

Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise

Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke unter der Lupe

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) beforscht in einer aktuellen Studie betrieblich-klinische Netzwerke zur verbesserten Versorgung psychisch erkrankter Beschäftigter und zeigt neben deren Stärken auch Grenzen auf. **Betje Schwarz, Uta Wegewitz**

Psychische Erkrankungen und Arbeit

Psychische Erkrankungen sind in der deutschen Erwerbsbevölkerung nicht nur weit verbreitet, sondern führen bei den Betroffenen auch häufig zu relevanten Beeinträchtigungen ihrer beruflichen Aktivität und Teilhabe (Wege u. Angerer 2013). So bilden psychische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit, gehen mit doppelt so langen Fehlzeiten wie andere Erkrankungen einher und sind der häufigste Grund für Erwerbsminderungsrenten (Wege u. Angerer 2013). Zwar können sich Belastungen am Arbeitsplatz auch negativ auf das individuelle Wohlbefinden und die psychische Gesundheit Beschäftigter auswirken (Rothe et al. 2017), Erwerbsarbeit erfüllt jedoch auch wichtige Funktionen. Sie ist Einkommensquelle, Struktur- und Sinngeber sowie Ort sozialer Kontakte, ermöglicht Aktivität und Kompetenzerleben und spielt eine zentrale Rolle bei der Statuszuweisung und sozialen Identitätsbildung. Bei lang andauernder Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit oder Erwerbsminderung entfallen diese Funktionen, was sich wiederum negativ auf das Wohlbefinden und die Gesundheit sowie auf die Teilhabe der Betroffenen auch in anderen gesellschaftlichen Teilbereichen auswirken kann (Semmer u. Udris 2004).

Mit ihren Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und den damit verbundenen hohen Krankheitskosten besitzen psychische Erkrankungen aber nicht nur in individueller, sondern auch in gesellschaftlicher und gesundheitsökonomischer Hinsicht eine besondere Relevanz (BMAS/BAuA 2016). Deshalb haben neben den Institutionen und Akteuren des Gesundheits- und Sozialversicherungssystems insbesondere

auch Arbeitgeber und Betriebe ein besonderes Interesse am Erhalt und der Wiederherstellung der psychischen Gesundheit ihrer Versicherten bzw. Beschäftigten. Unabhängig von monetären oder sozialen Motiven des Arbeitgebers für den Schutz der Gesundheit seiner Beschäftigten lässt sich aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch eine Fürsorgepflicht für die Arbeitnehmer im Rahmen bestehender Arbeitsverhältnisse ableiten. Eine Konkretisierung der Schutzpflichten geben gesetzliche Regelungen wie z.B. das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) oder das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG). Darüber hinaus besteht nach Sozialgesetzbuch (SGB) IX §167 auch die Pflicht des Arbeitgebers, Beschäftigten mit Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als sechs Wochen ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten.

Vor dem Hintergrund bestehender Lücken und Defizite in der Regelversorgung (insbesondere hinsichtlich der Früherkennung psychischer Erkrankungen, dem Mangel an ambulanten Therapieplätzen und den daraus resultierenden langen Wartezeiten, der verspäteten Einleitung psychosomatischer Rehabilitation sowie der fehlenden Abstimmung und Zusammenarbeit der beteiligten Akteure) haben sich in den vergangenen Jahren Betriebe, medizinisch-therapeutische Einrichtungen und teilweise auch Leistungsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) in zumeist lokal oder regional verorteten Versorgungsnetzwerken zusammengeschlossen. Ziel ist es, Beschäftigte mit psychischen Krisen und Erkrankungen zeitnah und bedarfsorientiert versorgen und damit ihre Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig sichern bzw. wiederherstellen zu können



Foto: privat

FÜR DIE AUTOREN

**Dr. PH Dipl.-Soz.
Betje Schwarz**

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
Fachgruppe 3.3 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“
Nöldnerstraße 40/42
10317 Berlin
Schwarz.Betje@baua.bund.de

(Wege et al. 2014). Aus internationalen Studien gibt es erste Befunde, dass solche stärker vernetzten und arbeitsplatzbezogenen Angebote nicht nur im Hinblick auf gesundheits-, sondern auch bezüglich arbeitsbezogener Outcome-Parameter besonders vielversprechend sind (Joyce et al. 2016). Ein zentrales Erfolgsmerkmal scheint dabei auch die Form der Vernetzung und des Arbeitsplatzbezugs zu sein.

Studie zur Vernetzung betrieblicher und überbetrieblicher Akteure

In ihrer Studie „Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise – Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren im Return to Work-Prozess“ nimmt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) derzeit eine Auswahl der in den

1 Das Projekt ist Teil des von der Fachgruppe 3.3 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“ initiierten Projektbündels „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und Betriebliche Wiedereingliederung“ und wird von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert.

Tabelle 1: Untersuchte Versorgungsnetzwerke

Netzwerkpartner	Angebot	Kurzbeschreibung
Großunternehmen, Einrichtung der psychotherapeutischen Versorgung, Krankenkasse	Psychosomatische Sprechstunde	Frühzeitige Identifikation und Zuweisung betroffener Mitarbeiter durch Betriebsärzte/Fallmanager der Krankenkasse; Sprechstunde: psychologische Diagnostik, Krisenintervention, Vermittlung in die Regelversorgung (Psychotherapie, akutpsychiatrische Behandlung, psychosomatische Reha)
Großunternehmen, Reha-Einrichtung, Krankenkasse	Betriebsärztlich eingeleitete medizinisch-beruflich orientierte psychosomatische Reha (MBO-PS-Reha)	Frühzeitige Identifikation betroffener Mitarbeiter durch Betriebsärzte, Sozialberatung, BEM-Beauftragte; Einleitung der MBO-PS-Reha durch Betriebsärzte (gutachterliche Stellungnahme, Terminierung); Betriebsärzte erhalten kurzen Entlassungsbericht per Fax als Grundlage für das BEM
Mittelständische und Großunternehmen verschiedener Branchen, Einrichtung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung, verschiedene Krankenkassen	Psychosomatische Sprechstunde, berufsorientierte ambulante, teilstationäre und stationäre Therapieangebote, Return to Work- (RTW-)Beratung nach akutpsychiatrischer Behandlung	Frühzeitige Identifikation und Zuweisung betroffener Mitarbeiter durch Betriebsärzte, Sozialberatung, Human Resources, BEM-Beauftragte; Sprechstunde: psychologische Diagnostik, Krisenintervention, Vermittlung in die Regelversorgung (Psychotherapie, akutpsychiatrische Behandlung, psychosomatische Reha); RTW-Beratung für arbeitsunfähig aus der akutpsychiatrischen Behandlung entlassene Patienten
Kleinst-, klein- und mittelständische Unternehmen verschiedener Branchen, Einrichtung für Prävention und Rehabilitation, regionaler Rentenversicherungsträger	Berufscoaching nach medizinisch-beruflich orientierter psychosomatischer Reha (MBO-PS-Reha)	Berufscoaching nach einer MBO-PS-Reha für Patienten mit weitergehendem Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Wiedereingliederung
Regional ansässige Unternehmen verschiedener Größen und Branchen, Psychosoziale Anlauf-/Beratungsstellen, Integrationsfachdienst (IFD), verschiedene Sozialversicherungsträger	Psychosoziale Beratung, Krisenintervention, Vermittlung in Regelversorgung, Berufs- und BEM-Beratung und Begleitung	Psychosoziale Beratung, Krisenintervention, Vermittlung in Regelversorgung (Psychotherapie, akutpsychiatrische Behandlung, psychosomatische Reha), Berufs- und BEM-Beratung und Begleitung [Beim IFD ist das Angebot i.d.R. auf Beschäftigte mit Schwerbehinderung oder Gleichstellung begrenzt.]

letzten Jahren bundesweit entstandenen Versorgungsnetzwerke vertiefend in den Blick (Tabelle 1).¹

Ziel der von der Hans-Böckler-Stiftung im Rahmen des Forschungsverbundes „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ geförderten Untersuchung ist es, die Angebote mit ihren unterschiedlichen Formen und Ansätzen der Vernetzung und Arbeitsplatzorientierung zu beschreiben, förderliche und hemmende Faktoren ihrer erfolgreichen Umsetzung und der betrieblichen Wiedereingliederung Betroffener zu identifizieren sowie auf dieser Basis Empfehlungen zur (Weiter-)Entwicklung und Dissemination solcher innovativen Strategien abzuleiten. In der qualitativ angelegten Studie wurden zu diesem Zwecke Gruppendiskussionen und Interviews mit an den ausgewählten Versorgungsnetzwerken beteiligten betrieblichen und überbetrieblichen (medizinisch-therapeutischen bzw. beratend tätigen) Akteuren sowie mit betroffenen Beschäftigten durchgeführt.

Zwei Formen der Vernetzung und des Arbeitsplatzbezugs

Aus den ersten Analysen der Gruppendiskussionen mit den betrieblichen und über-

betrieblichen Akteuren ließen sich zwei unterschiedliche Ansätze der Vernetzung und des Arbeitsplatzbezugs identifizieren (→ Abb. 1): zum einen ein psychotherapeutisch verankerter, individuumsbezogener Coaching-Ansatz mit indirekter (über den Patienten vermittelter) Vernetzung zwischen den medizinisch-therapeutischen Akteuren und dem Arbeitsplatz, zum anderen ein sozi-

alarbeiterisch verankerter, kontextbezogener Fallmanagementansatz mit direkter Vernetzung zwischen den beratend tätigen und betrieblichen Akteuren.

Während der Arbeitsplatzbezug im psychotherapeutisch verankerten Coaching-Ansatz im Wesentlichen dadurch hergestellt wird, dass die Arbeit als Thema und die betriebliche Wiedereingliederung als Ziel in

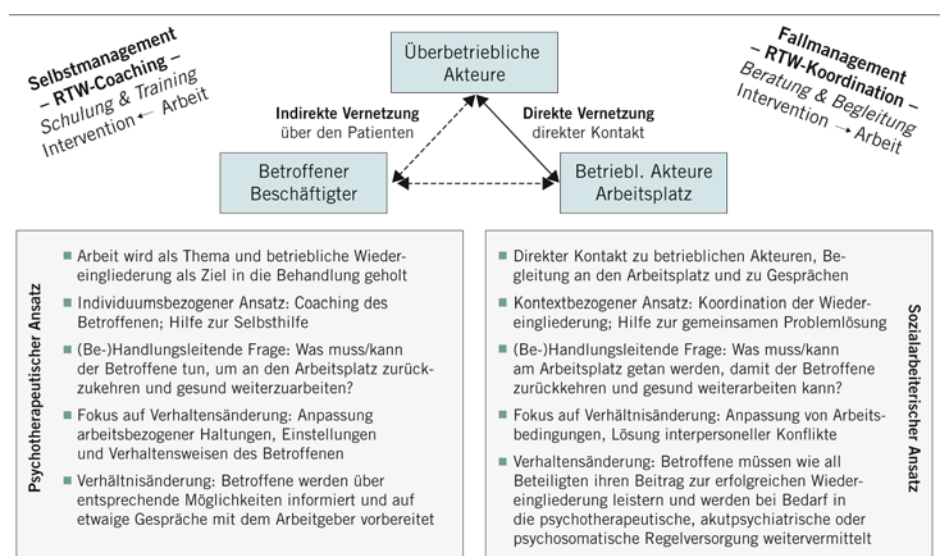


Abb. 1: Vernetzung und Arbeitsplatzbezug – zwei Ansätze

Tabelle 2: (Be-)Handlungsleitende Orientierungsrahmen

	Psychotherapeutischer Selbstmanagementansatz	Sozialarbeiterischer Fallmanagementansatz
Krankheitstheorien	<ul style="list-style-type: none"> – Personenbezogene Faktoren (insb. ungünstige arbeitsbezogene Verhaltensweisen) und private Belastungen und Konflikte als primäre Ursachen psychischer Krisen und Erkrankungen – Arbeitsbezogene Risikofaktoren und Probleme als hinzukommende (sekundäre, allein nicht hinreichende) Belastungsfaktoren: „Arbeit an sich macht nicht krank“ 	Arbeitsbezogene Risikofaktoren („betriebliche Schief lagen“) auch als eigenständige Ursachen psychischer Krisen und Erkrankungen werden berücksichtigt
Bilder von Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> – Betroffene als „Brenner/Ausbrenner“ geraten aufgrund ihrer zu geringen Abgrenzungs- und Distanzierungsfähigkeit, zu hohen Verausgabungsbereitschaft, ihres überhöhten Perfektionsstrebens und ihrer mangelnden Selbstfürsorge in eine zunehmende Belastungs- und Erschöpfungssituation, die schließlich in ein Burnout bzw. eine Erschöpfungsdepression mündet. – Betroffene als „Gekränkte/Verbitterte“ geraten aufgrund eines subjektiv erlebten Defizits an Anerkennung und Wertschätzung seitens Kollegen, Vorgesetzten und/oder des Arbeitsgebers und einer daraus resultierenden Kränkung in eine Verbitterungsstörung; sie externalisieren die Ursachen ihrer Erkrankung, weisen ihren Kollegen, Vorgesetzten und/oder Arbeitsgebern die Schuld/Verantwortung für ihre Erkrankung zu und erwarten Wiedergutmachung; kann in einen Rentenwunsch münden („Betroffene als Rentenbegehrer“) 	Betroffene als „Seismographen betrieblicher Schief lagen“: können im Prozess der Rückkehr wichtige Hinweise über bestehende psychische Belastungen und Beanspruchungen und damit für die präventive gesundheitsförderliche und menschengerechte Gestaltung der Arbeit geben
Veränderbarkeit von Arbeitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> – Arbeitsbedingungen als unveränderbare Strukturen – Geprägt durch Wirtschaftssystem und Politik – Veränderungen nur langfristig durch die Politik möglich – Arbeitgeber sind diesen Bedingungen selbst auch unterworfen – Auch die überbetrieblichen Akteure können hier nichts tun, haben keine Handlungsmacht 	<ul style="list-style-type: none"> – Arbeitsbedingungen als (prinzipiell) veränderbare betriebs-spezifische und individuelle Anforderungen – Veränderungen sind möglich, setzen aber die Bereitschaft aller Beteiligten und ggf. die Unterstützung bei der Umsetzung voraus. – Hier können die überbetrieblichen Akteure motivieren, informieren und beratend zur Seite stehen

die Intervention geholt wird, findet die Intervention im sozialarbeiterisch fundierten Fallmanagementansatz unmittelbar, also direkt am Arbeitsplatz unter Einbezug relevanter betrieblicher Akteure statt. Im Zentrum des ersten Ansatzes steht die Frage, was der Betroffene tun muss, um an seinen Arbeitsplatz zurückkehren zu können, im Mittelpunkt des zweiten die Frage, was hierfür am Arbeitsplatz getan werden kann. Entsprechend liegt der Fokus des ersten Ansatzes auf Verhaltens-, der des zweiten auf Verhältnisänderungen.

(Be-)Handlungsleitende Orientierungsrahmen

Einfluss auf die Vernetzungsform und den Arbeitsplatzbezug nehmen neben externen Faktoren (wie z. B. der leistungsrechtliche Rahmen, die daraus erwachsenen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, zugewiesenen Aufgaben und Rollen sowie zur Verfügung gestellten Ressourcen), v. a. auch die (be-)handlungsleitenden Orientierungsrahmen der betrieblichen und überbetrieblichen Akteure.² Hier sind insbesondere drei Aspekte zentral:

1. welche Bedeutung Arbeitsbedingungen im Verhältnis zu personenbezogenen Faktoren und privaten Belastungen für

- die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Krisen und Erkrankungen beigemessen wird (Krankheitstheorien),
2. welche Annahmen und Vorstellungen im Hinblick auf die Betroffenen im Kontext Arbeit bestehen (Bilder von Betroffenen), und
3. für wie veränderbar Arbeitsbedingungen gehalten werden (Veränderbarkeit von Arbeitsbedingungen) (→ **Tabelle 2**).

Die an den Versorgungsnetzwerken mit psychotherapeutischem Coaching-Ansatz beteiligten Akteure sehen psychische Erkrankungen vor allem als Folge personenbezogener Risikofaktoren. In Bezug auf die Arbeit werden hier insbesondere ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Lebensmuster beschrieben, die auch in den Betroffenenbildern „Brenner/Ausbrenner“ (zu geringe Abgrenzungs- und Distanzie-

rungsfähigkeit, zu hohe Verausgabungsbereitschaft, überhöhtes Perfektionsstreben, zu geringes Maß an Selbstfürsorge) und „Gekränkte/Verbitterte“ (Kränkung/Verbitterung aufgrund eines subjektiv wahrgenommenen Mangels an Anerkennung und Wertschätzung) wieder auftauchen. Arbeitsbezogene Risikofaktoren, wie zum Beispiel Zeitdruck und hohe Arbeitsintensität aufgrund niedriger Personalschlüssel, werden zwar durchaus gesehen, gelten jedoch nur als sekundäre bzw. additiv hinzukommende Erkrankungsursachen, die geprägt durch Wirtschaftssystem und Politik darüber hinaus nur schwer veränderbar sind.

Die an Versorgungsnetzwerken mit sozialarbeiterischem Fallmanagementansatz beteiligten Akteure berücksichtigen arbeitsbezogene Risikofaktoren hingegen stärker als eigenständige Erkrankungsursachen und begreifen diese zudem als betriebspezifisch geprägt und damit als prinzipiell veränderbar. Psychisch erkrankte Mitarbeiter werden daran anknüpfend als „Seismographen betrieblicher Schief lagen“ beschrieben, die im Prozess der Rückkehr wichtige Hinweise über bestehende psychische Belastungen und Beanspruchungen und damit für die präventive gesundheitsförderliche und menschengerechte Gestaltung der Arbeit geben können.

² Bei diesen zentralen, aus den Gruppendiskussionen rekonstruierten, Orientierungen handelt es sich um idealtypische Differenzierungen, die auf den Arbeitsbezug fokussieren und darauf, wie dieser im psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Kontext thematisiert und bearbeitet wird. Es muss aber auch davon ausgegangen werden, dass nicht immer ein Arbeitsbezug zur psychischen Krise besteht. Diese Ausgangssituation wurde im Kontext der vorgenommenen Analysen vernachlässigt.



Arbeitsbezogene Risikofaktoren können z.B. Überforderung oder Mangel an Wertschätzung sein

Stärken und Grenzen der Versorgungsnetzwerke

Den untersuchten Versorgungsnetzwerken ist gemein, dass sie durch die engere Zusammenarbeit betrieblicher und überbetrieblicher Akteure sowie eine stärker arbeitsplatzbezogene Intervention bestehende Lücken und Defizite in der Regelversorgung psychisch erkrankter Beschäftigter überwinden. Betroffene Beschäftigte werden frühzeitig erkannt und durch die zeitnahen bedarfsorientierten Angebote sowohl in ihrem Genesungsprozess als auch in ihrer betrieblichen Wiedereingliederung gezielt unterstützt. Die jeweiligen Foki und Vorgehensweisen der beiden dargestellten Ansätze (Verhaltens- vs. Verhältnisorientierung) sind hierbei zugleich Stärke (im Sinne der spezialisierten Bearbeitung eines wichtigen Bestandteils des Genesungs- und Rückkehrprozesses) und Begrenzung (im Sinne einer Gefahr der Vernachlässigung des jeweils anderen Bestandteils), und sollten daher künftig systematisch miteinander kombiniert werden. Die Rückkehr in den Betrieb ist idealerweise eine individuelle, soziale und betriebliche Passung und sollte als ein systemischer Prozess verstanden werden (Stegmann u. Schröder 2018). Die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen ist zumeist ein komplexes Geschehen und lässt sich zumeist weder klar auf personenbezogene Faktoren und private Belastungen, noch auf arbeitsbezogene Risikofaktoren zurückführen. Soll die betriebliche Wiedereingliederung nicht nur gelingen, sondern auch nachhaltig

sein, müssen beide Aspekte gleichermaßen berücksichtigt werden und Selbstsorge der Betroffenen und Fürsorgepflicht der Betriebe ineinandergreifen. Ziel sollten nicht nur gesunde Beschäftigte, sondern immer auch gesunde Unternehmen sein. Neben externen Ermöglichungsfaktoren bedarf es hierfür sicherlich auch der kritischen Reflexion und Diskussion bisheriger Orientierungsrahmen.

Für die weitere Diskussion sind neben den endgültigen Analysen der Gruppendiskussionen mit den betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren aber vor allem noch die der Betroffenenperspektive abzuwarten. Hier wird insbesondere interessant sein, welche Krankheitstheorien sie beschreiben, wie sie mit ihrer Erkrankung umgehen, wie sie die erhaltenen Angebote und die Zusammenarbeit der betrieblichen und überbetrieblichen Akteure wahrgenommen und was sie als besonders hilfreich für ihre Genesung und Wiedereingliederung erlebt haben. ■

Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.): *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014. Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA, 2016.

Joyce M, Modini M, Christensen H et al.: *Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review*. *Psychol Med* 2016; 46: 683–697.

Rothe I, Adolph L, Beermann B et al.: *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2017.

Semmer NK, Udriș I. *Bedeutung und Wirkung von Arbeit*. In: Schuler H (Hrsg.): *Lehrbuch Organisationspsychologie*. Bern: Huber, 2004.

Stegmann R, Schröder UB: *Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement*. Wiesbaden: Springer, 2018.

Wege N, Angerer P: *Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger*. *Psychiatrie* 2013; 10: 71–81.

Wege N, Janssen B, Rothermund E: *Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke: Beispiele guter Praxis in Deutschland*. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H et al. (Hrsg.): *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin*. Heidelberg: Ecomed MEDIZIN, 2014.

Interessenkonflikt: Beide Autorinnen geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

WEITERE INFOS



Forschungsverbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ der Hans-Böckler-Stiftung https://www.boeckler.de/44414_110642.htm



Projektbündel „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und Betriebliche Wiedereingliederung“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeit-und-Gesundheit/Betriebliches-Gesundheitsmanagement/Betriebliches-Eingliederungsmanagement/Psychische-Krise.html>