschwerden verbunden mit Übelkeit, Sodbrennen oder Brechreiz, Kopfschmerzen sind ebenfalls oft ein Signal für Dauerstress. Eine bestehende Migräne kann sich verschlimmern. Rücken- und Muskelschmerzen sind vielleicht das häufigste Signal einer beginnenden Erschöpfung, denn eine dauerhafte Stressreaktion führt zu einer dauerhaften Muskelanspannung“ (Unger und Kleinschmidt 2007, Pos. 1365).

Erste Anlaufstelle für psychisch erkrankte Menschen sind normalerweise Hausärzte. Dies führt oft dazu, dass die Betroffenen erst nach längerer Arbeitsunfähigkeit zum Facharzt oder Psychotherapeuten überwiesen werden.

Bis zur adäquaten klinischen Behandlung vergehen leider oft Monate, manchmal sogar Jahre. Eine in schwierigen Verläufen notwendige stationäre Behandlung, die meist auch erst nach Monaten ambulanter Therapie eingeleitet wird, dauert in der Regel weitere 6–8 Wochen, gegebenenfalls durch eine tagesklinische Behandlung abgekürzt. Hierbei können die Verläufe je nach Ursachen der Erkrankung stark variieren. Insgesamt dauert die Phase bis zur Wiedereingliederung vor diesem Hintergrund nicht selten sechs bis neun Monate. Das ist zu lang, wenn man bedenkt, dass die Rückkehr in den Betrieb umso schwieriger wird, je länger eine Arbeitsunfähigkeit andauert (siehe dazu auch Unger, ► Kap. 8).

Jede Therapie sollte dabei auf einem individuellen Behandlungskonzept basieren und im Einzelfall aus einer medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Behandlung bestehen. „Am Anfang“, sagt Prof. Berger von der Uniklinik Freiburg, „steht bei leichteren Depressionen das sogenannte ‚Watchful Waiting‘: Der Patient wird über Depressionen und ihre Charakteristika beraten, ohne dass sofort eine spezifische Therapie begonnen wird. Stattdessen verfolgt man zunächst den Verlauf der Stimmungsverschlechterung. Nicht selten entwickeln sich die Dinge nach einer vorübergehenden Entlastung des Patienten von selbst zum Positiven“ (Allianz-Report 2011).

Wenn sich der Zustand nach 14 Tagen unter ärztlicher Supervision nicht verbessert, ist eine längerfristige Behandlung erstrebenswert. Leichte Depressionen können zunächst mit sogenannten Kurzzeittherapien behandelt werden. Darüber hinaus können Medikamente eingesetzt werden, insbesondere dann, wenn die Patienten dies wünschen.

Bei schwereren Verläufen und entsprechend ausgeprägten Symptomen, ist eine Kombination aus Medikamenten und Psychotherapie sinnvoll. Beide Therapieformen ergänzen sich: Während Medikamente schnell wirken, ist eine Psychotherapie nachhaltiger. Beide Therapieformen sollten, damit sie möglichst effektiv wirken, nach Abklingen der Symptome eine gewisse Zeit lang aufrechterhalten und dann sukzessive reduziert werden (ebd.).

(3) Erscheinungsbild und Ursachen einer Depression

Beispiel

„Ich habe eigentlich anfangs gar nicht gemerkt, wie schlecht es mir ging, dass ich depressiv war. Ich dachte, ich bin überarbeitet, erschöpft und brauche nur einen langen Urlaub. Die Arbeit hat mich immer mehr belastet, obwohl sie mir immer sehr viel Spaß gemacht hatte. Ich war erschöpft, schlief schlecht, hatte Kopf- und Gliederschmerzen, alles schien mich zu überfordern – ich habe viel geweint in dieser Zeit und mich immer mehr von allen zurückgezogen. Zuletzt sprachen mich nicht nur meine Familie sondern auch Kollegen an, was eigentlich mit mir los sei. Glücklicherweise habe ich eine tolle Familie und einen guten Arbeitgeber. Die Familie hat mich schließlich zum Arzt geschleppt. Es wurde eine antidepressive medikamentöse Therapie begonnen und ich führte einige Gespräche mit einer Psychologin. Am meisten hat mir geholfen, glaube ich, dass ich meine wöchentliche Arbeitszeit reduziert habe und in einem kleineren Verantwortungsbereich wieder anfangen konnte zu arbeiten. Schließlich war für mich der Kontakt zu den Kollegen und den Bewohnern immer schon sehr wichtig gewesen. Das hat mir sehr geholfen. Mir macht die Arbeit wieder Spaß und mein Arbeitgeber hat wieder eine leistungsfähige und kreative Mitarbeiterin. Ich glaube inzwischen, dass die Ursache für die Depression vielschichtig war: der Tod meines Vaters, eine gewisse Veranlagung durch meine Mutter und die zunehmende Verselbständigung meiner Kinder sowie mein hoher Anspruch an mich selber waren die Grundlage für die Entstehung der Depression. Die zunehmende berufliche Belastung war vielleicht das i-Tüpfelchen, durch die die depressive Symptomatik und verminderte Arbeitsleistung erst richtig auffiel und diese vermutlich noch verstärkt hat“ (Fallbeispiel nach Dietrich).

Den meisten von einer Depression betroffenen Menschen ist gemeinsam, dass sie im Kern unter einer deutlichen Freud- und Interessenlosigkeit sowie niedergedrückten Stimmung leiden. Oft stehen Schlafstörungen am Anfang der Depression. Die Betroffenen schlafen schlecht ein und/oder wachen oft und früh auf. Sie grübeln möglicherweise im Bett und der Schlaf ist nicht mehr erholsam. Zudem besteht nicht selten eine Tagesmüdigkeit, die Energie lässt nach. Vor allem schwindet aber das Interesse an Tätigkeiten und Hobbys, die vorher Spaß gemacht haben.

Eine Befragung der European Depression Association (EDA 2012) mit über 7.000 Arbeitnehmern und Managern machte deutlich, dass insbesondere die niedergedrückte Stimmung, die Konzentrations- und Schlafstörungen, Planungs- und Entscheidungsschwierigkeiten sowie Vergesslichkeit im Rahmen der Depression die Arbeit beeinträchtigen können und zur Arbeitsunfähigkeit führen. In dieser Vorphase der Arbeitsunfähigkeit entstehen vielfach Versagensgefühle und Ängste, die das Selbstwertgefühl und die Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigen und in einer unerträglichen Situation kulminieren können:

i *Ich weiß überhaupt nicht mehr, was ich machen soll, wie ich mich entscheiden soll. Ich hab das immer gekonnt, ich konnte immer Dinge mit dem Kopf entscheiden. Jetzt aber bin ich total verunsichert und merke, mein Kopf- und Bauchgefühl passen nicht mehr zusammen (...) das macht mir Angst und ich sitze hier, bin wie gelähmt und wenn ich an meinen Computer gehen soll, schlafen mir die Hände ein.
(BAuA-Studie F 2319)*

Heutzutage besteht vorwiegend die Tendenz, die Arbeit per se als depressionsauslösenden Faktor anzusehen, oftmals besitzt sie jedoch eine „antidepressive“ und psychischen Erkrankungen vorbeugende Wirkung – insbesondere dann, wenn sie in ausreichendem Maße sinnstiftend sowie beherrschbar ist und mit sozialen Kontakten einhergeht.

Die Ursachen für die Entstehung von psychischen Erkrankungen wie die einer Depression sind in der Regel sehr komplex. Nicht selten sind Depressionen durch eine von der Arbeitsbelastung unabhängige Entstehungssituation hervorgerufen. Hierzu zählen:

- die genetische Disposition bzw. Anfälligkeit
- Verlust- und Gewalterfahrungen in der Kindheit und damit einhergehende seelische Verletzungen, die zu einer erhöhten Stressreaktionsbereitschaft führen
- familiäre Belastungen und Konflikte und die erlernte Art und Weise des Umgangs mit ihnen
- psychosoziale Stressoren (wie bspw. Arbeitsplatzverlust, Dauerstress bei der Arbeit, Scheidung, Tod eines Angehörigen etc.) und
- körperliche bzw. organische Ursachen (siehe dazu auch Unger und Kleinschmidt 2007).

Welche Ursachen im Einzelfall vorliegen, muss von den behandelnden Ärzten differenziert betrachtet werden. Erst dadurch kann abschließend geklärt werden, ob eine Depression arbeitsplatzabhängig oder -unabhängig ist, ob hinter einem „Burnout“ letztlich eine Depression steht oder nicht. In knapp 50 Prozent der Fälle wird die Bezeichnung Burnout-Syndrom mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung verbunden, insbesondere mit der einer Depression (BPtK Studie 2012).

(4) Burnout und Depressionen: Arbeitsbedingungen als (Mit-)Auslöser psychischer Krisen und Erkrankungen

In dem Fall, dass arbeitsplatzbezogene Belastungen für die Entstehung einer Depression mitverantwortlich scheinen und ein klarer zeitlicher Bezug zu der Entstehung der psychischen Problematik besteht, spricht man in der frühen Phase auch von einem sogenannten Burnout-Syndrom (Freudenberger 1974).

Hierbei handelt es sich nicht um eine Erkrankung, sondern nach ICD-10 (WHO) letztlich um eine inadäquate Verhaltensweise gegenüber einer zunehmenden Stressbelastung („Schwierigkeit bei der Lebensbewältigung“). Nur wenn ein klarer zeitlicher Bezug zu der Belastung besteht, spricht man vom Burnout-Syndrom. Allzu oft zeigt sich im näheren Anamnesegegespräch allerdings, dass neben der beruflichen Belastung auch eine andere Problematik besteht. Häufig ist nicht zu klären, welche der Belastungen als entscheidende Ursache in Betracht gezogen werden muss. Auch im Rahmen eines sogenannten Burnout-Syndroms treten durch zunehmenden sozialen Rückzug oder durch die Versuche, Arbeitsbelastung durch Mehrarbeit zu regulieren, familiäre oder partnerschaftliche Konflikte auf, die dann wiederum die Entstehung einer schweren depressiven Symptomatik begünstigen können.

Betrachtet man die Entwicklungsspirale eines sogenannten Burnout-Syndroms fällt auf, dass bereits in der zweiten Stufe (Unger und Kleinschmidt 2007) genügend Symptome vorhanden sind, um eine leichte bis mittelgradige Depression zu diagnostizieren. Im klinischen Alltag in der Psychiatrie und Psychotherapie scheinen mehr als 60 Prozent der so genannten Burnout-Syndrome die Kriterien einer Depression zu erfüllen. Wenn für das Burnout-Syndrom oder die Depression arbeitsplatzbedingte Stressoren als Hauptfaktoren identifiziert werden, sind diese natürlich zu analysieren, um zukünftig den Umgang hiermit verändern zu können. Gleichzeitig müssen in diesem Zusammenhang immer auch die Arbeitsbedingungen im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung eingeschätzt und bei Bedarf gesundheitsförderlich umgestaltet werden. In diesem Kontext müssen immer zwei Fragen beantwortet werden: Was kann das Unternehmen und was der Einzelne dazu beitragen, dass ein Wiederauftreten der psychischen Symptomatik verhindert werden kann?

(5) Die Rolle der Arbeit im Genesungsprozess: Arbeit als stabilisierender Faktor im Prozess der stufenweisen Wiedereingliederung

Arbeit ist eine der wesentlichsten identitätsstiftenden Faktoren im Leben vieler Menschen. Dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit im gewohnten Umfeld kommt in der Behandlung und Vorbeugung psychischer Erkrankungen eine ganz zentrale Bedeutung zu.

Eine nicht überfordernde Tätigkeit am Arbeitsplatz kann als Prophylaktikum oder Antidepressivum angesehen werden. Einer zeitnahen stufenweisen Wiedereingliederung mit einer Belastung, die den Möglichkeiten des Betroffenen entspricht, ist essentiell. Dies setzt voraus, dass eine stufenweise Wiedereingliederung im Detail geplant und abgestimmt wird. Zentral ist in diesem Zusammenhang der therapeutische Aspekt der stufenweisen Wiedereingliederung, also die damit verbundene Möglichkeit, die jeweils aktuelle Belastungs- und Leistungsfähigkeit schrittweise wieder einschätzen zu lernen und in diesem Prozess Versagensängste und Ängste vor Überforderung und einem Rückfall abbauen zu können – indem man Schritt für Schritt seine Aufgaben und Verantwortung wieder übernehmen kann.

Eine frühzeitige Rückkehr sollte, wenn möglich, schon während einer ambulanten Behandlung stattfinden. Gleichzeitig wäre es wünschenswert, wenn im Rahmen einer Psychotherapie arbeitsplatzbezogene, mitverursachende Aspekte einer depressiven Episode, aber auch die positive Rolle für die Lebensgestaltung und Sinnerfüllung betrachtet und vermehrt in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden, um zukünftig eine bessere Zusammenarbeit zwischen dem medizinischtherapeutischen und dem betrieblichen System zu ermöglichen.

Eine frühzeitige und gut geplante stufenweise Wiedereingliederung hilft allerdings wenig, wenn die alltäglichen Arbeitsbelastungen zu hoch und überfordernd sind. Folgende Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz gelten als nachweislich problematisch: Arbeits- und Zeitdruck sowie hohe Arbeitsverdichtung, eine qualitative Überforderung des Betroffenen, eine geringe Wertschätzung (auch pekuniär) sowie geringe Entscheidungsspielräume bei der Tätigkeit und eine geringe Beeinflussbarkeit der Abläufe. Negativ wirken sich auch fehlende Karriereperspektiven, Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen sowie eine Ungewissheit hinsichtlich der beruflichen Perspektive oder drohende und manifeste Umstrukturierungen aus.

Eine entscheidende Bedeutung kommt hierbei aber auch der Frage zu, wie die Betroffenen mit derartigen Stressoren umgehen, um gegebenenfalls ihr Verhalten verändern zu können. Nicht selten überlasten sich Menschen durch:

- ihre hohe Leistungsbereitschaft und ihren Ehrgeiz,
- eine ausgeprägte Identifikation mit Ihrer Aufgabe und Ihrem Arbeitsgeber sowie
- ein hohes Maß an Gewissenhaftigkeit und Genauigkeit bei der Arbeit.

In diesem Fall muss es auch darum gehen, den Umgang mit den eignen Ressourcen zu verstehen und zu erarbeiten, was der Betroffene selbst tun kann, um mehr auf sich zu achten und welche Schritte sinnvoll sein könnten, den Umgang mit Arbeitsbelastungen zu verändern.

Beides Seiten der Medaille – die betriebliche und individuelle – sind integrativer Bestandteil eines erfolgreichen Wiedereingliederungsprozesses, damit die Arbeit eine bewältigbare und sinnstiftende Tätigkeit sein kann.

Förderliche Faktoren der Rückkehr aufseiten der Arbeitnehmer:

- die Motivation der zurückkehrenden Mitarbeiter und ihr Selbstvertrauen – wohlwissend, dass das Selbstvertrauen immer auch vom „Fremdvertrauen“ abhängig ist, also von dem, was andere einem zutrauen
- ein konstruktiver Umgang mit der Erkrankung

- ein Austausch mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen gesammelt haben (Bekannte, Freunde oder eine Selbsthilfegruppe) ist in der Regel sehr hilfreich bei der Bewältigung unterschiedlicher Phasen der Erkrankung und Wiedereingliederung
- eine frühzeitige Rückkehr an den Arbeitsplatz in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten und den betrieblichen Return-to-Work-Experten, denn je länger eine Arbeitsunfähigkeit dauert, desto schwieriger wird es
- eine erwerbsorientierte Unterstützung der Behandler, sodass die Arbeit trotz therapeutischer Behandlung weitergeführt werden kann
- ein offener Dialog mit den betrieblichen RTW-Experten, über gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen, die unter Umständen mit zur Arbeitsunfähigkeit beigetragen haben, um gegebenenfalls die Arbeit oder Arbeitsabläufe verändern zu können
- eine flexible Gestaltung der Arbeitsanforderungen – insbesondere während der stufenweisen Wiedereingliederung: Flexiblere Arbeitszeiten, das Vermeiden eines frühen Arbeitsbeginns oder ein Tag „Homeoffice“, auch Teilzeittätigkeiten bieten sich hier an
- Kurse und Fortbildung zum Zeit- oder Stressmanagement
- Stressreduzierung durch gegenseitige kollegiale Unterstützung.

Förderliche Faktoren der Rückkehr aufseiten des Betriebes:

- ein systemisch orientiertes Gesundheits- und Eingliederungsmanagement
- ein offener und antistigmatisierender Umgang mit dem Thema „Psychische Gesundheit im Betrieb“ sowie die Förderung einer guten Kommunikationskultur und einer 'Offene-Tür'-Politik
- die Förderung eines ausgeprägten Teamgeists durch eine gezielte Unterstützung von Teambildungsprozessen
- eine professionelle Begleitung der zurückkehrenden Mitarbeiter und die Koordination der Rückkehr durch einen RTW-Coach
- die soziale Unterstützung der zurückkehrenden Mitarbeiter durch direkte Vorgesetzte und Kollegen
- die Schulung von Führungskräften und insbesondere von direkten Vorgesetzten
- sensibilisierende betriebliche Kampagnen für die Beschäftigten, um psychische Beeinträchtigungen, Krisen und Erkrankungen frühzeitig erkennen zu können
- regelmäßige Gespräche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern mit beidseitigem Feedback, um potenzielle Unter- oder Überforderungen zu erkennen und zu thematisieren und frühe Anzeichen von Stress zu erkennen (siehe dazu auch European Depression Association [2014](#)).

Eine entsprechende Vorgehensweise erfordert eine hohe Flexibilität der Arbeitgeber, eine große Aufmerksamkeitsleistung seitens der Betroffenen und der Angehörigen sowie der Vorgesetzten und Kollegen, als auch die Bereitschaft zu einer sehr zeitnahen Diagnostik und Einleitung einer Therapie durch die hinzugezogenen Ärzte. Ein derartiges Vorgehen kann nur gelingen, wenn der tatsächliche Vorteil des Prozesses für die Betroffenen und Betriebe durch Öffentlichkeitsarbeit (vielleicht unterstützt durch gesetzliche Grundlagen) zu einer weiten Verbreitung dieses modellhaften Vorgehens führen. Informationen wie die der European Depression Assoziation und der BAuA sowie Initiativen der Deutschen Depressionshilfe und der Bündnisse gegen Depressionen können dies unterstützen.

8.3.3 Ein Beispiel einer Wiedereingliederung aus der Sicht einer Ärztin

Dr. med. Annette Haver, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Coach DBVC

(1) Die Ausgangssituation: Symptome und weitere diagnostische Aspekte

- **Herr B ist 48 Jahre alt und wurde notfallmäßig mit der Diagnose einer schweren Depression vom Hausarzt überwiesen.**

Er gab an, dass er sich seit 3 Monaten zunehmend nervös und unruhig fühlt, er sei aufbrausend und reagiere ungerechterweise unwirsch gegenüber seiner Frau, seinen Kindern und auch im beruflichen Bereich. Diese Reaktionen seien für ihn und sein Umfeld untragbar. Weiterhin habe er seit 6 Monaten extreme Schlafstörungen, er könne sehr schlecht einschlafen und werde nachts immer wieder wach und grübele über die Aufgaben des nächsten Tages. Seine Stimmung sei depressiv, er fühle sich von Kleinigkeiten überfordert und könne keine Menschen um sich ertragen.

- **„Ich drehe am Rad“.**

Suizidalität wurde verneint, ebenso gab es im Vorfeld keine depressiven Symptome bei Herrn B.

Zur Klärung der Prädisposition (Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen) für eine depressive Erkrankung wurde eruiert, ob der Patient schon früher ähnliche Symptome hatte, oder in seiner Familie psychische Erkrankungen bekannt sind. Dieses war nicht der Fall. Es wurde im Erstgespräch auch deutlich, dass die Ehe und familiäre Situation des Patienten intakt sind, er sah allerdings eine Gefährdung seiner Beziehung durch seine eigene Unausgeglichenheit.

Der Hausarzt hatte bereits eine Schilddrüsenfunktionsstörung ausgeschlossen.

(2) Die Problemanalyse

Diese wird durch die Frage eingeleitet:

- **„Was glauben Sie selbst, wodurch ihre psychischen Probleme entstanden sind?“**

Herr B berichtet, dass er Abteilungsleiter in einem technischen Unternehmen sei:

- **„Ich habe im beruflichen Bereich seit langem sehr viel Stress und fühle mich vollkommen mit meiner Aufgabenvielfalt überfordert. Diese hat im Laufe der Jahre permanent zugenommen, ich komme schon morgens um 6 Uhr ins Unternehmen, um wenigstens dann in Ruhe meine bürokratischen Arbeiten zu erledigen, aber das reicht nicht aus. Wenn mich dann noch ein Mitarbeiter oder Kollege morgens früh stört, muss ich aufpassen, dass ich nicht ausraste“.**

Es wurde die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt. Umgangssprachlich entspricht diese Diagnose einem sogenannten „Burnout-Syndrom“.

Anmerkung

Es ist unerlässlich, im Erstkontakt eine möglichst präzise Diagnose zu stellen. Es gibt arbeitsplatzunabhängige psychische Erkrankungen, wie bipolare Störungen oder rezidivierende depressive Episoden, die durch eine Imbalance des Neurotransmittersystems entstehen, darauf kann die Vorgeschichte hinweisen oder auch die Familienanamnese. Weiterhin gibt es die Möglichkeit, dass der Betroffene unter Belastungen in der eigenen Umgebung leidet, z. B.

durch pflegebedürftige Angehörige. Es gibt auch Kombinationen, nämlich dass bei prädisponierten Betroffenen durch hohe Belastungen am Arbeitsplatz eine psychische Erkrankung ausgelöst werden kann. Ebenso kann eine psychische Erkrankung alleine durch hohe Belastungen am Arbeitsplatz entstehen. Auch organische Erkrankungen können auslösend sein, wie z. B. eine Schilddrüsenunterfunktion. Es ist sehr wichtig, die Anamnese sehr sorgfältig zu erheben, und gezielt nachzufragen, um die diagnostischen Kriterien zu erfassen und auch an körperliche Ursachen zu denken und entsprechende Laboruntersuchungen einzuleiten.

(3) Der erste Behandlungsschritt: die Stabilisierung des Patienten

Diese wurde eingeleitet durch eine **Krankschreibung** und eine **antidepressive Therapie** mit einem schlaffördernden Antidepressivum. Die Behandlerin signalisierte dem Patienten, dass sie seine Probleme nachvollziehen könne und dass er erst einmal durch die Krankschreibung und das Medikament die Möglichkeit bekommen sollte, wieder zur Ruhe zu kommen und dann im nächsten Schritt gemeinsam überlegt werden könnte, wie er im beruflichen Bereich Entlastungen finden könnte. Weiterhin wurde Herrn B geraten, sich mit seiner Frau auszusprechen, indem er seine beruflichen Anspannungen in der letzten Zeit schildert und seine Verhaltensweisen in der Familie erklären kann. Das Verhältnis zwischen beiden wurde von dem Patienten als sehr liebevoll geschildert. Von der Behandlerin wurde angeregt, die Ehefrau zum Kontrolltermin nach einer Woche mit einzubeziehen.

Anmerkung

Wenn der Patient eine positive Beziehung hat, kann der Partner oft als Co-Therapeut mit einbezogen werden. Das ist besonders hilfreich in der Stabilisierungsphase, aber auch später als „Kontrollinstrument“ während der Wiedereingliederung und der anschließenden „normalen“ Berufstätigkeit. Der Partner erkennt häufig eher als der Betroffene, wenn wieder „alte“ Verhaltensmuster auftreten und erkennt häufig im Vorfeld eine erneute psychische Problematik.

Nach **1 Woche** hatte sich der Zustand von Herrn B noch nicht sehr gravierend verbessert, er konnte ein wenig besser schlafen, war aber immer noch unruhig und nicht belastbar, vermied Kontakte. Die Idee, seine Frau mit einzubeziehen, war positiv aufgenommen worden. Diese bestätigte noch einmal die psychischen Veränderungen ihres Mannes und hatte schon registriert, dass dieser beruflich sehr gefordert war und ist.

➤ „Er ist zu Hause wie ein Tiger im Käfig, macht sich ständig Gedanken, ist nervös und rastlos, ich mache mir Sorgen.“

In dem Gespräch wurde deutlich, dass die Ehefrau, sehr besorgt und fürsorglich war und auch ein Zeitfenster hatte, ihren Mann Co-therapeutisch zu unterstützen. Es wurde eine Tagesstruktur mit beiden ausgearbeitet. Sportliche Betätigung, das lag beiden, einfache Tagesaktivitäten, wie Einkäufe erledigen, Spaziergänge, Hausarbeiten etc. Der Patient hatte die Idee, mehr Fahrrad zu fahren, das konnte ebenfalls gemeinsam durchgeführt werden. Er bemerkte, dass die körperlichen Aktivitäten entlastend wirken. Die Medikation wurde leicht angehoben, war bisher sehr gut verträglich.

Nach **3 Wochen** war das Befinden von Herrn B schon etwas besser:

➤ „Ich bin immer noch sehr schnell unruhig und denke an meine berufliche Situation, wenn irgendeine Kleinigkeit außerhalb des normalen Tagesablaufes auftritt, verliere ich sofort die Nerven. Ich denke an die Arbeit, wie soll das alles ohne mich laufen. Der Sport tut mir gut, insbesondere beim Fahrradfahren kann ich mich richtig abreagieren. Ich habe mir ein indoor bike angeschafft und lasse dabei Musik laufen, das tut mir

richtig gut. Derzeitig kann ich mir allerdings noch nicht vorstellen, wieder zur Arbeit zu gehen“.

Herr B war jetzt insoweit belastbar, dass er detaillierter über seine berufliche Situation nachdenken konnte.

(4) Die Lösungsarbeit und erweiterte Problemanalyse

Der Lösungsprozess wurde eingeleitet durch die lösungsorientierte Frage:

➤ **„Was muss an ihrem Arbeitsplatz passieren, dass Sie sich besser fühlen?“**

Der Patient war etwas überrascht über diese Frage und überlegte erst einmal:

➤ **„Mein Aufgabengebiet nimmt seit Jahren permanent zu, das wird mir zu viel, muss reduziert werden, mein Vorgesetzter hat dafür kein Verständnis, er sieht meine Aufgabenvielfalt nicht. Meine eigentlichen Aufgaben sind technische. Im Laufe der Jahre kamen immer mehr bürokratische Aufgaben hinzu und jetzt bin ich auch noch zuständig für das Qualitätsmanagement, welches bei uns eingeführt wird. Diese „Kopfarbeit“ liegt mir nicht, ich bin ein „Schrauber“. Mein Team besteht aus 2 Mitarbeitern, die viel cooler sind als ich. Sie geben mir den Rat, mich nicht immer gleich aufzuregen und gehen die Aufgaben locker an, es sei doch alles nicht so eilig. Es fällt mir auch schwer, meine Mitarbeiter mit der Vielzahl der Aufgaben zu belasten, eigentlich haben die auch viel zu tun. Trotzdem muss sich an dieser Gesamtsituation etwas verändern, so ist es für mich nicht auszuhalten. Mein Vorgesetzter erkennt gar nicht, wie viel ich täglich leiste, es wäre schön, ein bisschen Anerkennung dafür zu bekommen“.**

Im weiteren Gespräch wird deutlich, dass Herr B sehr hohe Leistungsansprüche an sich selbst hat. Er möchte alles perfekt umsetzen und er hat selbst schon bemerkt, dass er schlecht delegieren kann und die Wertschätzung des Vorgesetzten fehlt. Herr B erkennt, dass er schon als Kind in seiner Familie sehr leistungsorientiert sein musste. Er war der Älteste, die Mutter war sehr kränzlich und er kümmerte sich um seine jüngere Schwester. Das sei für ihn eine Selbstverständlichkeit gewesen, Anerkennung habe er dafür allerdings nie bekommen. Herr B erkennt die Parallelen.

Er bekommt die Aufgabe, sich Gedanken darüber zu machen, welche konkreten Maßnahmen am Arbeitsplatz sinnvoll sein könnten, um ihn zu entlasten. Als Denkanstoß dient seine Arbeitsplatzbeschreibung, die er sich ansehen soll, um zu relativieren, ob eine Diskrepanz zwischen beschriebenen und tatsächlichen Aufgaben besteht. Weiterhin wurden die Medikation und die Tagesstrukturierung mithilfe seiner Ehefrau fortgesetzt.

Anmerkung

Die Problemanalyse und die Lösungsarbeit kann nur der Patient leisten, denn er ist der Experte in seinem beruflichen Bereich. Der Behandler kann keine Lösungen vorgeben, weil er die spezifische Arbeitssituation des Betroffenen nicht kennt. Der Behandlungsprozess wird in dieser Phase interaktiv durchgeführt, d. h., der Behandler steuert den Lösungsprozess, indem er die „richtigen“ Fragen stellt. Bei der Diagnostik, der Stabilisierungsphase und der Einleitung der Medikation ist der Behandler der Experte und führt eine Expertenberatung durch.

Nach **5 Wochen** fühlte sich Herr B schon deutlich besser. Er konnte sich auch gedanklich mit seiner Arbeitsplatzsituation auseinandersetzen. Seine Arbeitsplatzbeschreibung bestätigte das Gefühl, dass die Aufgaben seit mindestens 3 Jahren erheblich zugenommen hatten:

- „Ich hatte in diesen Jahren eigentlich zunehmend das Gefühl, ein Versager zu sein, jetzt ist mir klar geworden, dass es wirklich zu viel war“.

Herr B hatte sich weiterhin Gedanken gemacht, welche beruflichen Veränderungen er vornehmen könnte. Er hatte erkannt, dass er sein Team mehr fordern könnte, indem er diesem zunehmend bürokratische Aufgaben übertrug. Damit wäre allerdings erforderlich, dass er entsprechende klare Anweisungen gibt und diese auch nachhaltig durchsetzt.

- „Ich sollte mehr delegieren.“

Den Aufgabenbereich des Qualitätsmanagements wollte er am liebsten nicht übernehmen, das müsse er mit seinem Vorgesetzten klären. Ebenso hatte er die Idee, diesem seine umfangreichen technischen Aufgaben darzustellen.

Die Behandlerin regte ein Gespräch des Patienten mit dem Vorgesetzten innerhalb der nächsten 14 Tage an. Herr B war etwas nervös, wie der Vorgesetzte wohl reagieren würde und hatte auch die Befürchtung, dass dieser möglicherweise kein Verständnis für psychische Probleme haben könnte. Dennoch war ihm das Gespräch sehr wichtig:

- „Ich will irgendwie weiterkommen.“

Die Medikation war nach wie vor gut verträglich und wurde fortgesetzt.

Nach **7 Wochen** hatte das Gespräch mit dem Vorgesetzten stattgefunden. Es war positiv verlaufen. Dieser reagierte besorgt, weil Herr B schon so lange krank war. Mit dem Vorliegen einer psychischen Problematik konnte der Vorgesetzte wider Erwarten sehr gut umgehen, er hatte einen Freund, der ähnliche Probleme hatte. Er reagierte sehr aufmerksam, als Herr B seine Aufgabenvielfalt darstellte. Im Unternehmen hatte sich durch das Fehlen von Herrn B einiges an Aufgaben „aufgestaut“. Der Vorgesetzte hatte inzwischen auch bemerkt, wie hoch das Ausmaß der technischen Aufgaben für Herrn B war und dass diese ohne großes Aufsehen von Herrn B gelöst wurden und gab das wertschätzend an Herrn B weiter. Ebenso war er auch erleichtert festzustellen, dass dieser wohl irgendwann wieder einsatzbereit sei. Die Entlastungsmöglichkeiten wurden besprochen, Herr B konnte deutlich machen, dass er sich weiterhin sehr engagiert für das Unternehmen einsetzen wird, auch konkrete Möglichkeiten, das Team von Herrn B mehr einzubeziehen, also Aufgaben zu delegieren wurden positiv aufgenommen. Für die Aufgaben im Bereich Qualitätsmanagement versprach der Vorgesetzte Entlastung, wurde allerdings nicht konkret.

Herr B war erleichtert, dass dieses Gespräch positiv verlaufen war. Er hatte aber auch registriert, dass noch weitere Lösungen erarbeitet werden müssten. Die Organisation des Qualitätsmanagements lag in der Hand des Vorgesetzten. Bei diesem Diskussionspunkt bemerkte Herr B wieder seine „alte Verhaltensweise“:

- „Ich merkte, wie ich wieder kurz davor stand, aufzubreusen, genau das hilft mir nicht bei der Sache“.

Anmerkung

Für den Betroffenen ist es entscheidend, dass er sich mit seinen psychischen Problemen angenommen fühlt. Es ist sehr entlastend, wenn der Vorgesetzte bereits Erfahrungen mit psychisch Erkrankten im Angehörigenbereich oder Freundeskreis gemacht hat und dadurch sein Verständnis signalisieren kann. Weiterhin ist es für den Patienten unterstützend, wenn er hinsichtlich seiner Arbeitsleistung Wertschätzung findet. Bei einer Arbeitsüberlastung müssen Entlastungsmöglichkeiten gefunden werden. Diese können extrinsisch (das Unternehmen schafft Entlastungen) oder intrinsisch sein (der Betroffene findet Möglichkeiten, sein Leistungsverhalten zu verändern). Für

den Arbeitgeber ist die Information entscheidend, dass der Betroffene signalisieren kann, dass er sich weiterhin engagiert für das Unternehmen einsetzen will und auch wieder gesunden wird. Gerade für kleinere Unternehmen ist diese Information wichtig, da diese auf jeden einzelnen Mitarbeiter angewiesen sind.

(5) Das Arbeiten mit dem inneren Team

Diese Arbeitsweise ermöglicht eine intrinsische Veränderung und wurde in der gleichen Sitzung von der Behandlerin erklärt und angewandt. Herr B war sehr interessiert. Das Anliegen an das innere Team wurde formuliert:

➤ „Was können wir tun, damit wir mit den beruflichen Aufgaben ressourcenschonender umgehen können?“

Als innere Teammitglieder und Kernbotschaften wurden folgende deutlich: Der Schrauber (das macht mir Spaß und liegt mir), der Aufbrausende (das wird mir zu viel, da gibt es keine sachliche Argumentation mehr), der Macher (das schaffe ich schon), der Perfektionist (es muss alles 100 prozentig sein), der Erschöpfte (ich kann nicht mehr). Weiterhin wird in dieser Arbeitsweise ein „innerer Chef“ installiert, der sein Team anhört und führt.

Bei der „inneren Teamsitzung“, bei der jedes Teammitglied in einen Dialog mit dem inneren Chef tritt, wurde deutlich, dass der Perfektionist und der Macher teilweise die „Chef Position“ übernommen hatten, wodurch Herr B sich über seine Ressourcen hinaus belastete. Der Erschöpfte hatte in der Teamsitzung wenig zu sagen und wurde auch vom inneren Chef bisher wenig wahrgenommen. Es wurde deutlich, dass der Aufbrausende sein Verbündeter ist, dieser wurde zwar durch seine emotionale Art vom inneren Chef wahrgenommen, aber zunächst erst schamvoll. Die Bedeutung änderte sich dann allerdings im Laufe der Sitzung, weil klar wurde, dass der Aufbrausende eigentlich eine sehr wichtige Aufgabe hatte, er schlägt im „inneren System“ von Herrn B Alarm, wenn es zu viel wird. Der Schrauber hatte Spaß an seinen Aufgaben und wurde so auch vom inneren Chef wahrgenommen.

Herr B konnte sich sehr gut in die einzelnen Rollen einfinden und auch die Rolle des inneren Chefs annehmen. Er registrierte, dass sein innerer Chef sein inneres Team steuert und moderiert. Die Empfindungen aller Teammitglieder müssen gehört werden, danach kann der innere Chef eine Entscheidung treffen. Das führt unter anderem dazu, dass der Aufbrausende seine Emotionen vorher mitteilen kann und der innere Chef dieses in Ruhe nach außen kommunizieren kann.

Anmerkung

Bei der Arbeit mit dem inneren Team werden eigene Persönlichkeitsaspekte (sogenannte Teammitglieder) deutlich. Jeder Mensch besitzt in seiner Persönlichkeit unterschiedliche Anteile, wie oben in dem Beispiel beschrieben. Das Kennenlernen dieser inneren Teammitglieder ist sehr wertvoll, um diese z. B. im beruflichen Kontext gezielt einzusetzen. Das innere Team kann bewusst gesteuert werden, wie ein reales Team. Voraussetzung ist, dass ein „innerer Chef“ installiert wird. Dieser kann das innere Team moderieren und leiten. Das Einsetzen des inneren Teams eröffnet bisher unerkannte ressourcenschonende Möglichkeiten im Umgang mit beruflichen oder auch privaten Herausforderungen.

(6) Die Wiedereingliederung

Nach **8 Wochen** hatte sich Herr B in der Zwischenzeit weiterhin mit seinem inneren Team auseinandergesetzt und fühlte sich insgesamt schon sehr gut:

➤ „Ich habe einen neuen Chef, ich bin ganz begeistert von dieser Arbeitsweise.“

Er bemerkte, dass sich seine innere Einstellung verändert hatte und die beruflichen Belastungen und seine Unausgeglichenheit aus einer anderen Perspektive betrachten konnte. Er wollte in

Kürze einen beruflichen Wiedereinstieg wagen und konnte sich gut vorstellen, eine Wiedereingliederung mit zunächst 4 Stunden für 2 Wochen zu beginnen. Herr B hatte aber auch Bedenken, er könne möglicherweise in seine alten Verhaltensweisen zurückzufallen, andererseits war er auch zuversichtlich, es mithilfe seines inneren Teams zu schaffen:

➤ **„Es hat sich vermutlich während meiner Abwesenheit ein Berg von Arbeit angesammelt, ich darf mir keinen Druck machen, gleich alles sofort abzuarbeiten, nach 4 Stunden ist Schluss.“**

Die Wiedereingliederung wurde eine Woche später eingeleitet, der Vorgesetzte war einverstanden.

Anmerkung

Für den Patienten ist es erleichternd, wenn er weiß, dass er bei erneuter psychischer Problematik die Wiedereingliederung jederzeit abbrechen kann. Durch das Angebot des Behandlers, sich jederzeit vorstellen zu können, fühlt der Betroffene sich sicherer.

Nach **11 Wochen** hatte Herr B sich beruflich ganz gut eingefunden, der Vorgesetzte hatte dem Team von Herrn B einige Aufgaben direkt zugewiesen. Es konnten damit überwiegend bürokratische Aufgaben erledigt werden, bei den technischen Aufgaben war das eingeschränkter möglich. Auf diese konnte Herr B sich in erster Linie konzentrieren, eine Aufgabe, die ihm ja sehr lag. Die Arbeitszeit von 4 Std war natürlich für das gesamte Arbeitsaufkommen zu knapp, Herr B war aber auch froh, dass er sich erst einmal nicht voll belasten musste:

➤ **„Ich habe konsequent Schluss gemacht, will ganz bewusst nicht mehr so reagieren wie früher, wenn der Aufbrausende sich meldet, weiß ich, dass da etwas zu viel wird und ich kann in den Modus des inneren Chefs schalten und sachlich argumentieren.“**

Von seinem Team und Vorgesetzten war er herzlich empfangen worden, das gab ihm zusätzlichen Auftrieb. Herr B fühlte sich nunmehr in der Lage, 6 Stunden täglich zu arbeiten. Diese Stundenbelastung wurde für 3 Wochen geplant. Die Medikation wurde unverändert fortgesetzt.

Anmerkung

Ein gutes Arbeitsklima ist eine sehr günstige Voraussetzung für eine Wiedereingliederung. Es ist sehr vorteilhaft, wenn der Betroffene aufgrund seiner Erkrankung nicht ausgegrenzt wird, sondern Unterstützung findet.

Nach **14 Wochen** fühlte sich Herr B weiterhin wohl, hatte die technischen Aufgaben im Griff und konnte sich gegenüber den bürokratischen Aufgaben besser abgrenzen, weil er in der Lage war, mehr an sein Team zu delegieren. Wie und wer verantwortlich für das Qualitätsmanagement sein sollte, war immer noch nicht geklärt worden, das belastete Herrn B, der diese Aufgabe auf sich zukommen sah:

➤ **„Ich hatte dann das Bedürfnis, diese Sache aktiv mit meinem Vorgesetzten zu klären und habe das Gespräch gesucht, da verhalte ich mich jetzt anders als früher.“**

Der Vorgesetzte wollte sich darauf zuerst nicht einlassen, betonte, dass er Herrn B diese Sache zutraut. Herr B erreichte dann aber, dass er bei den QM Aufgaben durch eine zusätzliche Mitarbeiterin entlastet würde. Damit hatte er das Gefühl, nun seine Tätigkeit wieder mit der normalen Arbeitszeit ausführen zu können. Die Medikation wurde noch weiter fortgesetzt, ein langsames Ausschleichen bei weiterer psychischer Stabilität nach 3 Wochen unter der vollen Arbeitsbelastung besprochen. Ebenso wurde Herrn B die Option gegeben, von sich aus die Medikation wieder

zu erhöhen, wenn er Probleme bekommen sollte. Es wurden die entsprechenden Frühwarnzeichen besprochen. Diese sah Herr B folgenderweise:

➤ „Wenn ich wieder schlecht schlafen kann, gereizt reagiere und nervös bin.“

Notfallmäßig konnte er sich jederzeit wieder bei der Behandlerin vorstellen.

Anmerkung

Das Selbstmanagement des Betroffenen wird dadurch gefördert, dass er in einem vorgegebenen Rahmen mit seiner Medikation selbst umgehen lernt. Ebenso ist es sehr wichtig, dass der Betroffene seine Frühwarnzeichen kennt und als Notfallkoffer die Medikation in vorgegeben Rahmen einsetzen kann und die Gewissheit hat, sich rasch an den Behandler zu wenden, wenn es zu einer Krise kommen sollte. Auf der intrinsischen Ebene hatte Herr B sein Leistungsverhalten verändert, er konnte besser delegieren und auch aktive Entlastung bei seinen Aufgaben fordern. Auf der extrinsischen Ebene wurde er durch das Einsetzen einer zusätzlichen Mitarbeiterin entlastet.

Nach **18 Wochen** war Herr B weiterhin psychisch stabil, begann langsam, die Medikation zu reduzieren. Er bemerkte zu Hause nach einem vollen Arbeitstag, dass eine Tendenz zur Gereiztheit bestand, wenn er sich sofort von der Familie gefordert fühlte. Mit seiner Frau traf er die Vereinbarung, dass er zu Hause erst einmal eine Stunde Zeit für sich haben sollte und sich danach in die Familie einbringen würde. Auch der Sport auf dem indoor bike tat ihm gut, um den Kopf freizubekommen und zu entspannen.

Anmerkung

Es kann auch wichtig sein, im privaten Bereich auf die Ressourcen zu achten und entsprechende Lösungen zu finden.

(7) Abschluss

Es fanden weitere Verlaufskontrollen statt, die Termine konnten in immer größeren Zeitabständen vereinbart werden. Die Medikation konnte langsam ganz ausgeschlichen werden. Das Arbeiten mit dem inneren Team hatte sich bei Herrn B gut etabliert, trotz mancher erneuter beruflicher Herausforderungen kam er gut zurecht. Nach einem Jahr war Herr B weiterhin psychisch stabil.

8.3.4 Ein Beispiel aus der Sicht einer Psychologin

Mitarbeiterin eines Integrationsfachdienstes (IFD)

(1) Ausgangssituation: „Die wollen mich nicht haben, aber ich will.“

Mein erster Kontakt mit Herrn A. erfolgt telefonisch. Ein persönliches Vorgespräch hatte bereits in einer offenen Sprechstunde mit einem Kollegen stattgefunden. Der IFD bietet wöchentlich eine Sprechstunde an, in der man sich ohne vorhergehende Terminvereinbarung beraten lassen kann. Ist eine weitergehende Beratung/Begleitung erforderlich, wird der "Fall" im Team vorgestellt und ein Berater mit freien Kapazitäten und evtl. bereits vorhandener Kontakte zum Arbeitgeber des vorgestellten Falles übernimmt.

Herr A. wird in den nächsten Tagen eine mehrwöchige medizinische Reha in einer psychosomatischen Rehaklinik beginnen. Mein Anliegen ist es, mit ihm einen Termin für ein persönliches Gespräch nach seiner Rückkehr zu vereinbaren. Für Herrn A. ist es bedeutsam, mir von seiner Vorgeschichte zu berichten. Es ist wahrnehmbar, unter welchem Druck er steht, er wirkt getrieben und verzweifelt. Mit viel Bitterkeit beschreibt er die Erlebnisse der letzten Jahre.

Herr A., gelernter Verwaltungsfachangestellter, ist seit mehr als 10 Jahren als Sachbearbeiter im Unternehmen tätig. In den vergangenen Jahren habe die Arbeitsbelastung durch permanente Umstrukturierungen und Personalabbau deutlich zugenommen. Die Folge seien wechselnde Einsatzbereiche und Aufgaben ohne hinreichende Einarbeitung gewesen. Ohnehin sei die Organisation im Unternehmen chaotisch. Auch durch zusätzliche Aufgaben habe das Arbeitsvolumen deutlich zugenommen. Seine Tätigkeitsbeschreibung sei so vage formuliert, dass sich hieraus nicht ableiten lasse, in welchem Umfang zusätzliche Aufgaben angemessen seien. Über einen langen Zeitraum fühlte er sich permanent unter Zeitdruck. Es gäbe keine Urlaubs- und Krankheitsvertretung – der Berg an Liegegebliebenem nach dem Urlaub sei immer erschlagend gewesen. Von seinem letzten Vorgesetzten habe er keine Unterstützung erhalten, eher im Gegenteil, er würde es fast als Mobbing bezeichnen – regelmäßig abwertende Bemerkungen in seine Richtung, ihn bei Fragen ignorierend.

Er habe das Gefühl, man wolle ihn loswerden – er sei alt und auch durch seine wiederkehrenden Erkrankungen nur noch ein Kostenfaktor fürs Unternehmen. Bereits vor 2 Jahren sei er längere Zeit durch ein Burnout ausgefallen. Der Wiedereinstieg sei – dank eines guten Vorgesetzten – gut verlaufen. Da er aber nur zeitlich befristet abgeordnet gewesen sei, musste er nach einem Jahr in einen anderen Einsatzbereich wechseln. Und dann hatte er mit dem o.g. Chef zu tun. Und dann sei es wieder losgegangen mit den Schlafstörungen, der Unruhe, den Selbstzweifeln und der Angst. Er habe sich immer weniger konzentrieren können, dadurch mehr Fehler gemacht und viel zu viel Zeit gebraucht, um seine Aufgaben zu erledigen, der Berg wurde immer größer.

Anmerkung

Die geschilderten Arbeitsbedingungen bzw. deren Verschlechterungen sind kein Einzelfall sondern die Regel, wenn sich psychisch erkrankte Beschäftigte an uns wenden, um nach längerer AU Unterstützung bei einer Wiedereingliederung zu bekommen.

Seit 7 Monaten sei er jetzt krankgeschrieben. Er sei in fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung. Nach der Kur wolle er an seine Arbeit zurück, aber ein Wiedereinstieg sei für ihn nur an einem anderen Arbeitsplatz im Unternehmen denkbar. Unter keinen Umständen wolle er an seinen alten Arbeitsplatz zurück. Er wolle unbedingt, bevor das Krankengeld auslaufe, die Arbeit wieder aufgenommen haben. Er sei allein stehend und könne sich schon jetzt seine Arbeitsunfähigkeit kaum mehr leisten. Nach der Kur wolle er mit meiner Unterstützung Kontakt zum Unternehmen aufnehmen. Eine Einladung zum BEM habe er erhalten, aber soweit er mitbekommen habe, passiere hier inhaltlich ganz wenig, es sei eher ein formeller Akt.

Meine Einschätzung nach diesem Telefonat – eine erfolgversprechende Wiedereingliederung, vor allem auch in diesem sehr eng gesetzten Zeitplan, ist aktuell nicht realistisch. Herr A. ist psychisch noch zu instabil, die belastenden Erfahrungen der letzten Jahre nicht ansatzweise verarbeitet. Ein erneutes Scheitern der Wiedereingliederung würde voraussichtlich mittel- bis langfristig zu einer Ausgliederung aus dem Erwerbsleben führen.

Beim ersten persönlichen Kontakt, nach abgeschlossener Reha, revidiere ich meine Einschätzung – Herr A. hat sich deutlich stabilisiert. Wir steigen in den Prozess der Vorbereitung und Durchführung der Wiedereingliederung (WE) ein.

(2) Die professionelle Unterstützung durch den IFD

Bereits im Vorfeld, vor dem ersten persönlichen Kontakt, erfolgte eine telefonische Beratung des Sozialdienstes der Kurklinik zur Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) bei DRV. Die Mitarbeiterin wurde über die Rolle des IFD informiert und über die geplante

Wiedereingliederung. Des Weiteren informierte ich sie über die Möglichkeit, über die LTA eine betriebliche Anpassungsmaßnahme zu beantragen, um die stufenweise WE bei Bedarf zu verlängern und in welcher Weise dies in dem Reha-Abschlussbericht vermerkt werden sollte. Der Mitarbeiterin im Sozialdienst war diese Möglichkeit nicht bekannt.

Mit Herrn A. erfolgte dann die Erarbeitung der erforderlichen betrieblichen Bedingungen für eine WE:

- a. Innerbetriebliche Umsetzung, Chemie mit Vorgesetzten muss stimmen
- b. Klar umrissene Aufgaben-/Tätigkeitsbeschreibung
- c. Störungsfreier Arbeitsplatz (Lärmpegel, Unterbrechungen, Beleuchtung)
- d. Umfassende Einarbeitung in neue Aufgaben
- e. Vereinbarung regelmäßiger Feedbackgespräche mit Vorgesetztem
- f. Organisation innerbetrieblicher personeller Unterstützung
- g. Regelung von verbindlicher Urlaubs- und Krankheitsvertretung
- h. Behinderungsgerechte Arbeitsplatzgestaltung aufgrund orthopädischer Beeinträchtigungen
- i. Realistische zeitliche Planung, Vereinbarung im BEM-Team, dass die Wiedereingliederung im Rahmen des BEM länger als die bewilligte Stufenweise Wiedereingliederung zu planen ist (RTW > BEM > STWE).

Nach der Erarbeitung dieser Bedingungen fand ein Vorgespräch mit den betrieblichen Interessensvertretern (BR, SBV) zur Vorbereitung des BEM statt, in dem die Planungen bzgl. des zeitlichen Ablaufs und der erforderlichen Maßnahmen vorgestellt und auf ihre Realisierbarkeit im Unternehmen erörtert wurden. Nachfolgend wurde festgelegt, wer bis wann für die Einleitung der nächsten Schritte verantwortlich ist.

Der IFD unterstützte Herrn A. in einem nächsten Schritt, die erforderlichen betrieblichen Bedingungen für eine Erfolg versprechende WE zu präzisieren, um diese mit seinem Facharzt zur Formulierung eines Attestes zur Vorlage beim AG zu besprechen.

Zeitnah zu den o.g. Vorgesprächen mit den betrieblichen Interessensvertretern beginnen die ersten BEM-Gespräche. Der IFD nimmt an allen BEM-Terminen zur Umsetzung der Planungen teil (Im Betrieb gibt es bislang wenig Erfahrungen im BEM, im Besonderen bei der WE psychisch beeinträchtigter Beschäftigter; deutlich werden unklare Aufgabenverteilung bzgl. Steuerung des BEM; in Folge bedarf es vonseiten des IFD bzw. Herrn A. wiederholter Nachfragen zu vereinbarten BEM-Terminen, Protokollen und Umsetzung der Maßnahmen).

Alle Betriebsgespräche wurden mit Herrn A. vor- und nachbereitet. Im Vorfeld, Klärung welche Themen, von wem (Klient oder IFD) wie kommuniziert werden sollen. Im Nachgang Bewertung der Ergebnisse, was ist erfolgt, was noch offen, welche weiteren Schritte sind erforderlich.

Während des Wiedereingliederungsprozesses finden regelmäßige Auswertungsgespräche zum Verlauf gemeinsam mit Herrn A. im IFD statt. Eine wichtige Aufgabe des IFD-Mitarbeiters ist hierbei, Entwicklungsfortschritte aufzuzeigen, da die Betroffenen dazu neigen, eher wahrzunehmen, was sie noch nicht können als wahrzunehmen, was sie sich bereits wieder angeeignet haben. Die Tendenz, defizitorientiert, ausgeprägt selbstkritisch zu sein, ist den meisten psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmern wohl bekannt, dies offen kommuniziert, gespiegelt zu bekommen, erleben sie als entlastend, auch in der Verbindung mit der Motivierung, sich mit diesem Thema psychotherapeutisch begleitet auseinander zu setzen.

(3) Das Ergebnis: Eine erfolgreiche Wiedereingliederung und das wiedergewonnene Vertrauen in die eigene Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit

Nach 8 wöchiger stufenweiser Wiedereingliederung steigt Herr A. wieder in Vollzeit ein. Folgende o. g. Bedingungen konnten umgesetzt werden: a, c, d (teilweise), e, f, h, und i. Der RTW-Prozess wurde nach 10 monatiger Dauer abgeschlossen.

Herr A. hat trotz wiederkehrender Befürchtungen, es nicht zu schaffen, den WE Prozess gut bewältigt, wieder Selbstvertrauen in seine Fähigkeiten und Belastbarkeit gewonnen. Zentrale Themen im Reflexionsprozess waren: die negative Bewertung der eigenen Fähigkeiten und Selbstwirksamkeit. Erwartungsangst/Misstrauen gegenüber Vorgesetzten und AG-Beauftragten. Eigene Grenzen frühzeitig wahrzunehmen, Überforderung vermeiden, Unterstützungsbedarf artikulieren.

- **Die Basis für eine erfolgreiche Unterstützung durch den IFD ist die Entwicklung einer vertrauensvollen Kooperationsbeziehung und eines offenen Dialoges mit dem Klienten mit folgender Rollenverteilung: Der Klient als Experte seiner Situation und der Berater als Experte beruflicher Teilhabe.**

Folgende Aspekte sind Grundvoraussetzungen für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Berater und Klient beim IFD:

- **Transparenz herstellen:** bezogen auf die Rahmenbedingungen des Beratungsangebotes: Wobei und wie unterstützt der IFD? Wie erfolgt die Kommunikation/Kooperation mit dem Klienten? (Zentral für psychisch beeinträchtigte Klienten ist die Schweigepflicht des IFD-Beraters und die Zustimmung zur Kontaktaufnahme mit Dritten durch den Klienten)
- **Verständnis:** der Klient ist der Auftraggeber des IFD
- **Klärung des Auftrages:** Absprache mit dem Klienten über sein Anliegen und seine Erwartungen
- **Orientierung an den Anliegen,** Interessen und Ressourcen des Klienten
- **Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und Authentizität** des Beraters
- **Empathisches, respektvolles Verhalten** des Beraters
- **Klare, eindeutige Kommunikation.**

(4) Zentrale Aspekte einer erfolgreichen Wiedereingliederung

Differenzierte Situationsanalyse und Ressourcenklärung des Klienten, im Besonderen:

- Wie sehen die Arbeitsbedingungen und -anforderungen aus?
- Und daraus ableitend, welche Arbeitsbedingungen benötigt der Klient, um gut arbeiten zu können?
- **Klärung mit den betrieblichen Partnern, welche sind im Betrieb umsetzbar?**
Meiner Erfahrung nach wird dieser zentrale Aspekt im BEM in der Regel vernachlässigt und führt regelmäßig zum Scheitern.)
- **Analyse des Potenzials des Klienten.** Was traut er sich im Moment zu? Bild seiner Person vor der Erkrankung? Was gilt es aktuell für eine WE unbedingt zu vermeiden? Was benötigt er zum Gelingen?
- **Erarbeitung eines realisierbaren Wiedereingliederungsplanes**
- **Unterstützung der Stufenweisen Wiedereingliederung durch die betrieblichen Partner erwirken**
Häufig ist die Aufgabe des IFD die Darlegung der betrieblichen Vorgeschichte und der Perspektive des Arbeitnehmers sowie Erläuterungen zu rechtlichen Rahmenbedingungen.
- **Begleitung des zurückkehrenden Mitarbeiters während der Wiedereingliederung durch den IFD.**

Vor- und Nachbereitung der „Betriebsgespräche“ sowie von Feedbackgesprächen während der Stufenweisen Wiedereingliederung; dies dient dazu, die Selbstsicherheit des Klienten zu stärken, Konflikte im Arbeitskontext zu erörtern, Erwartungen an sich selbst und das betriebliche Umfeld realistisch einzuschätzen und zur Erarbeitung von Handlungsstrategien: Wie gehe ich mit Belastungen um? Wie mit Kritik von meinen Vorgesetzten? Wie mit Leistungsdefiziten etc.

8.3.5 Ein Beispiel aus der Sicht einer Psychologin und Disability Managerin

Ina Riechert, Diplom Psychologin, Disability Managerin (CDMP)

➤ **Die Einführung eines BEM ist noch kein Indikator für ein gutes BEM. Alter Wein in neuen Schläuchen? Wie ein BEM missbraucht werden kann.**

(1) Ausgangssituation

Frau Panter ist um die 50 Jahre alt. Sie hat eine kaufmännische Ausbildung absolviert, ist Steuerfachgehilfin und Personalfachkauffrau und hat viele Jahre Berufserfahrung bei verschiedenen Firmen als Sachbearbeiterin. Seit vielen Jahren ist Frau Panter bei einem großen Dienstleistungsunternehmen als Sachbearbeiterin beschäftigt. Ein Betriebliches Eingliederungsmanagement ist dort etabliert und an die Personalabteilung angegliedert.

In den letzten Jahren hat sich die Arbeitssituation von Frau Panter immer mehr verändert und die Arbeit verdichtet. Mit zunehmendem Arbeitsaufkommen und Arbeitsdruck wächst auch die psychische Belastung, denn Frau Panter merkt, dass sie die anfallenden Arbeiten nicht mehr in der vorgegebenen Zeit schaffen kann. Sie führt wiederholt Gespräche mit ihrem Vorgesetzten wegen des Arbeitsaufkommens und wünscht sich mehr personelle Unterstützung. Statt einer Unterstützung erhält sie zwei Abmahnungen wegen zu hoher Arbeitsrückstände mit der Begründung, die Rückstände lägen an mangelnder Arbeitsorganisation der Mitarbeiterin. Trotz dieser ungeheuerlichen Kränkung versucht sie dem Druck weiter Stand zu halten, bis sie eines Tages weinend ihren Arbeitsplatz verlässt.

Die Ärztin empfiehlt ihr ein Achtsamkeitstraining und lädt sie alle 4 Wochen zu einem Gespräch ein. Sie nimmt an einem Achtsamkeitstraining in einer Klinik für Stressmedizin teil. Das Training findet ambulant in 8 Sitzungen von 3 Stunden Dauer statt. Sie kann sich ein wenig erholen und stabilisieren, doch diese Gruppe allein hat noch nicht ausgereicht.

Im Sommer kann sie regelmäßig an einer Verhaltenstherapie (in Form einer Gruppentherapie) teilnehmen in einer sehr großen VT-Praxis mit Ausbildungsinstitut (Nachteil: Therapeutenwechsel). Zu diesem Zeitpunkt gut ein halbes Jahr nach ihrem Zusammenbruch kann sie ihre Erkrankung akzeptieren und sagt sich das erste Mal:

➤ **„Ich nehme mir jetzt die Zeit für mich.“**

Sie stellt einen Antrag auf medizinische Rehabilitation bei der Rentenversicherung und kann eine Reha-Maßnahme in einer psychosomatischen Klinik außerhalb Hamburgs beginnen. Der Abstand tut ihr gut und sie erholt sich und fühlt sich stark genug, wieder in den Betrieb zurückzukehren.

(2) Rückkehr in den Betrieb

Obwohl Frau Panter bereits mehrere Monate fehlte, hatte sich der Betrieb bis zu diesem Zeitpunkt nicht bei ihr gemeldet. Sie kündigt nun im Betrieb ihre Rückkehr an.

Sie macht mit ihrem Arzt folgenden Eingliederungsplan:

- 1 Woche 3 Stunden
- 1 Woche 4 Stunden
- 1 Woche 5 Stunden und
- 1 Woche 6 Stunden
- Danach Vollzeit.

Und sie reicht den Plan bei ihrer Personalabteilung ein. Nun meldet sich die BEM-Beauftragte und bietet ihr ein Gespräch an. Es gibt ein Treffen. Mit dabei sind die BEM-Beauftragte und ein Betriebsrat. Die Frage, ob denn ihre Erkrankung etwas mit der Arbeit zu tun hat, beantwortet Frau Panter mit ja und beschreibt noch einmal, wie die damalige Arbeitsverdichtung zu ihrem Zusammenbruch geführt hat. Nach den Erfahrungen von damals will sie auf keinen Fall die STWE in ihrer alten Abteilung beginnen.

Von der Personalabteilung wird ihr im BEM-Gespräch angeboten, dass sie mit der Wiedereingliederung in der Archivierung starten kann. Der Arbeitgeber stimmt dem Plan zu, findet aber den vorgelegten Eingliederungsplan recht ehrgeizig. Deshalb wird ihr von der Personalabteilung die Möglichkeit eröffnet, diesen Plan jederzeit ändern zu können. Es sollen in der neuen Abteilung regelmäßige Gespräche zur Auswertung der STWE geführt werden.

In der Archivierung hat sie an ihrem ersten Tag einen Termin mit ihrem neuen Chef und dieser teilt ihr zur Begrüßung mit:

➤ „Sie laufen da mal mit und dann sehen wir, wie das leistungsmäßig läuft. Aber wenn es in der neuen Abteilung nicht läuft, werden Sie nicht übernommen.“

Wie lief die erste Woche mit 3 Stunden? Eine Kollegin hat sie eingearbeitet und nach einer Woche hat sie ein erstes Auswertungsgespräch mit dem Vorgesetzten – ganz spontan, ohne Vorankündigung und ohne Betriebsrat. Ihr wird aufgetragen, wöchentlich Arbeitsberichte zu schreiben und anzugeben, wie viele Akten sie in welcher Zeit archiviert hat, um ihre Arbeitsleistung als Takt zu erfassen und sie mit gesunden Kollegen zu vergleichen.

Auch alle weiteren Auswertungsgespräche finden in dieser ersten Zeit mit dem Vorgesetzten und der Gruppenleiterin ohne den BR statt. Nach 4 Wochen wendet Frau Panter sich an den BR und dem Vorgesetzten wird diese Praxis der Leistungsbewertung während der Wiedereingliederung verboten.

Dennoch läuft das Verfahren der Leistungsbewertung weiter und an der Stelle des Vorgesetzten nimmt nun eine junge Personalverantwortliche an den Gesprächen teil. Der Betriebsrat wird weiterhin auf Betreiben der Abteilungsleitung ausgeschlossen und nicht informiert. Die Auswertungsgespräche mit der Gruppenleiterin und der Personalverantwortlichen verlaufen nach dem Empfinden von Frau Panter relativ fair – immer wird die erbrachte Leistung bewertet.

Die Wiedereingliederung endet wie geplant nach 4 Wochen und Frau Panter hat nach dem beschriebenen Bemessungsverfahren eine Leistung von 80–90 % erreicht. Leistungsschwankungen werden kritisch bemerkt, ohne die unterschiedlichen Schwierigkeitsgrade bei der Aktenbearbeitung zu bewerten.

Gänzlich außer Acht gelassen wird, dass es sich um eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen eines BEM handelt. Frau Panter wird behandelt wie eine Mitarbeiterin, die eine Versetzung in eine andere Abteilung verlangt hat.

Zum Ende der 4. Woche setzt sich eine größere Runde zusammen bestehend aus den beiden Abteilungsleitern (der neuen und der alten Abteilung), der Personalverantwortlichen, dem Prokuristen und Frau Panter. Auch dieses Mal ist kein BR dabei.

(3) Die Ausgliederung

Eine endgültige Personalentscheidung wird Frau Panter im Beisein des BR noch einmal offiziell 3 Tage später von der Personalabteilung mitgeteilt. Eine Übernahme nach der Wiedereingliederung sei weder in der alten noch in der neuen Abteilung möglich. Aber ihr wird ein neuer Arbeitsplatz angeboten: im Untergeschoss in einem Raum mit wenig Tageslicht. Dort hat sie die Aufgabe, 8 Stunden täglich Briefumschläge und Mappen im Posteingang zu prüfen und abzuliefern. Diese Umsetzung auf den neuen Arbeitsplatz wurde sofort durchgeführt, obwohl der BR gewarnt hatte, eine solche Versetzung berge das hohe Risiko eines Krankheitsrückfalles. Nach einem Gespräch mit dem Betriebsrat am 1. Arbeitstag im Keller brach Frau Panter die WE ab und meldet sich erneut krank.

In ihrer alten Abteilung werden währenddessen zusätzliche neue Mitarbeiter eingestellt, nachdem ein anderer Kollege krankheitsbedingt ausgefallen ist. 2 Jahre vorher hatte Frau Panter immer wieder wegen des hohen Arbeitsaufkommens mehr Personal angemahnt und hatte darüber viele Gespräche mit dem Chef. Der war der Überzeugung:

➤ „Die Arbeit ist nicht zu viel – Du bist zu langsam.“

Frau Panter ist nicht wieder in den Betrieb zurückgekehrt, sondern hat, nachdem sie sich von dieser gescheiterten Wiedereingliederung erholt hat, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt und nach einer längeren Phase der Genesung und Stabilisierung eine Maßnahme in einem beruflichen Trainingszentrum begonnen.

In diesem Fall wurde das BEM missbräuchlich für die Ausgliederung einer Mitarbeiterin genutzt.

Der Betriebsrat hat ihr zu Beginn hilfreich zur Seite gestanden und ihr eine schnelle Behandlung durch einen Facharzt vermittelt. Das zeigt, wie wichtig in der Mitarbeiterberatung gute Kontakte zwischen betrieblichen Akteuren und dem gesundheitlichen Versorgungssystem sind.

Das weitere Vorgehen im Betrieb zeigt aber auch, wie ein BEM dazu benutzt wurde, um sich einer Mitarbeiterin zu entledigen. Sie wurde während der STWE wie eine gesunde Mitarbeiterin behandelt, die ungefragt und ohne Einbeziehung des BR einer Leistungsbeurteilung unterzogen wurde. Nun könnte man ja meinen, dies sei ein unglücklicher Einzelfall. Das ist es aber leider nicht, denn in vielen Firmen wird die Praxis der Krankenrückkehrgespräche als disziplinarisches Mittel unter dem Deckmantel des BEM fortgeführt.

Ich denke, hier ist noch viel Aufklärungsarbeit vonnöten, bis die Betriebe das BEM als Möglichkeit sehen, erkrankte Mitarbeiter wieder so zu integrieren, dass sie wieder voll leistungsfähig sind.

8.3.6 Wiedereingliederung psychisch kranker Beschäftigter in einem metallverarbeitenden Großunternehmen. Ein Erfahrungsbericht aus betriebsärztlicher Sicht

Betriebsarzt aus einem Großunternehmen

Seit 2004 ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement gesetzlich im § 84 Abs. 2 SGB IX verankert.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ermöglicht den zurückkehrenden Mitarbeitern in unserem Betrieb vor allem eine stufenweise Wiedereingliederung. Obwohl das Gesetz eine Beteiligung des Betriebsarztes nur „soweit erforderlich“ vorsieht, hat sich in unserem Unternehmen ein mit Arbeitgeber und Interessensvertretungen vereinbarter regelhafter Prozess bewährt, bei dem Beschäftigte, die eine Wiedereingliederung anstreben, sich zunächst mit relevanten, aktuellen Befunden und Wiedereingliederungsformular an den Betriebsarzt wenden können. Da jeder Organisationseinheit des Unternehmens ein Arbeitsmediziner zugeteilt ist, wird der Beschäftigte von diesem durchgehend im Wiedereingliederungsprozess begleitet.

Anmerkung

Hierbei ist zu beachten, dass nach unserer Erfahrung viele private Krankenversicherungen diese stufenweise Wiedereingliederung nicht beinhalten oder sich auf eine Wiedereingliederungsdauer von maximal vier Wochen bei nicht mehr als 50 Prozent der Wochenarbeitszeit beschränken, was oftmals dazu führt, dass Betroffene (oft nicht nur vorübergehend) ihre vertragliche Arbeitszeit reduzieren müssen und ggfs. langfristig ihre soziale Sicherung gefährden.

Sinn dieses im Unternehmen festgeschriebenen Vorgehens bei der Wiedereingliederung ist eine vertrauensvolle, medizinische Begleitung des Beschäftigten, der sich bei Fragen und Problemen am Arbeitsplatz jederzeit an „seinen“ Betriebsarzt wenden kann. Zudem macht der Betriebsarzt vor Beginn der Wiedereingliederung einen Abgleich zwischen der physischen und mentalen/psychischen Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters und den Anforderungen seines Arbeitsplatzes. Er legt zusammen mit dem Mitarbeiter fest, welche Tätigkeiten er leisten kann und welche er ggf. überhaupt nicht mehr oder befristet nicht mehr erbringen kann.

Sollte der Beschäftigte den bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr bewältigen können, stößt der Betriebsarzt über das Personalwesen eine Umsetzung des Mitarbeiters an. Primäres Ziel ist es aber immer – sofern keine medizinischen Kontraindikationen oder andere schwerwiegende Gründe bestehen – ihn in seiner bisherigen Abteilung oder abteilungsnah einzusetzen.

Für den Erfolg oder Misserfolg einer Wiedereingliederung ist es aus betriebsärztlicher Perspektive sehr wichtig, wie ein Mitarbeiter von behandelnden Ärzten/Therapeuten auf den Wiedereinstieg vorbereitet wurde und wie seine innere Einstellung zum Arbeitsplatz ist. Bei Mitarbeitern, bei denen in der Therapie der Schwerpunkt nur auf Selbstreflexion und Eigenwahrnehmung lag und die Rückkehr in den Kollegenkreis bzw. das Arbeitsteam überhaupt nicht thematisiert wurde, ist unserer Erfahrung nach die Reintegration in das Team, das diesen Mitarbeiter u. U. viele Monate vertreten hat und auch eigene Probleme und Bedürfnisse hat, häufig schwierig.

Auch spielt die Diagnose und die Krankengeschichte eine erhebliche Rolle. Vor allem Beschäftigte mit langen Fehlzeiten, denen u. U. auch noch das Ende des Krankengeldbezugs droht, haben nicht die nötige Zeit, sich langsam wieder an Tagesstruktur und Arbeitsalltag zu gewöhnen. Hier ist ein Scheitern der Wiedereingliederung oft vorprogrammiert. Nach unserer Erfahrung haben vor allem Beschäftigte mit einer Depression deutlich längere Wiedereingliederungszeiten als Betroffene mit anderen psychischen Erkrankungen. Bei den Wiedereingliederungen in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen machen gerade aber Depressionen den Großteil aus. Erschwerend bei der Wiedereingliederung von Beschäftigten mit einer Depression beobachten wir geminderte kognitive Fähigkeiten. Die Betroffenen nehmen diese Konzentrationsschwäche und verminderte Lernfähigkeit bei wieder oder neu zu erlernenden Tätigkeiten/Fertigkeiten oft auch selber wahr und leiden darunter. Schamgefühl und Angst entsteht, nicht mehr die alte Leistungsfähigkeit zu erreichen.

Nach unserer Erfahrung ist in dieser für den Betroffenen anstrengenden und oftmals emotional fordernden Wiedereingliederungsphase die Einbettung in ein Helfernetzwerk innerhalb und außerhalb seines Arbeitsplatzes von enormer Bedeutung.

Ein möglichst frühzeitiger Kontakt zu „seinem“ Betriebsarzt ist unserer Erfahrung nach gerade bei psychisch belasteten Mitarbeitern wichtig für das Gelingen der Wiedereingliederung. Beim Erstkontakt mit dem Betriebsarzt, der idealerweise vor dem Start der Wiedereingliederung liegt, wird anhand von Befunden und im Gespräch mit dem Beschäftigten über seine Vorstellungen, Ängste und Erwartungen in Zusammenhang mit den Anforderungen seines Arbeitsplatzes gesprochen. Sowohl behandelnde Ärzte/Therapeuten wie auch der Betriebsarzt können so den Mitarbeiter gemeinsam auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz vorbereiten. Vor allem bei Beschäftigten mit einer Depression beobachten wir, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz oft angstbesetzt ist und eine immer größere Hürde darstellt, je länger die Arbeitsunfähigkeitsphase dauert. Wissen, nicht nur im Privatbereich sondern auch im Unternehmen jemanden zu haben, an den sie sich bei akuten Problemen und Krisen vertrauensvoll und unter Schweigepflicht wenden können, wird von den Betroffenen, die wir nach erfolgreicher Wiedereingliederung befragten, als sehr wichtig eingestuft.

Leider stellen trotz Schweigepflichtentbindung durch den Beschäftigten nicht immer die behandelnden Psychologen, Psychiater oder Hausärzte Befunde zur Verfügung. Oftmals bestehen Ressentiments gegenüber dem im Unternehmen arbeitenden und vom Unternehmen bezahlten Arbeitsmediziner, von dem angenommen wird, dass er einzig und allein die Interessen des Unternehmens vertritt. Einen Abbau der Bedenken kann man hier nur durch die (für uns selbstverständliche) fürsorgliche Betreuung des Patienten/Mitarbeiters, sein positives Feedback an seinen behandelnden niedergelassenen Arzt/Psychologen und durch wiederholte persönliche Kontakte zu den Behandlern der Region erzielen. Wir haben hierzu wiederholt Psychologen, Psychiater, Therapeuten und Hausärzte der Region ins Unternehmen eingeladen, um uns und unsere Arbeitsweise vorzustellen. Auch wurde ein Netzwerk unter Regie der Betriebskrankenkasse gegründet, das Schnittstellenproblematiken reduziert.

Dass man sich persönlich kennt und dass der Mitarbeiter ein positives Feedback über die Arbeit „seines“ Betriebsarztes gibt, ist unserer Ansicht nach das Entscheidende für eine gute Zusammenarbeit zwischen Behandlern und Betriebsarzt. Das Unterstützersystem innerhalb des Unternehmens und außerhalb des Unternehmens **muss** vernetzt sein, um dem psychisch kranken Mitarbeiter einen erfolgreichen Wiedereinstieg zu ermöglichen und um Rückschläge und vor allem gescheiterte Wiedereingliederungsversuche, die für diese Betroffenen besonders kräftezehrend sind, zu vermeiden.

Ein weiterer wichtiger Teil des Unterstützernetzwerks innerhalb des Unternehmens ist der Vorgesetzte. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass der Vorgesetzte vor allem für die Reintegration des zurückkehrenden Beschäftigten in das Kollegenteam eine wesentliche Rolle spielt. Er bespricht im Vorfeld in einem Rückkehrgespräch mit dem Mitarbeiter seinen Wiedereinstieg und legt Zuständigkeiten und Tätigkeiten fest. Da aber die Beschäftigten in der Mehrzahl der Fälle offen mit ihrer Erkrankung umgehen, findet oftmals auf Wunsch des Mitarbeiters bereits vor dem Beginn der Wiedereingliederung ein gemeinsames Gespräch zwischen Mitarbeiter, Betriebsarzt und Vorgesetztem statt, um wichtige Aspekte des Wiedereinstiegs zu besprechen. Dies wird nicht nur von den Mitarbeitern, sondern auch von den Vorgesetzten sehr gerne wahrgenommen, da häufig Unsicherheiten im Umgang mit dem zurückkehrenden Mitarbeiter bestehen. Oftmals besteht aus Sorge, einen erneuten Rückfall zu provozieren, die Tendenz, den Mitarbeiter zu unterfordern. Der Mitarbeiter wiederum kann in diesem 6-Augen-Gespräch seine Bedenken und Ängste offen formulieren, sodass der Vorgesetzte weiß, worauf er besonders achten muss. Zudem werden seit einigen Jahren Vorgesetzte zum Thema „psychische Erkrankungen“ und zum Umgang mit erkrankten Mitarbeitern geschult, um hier Unsicherheiten weiter abzubauen.

Entscheidend ist im weiteren Verlauf, dass der Vorgesetzte dem Team gegenüber klar festlegt, welche Aufgaben der zurückkehrende Kollege hat und welche (noch) nicht. Unterbleibt dies und

ist der Erkrankungshintergrund nicht bekannt, wird der Aufgabenumfang im Team festgelegt und vom zurückkehrenden Kollegen sehr schnell das alte Arbeitspensum erwartet, was diesen unter Druck setzt und nicht selten zum Scheitern der Wiedereingliederung führt.

Selbstverständlich sind auch Personalwesen, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung und Sozialbetreuung Teile des innerbetrieblichen Unterstützernetzwerks. Betriebsarzt und Vorgesetzten kommt aber durch Schweigepflicht bzw. Weisungsrecht besondere Bedeutung zu. Zudem bildet der Betriebsarzt das Bindeglied zwischen internem und externem Unterstützernetzwerk.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist für den Beschäftigten freiwillig. Durch die Angebote des Unternehmens und die Arbeit des Unterstützernetzwerks nehmen in unserem Unternehmen die Mehrzahl der Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen das Angebot einer stufenweisen Wiedereingliederung mit Einbeziehung des Betriebsarztes an.

Aus unserer Sicht bedarf es neben dem Unterstützernetzwerk vor Ort aber auch neuer sozialrechtlicher Lösungen für frühzeitige und mehrmonatige Wiedereingliederungen, die ab einem bestimmten Genesungszeitpunkt parallel zur Therapie über längere Zeiträume stattfinden können, sodass die Betroffenen nicht durch Verlust von Tagesstruktur und Krankengeldfortzahlung noch mehr beeinträchtigt werden.

Literatur

- Allianz Deutschland AG, & Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (Hrsg.). (2011). Depression – wie die Krankheit unsere Seele belastet. München/Essen: Allianz Deutschland AG; Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. <http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/sonstige/Allianz-Report-Depression.pdf>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). (Hrsg.) (2011). Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Berlin/Dortmund/Dresden. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd60.pdf;jsessionid=E0527599E2C51F2118FBD7CF1E539EFD.s1t2?__blob=publicationFile&v=1. Zugriffen: 05. Okt. 2017.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). (2012). BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout. BPTK: Berlin. http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_AU-Studie-2012.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Buschek, N. (2015). Eine Psychotherapie ist immer Kleinarbeit. Süddeutsche Zeitung. <http://www.sueddeutsche.de/gesundheits/behandlung-der-depression-eine-psychotherapie-ist-immer-kleinarbeit-1.2511627>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- European Depression Association (EDA). (2012). Pressemitteilung. https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/EDA_2012_pro_Depressionsepisode_36_verlorene_Arbeitstage.pdf. Zugriffen: 05. Sept. 2017.
- European Depression Association (EDA). (2014). Depression. Ein Ratgeber für Arbeiter ehmer/innen und Arbeitgeber/-innen. <http://www.european-depression-day.de/fileadmin/website/aktuelles/2013/Ratgeber-DepressiondeutscheFassung.pdf>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. Journal of Social Issue 30:159–165. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x/abstract>. Zugriffen: 05. Apr. 2016.
- iga. Fakten 6. Präsentismus. (2013). Verlust von Gesundheit und Produktivität. Druckhaus Dresden. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Fakten/Dokumente/Publikationen/iga-Fakten_6_Praesentismus_2.pdf. Zugriffen: 20. Sept. 2017.
- Mayer, D., Schmidt, H., & Hoelzer, M. (2010). Psychosomatische Sprechstunde und Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin. Erfahrungen aus der Automobilindustrie, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin (ASU), Zeitschrift für medizinische Prävention 45, 593–597. <http://www.asu-arbeitsmedizin.com/ASU-2010-10/Psychosomatische-Sprechstunde-und-Psychosomatische-Grundversorgung-in-der-ArbeitsmedizinBRErfahrungen-aus-der-Automobilindustrie,QUIEPT5NTeyMSZNSUQ9MTEwNTc2.html>. Zugriffen: 20. Sept. 2017.

- Steinke, M., & Badura, B. (2011). Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd60.pdf?__blob=publicationFile&v=7. Zugegriffen: 20. Sept. 2017.
- Unger, H.P., & Kleinschmidt, C. (2006). *Bevor der Job krank macht. Wie uns die heutige Arbeitswelt in die seelische Erschöpfung Wie uns die heutige Arbeitswelt in die seelische Erschöpfung treibt - und was man dagegen tun kann*. 8. Aufl. München: Kösel Verlag.
- Wege, N., & Angerer, P. (2013). Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. *Die Psychiatrie*, 2, 71–81.