

Ergebnisbericht zum Forschungsvorhaben

**„Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise –
Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren im
Return to Work-Prozess“**

Forschungsschwerpunkt: Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen

Laufzeit: 01.11.2016 – 28.02.2019

Projektnummer: 2016-980-4

URL Projektseite: <https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-980-4>

Projektleitung: Dr. Uta Wegewitz, Leiterin der Fachgruppe 3.3 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), 030/51548-4127, Wegewitz.Uta@baua.bund.de

Stellv. Projektleitung: Ralf Stegmann, Fachgruppe 3.3 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), 030/51548-4120, Stegmann.Ralf@baua.bund.de

Projektbearbeitung: Dr. Betje Schwarz, Fachgruppe 3.3 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Kontaktdaten: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Nöldnerstraße 40-42, 10317 Berlin, <https://www.baua.de>

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangspunkt und Fragestellung	3
2	Empirische Grundlagen	6
2.1.	Studiendesign und methodisches Vorgehen.....	6
2.2.	Realisiertes Sample: Ausgewählte Angebote	7
2.3.	Durchgeführte Erhebungen und Auswertungen.....	11
3	Ergebnisse	24
3.1.	Gruppendiskussionen mit betrieblichen und medizinisch-therapeutischen Akteuren.....	24
3.2.	Gruppendiskussionen und Telefoninterviews mit Betroffenen.....	38
3.3.	Abgleich der untersuchten Angebote, Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze.....	51
3.4.	Fazit und Implikationen.....	53
4	Publikationen	55
4.1.	Poster, Vorträge und Abstracts	55
4.2.	Zeitschriftenartikel und Beiträge in Sammelbänden.....	57
4.3.	Beiträge auf Ebene des Forschungsverbundes	57
5	Verwendete Literatur.....	58

1 Ausgangspunkt und Fragestellung

Psychische Erkrankungen sind in der deutschen Erwerbsbevölkerung nicht nur weit verbreitet (vgl. Jacobi et al. 2014), sondern führen bei den Betroffenen häufig auch zu relevanten Beeinträchtigungen ihrer beruflichen Aktivität und Teilhabe (Wege u. Angerer 2013). So bilden psychische Störungen 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 direkten und indirekten Krankheitskosten besitzen psychische Erkrankungen aber nicht nur in individueller, sondern auch in sozioökonomischer – volks- wie betriebswirtschaftlicher – 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 für den Schutz der Gesundheit von Beschäftigten lässt sich aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch auch eine Fürsorgepflicht des Arbeitgebers 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 ferner 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 psychisch erkrankter Menschen (insbesondere hinsichtlich der Früherkennung, 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 oder über andere Kooperationsformen zusammengeschlossen. Ziel dieser betriebsnahen Netzwerke und Kooperationen ist es, Beschäftigte mit psychischen Krisen und Erkrankungen zeitnah und bedarfsorientiert zu versorgen und damit ihre Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig sichern bzw. wiederherstellen zu können (Wege et al. 2014).

Aus internationalen Studien liegen erste Befunde vor, dass solche stärker vernetzten und arbeitsplatzbezogenen Angebote für Menschen mit psychischen Krisen und Erkrankungen nicht nur im Hinblick auf gesundheits-, sondern auch bezüglich arbeitsbezogener Outcome-Parameter (wie z. B. Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsfähigkeit) besonders vielversprechend sind. So beschleunigen sie den Return to Work-Prozess und sichern nachhaltig die berufliche Teilhabe der Betroffenen (Arends et al. 2012, Nieuwenhuijsen et al. 2014, Van Vilsteren et al. 2015, Joyce et al. 2016, Cullen et al. 2018). Ein zentrales Erfolgsmerkmal scheint dabei auch die Form der Vernetzung und des Arbeitsplatzbezugs zu sein.

Auf der nationalen Ebene finden sich trotz erster Modellvorhaben insgesamt noch eine geringe Umsetzung solcher stärker vernetzten und arbeitsplatzbezogenen Angebote zur gezielten Unterstützung des Return to Work (RTW) von Menschen mit psychischen Krisen und Erkrankungen sowie nur wenige Forschungsaktivitäten.

Die vorliegende, im Rahmen des HBS-Forschungsverbundes „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) durchgeführte Studie „Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise – Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren im Return to Work-Prozess“ setzt an diesem nationalen Versorgungs- und Forschungsdefizit an und nimmt eine Auswahl der in den letzten Jahren bundesweit modellhaft entstandenen Versorgungsnetzwerke und betrieblich-therapeutischen Kooperationen aus der Perspektive der zentralen an ihnen beteiligten Akteursgruppen (betriebliche Akteure, medizinisch-therapeutische Akteure, Betroffene) vertiefend in den Blick.

Die Auswahl der Netzwerke und Kooperationen erfolgte auf Basis einer Internetrecherche und folgte dem Anliegen, vier bis fünf in ihrer Art und ihren Inhalten möglichst heterogene und damit kontrastive Angebote für die Studie zu gewinnen. Die beteiligten medizinisch-therapeutischen Einrichtungen sollten zudem unterschiedlichen Versorgungszweigen und -formen angehören (Anlauf- und Beratungsstellen, akutpsychiatrische und psychotherapeutische Einrichtungen, Reha-Einrichtungen, ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen) und die beteiligten Betriebe in Branche und Größe variieren.

Ziel war es, die so ausgewählten Angebote mit ihren jeweiligen 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.

2 Empirische Grundlagen

2.1. Studiendesign und methodisches Vorgehen

Um die ausgewählten Angebote im Hinblick auf die oben genannte Zielstellung vertiefend und umfassend zu untersuchen, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Im Fokus standen die expliziten und impliziten Erfahrungs- und Wissensbestände der folgenden in die Angebote involvierten Akteursgruppen: betriebliche Akteure, medizinisch-therapeutische Akteure sowie Betroffene. Von besonderem Interesse waren dabei vor allem die krankheits-, arbeits-, wiedereingliederungs- und angebotsbezogenen Erfahrungs- und Wissensbestände dieser drei Akteursgruppen.

Während explizite Erfahrungs- und Wissensbestände alle verbalisierbaren Erfahrungen, Erfahrungsdeutungen, Meinungen und Einstellungen sowie reflexiv-theoretischen Kenntnisse (wie z. B. Fachwissen) umfassen, bezieht sich implizites Wissen auf alle vorbewussten und atheoretischen Handlungsmotive, -orientierungen, -routinen und -erfahrungen (Bohnsack 1989, 2010; Bohnsack et al. 2013; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014). Da menschliches Verhalten, Handeln, Interagieren, Wahrnehmen und Bewerten immer beide Erfahrungs- und Wissensformen zur Grundlage hat, kann es nur dann vollständig nachvollzogen werden, wenn auch beide Erfahrungs- und Wissensformen gezielt erhoben und untersucht werden. Explizite Erfahrungs- und Wissensbestände sind dabei unmittelbar aus manifesten Gesprächsinhalten (dem ‚WAS‘ gesagt wird) ableitbar, implizite Erfahrungs- und Wissensbestände müssen hingegen systematisch aus dem ‚WIE‘ des Gesagten rekonstruiert werden (ebd.).

Da die Erhebung und Rekonstruktion impliziten Wissens ein hohes Maß an Selbstläufigkeit¹ der zugrunde gelegten Narrationen bzw. Diskurse voraussetzt, wurden in der vorliegenden Studie leitfadengestützte Gruppendiskussionen und Telefoninterviews eingesetzt, in denen der Fokus auf erzählgenerierenden Fragen lag. Wo nötig und sinnvoll wurden diese um

¹ Selbstläufigkeit bedeutet, dass die Gespräche möglichst ohne äußeres Zutun des Forschenden von selbst in Gang bleiben.

immanente, d. h. an bereits Erzähltes anknüpfende, Verständnis- und DetAILierungsfragen sowie um exmanente, d. h. vom Erkenntnisinteresse geleitete, Zusatzfragen ergänzt.

Als Auswertungsmethoden kamen die Dokumentarische Methode der Interpretation (ebd.) sowie ergänzend die qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014, Schreier 2014) zum Einsatz. Während die Dokumentarische Methode ein sehr zeitintensives, dafür jedoch speziell zur Rekonstruktion expliziter und impliziter Erfahrungs- und Wissensbestände entwickeltes sequenzielles Analyseverfahren darstellt, handelt es sich bei der qualitativen Inhaltsanalyse um ein kategorienbasiertes Verfahren, mit dem sich v. a. manifeste (explizite) Inhalte besonders ökonomisch auswerten lassen. In der vorliegenden Studie wurde die qualitative Inhaltsanalyse genutzt, um längerfristige RTW-Verläufe abzubilden, die bei ausgewählten Betroffenen über zusätzlich durchgeführte Zweitinterviews erhoben wurden. Die zentralen Analysen erfolgten jedoch mittels der Dokumentarischen Methode.

Grundlage aller Analysen bildeten die pseudonymisierten Transkripte der von den einzelnen Gruppendiskussionen und Telefoninterviews angefertigten Audioaufzeichnungen.

2.2. Realisiertes Sample: Ausgewählte Angebote

Die auf den nachfolgenden Seiten dargestellte Tabelle 1 gibt einen Überblick über die für die Studie ausgewählten Angebote. Wie der Tabelle entnommen werden kann, konnte die zur Maximierung der Varianz, Kontrastivität und theoretischen Sättigung angestrebte Heterogenität sowohl im Hinblick auf die Art und die Inhalte der Angebote als auch in Bezug auf die beteiligten medizinisch-therapeutischen Einrichtungen erreicht werden.

So finden sich unter den Angeboten psychosomatische Sprechstunden, berufsorientierte Therapieangebote, Reha-Netzwerke, RTW- und BEM-Beratung sowie Berufscoachingansätze, die von psychosozialen Anlauf- und Beratungsstellen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Ambulanzen und Kliniken sowie von Reha-Zentren vorgehalten und durchgeführt werden. Auf Seite der Betriebe konnten zwar Unternehmen unterschiedlicher Branchen für die Studie gewonnen werden, jedoch ist es nicht gelungen, neben großen und mittelständischen auch kleine Unternehmen (die von

zwei der untersuchten Angebote durchaus Gebrauch machen bzw. mit denen entsprechende Netzwerke und Kooperationen zu den aufgeführten medizinisch-therapeutischen Einrichtungen bestehen) zur aktiven Teilnahme an der Studie zu bewegen.

Tabelle 1: Ausgewählte Angebote

Zif.	Beteiligte	Angebot	Kurzbeschreibung
1	Großunternehmen (Stahlindustrie), Einrichtung der psychotherapeutischen Versorgung, Krankenkasse	Psychosomatische Sprechstunde	Frühzeitige Identifikation u. Zuweisung betroffener Mitarbeiter durch Betriebsärzte/Fallmanager der Krankenkasse; Sprechstunde: psychologische Diagnostik, Krisenintervention, Vermittlung in die Regelversorgung (Psychotherapie, akutpsychiatrische Behandlung, psychosomatische Reha)
2	Großunternehmen (Logistik), 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
3	Mittelständische u. Großunternehmen versch. Branchen (hier: Konsumgüterproduktion), Einrichtung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung, versch. Krankenkassen	Psychosomatische Sprechstunde, berufsorientierte ambulante, teilstationäre u. stationäre Therapieangebote, Return to Work (RTW)-Beratung nach akutpsychiatrischer Behandlung	Frühzeitige Identifikation u. 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

Tabelle 1 (Fortsetzung): Ausgewählte Angebote

Zif.	Beteiligte	Angebot	Kurzbeschreibung
4	Kleinst-, Klein- u. mittelständische Unternehmen versch. Branchen (hier: kein an der Studie teilnehmender Betrieb), Einrichtung für Prävention u. 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
5	Regional ansässige Unternehmen versch. Größen u. Branchen (hier: Pharmaindustrie, Interessensverband Gesundheitswesen), 3 Psychosoziale Anlauf-/Beratungsstellen, versch. Sozialversicherungsträger	Psychosoziale Beratung, Krisenintervention, Vermittlung in die Regelversorgung, Berufs- und BEM-Beratung u. Begleitung	Psychosoziale Beratung, Krisenintervention, Vermittlung in Regelversorgung (Psychotherapie, akutpsychiatrische Behandlung, psychosomatische Reha), Berufs- und BEM-Beratung u. Begleitung [Bei einer der Anlauf- und Beratungsstellen ist das Angebot der Berufs- /BEM-Beratung u. Begleitung bei Beschäftigten mit Schwerbehinderung oder Gleichstellung bereits Teil der Regelversorgung. Weitere Personengruppen partizipieren bislang nur im Falle einer arbeitgeberseitigen Finanzierung.)

2.3. Durchgeführte Erhebungen und Auswertungen

Nach Auswahl der Angebote und Abschluss entsprechender Kooperationsvereinbarungen zwischen der BAuA und den in die Angebote involvierten Betrieben und medizinisch-therapeutischen Einrichtungen erfolgte die Terminierung der Gruppendiskussionen und Telefoninterviews, die Festlegung der konkreten Teilnehmenden auf Betriebs- und Einrichtungsseite sowie die Information und Rekrutierung der Betroffenen.

Der Einschluss in die Studie erfolgte ausschließlich nach ausführlicher schriftlicher und mündlicher Information sowie bei Vorliegen der schriftlichen Einwilligungserklärung. Alle Betroffenen erhielten eine Aufwandsentschädigung, auf die einige der betrieblichen und medizinisch-therapeutischen Akteure verzichteten.²

Im Zeitraum von Juni 2017 bis Mai 2018 wurden schließlich folgende Erhebungen durchgeführt:

Gruppendiskussionen mit betrieblichen und medizinisch-therapeutischen Akteuren (n=8 Gruppendiskussionen mit insg. 44 Personen)

- 1 Gruppendiskussion (GD) mit medizinisch-therapeutischen und betrieblichen Akteuren aus Angebot 1 (Ziffern siehe Tab. 1)
→ Zusammensetzung der GD: Vertreter der Personalabteilung des beteiligten Betriebs, Vertreter der beteiligten psychotherapeutischen Einrichtung, Vertreterin der Krankenkasse/des BGM (n=3 Pers.)
- 3 Gruppendiskussionen mit betrieblichen Akteuren aus den Angeboten 2, 3 und 5 (Ziffern siehe Tab. 1)
→ Zusammensetzung GD Angebot 2: zwei Betriebsärztinnen des beteiligten Unternehmens, Dienststellenleiter eines großen Standortes

² Zu Beginn der Studie wurden ein ausführliches Datenschutzkonzept sowie ein Ethikantrag erstellt. Ersteres wurde durch die Datenschutzbeauftragte der BAuA, letzterer durch die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover geprüft und positiv beschieden (Nr. 7490). Die Datenerhebung erfolgte erst nach Eingang der positiven Voten.

des Unternehmens, Personalerin/BEM-Beauftragte, Mitarbeiterin des betrieblichen Sozialdienstes, Betriebsratsvertreter (n=5 Pers.)

→ Zusammensetzung GD Angebot 3: Betriebsärztin, zwei Mitarbeiterinnen des betrieblichen Sozialdienstes, Führungskraft, Betriebsratsvertreter, Vertreterin der Personalabteilung (n=6 Pers.)

→ Zusammensetzung GD Angebot 5: Schwerbehindertenvertreterin, Gesamtbetriebsratsvorsitzender und Betriebsratsvorsitzende des Interessenverbandes aus dem Gesundheitswesen, Schwerbehindertenvertreter/Betriebsratsmitglied des Pharmakonzerns (n=4 Pers.)

- 4 Gruppendiskussionen mit medizinisch-therapeutischen bzw. beratend tätigen Akteuren aus den Angeboten 2, 3, 4 und 5

→ Zusammensetzung GD Angebot 2: Ärztlicher Direktor/Chefarzt, leitender Oberarzt, weiterer Oberarzt, leitender Psychologe, weiterer Psychologe, Sozialdienstmitarbeiterin, Sport-/Körpertherapeut der beteiligten medizinisch-therapeutischen Einrichtung (n=7 Pers.)

→ Zusammensetzung GD Angebot 3: Chefarzt, leitender Psychologe, Psychotherapeutin, Sozialarbeiterin, Ergotherapeut/Disability Manager der beteiligten medizinisch-therapeutischen Einrichtung (n=5 Pers.)

→ Zusammensetzung GD Angebot 4: Leiterin der beteiligten medizinisch-therapeutischen Einrichtung (Psychologin), zwei Psychologinnen, Berufscoacherin/Sozialdienstmitarbeiterin, Berufscoach, Auftragskoordinator/Berufscoach, ärztliche Leiterin eines kooperierenden ambulanten Reha-Zentrums, Oberarzt einer kooperierenden Rehaklinik (n=8 Pers.)

→ Zusammensetzung GD Angebot 5: zwei Sozialarbeiterinnen/Psychologinnen aus der einen beteiligten Anlauf-/Beratungsstelle, zwei Sozialarbeiter aus der zweiten beteiligten Anlauf-/Beratungsstelle sowie eine Psychologin und eine Soziologin aus der dritten beteiligten Anlauf-/Beratungsstelle (n=6 Pers.)

Gruppendiskussionen und Telefoninterviews mit Betroffenen

(n=3 Gruppendiskussionen/n=17 Interviews mit insg. 27 Personen)

- 1 Gruppendiskussionen mit Betroffenen aus Angebot 2 (n=6 Pers.)
- 1 Gruppendiskussionen mit Betroffenen aus Angebot 3 (n=9 Pers.)
- 1 Gruppendiskussionen mit Betroffenen aus Angebot 5 (n=5 Pers.)
- 17 Telefoninterviews mit Betroffenen aus den Angeboten 1-5
 - 7 telefonische Alternativinterviews mit Betroffenen, die an Gruppendiskussionen nicht teilnehmen wollten oder konnten
 - 10 telefonische Zweitgespräche mit ausgewählten Betroffenen zur Erhebung ihrer längerfristigen RTW-Verläufe (6 Betroffene mit vorangegangenem telefonischen Alternativinterview + 4 Betroffene mit vorangegangener Teilnahme an einer der Gruppendiskussionen)

Weitere Informationen zu den Betroffenen (Alter, Geschlecht, familiäre Situation, Beruf/ausgeübte Tätigkeit, Erkrankung/Diagnose, erhaltenes Angebot, Arbeits(un)fähigkeit vor Angebotsteilnahme, Arbeits(un)fähigkeit/RTW nach Angebotsteilnahme) können der Tabelle 2 entnommen werden.

Die Auswertungen erfolgten im Zeitraum von Oktober 2017 bis Dezember 2018 – bei den Gruppendiskussionen mittels Dokumentarischer Methode, bei den Telefoninterviews qualitativ inhaltsanalytisch. Den Analysen lagen insg. 969 Transkriptseiten von 2.148 Min. Gesprächsaufzeichnungen zu grunde.

Tabelle 2: Übersicht über das Sample der Betroffenen

Name*	Alter in J.	Erhebung **	Familiäre Situation	Beruf/Ausgeübte Tätigkeit	Erkrankung/ Diagnose	Angebot (Zif.)	Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung	Arbeitsunfähigkeit nach Behandlung/RTW
Hr. Lange	50	TI/-	in Partnerschaft, keine eigenen Kinder (Lebensgefährtin hat einen Sohn)	gelernter Autolackierer, arbeitet im an Angebot 1 beteiligten Großunternehmen in der Stahlindustrie in Schichtarbeit	Depression	1	6 Monate arbeitsunfähig	nach stufenweiser Wiedereingliederung wieder Vollzeit in letzter Tätigkeit
Fr. Fischer	56	TI/TI	verheiratet, keine Kinder	erlernter Beruf nicht bekannt, arbeitet seit 21 J. im an Angebot 2 beteiligten Großunternehmen in der Logistikbranche	Depression, Magenleiden	2	5 Monate arbeitsunfähig	nach stufenweiser Wiedereingliederung wieder Vollzeit in letzter Tätigkeit

Tabelle 2 (Fortsetzung): Übersicht über das Sample der Betroffenen

Name*	Alter in J.	Erhebung **	Familiäre Situation	Beruf/Ausgeübte Tätigkeit	Erkrankung/ Diagnose	Angebot (Zif.)	Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung	Arbeitsunfähigkeit nach Behandlung/RTW
Hr. Wagner	53	TI/TI	verheiratet, Kinder (Anzahl nicht bekannt)	ungelernt, arbeitet seit 38 J. im an Angebot 2 beteiligten Großunternehmen in der Logistikbranche, verbeamtet	F-Diagnose (keine genauere Angabe), Rückenleiden	2	3 Monate arbeitsunfähig	aufgrund der Rückenleiden zwei STW-Versuche abgebrochen, Feststellung der Dienstunfähigkeit und Frühpensionierung
Hr. Krüger	48	TI/TI	ledig	erlernter Beruf nicht bekannt, arbeitet seit 25 J. im an Angebot 2 beteiligten Großunternehmen in der Logistikbranche	Depression (2. depressive Episode, 1. depressive Episode liegt 5 Jahre zurück)	2	bei 1. Depressiver Episode: 6 Monate arbeitsunfähig, bei 2. Episode keine Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung	arbeitsfähig entlassen, Rückkehr in alte Tätigkeit
Fr. Müller	48	GD/TI	verheiratet, keine Kinder	gelernte Einzelhandelskauffrau, tätig als Verkäuferin in Modefachgeschäft (nicht an der Studie beteiligt)	Depression, Dysthymie, Rückenleiden	2	5 Wochen arbeitsunfähig	RTW ein Tag nach Reha-Ende, nach 4 Monaten erneute Arbeitsunfähigkeit aufgrund Rückenleiden, RTW in gelernten/alten Job unklar

Tabelle 2 (Fortsetzung): Übersicht über das Sample der Betroffenen

Name*	Alter in J.	Erhebung **	Familiäre Situation	Beruf/Ausgeübte Tätigkeit	Erkrankung/ Diagnose	Angebot (Zif.)	Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung	Arbeitsunfähigkeit nach Behandlung/RTW
Fr. Bühlow	55	GD	nicht bekannt	gelernte Köchin, im Housekeeping tätig (Betrieb nicht an der Studie beteiligt)	Rezidivierende Depression	2	keine Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung	mit stufenweiser Wiedereingliederung zurück in alte Tätigkeit (geplant)
Hr. Seidel	19	GD	nicht bekannt	Ausbildung zum Elektroniker (Betrieb nicht an der Studie beteiligt)	Depression	2	mehrere Wochen zu Hause (größtenteils ohne Krankschreibung)	Rückkehr in Ausbildungsbetrieb geplant
Hr. Schuster	60	GD	geschieden, in Partnerschaft, eine Tochter	erlernter Beruf nicht bekannt, tätig als Wissenschaftlicher Mitarbeiter in leitender Position (Betrieb nicht an der Studie beteiligt)	Depression (2. Episode, 1. Episode 1999/2000 nach Suizidversuch der Tochter und Trennung seiner Frau)	2	keine Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung	Rückkehr an alten Arbeitsplatz mit reduzierter Arbeitszeit geplant

Tabelle 2 (Fortsetzung): Übersicht über das Sample der Betroffenen

Name*	Alter in J.	Erhebung **	Familiäre Situation	Beruf/Ausgeübte Tätigkeit	Erkrankung/ Diagnose	Angebot (Zif.)	Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung	Arbeitsunfähigkeit nach Behandlung/RTW
Hr. Hinrichs	50	GD	nicht bekannt	erlernter Beruf nicht bekannt, tätig im Öffentlichen Dienst (Amtsmitarbeiter; Betrieb nicht an der Studie beteiligt)	Depression	2	mehrwöchige Arbeitsunfähigkeit (genaue Dauer unbekannt)	nach Reha Urlaub geplant, danach RTW, ggf. Arbeitgeberwechsel
Hr. Stein	60	GD	aktuell in 3. Ehe, 3 Kinder aus vorherigen Ehen	erlernter Beruf nicht bekannt, Handwerker (Betrieb nicht an der Studie beteiligt)	Depression, Rückenleiden	2	keine Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung	RTW geplant (Details noch unklar)
Fr. Schmidt	40	GD/TI	in Partnerschaft, keine Kinder	gelernte Disponentin, tätig in einem kleinen Logistikunternehmen (nicht an der Studie beteiligt)	Depression, chronische Blasen-/Nierenbeckenentzündung	3	5-6 Monate arbeitsunfähig	Kündigung durch den alten Arbeitgeber, Antritt neuer Job (gleiche Tätigkeit) bei neuem Arbeitgeber (ebenfalls kleines Logistikunternehmen)

Tabelle 2 (Fortsetzung): Übersicht über das Sample der Betroffenen

Name*	Alter in J.	Erhebung **	Familiäre Situation	Beruf/Ausgeübte Tätigkeit	Erkrankung/ Diagnose	Angebot (Zif.)	Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung	Arbeitsunfähigkeit nach Behandlung/RTW
Fr. Krause	53	GD	alleinerziehend (Anzahl Kinder unklar)	Informatikerin, in Teilzeit in Großunternehmen tätig (nicht an der Studie beteiligt)	Depression	3	nicht bekannt	will sich neuen Job bei einem anderen Arbeitgeber suchen
Fr. Lorenz	51	GD	zweimal geschieden, alleinerziehend, 2 Kinder – eines verstorben	Sekretärin in Teilzeit (Öffentlicher Dienst, Großunternehmen, nicht an der Studie beteiligt)	Depression	3	nicht bekannt	RTW mit stufenweiser Wiedereingliederung geplant
Fr. Becker	38	GD	in Partnerschaft, 1 Kind	erlernter Beruf nicht bekannt, Mitarbeiterin mit Weisungsbefugnis in Reederei (nicht an der Studie beteiligt)	Depression	3	nicht bekannt	RTW mit stufenweiser Wiedereingliederung geplant

Tabelle 2 (Fortsetzung): Übersicht über das Sample der Betroffenen

Name*	Alter in J.	Erhebung **	Familiäre Situation	Beruf/Ausgeübte Tätigkeit	Erkrankung/ Diagnose	Angebot (Zif.)	Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung	Arbeitsunfähigkeit nach Behandlung/RTW
Hr. Graf	42	GD	nicht bekannt	Produktionssachbearbeiter, seit 13 J. im Betrieb (Großunternehmen, nicht an der Studie beteiligt)	Rezidivierende Depression	3	nicht bekannt	RTW mit stufenweiser Wiedereingliederung (die vierte in 13 J.) geplant
Hr. Kühn	56	GD	verheiratet	Angestellter in Metallverarbeitungsindustrie (Großunternehmen, nicht an der Studie beteiligt)	Depression	3	mehrwöchige Arbeitsunfähigkeit (genaue Dauer unbekannt)	RTW mit stufenweiser Wiedereingliederung geplant
Hr. Vogt	56	GD	nicht bekannt	Unternehmensberater in einer Bank (mittelständischer Betrieb, nicht an der Studie beteiligt)	Depression	3	6 Monate arbeitsunfähig	RTW mit stufenweiser Wiedereingliederung geplant
Hr. Baumann	49	GD	verheiratet, 3 Kinder	Vertriebler (Betrieb, nicht an der Studie beteiligt)	Depression	3	nicht bekannt	Rückkehr an alten Arbeitsplatz geplant (Details noch unklar)

Tabelle 2 (Fortsetzung): Übersicht über das Sample der Betroffenen

Name*	Alter in J.	Erhebung **	Familiäre Situation	Beruf/Ausgeübte Tätigkeit	Erkrankung/ Diagnose	Angebot (Zif.)	Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung	Arbeitsunfähigkeit nach Behandlung/RTW
Fr. Winter	50	GD	nicht bekannt	Fachdienstleitung im Öffentlichen Dienst in einer Kommunalverwaltung	Depression	3	mehrwöchige Arbeitsunfähigkeit (genaue Dauer unbekannt)	Rückkehr an alten Arbeitsplatz geplant (Details noch unklar)
Fr. Klein	41	TI/TI	verheiratet, 2 Kinder	Sprachenstudium, baute Sprachenzentrum an einer Hochschule auf, arbeitet dort als Koordinatorin, Studierendenbetreuung und Lehrbeauftragte (öffentlicher Dienst, Betrieb nicht an der Studie beteiligt)	Depression (2. Episode), Panikattacken	4	5-6 Monate arbeitsunfähig	gescheiterte stufenweise Wiedereingliederung mit erneutem Zusammenbruch und Arbeitsunfähigkeit, RTW-Plan: stufenweise Wiedereingliederung und dauerhafte Arbeitszeitreduktion

Tabelle 2 (Fortsetzung): Übersicht über das Sample der Betroffenen

Name*	Alter in J.	Erhebung **	Familiäre Situation	Beruf/Ausgeübte Tätigkeit	Erkrankung/ Diagnose	Angebot (Zif.)	Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung	Arbeitsunfähigkeit nach Behandlung/RTW
Fr. Peters	48	TI/TI	getrennt lebend, 2 erwachsene Söhne	erlernter Beruf nicht bekannt, tätig als strategische Einkäuferin in der Pharmabranche, seit 5 1/2 J. in jetziger Abteilung (Betrieb nicht an Studie beteiligt)	Depression	4	2 Arbeitsunfähigkeitsphasen: 4 + 2 Monate	Auflösungsvertrag nach 2 Abmahnungen, berufliche Neuorientierung, Selbständigkeit geplant
Hr. Huber	56	TI/TI	verheiratet, 1 Kind	erlernter Beruf nicht bekannt, tätig als Wissenschaftlicher Mitarbeiter in leitender Position (Öffentlicher Dienst, Betrieb nicht an der Studie beteiligt)	Depression, später: Hautkrebs (Diagnose während Arbeitsunfähigkeit)	4	14 Monate arbeitsunfähig	in stufenweiser Wiedereingliederung, ggf. Arbeitszeitreduktion, auch neuer Job ggf. denkbar

Tabelle 2 (Fortsetzung): Übersicht über das Sample der Betroffenen

Name*	Alter in J.	Erhebung **	Familiäre Situation	Beruf/Ausgeübte Tätigkeit	Erkrankung/ Diagnose	Angebot (Zif.)	Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung	Arbeitsunfähigkeit nach Behandlung/RTW
Fr. Neumann	53	GD/TI	geschieden, in Partnerschaft, keine Kinder	Pharmazeutin, tätig als Referentin beim einem an Angebot 5 beteiligten mittelständischen Betrieb (Öffentlicher Dienst)	Depression, Rückenleiden, anerkannte Schwerbehinderung wg. Hörschädigung	5	17 Monate arbeitsunfähig	Rückkehr mit innerbetrieblicher Umsetzung (Abteilungs- und Tätigkeitswechsel) und stufenweiser Wiedereingliederung
Hr. Richter	56	GD/TI	verheiratet, 1 Kind	Ausbildung und Tätigkeit im kaufmännischen Bereich, seit 16 J. im jetzigen Betrieb (Großunternehmen, nicht an der Studie beteiligt)	Depression, Angststörung, Tinnitus, Rückenleiden	5	4 Monate arbeitsunfähig	mit stufenweiser Wiedereingliederung und Arbeitsplatzanpassungen (Einzelbüro, Vertrauensarbeitszeit, Entlastungskraft) zurück in alte Tätigkeit
Fr. Junghans	32	GD	nicht bekannt	Ausbildung zur Chemielaborantin im öffentlichen Dienst (Betrieb nicht an Studie beteiligt)	Persönlichkeitsstörung (keine genauere Angabe, seit 12. Lbj.), Epilepsie, Suizidversuch	5	nicht bekannt	Rückkehr in den Ausbildungsbetrieb, Aufnahme Labortätigkeit

Tabelle 2 (Fortsetzung): Übersicht über das Sample der Betroffenen

Name*	Alter in J.	Erhebung **	Familiäre Situation	Beruf/Ausgeübte Tätigkeit	Erkrankung/ Diagnose	Angebot (Zif.)	Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung	Arbeitsunfähigkeit nach Behandlung/RTW
Hr. Schubert	51	GD	verheiratet, 1 Kind	Krankenpfleger (Öffentlicher Dienst, Betrieb nicht an Studie beteiligt)	Rezidivierende Depression seit ca. 9 J., Rückenleiden (Grad der Behinderung: 50)	5	Ca. 9 Monate arbeitsunfähig (früher bereits mehrmonatige Arbeitsunfähigkeiten)	Stufenweise Wiedereingliederung in neue Tätigkeit im alten Betrieb
Fr. Kaiser	58	GD	nicht bekannt	erlernter Beruf nicht bekannt, zunächst als selbstständige, dann als angestellte Leiterin einer Sprachenschule tätig (nicht an Studie beteiligt)	Depression	5	8-9 Monate arbeitsunfähig	Kündigung durch die Betroffene, arbeitslos, neue Stelle in Aussicht
GESAMT	49,2	3 GD 17 TI	15 verheiratet/ in Partnerschaft, 4 ledig, 8 unbekannt	18 FW/9 ÖD, 9 GU, 1 MU, 3 KU (14 ?), 10 überw. körperl./ 17 überw. geistige Tätigkeiten	25 Depression 1 F-Diagnose 1 PSK-Störung	/	keine bis 17-monatige Arbeitsunfähigkeit	RTW mit STW (geplant): 12, RTW ohne STW (geplant): 4, RTW an neuen Arbeitsplatz (geplant): 4, RTW geplant (Details unklar): 4, AU/BU/AL: 3

* Realnamen durch fiktive Namen ersetzt; ** GD = Gruppendiskussion, TI = Telefoninterview; FW = freie Wirtschaft, ÖD = Öffentlicher Dienst, GU/MU/KU = Groß-, Mittel-, Kleinunternehmen; PSK = Persönlichkeit; AU/BU = Arbeits-/Berufsunfähigkeit, AL = arbeitslos

3 Ergebnisse

3.1. Gruppendiskussionen mit betrieblichen und medizinisch-therapeutischen Akteuren

Vernetzung als Kopplung

Die an der Studie beteiligten betrieblichen und medizinisch-therapeutischen/beratend tätigen Akteure beschreiben ihre Vernetzung und Zusammenarbeit als ‚Kopplung‘ ihrer beiden Systeme. Eine Kopplung, die vor dem Hintergrund des gemeinsamen Interesses, psychisch erkrankte Beschäftigte frühzeitig zu identifizieren, bedarfsorientiert zu versorgen und dadurch in ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz möglichst effektiv und nachhaltig zu unterstützen, gezielt gesucht und hergestellt wurde bzw. aufrechterhalten wird.

Die Kopplung beider Systeme ermögliche nicht nur einen schnelleren Zugang erkrankter Beschäftigter ins medizinisch-therapeutische/beratend tätige System, einen stärkeren Arbeitsplatzbezug der dort stattfindenden Interventionen, dessen gezielter Kombination mit betrieblichen Wiedereingliederungsmaßnahmen sowie die wechselseitige Koorientierung³ aller beteiligten Akteure (im Sinne einer Annäherung durch Verständigung, Verstehen und Verständnis, vgl. Stegmann u. Schröder 2018), sondern verhindere ferner auch die Ent-Kopplung zwischen Betroffenem und Arbeitsplatz. So bestünde in den medizinisch-therapeutischen Angeboten der Regelversorgung, bei denen weder ein expliziter Arbeitsplatzbezug noch irgendeine Form der Zusammenarbeit mit dem betrieblichen System besteht (= mangelnde Kopplung, ausbleibende Koorientierung), die Gefahr, dass es während der Therapie und der damit häufig einhergehenden langen Zeit

³ Mit Koorientierung ist hier der Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung gemeint, einhergehend mit der wechselseitigen Anerkennung der Situation und Bedarfe der Beteiligten.

der Arbeitsunfähigkeit sowie ausbleibenden Kommunikation zwischen Betroffenen und betrieblichen Akteuren (Therapie als ‚Schonraum‘/ ‚Moratorium‘), zu einer gegenseitigen Entfremdung kommt, die sich schlimmstenfalls nachteilig auf die Wiedereingliederung der Betroffenen auswirken kann (vgl. Abbildung 1).

Auf reflexiv-diskursiver Ebene wird von den betrieblichen und medizinisch-therapeutischen Akteuren damit eine Erklärungsfolie für die angenommene Wirksamkeit und Überlegenheit ihrer vernetzten und stärker arbeitsplatzbezogenen Angebote gegenüber herkömmlichen Angeboten der Regelversorgung und damit zugleich eine Begründungs- und Legitimationsfolie ihres gemeinsamen Handelns dargeboten.

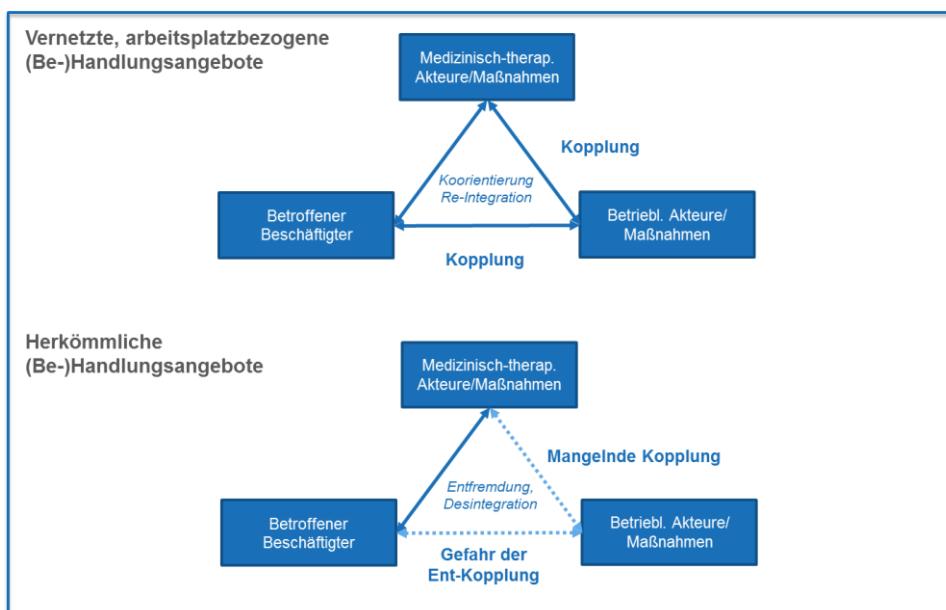


Abb. 1: Vernetzung als Kopplung

Zitate

„...also diese Entkoppelung; die erfahr ich immer wieder. also da ist die Klinik, oder da ist die Behandlung, und dann ist da der Arbeitgeber [...] so=ne Entkoppelung vom Behandlungsprozess in der Klinik oder Tagesklinik oder ambulant und dem Arbeitsplatz. Und da halt ich das für ganz wichtig doch rechtzeitig Kontakt aufzunehmen [...] Also die die Welten entwickeln sich ja auch dann unterschiedlich weiter [...] der Patient entwickelt sich [...]“

und (.) der Arbeitsplatz entwickelt sich ja auch weiter. Und, glaube ich, ist für viele eben auch=ne zusätzliche Hemmschwelle, gar nicht mehr zu wissen was ist denn da eigentlich los? und wir sprechen ja nicht nur von Leuten die sechs Wochen in der Klinik sind, oder acht Wochen in der Tagesklinik; sondern teilweise ein Jahr nichts mehr gehört haben vom Arbeitsplatz, den Arbeitsvertrag zwar noch haben, aber die Ängste immer mehr werden.“ (GD medizinisch-therapeutische Akteure)

„...., dass wir gesagt haben, wir gehen hier ganz klar in unterstützende Maßnahmen, auch im Bereich des Arbeitsplatzbezugs, dass man ins therapeutische Setting den Arbeitsplatz integriert, und aus betrieblicher Sicht, dass der Betrieb sehr früh ansetzt und gefährdeten oder erkrankten Mitarbeitern den Zugang eben auch über die betriebliche Schiene ermöglicht. Und das ist, zu der Zeit, als wir gestartet sind, zweitausendacht, das war einfach=n Novum.“ (GD mit betrieblichen und medizinisch-therapeutischen Akteuren)

„Also was den Ablauf angeht, da haben wir ja kurze Wege vereinbart; das heißt, wir können dort anrufen und uns ganz schnell=n Bett geben lassen. Ich muss halt nicht über den Rentenversicherungsträger gehen und zwanzig Formulare ausfüllen und bitte bitte machen. Ich geh direkt an die Klinik und kann das Weitere dann einleiten als Betriebsarzt. Also ich hab=s jetzt nicht mehr im Kopf, wie die Durchschnittswartezeit ist für psychische Erkrankungen in=ne Reha zu kommen. Ich glaube zwei drei Monate, sechzig siebzig Tage, irgend so was. Also wenn=s gut läuft, können wir in zwei Wochen dort=n Bett kriegen [...] da leben wir wirklich diesen Early- Care-Gedanken.“ (GD betriebliche Akteure)

Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze

In der tiefergehenden Analyse der einzelnen Angebote bzw. der auf sie bezogenen expliziten und impliziten Erfahrungs- und Wissensbestände der betrieblichen und medizinisch-therapeutischen/beratend tätigen Akteure zeigte sich, dass die von ihnen beschriebene Kopplung ihrer beiden Systeme im konkreten Einzelfall (d. h. über die Ebene der allgemeinen Kooperationsvereinbarung bzw. -bekundung hinaus) nicht bei allen Angeboten

direkt, also über den unmittelbaren Kontakt beider Akteursgruppen, sondern in einigen Angeboten *indirekt*, d. h. vermittelt über die Betroffenen, erfolgt (vgl. Abbildung 2).

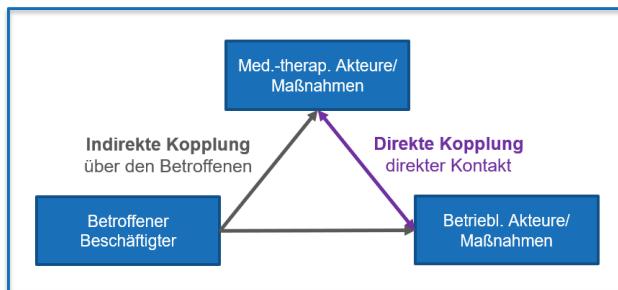


Abb. 2: Kopplungsformen

Den beiden Kopplungsformen ließen sich in den Analysen ferner zwei unterschiedliche (Be-)Handlungsansätze zuordnen: ein psychotherapeutisch orientierter individuumsbezogener Selbstmanagementansatz und ein soziolargerbeiterisch orientierter systemischer Fallmanagementansatz.

Während der Arbeitsplatzbezug im individuumsbezogenen Selbstmanagementansatz im Wesentlichen dadurch hergestellt wird, dass die Arbeit als Thema und die betriebliche Wiedereingliederung als Ziel in die Intervention geholt wird, findet die Intervention im systemischen 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 (Anpassung individueller arbeitsbezogener Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen; Bearbeitung privater Probleme; Stärkung von Selbstsorge, Selbstmitgefühl und Selbstmanagementkompetenz), im Mittelpunkt des zweiten die Frage, was hierfür am Arbeitsplatz (Anpassung von Arbeitsanforderungen und -bedingungen; Klärung interpersoneller Konflikte) und seitens aller beteiligten Akteure (Betroffener, betriebliche Akteure, medizinisch-therapeutische Akteure) getan werden kann. Entsprechend liegt der Fokus des ersten Ansatzes auf der individuellen

(An-)Passung, der des zweiten auf der betrieblichen und individuellen (An-)Passung (vgl. Abbildung 3).

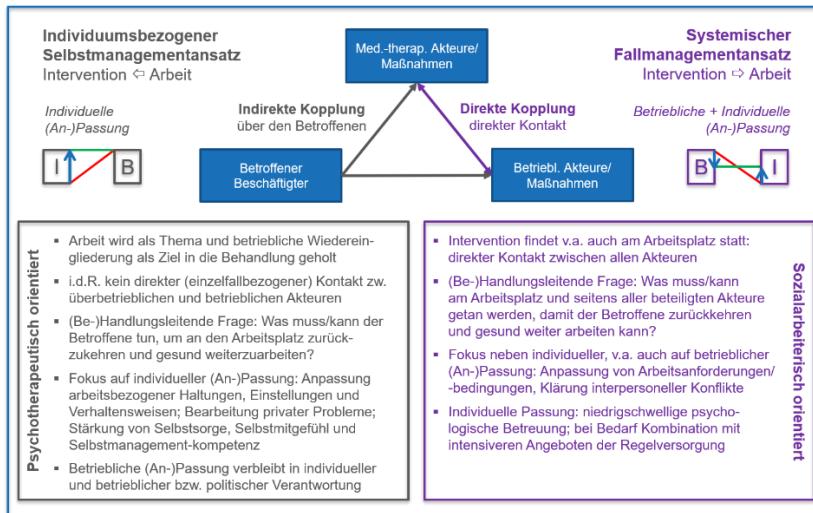


Abb. 3: (Be-)Handlungsansätze

Da es sich beim systemischen Ansatz auf Seite der überbetrieblichen Akteure insb. um beratend tätige Akteure handelt, die selbst nicht oder nur bedingt Teil des medizinisch-therapeutischen Systems sind, sondern vielmehr als externe Dritte zwischen diesem und dem betrieblichen System vermitteln, könnte die diesem Ansatz zugrunde liegende Kopplung auch als eine andere Form der indirekten Kopplung ('Indirekte Kopplung über einen externen Dritten') gefasst werden (vgl. Abbildung 4 sowie die auf S. 30 angeführten Zitate zum systemischen Ansatz).

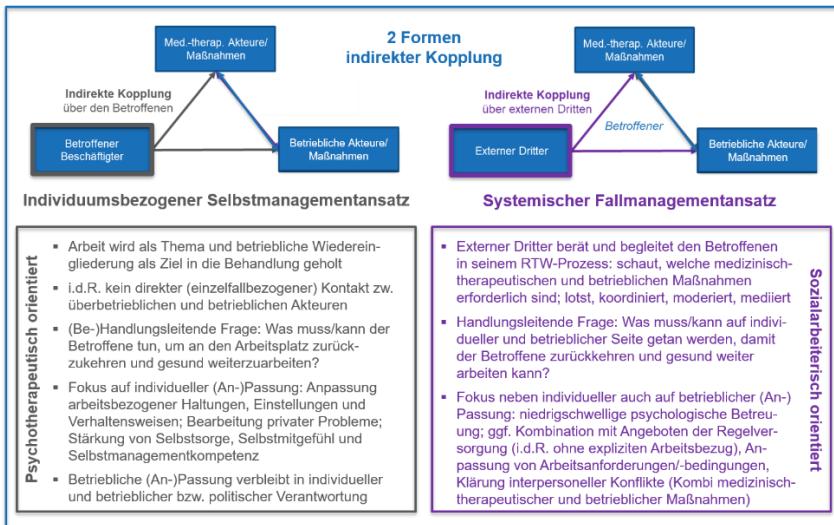


Abb. 4: Formen der Kopplung und (Be-)Handlungsansätze

Die folgenden Zitate illustrieren die beiden Kopplungsformen und (Be-)Handlungsansätze noch einmal in ihrer jeweiligen Charakteristik.

Zitate ,Indirekte Kopplung – Individuumsbezogener Ansatz ‘

„...., dass systematisch der Arbeitsplatz fokussiert wird, überlegt wird, welche Ziele bezogen auf Arbeit sollen verfolgt werden und welche Fertigkeiten und Fähigkeiten muss die Person haben, um am Arbeitsplatz zu bleiben oder eben auch wiedereingegliedert zu werden. Und Interventionen am Arbeitsplatz direkt, werden meistens natürlich dann mittelbar durchgeführt; insofern als dass in Form von kleineren Rollenspielen oder Hilfestellungen, der Therapeut den Patienten entsprechend instruiert, indem neue Gedanken eingeübt werden [...] und der Patient da durchgecoachtd wird.“ (GD betriebliche und medizinisch-therapeutische Akteure)

„Also ich bin immer etwas berüchtigt und mach mich auch unbeliebt mit der Frage, wie können Sie sich verändern, dass Sie unter der gegebenen Organisation weniger leiden?“; „....was kann ich dafür tun? (.) mit meinem Verhalten, mit meinen Strategien, dass das zwischen mir und meinem Arbeitsplatz später (.) gesund harmoniert. Und da kann ja hab ja ich die beste Kontrolle über mein eigenes Verhalten.“; „Ich muss den Leuten beibringen, dass sie keine Anerkennung kriegen werden [...] dass die sich unabhängig

machen von Anerkennung durch Vorgesetzte [...] ich muss lernen mich selbst zu mögen, anerkennen [...] und nicht erwarten dass ich das kriege [...] darauf bereite ich die Leute psychoedukativ immer vor.“ (GD medizinisch-therapeutische Akteure)

„...geht darum, dass sie mehr Freiheit bekommen innerlich zu entscheiden; was tu ich oder was tu ich nicht. Ich kann mich auch entscheiden viel zu arbeiten; ja? Aber dann hab ich=s entschieden. dann ist es mir nicht passiert. [...] dann trage ich auch die Risiken und Nebenwirkungen, ja, also wie komm ich dahin“ (GD medizinisch-therapeutische Akteure)

„...die Selbstfürsorge, Abgrenzungsfähigkeit zu stärken, die Klienten darin zu bestärken, dass sie sagen können; nein, diese Arbeit dafür bin ich nicht eingeteilt. [...] Also da muss auch was im Kopf der Menschen passieren, die die Krankheit haben.“ (GD medizinisch-therapeutische Akteure)

Zitate ‚Direkte Kopplung – Systemischer Ansatz‘

„...also ist für mich immer die generelle Frage; was braucht [die betroffene Person] um gut arbeiten zu können? [...] Wir versuchen Lösungen zu finden und müssen natürlich auch sehen was ist im Betrieb möglich [...] Da muss man sich erstmal Stück für Stück an die Vorgesetzten und BEM-Befragten ranrobben, wir bieten was an, das ist nicht destruktiv, sondern hilft Lösungen zu finden [...] Und dieses Begleiten in die Betriebe [...] das ist was der Facharzt oder auch der Psychotherapeut häufig überhaupt nicht leisten können.“; „[...] dass man so die Funktion des Dritten hat, der dazu kommt und die Dinge erstmal auch transparent macht [...] die Konfliktpunkte und die Möglichkeiten [...] Und da ist unsere Erfahrung, dass sich solche Knotenpunkte dann auch lösen lassen, weil plötzlich hingeschaut werden kann.“; „...dass die Leute dann doch bereit sind, mal zuzuhören; sich zu öffnen, von alten Gedankengängen sich zu lösen; sich darauf einzulassen; dass man neu denken muss; dass man im Interesse des Menschen, der vor einem sitzt und für den man verantwortlich ist, denken muss...“ (GD beratend tätige Akteure)

Einflussfaktoren auf Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze

Die Analysen der expliziten und impliziten Erfahrungs- und Wissensbestände der betrieblichen und überbetrieblichen Akteure zeigten, dass die beiden identifizierten Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze durch bestimmte Einflussfaktoren in ihrer jeweiligen Charakteristik beeinflusst und geprägt werden. Neben Faktoren, die den (Be-)Handlungs-auftrag (das ‚Sollen und Dürfen‘), die (Be-)Handlungsbereitschaft (das ‚Wollen‘) und die (Be-)Handlungsmacht (das ‚Können‘) der betrieblichen und überbetrieblichen Akteure bestimmen, wirken sich insbesondere die (be-)handlungsleitenden Orientierungsrahmen beider Akteursgruppen auf Vernetzungsform und (Be-)Handlungsansatz aus (vgl. Abbildung 5).

Von besonderer Relevanz zeigten sich folgende drei Orientierungsrahmen (vgl. Tabelle 3): 1. Krankheitstheorien (Bedeutung arbeitsbezogener vs. personenbezogener Risikofaktoren und privater Belastungen), 2. Annahmen über die (Un-)Veränderbarkeit arbeitsbezogener Risikofaktoren und 3. Annahmen und Vorstellungen im Hinblick auf Betroffene im Kontext der Arbeit (Betroffenenbilder).



Abb. 5: Einflussfaktoren auf Vernetzungsform und (Be-)Handlungsansatz

Tabelle 3: Orientierungsrahmen betrieblicher und medizinisch-therapeutischer/beratend tätiger Akteure

	Individuumsbezogener Selbstmanagementansatz	Systemischer Fallmanagementansatz
Krankheitstheorien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personenbezogene Risikofaktoren (insb. ungünstige arbeitsbezogene Verhaltensweisen) sowie 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“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsbezogene Risikofaktoren („betriebliche Schieflagen“) als eigenständige Ursachen psychischer Krisen und Erkrankungen
(Un-)Veränderbarkeit arbeitsbezogener Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsbedingungen als unveränderbare Strukturen ▪ Arbeitgeber sind diesen Bedingungen selbst auch unterworfen ▪ Veränderungen nur langfristig durch Politik und Wirtschaft möglich ▪ Medizinisch-therapeutische Akteure können hier nichts tun, haben diesbezüglich keine Handlungsmacht 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsbedingungen als (prinzipiell) veränderbare betriebsspezifische und individuelle Anforderungen ▪ Veränderungen sind möglich, setzen aber die Bereitschaft aller Beteiligten und ggf. Unterstützung bei der Umsetzung voraus ▪ Überbetriebliche Akteure können hier motivieren, informieren und beratend zur Seite stehen

Tabelle 3 (Fortsetzung): Orientierungsrahmen betrieblicher und medizinisch-therapeutischer/beratend tätiger Akteure

	Individuumsbezogener Selbstmanagementansatz	Systemischer Fallmanagementansatz
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 Burn Out bzw. eine Erschöpfungsdepression mündet ▪ Betroffene als ‚Gekränkter/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“) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betroffene als ‚Seismographen betrieblicher Schieflagen‘: nehmen betriebliche Schieflagen aufgrund einer besonderen ‚Sensibilität‘ eher wahr, erkranken aber auch eher an ihnen („besondere Vulnerabilität“); liefern wichtige Hinweise über bestehende psychische Belastungen und Beanspruchungen im Betrieb, die für die präventive gesundheitsförderliche und menschengerechte Gestaltung der Arbeit gezielt genutzt werden könnten

Wie Tabelle 3 entnommen werden kann, sehen die an den Versorgungsnetzwerken und Kooperationen mit individuumsbezogenen Selbstmanagementansatz beteiligten Akteure psychische Erkrankungen vor allem als Folge personenbezogener Risikofaktoren und privater Belastungen. In Bezug auf die Arbeit werden hier insbesondere ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster beschrieben, die auch in den Betroffenenbildern ‚Brenner/Ausbrenner‘ (zu geringe Abgrenzungs- und Distanzierungsfähigkeit, zu hohe Verausgabungsbereitschaft, überhöhtes Perfektionsstreben, zu geringes Maß an Selbstfürsorge) und ‚Gekränkter/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. Mitunter werden arbeitsbezogene Risikofaktoren auch individualisiert, indem beispielsweise Überstunden pauschal auf eine zu geringe Abgrenzungsfähigkeit reduziert werden.

Die an Versorgungsnetzwerken und Kooperationen mit systemischem Fallmanagementansatz beteiligten Akteure berücksichtigen arbeitsbezogene Risikofaktoren hingegen stärker als eigenständige Erkrankungsursachen und begreifen diese zudem als betriebsspezifisch geprägt und damit als prinzipiell veränderbar. Psychisch erkrankte Mitarbeiter werden daran anknüpfend als ‚Seismographen betrieblicher Schieflagen‘ beschrieben, die arbeitsbezogene Risikofaktoren aufgrund einer besonderen ‚Sensibilität‘ eher wahrnehmen, an diesen aufgrund einer ‚besonderen Vulnerabilität‘ aber auch eher erkranken. Diesem Betroffenenbild nach, könnten Betroffene wichtige Hinweise über bestehende psychische Belastungen und Beanspruchungen und damit für die präventive gesundheitsförderliche und menschengerechte Gestaltung der Arbeit geben.

Die folgenden Zitate machen die hier beschriebenen Orientierungsrahmen noch einmal plastisch.

Zitate ‚Individuumsbezogener Ansatz‘

Krankheitstheorien

„Also oft ist es gar nicht die Arbeit an sich, da regt man sich zwar auf oder das nimmt man auch gerne als Ausrede, aber im privaten Bereich da sind dann schon ganz viele Dinge erkennbar...“ (GD betriebliche Akteure)

„...der [betriebliche] Veränderungsprozess ist [...] unheimlich schwer für die [langjährigen, älteren Mitarbeiter] zu akzeptieren [...] das ist glaub ich der größte Faktor; der momentan an der Basis da uns die Erkrankung schafft. Und [...] vieles wird dann, was zu Hause auch noch passiert, mit reingebracht, und natürlich der erste Ableiter für so was ist nämlich dann der Arbeitgeber; ne? Der ist dann dafür verantwortlich, aber eigentlich der Ursprung oder der Keim ist ganz woanders gelegt worden.“ (GD betriebliche Akteure)

(Un-)Veränderbarkeit arbeitsbezogener Risikofaktoren

„...man kann ja auch keine Arbeitswelt, Strukturen schaffen, die die=s hier nicht gibt. An bestimmte Arbeitsplätze sind bestimmte Anforderungen verbunden, und die sind jetzt nicht alle weg, ne?“ (GD betriebliche Akteure)

„...wir haben nicht=n Job, wo man sagen kann jetzt brauchst du nur achtzig Prozent hier leisten. ja? [...] Also als [Berufsgruppe] ist man hundert Prozent einsatzfähig oder nicht einsatzfähig. Es gibt kein bisschen einsatzfähig.“ (GD betriebliche Akteure)

„...wir müssen mit diesen schwierigen Rahmenbedingungen ja auch arbeiten [...] die sind Teil dieser ganzen gesellschaftlichen Position. Also wir sind nicht diejenigen, ne? Auch wir sehen natürlich die Schwierigkeiten und würden uns auch wünschen, dass das zurückgemeldet wird an entsprechende Stellen...“ (GD medizinisch-therapeutische Akteure)

„Die Bedingungen können wir nicht therapieren.“; „...politisch muss man das angehen; aber das sollte man nicht über den Patienten tun [...] das wär=ne Überforderung für den Patienten, also der braucht ja jetzt in der Situation Hilfe.“ (GD medizinisch-therapeutische Akteure)

Betroffenenbilder

„...es werden immer mehr jüngere Mitarbeiter krank. Die legen sich selber Arbeitspensen auf durch eigenen Ehrgeiz, Perfektionismus oder Erwartungen [...] wo auch der Mitarbeiter gefragt ist. Wir reden immer über die Führungskraft. Also jeder Mensch hat auch=ne Mitwirkpflcht.“ (GD betriebliche Akteure)

„...in den Gesprächen stell ich schon oft fest, es gibt irgendwann mal=ne tiefe Kränkung, keine Anerkennung mehr für die Leistung...“; „...dann kommt reaktiv=n Verbitterungssyndrom“; „...die den Betriebsfrieden mit diesem [...] der hat mich krank gemacht, dieser Unerbittlichkeit, das steht mir zu, zerstören“; „...die die Arbeit häufig als ausschließlich ursächlich für ihre Erkrankung sehen und sagen ‚dorthin kann ich nicht zurück, ich brauch nur noch Rente‘, ne?“ (GD medizinisch-therapeutische Akteure)

„...wir müssen da auch hinsehen, dass ein nicht unerheblicher Anteil mit dem festen Vorsatz kommt einer Freistellung [...] wo Geld verteilt wird, gibt=s immer ein Begehren, was nicht immer gerechtfertigt ist.“; „...und wenn das so ist; liegt ein so manifester Zielkonflikt vor, dass Psychotherapie eigentlich gar keine Indikation ist, streng genommen.“ (GD medizinisch-therapeutische Akteure)

Zitate ‚Systemischer Ansatz‘

Krankheitstheorien

„...und das ist so klar, dass diese: Arbeitsintensität ein Faktor ist; ne? Ein Risikofaktor für Depressionen. Und das muss man dann auch benennen [...] das müssen wir ändern.“ (GD beratend tätige Akteure)

„...egal, ob diejenige gesund ist oder nicht, also es ist=n grundsätzliches Problem der mangelnden Wertschätzung...“ (GD betriebliche Akteure)

„...wir haben immer mehr Fälle von psychischen Erkrankungen und es geht nicht darum den Arbeitnehmer fit zu machen. Klar müssen wir Kompetenzen schulen und so was; aber wir müssen uns überlegen [...] ist das noch ne

menschliche Arbeit? Und da ist der Knackpunkt, wir haben=ne Grenze erreicht, wir funktionieren als Menschen nicht so, nicht mit dieser Arbeitswelt [...] die Passung stimmt nicht mehr; der Mensch ist begrenzt, er muss=n anderes Arbeitsumfeld haben.“ (GD medizinisch-therapeutische Akteure)

(Un-)Veränderbarkeit arbeitsbezogener Risikofaktoren

„...ja es gibt die äußenen Schranken, an denen wir erstmal nichts rütteln können, aber innerhalb gibt es dann doch nochmal, gerade wenn ein geschulter Fachmann dabei sitzt, der=ne gewisse Kreativität, gewisses Wissen und=n objektiven Blick mitbringt, dann doch nochmal helfen kann, die Stellschrauben zu drehen.“ (GD medizinisch-therapeutische Akteure)

Betroffenenbilder

„...Menschen mit=ner höheren psychischen Sensibilität haben ja auch =ne besondere Rolle und Funktion in diesen Strukturen. Die sind diejenigen, die am ehesten auch was wahrnehmen [...] Sie sind eigentlich so Seismographen; die kippen als erstes um [...] weil sie sich Gedanken machen; andere sind stärker in der Lage sich abzugrenzen. Die lassen sich nicht so sehr davon berühren.“ (GD beratend tätige Akteure)

„Ja=ja das ist ganz spannend, weil es ist ja oft so=ne Denkweise, der Einzelne hat das Problem, aber er steht nur als Symbolfigur eigentlich.“ (GD beratend tätige Akteure)

3.2. Gruppendiskussionen und Telefoninterviews mit Betroffenen

Langwieriger Prozess des (An-)Erkennens der Erkrankung

Die Betroffenen berichten mehrheitlich von einem langwierigen Prozess des (An-)Erkennens ihrer psychischen Krise bzw. Erkrankung. Häufig habe man aufgrund eigenen Unwissens, Durchhalteverhaltens, Schamgefühlen oder der Sorge um Stigmatisierung und Diskriminierung Symptome nicht erkannt, verdrängt, umgedeutet oder verheimlicht und damit unwillentlich bzw. ungewollt einer Verschlimmerung und Chronifizierung der Beschwerden Vorschub geleistet. Bei vielen äußerten sich seelische Belastungen und Probleme zunächst auch in rein körperlichen Beschwerden (Stichwort: ‚Somatisierung‘). Haus-, Fach- und Betriebsärzte, aber auch Angehörige und Freunde sowie Vorgesetzte und Kollegen zeigen sich im Prozess des (An-)Erkennens der Erkrankung als wichtige Schlüsselakteure: sie können den Prozess befördern, aber auch behindern. Die an der Studie teilnehmenden Betroffenen sehen daher weiteren Bedarf an Information, Sensibilisierung und Aufklärung zum Thema psychische Erkrankungen sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei Ärzten und betrieblichen Akteuren.

Zitate

„Für mich war der Erkenntnisprozess, dass deine Krankheit jetzt auch psychische Ausmaße angenommen hat, irgendwie relativ langwierig“; „...Rückenschmerzen erst unten ignoriert, und die sind dann höher geklettert [...] in der ganzen Zeit war mir aber gar nicht bewusst, dass ich irgendwie ein psychisches Problem hab“; „...dann spielte der Körper völlig verrückt, und dann so diese Einsicht, jetzt hast du auch noch=ne Macke [...] jetzt hastes wirklich im Kopf.“

„Man hat auch die Schlafstörungen gar nicht so für voll genommen; halt gedacht, man kann bloß nicht schlafen; und hat sich quasi gezwungen; zur Arbeit zu fahren.“

„Ich wollte das nicht so schnell wahrhaben und hab immer noch weiter gekämpft.“

„Das war für mich so eigentlich das größte Hemmnis, mir wirklich einzugeben, dass ich Hilfe brauche und dass ich das echt nicht selber in Griff kriege.“

„Ich versuche mit allen Mitteln und Wegen, das zu verbergen, dass ich krank bin.“

„...am Anfang versteckt man sich so=n bisschen; man geht ja damit auch nicht au- so hausieren.“

„Diese ganze Sache, also äh psychische Krise oder auch=ne psychische Erkrankung, ist ja ein riesengroßes Tabu nach wie vor.“

„Insgesamt fehlt auf allen Ebenen die Sensibilität für dieses Thema [...]. Sei es jetzt teilweise auf Ärzteseite, [...] auf der privaten, gesellschaftlichen Seite und insbesondere auf der Unternehmensseite...“

„...da merk ich, dass es Kollegen in meiner Gruppe gibt, die darüber sehr sehr schlechte Meinungen haben; wo ich dreimal überlege.“

„Beim Arbeitgeber muss es schon so sein, wenn du krank bist, dann musst du was gebrochen haben, Gips um=n Arm; dass man das richtig sehen kann, wenn du so jetzt bist ,Du bist krank? Wieso das denn. Wieso bist du krank?“

Krankheitstheorien der Betroffenen

Wie in Abbildung 6 dargestellt und mit den nachfolgenden Zitaten illustriert, beschreiben die Betroffenen ihre Erkrankungen als Folge der Wechselwirkung und Aufschichtung vielfältiger Faktoren: personenbezogener Risikofaktoren (wie z. B. ein hohes Pflicht- und Verantwortungsbewusstsein oder starker Perfektionismus), privater Probleme und biographischer Ereignisse (wie z. B. schlechten Kindheitserfahrungen oder Trennungen) sowie arbeitsbezogener Belastungen und Konflikte (wie z. B. hoher Arbeitsintensität/-dichte, Konflikte mit dem Vorgesetzten oder Mobbing durch Kollegen).

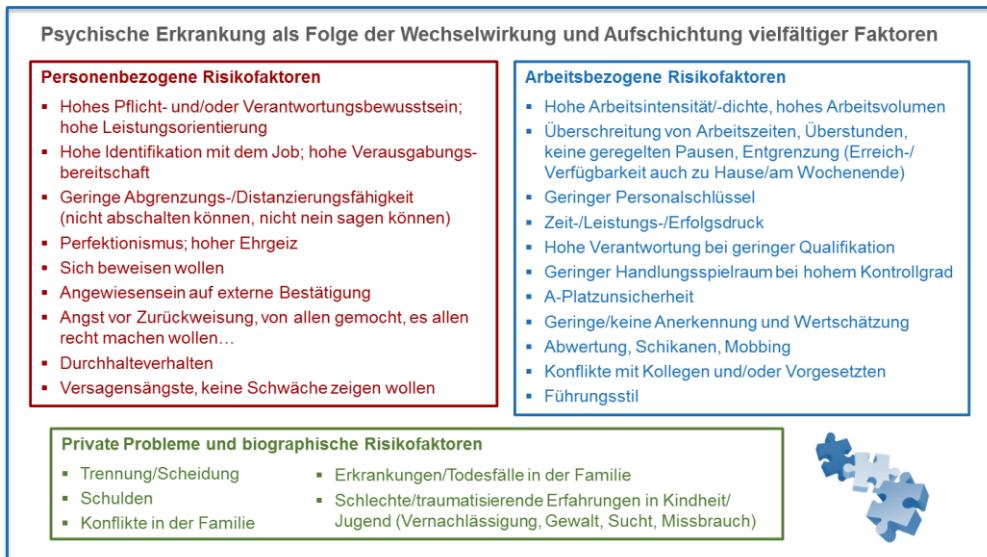


Abb. 6: Krankheitsursachen aus Betroffenensicht

Zitate – Personenbezogene Risikofaktoren

„Eins meiner Probleme ist glaub ich schon immer gewesen, nicht Nein sagen zu können oder sich nicht abgrenzen zu können.“

„...was ich überhaupt nicht sagen konnte, ‚ich kann etwas nicht‘. [...] aber wenn man, nur weil man das mit beliebiger Mehrarbeit könnte, auch immer macht, dann kommt man da irgendwann rein, dass die Leute es auch gewöhnt sind [...] Ja, also da muss man dann halt, wenn man sich damit auch nicht ganz so beliebt macht, mal Nein sagen.“

„Und ich habe dann doch eine Stunde länger gemacht. Den anderen Tag hatte ich frei, wollte ich dem Kollegen nicht alles liegen lassen. Man macht es dann auch den Kollegen zuliebe und lässt das Zeug nicht liegen.“

„Weil ich schon wieder so pflichtbeflissen gedacht hab, oh Gott, vielleicht legen wir das [Reha Beginn] ja lieber hinter die Saison.“

„...ich bin eigentlich immer so erzogen worden, dass ich meine Arbeit schaffe.“

„Weil das Problem immer war, ich bin ziemlicher Perfektionist von Natur her. Und im Prinzip brauch ich keine Peitsche, ich peitsche mich auch selbst durchs Leben.“

„Und ich hab so das Problem, dass ich auch so ein Typ bin, wie man sagt, mit einer Grübelneigung, das heißt, ich kann also nur sehr schwer, wenn ich nach Hause komme, abschalten, bin innerlich sehr aufgewühlt.“

„Und also auch abends, wenn ich nach Hause komme, mir über zig Sachen am Tage noch, die passiert sind, einen Kopf mache, was hätte man besser machen können?“

Zitate – Private Probleme und biographische Risikofaktoren

„Hab zweitausendzwölf eine Scheidung hinter mir, aber eine Trennung schon zweitausendsieben, und bin da damals auch schon in so ein Loch gefallen.“

„Mein Opa, meine Oma, meine Mutter und ihr Freund tablettensüchtig, meine beiden Eltern alkoholabhängig; und meine Oma, meine Mutter und jetzt auch ich, depressiv. Also mein Arzt hat gesagt ich hab Depressionen geerbt sozusagen.“; „Man wusste nie, was sich hinter dieser Tür; ob du verprügelt wirst, oder ob sie [Mutter] überhaupt im Bett liegt oder aufgestanden ist oder so; so war eigentlich meine früheste Kindheit, bis man sich denn so losstrampelt; mit sechszehn hab ich mich selber in ein Heim einweisen lassen.“

„....mit ein Grund, warum das so schwierig wurde mit der Arbeit, war auch, dass meine Mutter gestorben ist. Und also ungewöhnlich schwierige Konstellation bei den Miterben“; „Das ging so weit, dass er [Bruder] mir unterstellt hat, ich hätte meiner Mutter Sterbehilfe geleistet gegen ihren Willen, das heißt ja letztendlich Mord. Er hat das auch vor Gericht also sogar vorstellig gemacht [...] Sie können sich vorstellen, was das für eine persönliche Belastung ist.“

Zitate – Arbeitsbezogene Risikofaktoren

„Bei mir kam eigentlich der Ausfall aus beruflichen Gründen, zum Glück, nicht Bereich Mobbing [...] aber bei uns ist es so, dass Anfang zweitausendsechzehn aus unserem Bereich jemand in einen anderen Bereich gewechselt ist; und der Aufgabenbereich bei uns erst mal so abgeliefert wurde, dass

wir das mitmachen mussten; aber in weiser Voraussicht; da kommt jemand Neues, und ihr kriegt Unterstützung; die Person ist bis heute nicht da, also bei mir ging es dann; oder bei uns allgemein im Team dann wirklich der Arbeitsaufwand; der gemacht/erledigt werden muss, mit einer geringeren Anzahl von Personen.“

„Mein Mutterschutz wurde gar nicht so wirklich ernstgenommen. Er [Chef] hat mich sehr oft angerufen oder hat mir Aufgaben gegeben. Und ich musste auch von zu Hause arbeiten, alle E-Mails beantworten, auch ähm Kursplan erstellen für kommendes Semester et cetera.“

„Die ignorieren, dass man eben Wochenende oder Urlaub hat. Die verlangen, dass man per Handy immer erreichbar ist, auch im Urlaub, und am Wochenende Arbeitsanweisungen an den Privataccount schicken.“

„Und das hat sicherlich auch erst mal zu einer schlechenden Überarbeitung geführt, und dann hab ich im März zweitausendfünfzehn einen Chef bekommen; wo dann auch das Thema Mobbing und Aussaugen und zwölf Stunden am Tag, ohne Pause war keine Seltenheit, und immer noch mehr und immer noch mehr.“

„Ich habe reduziert. Aber die Aufgaben, die da liegen blieben, die hat mir keiner abgenommen. Das heißt, in weniger Zeit musste ich trotzdem das Ganze sehen.“

„Und egal, wie alt du bist [...] Das ist denen egal, die ziehen da ihr Ding durch. Und ob du da auf der Strecke bleibst oder nicht, das ist denen egal.“

„Weil die Missstände, um das mal so zu formulieren, die sind hier ganz allgemein bekannt. Zusatznote, in [med.-therap. Einrichtung] waren auch sehr viele [andere Mitarbeiter des Unternehmens] außer mir da, mit genau der gleichen Problematik.“

Zitate – Wechselwirkung und Aufschichtung von Faktoren

„....warum ich hier bin ist einmal das verstorbene Kind, was mir auf die Seele drückt. Dann die private Situation, also nach zwei Scheidungen, was der Exmann so alles mit mir angestellt hat. Aber auch die Arbeitssituation: also ich alleine im Sekretariat [...]; dass ich auch noch eine andere Sekretärin ersetzen muss, die schon seit über einem Jahr ausfällt; dass ich immer mehr Aufgaben da zu bewältigen habe; [...] Urlaub krieg ich nur zwei Tage vorher bewilligt und mit Kampf. Und wenn ich dann Urlaub habe, werde ich sofort krank.“

„....also die berufliche Belastung, wie das so ist, die ist ja bei vielen Leuten relativ hoch, ähm aber dann kam eine schwere Erkrankung von meiner Mutter dazu [...] auf der beruflichen Ebene war es so, dass [...] uns sehr große Konkurrenz erwachsen ist in Form von einem anderen Institut [...] Also das heißt, es war wesentlich schwieriger Projekte zu akquirieren [...] und die Gruppe in der Größe am Leben zu erhalten. das war die eine Seite. Und die andere Seite war, dass es auf der familiären Ebene, in Hinsicht auf die Erbschaft äh sehr, sehr schwierig wurde...“

Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze aus Betroffenensicht

Aus den Narrationen und Diskursen der Betroffenen wird ferner deutlich, dass die verschiedenen Faktoren – je nach (Be-)Handlungsansatz – im unterschiedlichen Maße bearbeitet werden.

So erzählen Betroffene aus individuumsbezogenen Ansätzen vor allem von der Reflexion und Aufarbeitung personenbezogener Risikofaktoren, privater Belastungen und biographischer Ereignisse sowie dem Erlernen entsprechender Bewältigungs- und Veränderungsstrategien. Betroffene, die einen systemischen Ansatz erlebt haben, berichten hingegen auch von der gezielten Identifikation arbeitsbezogener Risikofaktoren und deren professionell begleiteter Anpassung/Veränderung.

Zitate – Betroffene aus individuumsbezogenen Ansätzen

„[Die Arbeit] ist das Hauptthema, was wir eigentlich die ganze Zeit besprechen. Weil ich viel Arbeit an mich reiße. Dass ich es schaffe, das nicht mehr zu machen.“; „Da heißt es dann, mich auf meine Arbeit zu konzentrieren und nicht zu viel wollen [...] Fehler der anderen einfach hinnehmen und nicht zu lange da drüber nachzudenken. Arbeiten, die mich im Moment nichts angehen, auch die anderen machen lassen. Wenn andere Arbeiten nicht machen, sich nicht lange da drüber aufregen. Und das ist halt das Hauptthema, was wir die ganze Zeit bearbeiten. Achtsamkeit übers Erleben, Erkennen und Benennen.“

„Und was halt in der Therapie jetzt mir auch gezeigt wird, dass ich auch weiß, dass jeder ja so eine andere Sichtweise hat [...] Weil ich seh das ja aus meiner Sichtweise, und die sehen das halt aus ihrer Sichtweise, und dadurch kommen dann wohl auch die großen Komplikationen. Und da ich die Kollegen ja nicht ändern kann, was ich schon sehr oft probiert hab, das heißt, was eigentlich auch logisch ist, nicht funktioniert. Und da daraufhin arbeiten wir halt, dass ich versuche, irgendwo doch in gewissen Sachen viel gelassener zu werden.“

„...die Therapeuten geben mir die Impulse, die Anreize, die ich brauche, um meinen Alltag für mich erträglich zu machen. Ich bin ja derjenige, der es bestimmt. Wenn ich mich nicht verändere, kann mir auch keiner helfen.“

„Dass man nicht alles immer muss, dass es auch immer noch andere Möglichkeiten gibt. Man da sich nicht so reinsteigern sollte.“

„...auch die Akzeptanz innerlich zu haben, es ist gar nicht zu schaffen. Dann ist es eben so. Dann versuchst du das, was du machen kannst, aber nicht deswegen rennen oder hektisch werden, hin und her, ganz normal, bleib überlegt, bleib kontrolliert vor allen Dingen, überleg, was du tust, wann du es tust, mit wem du es tust und so weiter.“

Zitate – Betroffene aus systemischen Ansätzen

„Also bei mir war das so ein Puzzle [...] da sind die Schwerbehindertenbeauftragte und Frau A [von der Anlauf- und Beratungsstelle XY] wirklich ganz wichtige Partner; da war ich ja am Anfang vierzehntätig auch, aus der AU heraus, so eine Struktur, du hast dort einen Termin, und das das ist ja so eine ähnlich wie eine Psychotherapiestunde [...] die Betriebsärztin spielte da am Anfang auch noch eine Rolle; die rief mich zu Hause an; ob ich irgendwie Suizidgedanken hätte, mir ist fast der Hörer aus der Hand gefallen, ‚Nein, warum?‘ Na; Sie muss mich das fragen, nach diesem Zusammenbruch; also wo der Arbeitgeber auch Verantwortung wahrgenommen hat, das fand ich toll; und dann eben auch nachher so diese; suchen Sie sich eine Psychotherapeutin, okay, hab ich; und auch noch eine Reha; ja, gut. also das ist ein Puzzle von allem gewesen irgendwie. Aber wichtig, wenn ich nicht schwerbehindert wäre, hätt ich diese Chance ja gar nicht gehabt; überhaupt in diese Kiste reinzukommen; in diese Betreuungskiste durch die Schwerbehindertenbeauftragte und Frau A.“

„Also es ist, find ich; so=n Gesamtkonzept für mich gewesen; also=n: privates Umfeld, was das mitträgt, dann die Frau A; die Schwerbehindertenbeauftragte, und eben auch der Arbeitgeber; der versucht hat, was machen wir jetzt damit?“; „in der Zeit, wo ich in der Reha war, hat der Personalchef halt geguckt, wo sie mich jetzt am besten unterbringen.“

„...haben wir ein Abschluss- äh -BEM-Gespräch geführt, wo nochmal alle Teilnehmer anwesend waren in großer Runde, wo dann das knappe Dreivierteljahr Revue passiert wurde und irgendwie so übereinstimmend festgestellt wurde, gelungenes Beispiel von sowohl Wiedereingliederung als auch im Prinzip war es ja eine Neueingliederung durch die Versetzung.“

Der Einfluss der Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze auf die Orientierungsrahmen und Handlungsstrategien der Betroffenen

Wie in einzelnen Zitaten bereits deutlich wird, übernehmen die Betroffenen im Rahmen der Therapie die Orientierungsrahmen der medizinisch-therapeutischen bzw. beratend tätigen Akteure und leiten entsprechende Handlungsstrategien für sich daraus ab (vgl. Abbildung 7). So gewinnen bei den Betroffenen aus individuumsbezogenen (Be-)Handlungsansätzen personenbezogene Faktoren sowie private und biographische Belastungen in ihren Krankheitstheorien an Bedeutung, werden arbeitsbezogene Risikofaktoren stärker als unveränderbar wahrgenommen und der Erfolg für die Genesung und erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz v. a. an die eigene Person und die individuellen Anpassungsbemühungen gebunden: „Ich bin ja derjenige, der es bestimmt. Wenn ich mich nicht verändere, kann mir auch keiner helfen“.

Bei Betroffenen aus systemischen (Be-)Handlungsansätzen bleiben die Krankheitstheorien komplexer, gelten private, biographische, personen- und arbeitsbezogene Risikofaktoren als gleichermaßen bedeutsam sowohl für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung als auch für deren Überwindung. Genesung und Wiedereingliederung können aus ihrer Perspektive (ihren expliziten und impliziten Erfahrungs- und Wissensbeständen) daher nur gelingen und nachhaltig sein, wenn alle Faktoren bearbeitet werden und ein neues Gleichgewicht über individuelle und betriebliche (An-)Passung hergestellt werden kann.

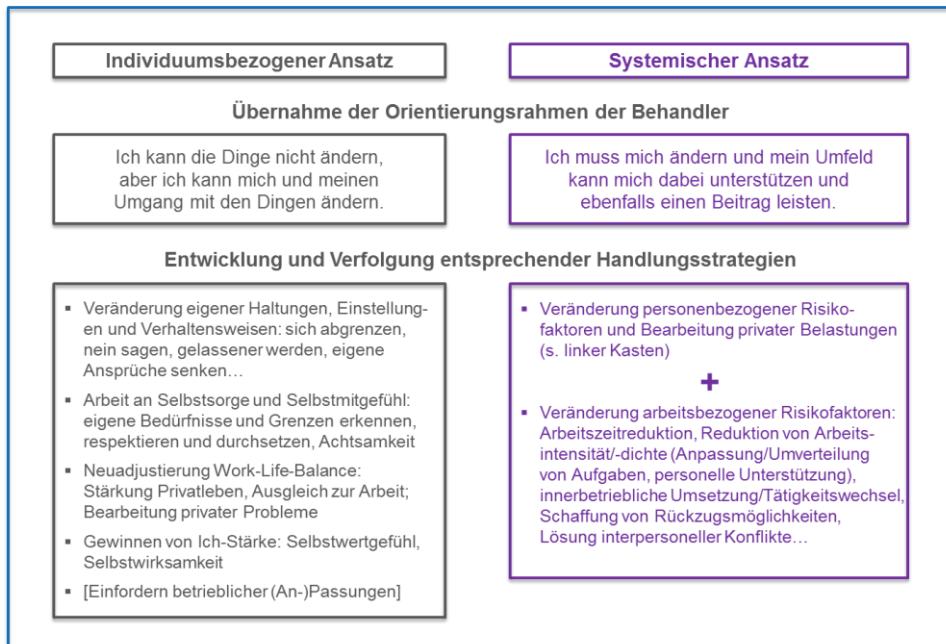


Abb. 7: Orientierungsrahmen und Handlungsstrategien der Betroffenen

Neuralgische Punkte der Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze

Auch wenn die meisten an der Studie teilnehmenden Betroffenen ihre Therapie als überwiegend positiv und gewinnbringend für die Genesung und Wiedereingliederung erleben und bewerten, werden doch auch neuralgische Punkte des jeweiligen professionellen (Be-)Handlungsansatzes und der daraus abgeleiteten individuellen Handlungsstrategien erfahren und beschrieben bzw. erkennbar (s. Tabelle 4).

Wie in Tabelle 4 deutlich wird, prägen die bereits weiter oben aufgeführten Faktoren Handlungsauftrag-, -bereitschaft und -macht nicht nur die Inhalte und Schwerpunkte der beiden (Be-)Handlungsansätze, sondern auch ihre jeweiligen Begrenzungen.

Tabelle 4: Neuralgische Punkte der (Be-)Handlungsansätze

Individuumsbezogener Ansatz	Systemischer Ansatz
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungs-/Veränderungsbereitschaft der Betroffenen im Hinblick auf die individuelle (An-)Passung (und die entsprechende (Be-)Handlungsmacht der medizinisch-therapeutischen Akteure, diese Bereitschaft zu erzeugen/zu steigern oder aufrechtzuhalten) <p>→ Der Betroffene muss sich verändern ‚wollen‘.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungs-/Veränderungsbereitschaft der Arbeitgeber im Hinblick auf die betriebliche (An-)Passung (beeinflusst durch den entsprechenden Handlungsauftrag und mit diesem verbundener Pflichten) <p>→ Der Arbeitgeber muss arbeitsbezogene Risikofaktoren ändern ‚wollen‘.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungs-/Veränderungsmacht der Betroffenen im Hinblick auf die individuelle (An-)Passung (angesichts der Verwurzelung und Habitualisierung von Verhaltensweisen sowie hinderlichen arbeitsbezogenen Faktoren) <p>→ Der Betroffene muss sich verändern ‚können‘.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungs-/Veränderungsmacht der Arbeitgeber im Hinblick auf die betriebliche (An-)Passung <p>→ Der Arbeitgeber muss arbeitsbezogene Risikofaktoren ändern ‚können‘ - abhängig u. a. von vorhandenen Ressourcen, Kompetenzen, betrieblichen Möglichkeiten.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungs-/Veränderungsmacht der Betroffenen (gegenüber betrieblichen Akteuren) im Hinblick auf die (An-)Passung arbeitsbezogener Risikofaktoren (betriebliche (An-)Passung) <p>→ Der Betroffene muss in der Lage sein, arbeitsbezogene Risikofaktoren verändern zu ‚können‘ – ist hier von der Handlungs- und Veränderungsbereitschaft betrieblicher Akteure abhängig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Be-)Handlungsauftrag und -macht beratend tätiger Akteure (gegenüber betrieblichen Akteuren) im Hinblick auf die betriebliche (An-)Passung <p>→ Die beratend tätigen Akteure müssen in der Lage sein, arbeitsbezogene Risikofaktoren verändern zu ‚können‘ – sind hier von der Handlungs- und Veränderungsbereitschaft betrieblicher Akteure abhängig.</p>

Die folgenden Zitate veranschaulichen noch einmal, wie die Betroffenen diese Begrenzung erleben.

Zitate – Betroffene aus individuumsbezogenen Ansätzen

„Das waren gute Erfahrungen, die mir auch weitergeholfen haben irgendwie. Aber irgendwo, muss ich ganz ehrlich sagen, ist der Mensch letzten Endes auch ein Gewohnheitstier. Das heißt, also so manche Sachen kann man nicht abtrainieren, die sind einfach so.“

„Die geben Ratschläge, wie du alles besser verarbeitest, was du machen kannst. Und ich versuche es. Das ist natürlich schwer. Das ist eine Umstellung. Von dem, was ich/wie ich so bisher gewesen bin, mich jetzt umzustellen. Jetzt anders zu denken [...] es ist nicht so einfach.“

„...hab sehr viel Arbeit an mich gerissen. Das versuchen wir abzuändern. Obwohl diese Einstellung sehr schwierig ist, weil sich das ja über Jahre aufgebaut hat. Und ja auch irgendwo die Persönlichkeit ist, die man hat.“

„Also was ich versucht habe jetzt umzusetzen, oder immer noch versuche, ist, dass ich gelassener werde, nach dem Motto: Es so nehmen, wie es kommt, und nicht versuchen, ein Wunder herbeizuführen. Ja, also es gibt, Tage, wo es alles scheiße ist, es ist so viel, irgendwann kommt dann wieder so dieser [Drilling-]Faktor in mir durch und sagt, du schaffst das, scheißegal.“

„...da muss ich kurz auch wirklich Kritik anmerken; das ging nicht nur mir so, ähm die bereiten einen überhaupt nicht drauf vor, man ist ja wie: unter so=ner Käseglocke fünf Wochen und dann kommt man nach Hause, (.) und fällt erst mal wieder in=n total tiefes Loch, weil das ist ja alles genau so, wie es vorher war; bevor man in die Reha gegangen ist.“

„...es ist ja wirklich so; dass man in die Situation zurückkommt, (2) die sich nicht verändert hat.“

„Ich hatte schon BEM-Gespräche. zum ersten Gespräch habe ich bewusst eine Vertreterin des Personalrats genommen mit der Hoffnung, dass dann die Telearbeit irgendwie geklärt werden kann. Und auch ganz bewusst habe ich Betriebsärztin genommen. [...] ich habe sie von Schweigepflicht auch entbunden, dass sie auch da irgendwie sich äußern kann und erklären, was

diese Krankheit alles bedeutet, was ich kann, was ich nicht kann momentan. [...] Aber dieses Gespräch war dann gar nicht gut. Also die Betriebsärztin kam gar nicht zur Geltung, irgendwie wurde es innerhalb von kürzester Zeit, äh ja, wie soll ich sagen, der, der Kanzler und meine Chefin waren so dominant, dass die beiden kaum gewagt haben, noch irgendwas zu sagen und zu argumentieren. So dass ich eigentlich ganz allein da war und mich wehren musste. [...] Und dann Woche drauf gab es noch ein Folgegespräch zwischen BEM-Beauftragte, die eine sehr neutrale Position annimmt. Sie versucht da nicht irgendwie meine Interessen zu vertreten, sondern sie sitzt nur da und führt Protokoll. [...] Ich erwarte schon viel mehr Moderation. Und dass, wenn sie sieht, dass Gespräch oder die Situation sich zuspitzt, dass sie irgendwie eingreift und auch, ähm ja, mit/ auch irgendwie die Seite des Arbeitnehmers auch vertritt. Weil sonst ist man immer ausgeliefert.“

„...bei der Wiedereingliederung hat dann mein Ex-Chef: wirklich versucht, in den; ich hab auch mit drei Stunden angefangen, ähm: in den drei Stunden aus mir das rauszukriegen, was ich sonst in zwölf geleistet habe, und das war dann irgendwie endlich; dass das schiefgehen musste“

„Vielleicht, wenn die untereinander Kontakt aufnehmen könnten; vielleicht wirkt man also als Patient, dem Arbeitgeber gegenüber unglaubwürdiger, als wenn: ein Arzt irgendwie mit dem Arbeitgeber spricht.“

Zitate – Betroffene aus systemischen Ansätzen

„Ohne dieses Team und ohne die Bereitschaft der Beteiligten auch, das zu einem guten Verlauf und zu einem guten Ende zu bringen, kann so was auch gar nicht funktionieren.“; „wenn ich nicht schwerbehindert wäre, hätt ich diese Chance ja gar nicht gehabt; überhaupt in diese Kiste reinzukommen; in diese Betreuungskiste durch die Schwerbehindertenbeauftragte und Frau A [von der Anlauf- und Beratungsstelle XY].“

„...da der Arbeitgeber ja kein Interesse dran hatte, mich in Arbeit zurückzubringen; ist es natürlich doppelt schwer. da muss ich sagen; da dank ich: Frau E [von der Anlauf- und Beratungsstelle ABC] ganz doll. Die hat da wirklich das organisiert, dass überhaupt was passiert ist.“

3.3. Abgleich der untersuchten Angebote, Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze

Den untersuchten Angeboten ist gemein, dass sie durch die Vernetzung (Kopplung) des betrieblichen und des medizinisch-therapeutischen Systems sowie eines verstärkten Arbeits(platz-)bezugs ihrer Interventionen bestehende Lücken und Defizite in der Regelversorgung psychisch erkrankter Beschäftigter (wie z. B. lange Wartezeiten und die therapeutische Ausklammerung des Themas Arbeit mit der damit verbundenen Gefahr der Ent-Kopplung und Entfremdung zwischen Betroffenem und Arbeitsplatz) überwinden, Betroffene häufig frühzeitiger erreichen (proaktiver/niedrigschwelliger Zugang zu den Betroffenen bzw. in die Angebote über den Zugangsweg Betrieb) und sie gezielter auf die betriebliche Wiedereingliederung vorbereiten können.

Die beiden identifizierten Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze der untersuchten Angebote besitzen dabei ganz spezifische Stärken, weisen aber auch Begrenzungen bzw. Gefahren auf (s. Abbildung 8).

Die größte Stärke des individuumsbezogenen Ansatzes liegt in der Stärkung von Selbstsorge und Selbstmitgefühl, durch die die Betroffenen wieder Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und Ich-Stärke zurückgewinnen können. Überwinden die Betroffenen ihre Krise und kehren erfolgreich zurück an ihren bzw. einen anderen Arbeitsplatz, so erleben sie dies als Ergebnis ihrer eigenen Anstrengungen. Misserfolg kann andererseits als persönliches Versagen erlebt werden, da Genesung und Wiedereingliederung letztlich vor allem als ein Prozess der individuellen (An-)Passung verstanden wird. So besteht die größte Begrenzung des individuumsbezogenen Ansatzes denn auch in der Gefahr der Individualisierung der Erkrankung, ihrer Ursachen und erfolgreichen Bewältigung. Auf Seiten der Betriebe kann es hier zu einer Auslagerung des ‚Problems‘ und seiner Behandlung kommen: Betroffene werden möglichst schnell identifiziert und an die kooperierenden medizinisch-therapeutischen Einrichtungen verwiesen, in denen sie durch rein individuelle (An-)Passung wieder ‚fit‘ für ihre – unveränderte

– Arbeit gemacht werden. Streben Betroffene in diesem Ansatz eine Veränderung arbeitsbezogener Belastungen an, so sind sie hierbei nicht nur auf sich selbst gestellt, sondern auch komplett abhängig von der Responsivität, Handlungs- und Veränderungsbereitschaft ihrer Vorgesetzten und Arbeitgeber. Fortbestehende arbeitsbezogene Risikofaktoren können dann nicht nur die Nachhaltigkeit der individuellen Genesung und Wiedereingliederung, sondern auch die Gesundheit weiterer Mitarbeiter gefährden.

Die größte Stärke des systemischen Ansatzes liegt in der Kombination individuums- und arbeitsplatzbezogener Maßnahmen und dem Bestreben um individuelle wie betriebliche (An-)Passung. Sowohl dem Betroffenem als auch dem Betrieb wird hier eine unterstützende Person zur Seite gestellt, die im Idealfall den gesamten Return to Work-Prozess mit plant, gestaltet und koordiniert. Dies kann nicht nur im erheblichen Maße zur Nachhaltigkeit im individuellen Fall beitragen, sondern bietet auch eine mögliche Schnittstelle zur betrieblichen Prävention. Da im systemischen Ansatz auch auf Angebote der Regelversorgung psychisch erkrankter Personen zurückgegriffen wird, kann hier nicht immer gewährleistet werden, dass die in Anspruch genommenen individuumsbezogenen Maßnahmen (wie z. B. Psychotherapie) einen expliziten Arbeits(platz-)bezug aufweisen. Eine weitere Begrenzung des systemischen Ansatzes liegt in der Gefahr, dass er – bedingt durch die eingeschränkte Handlungsmacht der ihn ausführenden überbetrieblichen Akteure bzw. deren Abhängigkeit von der Handlungsbereitschaft der betrieblichen Akteure – auch auf betrieblicher Seite, d. h. im Hinblick auf die betriebliche (An-)Passung, nicht effektiv greifen kann. Durch das Einschalten eines dritten Akteurs kann es diesem Ansatz ferner zu einer Verantwortungsdiffusion oder aber auch Verantwortungsübertragung (seitens des Betroffenen und/oder der betrieblichen Akteure auf den externen Dritten) kommen.

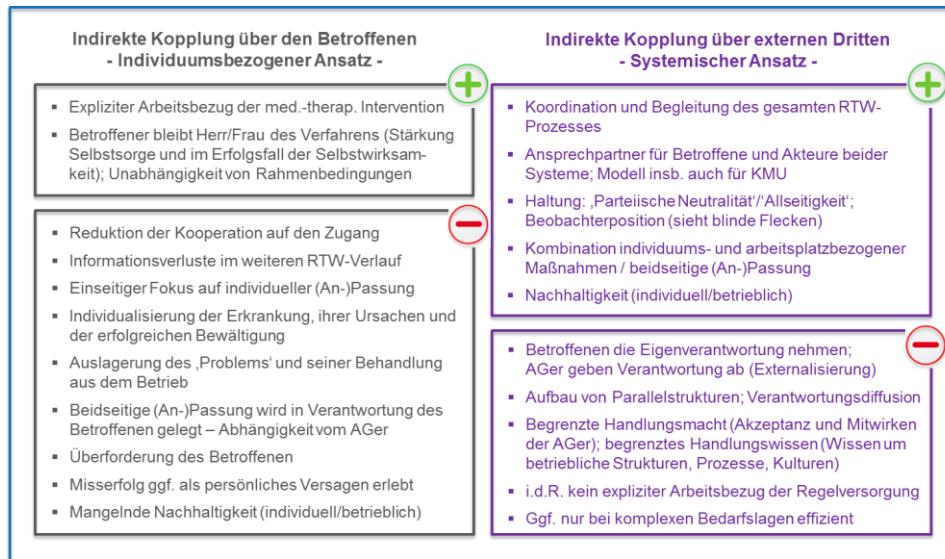


Abb. 8: Stärken und Grenzen der Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze

3.4. Fazit und Implikationen

Die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen ist wie auch die betriebliche Wiedereingliederung nach psychischer Krise zumeist ein multifaktorielles Geschehen. Die Komplexität von Erkrankung und Rückkehr müssen daher (an-)erkannt und individuelle und betriebliche (An-)Passung gleichermaßen berücksichtigt werden. Ziel sollten nicht nur gesunde Beschäftigte, sondern immer auch gesunde Unternehmen sein.

Wie die vorliegende Studie zeigt, stoßen – trotz ihrer Vorteile gegenüber der Regelversorgung – auch stärker vernetzte und arbeitsplatzbezogene Angebote hier noch an ihre Grenzen. Für ihre Weiterentwicklung und künftige Ausweitung auf die Regelversorgung bedarf es vor allem:

1. einer weiteren Information, Aufklärung und Sensibilisierung insbesondere relevanter Schlüsselakteure (d. h. betrieblicher und medizinisch-therapeutischer Akteure, Leistungsträger, Arbeitnehmer/Betroffene) zum Abbau der Tabuisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen,

2. einer konsequenten Berücksichtigung der Themen Arbeit und Wiedereingliederung in der medizinisch-therapeutischen Versorgung psychisch erkrankter Menschen (durch entsprechende Berücksichtigung in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Haus-, Fach- und Betriebs-/Werksärzten sowie Therapeuten, in Leitlinien, Therapie-standards, Curricula und Manualen sowie in der Anerkennung und Finanzierung entsprechender Angebote durch Leistungsträger),
3. des Abbaus bürokratischer Hürden im segregierten Gesundheits- und Sozialversicherungssystem bzw. der Stärkung rechtskreis- und trägerübergreifender Beratungs- und Versorgungsangebote,
4. der Förderung betrieblicher Unterstützungsangebote sowie einer stärkeren Einforderung gesetzlicher Fürsorgepflichten mittels geeigneter Informations- und Beratungsstrukturen (zentraler, trägerübergreifender Ansprechpartner für Unternehmen), Anreizsysteme (Zuschüsse, Prämien oder Beitragsnachlässe für besonders engagierte Betriebe, Verlängerung der Lohnfortzahlung) sowie Kontroll- und Sanktionierungsverfahren,
5. der bedarfsoorientierten Verschränkung betrieblicher und medizinisch-therapeutischer, arbeitsplatz- und individuumsbezogener, Maßnahmen,
6. einer systematischen RTW-Planung, Koordination sowie (bei Bedarf auch längerfristigen) Begleitung als regelhafter Rahmung insbesondere betrieblich-klinisch verschränkter („integrierter“) Wiedereingliederungsstrategien sowie
7. der Möglichkeit, bei Bedarf einen externen (unabhängigen) Dritten als Case und Care Manager zu beauftragen bzw. einzuschalten.

Die hier genannten handlungsleitenden Ansätze sollen im Rahmen eines Praxisleitfadens, der auf den Ergebnissen der vorliegenden sowie weiterer BAuA-Studien im Themenfeld „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und Betriebliche Wiedereingliederung“ fußen wird, weiter konkretisiert und für betriebliche und überbetriebliche Akteure aufbereitet werden.

4 Publikationen

4.1. Poster, Vorträge und Abstracts

2017

- Posterpräsentation zum Projekt auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) (15.-17.03.2017, Hamburg)
- Vortrag zum Projekt auf der Regionentagung der Deutschen Post DHL Group (22.-23.05.2017, Timmendorfer Strand)
- Vortrag zum Projekt im Rahmen des BAuA-Kolloquiums „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung“ (13.-14.06.2017, Berlin); Abstract erschienen als: Schwarz B. Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise – Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren im Return to Work-Prozess. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung. Tagungsdokumentation. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA; 2018 [online verfügbar unter: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/ Berichte/Gd94.pdf?__blob=publicationFile&v=6]

2018

- Impulsvortrag im Diskussionsforum „Bridging Gaps – Vernetzung von Akteuren und Strategien zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ auf dem 27. Reha-Kolloquium (26.-28.02.2018, München); Abstract des Diskussionsforums online verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/ Inhalt/ 3_Infos_fuer_ Experten/o1_sozialmedizin_forschung/ downloads/veranstaltungen/reha_kolloqu_aktuell/27_reha_ kolloqu_programmheft.pdf?__blob=publicationFile&v=4

- Vortrag im DVfR-Symposium „Arbeitsmedizin und Rehabilitation – Wege zur Teilhabe im Arbeitsleben“ auf der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) (07.-09.03.2018, München); Abstract und Vortrag online verfügbar unter: <https://www.reha-recht.de/monitoring/symposium/>
- Vortrag beim Kongress Armut und Gesundheit (20. und 21.03.2018, Berlin); Abstract online verfügbar unter: https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Kongress_A_G/A_G_18/Beitraege_2018/45_Schwarz.pdf
- BBS – Ringvorlesung im WiSe 2018/2019, „Sozialmedizinische Begutachtung und Rückkehr in Arbeit“ (14.11.2018, Berlin)

2019

- Vortrag bei der 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) (20.-22.03.2019, Erfurt); Abstract online verfügbar unter: <https://access.online-repository.net/dgaum2019/download/sessionlist/overview.html>
- Vortrag auf dem 28. Reha-Kolloquium in Verbindung mit dem 15th Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR) (15.-17.04.2019, Berlin); Abstract online verfügbar unter: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortal-Web/ressource?key=tagungsband_28_reha_kol-loqu_15th_efrr.pdf Vortrag auf dem Bundeskongress Soziale Arbeit (14./15.11.2019, Kassel)

4.2. Zeitschriftenartikel und Beiträge in Sammelbänden

2018

- Schwarz B, Wegewitz U. Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise. Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke unter der Lupe. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin ASU – Zeitschrift für medizinische Prävention 2018; 53: 368–371

2019 – in Arbeit / geplant

- Schwarz B, Stegmann R, Wegewitz U. Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise – Formen, Stärken und Begrenzungen vernetzter (Be-)Handlungsstrategien. [Arbeitstitel]
- Praxisleitfaden mit Ergebnissen und Implikationen aus BAuA-Studien im Themenfeld „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und Betriebliche Wiedereingliederung“

4.3. Beiträge auf Ebene des Forschungsverbundes

- Vortrag zum Thema ‚Netzwerke und Allianzen - Typologie und Funktionsweisen‘ im Rahmen des Verbund-Workshops ‚Status quo und Perspektiven für Beschäftigungsfähigkeit trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung – Allianzen und Netzwerke machen den Unterschied‘, gemeinsam mit Gernot Mühge, Dr. Annett Schulze, Susanne Kaufmann, Susanne Eva Schulz, Melanie Grunow, Wolfgang Hien und Volker Hielscher; Vortrag online verfügbar unter: https://www.boeckler.de/veranstaltung_114100.htm
- Sonstige Beiträge: Steckbrief zu einem im Projekt untersuchten Versorgungsnetzwerk; Denkanstoß aus den Projektergebnissen

5 Verwendete Literatur

1. Arends I, Bruinvelds DJ, Rebergen DS et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; CD006389
2. Bohnsack R. Generation, Milieu und Geschlecht. Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Jugendlichen. Opladen: Leske + Budrich; 1989
3. Bohnsack R. Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich; 2010
4. Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I, Nohl AM. Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer; 2013
5. 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
6. Cullen KL, Irvin E, Collie A et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2018; 28: 1–15
7. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014; 85: 77–87
8. Joyce M, Modini M, Christensen H et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine* 2016; 46: 683–697
9. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2014

10. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH. Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; CD006237
11. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung: ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg; 2014
12. Rothe I, Adolph L, Beermann B et al. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2017
13. Schreier M. Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 15(1), Art. 18, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1401185> [Datum des Zugriffs: 04.05.2017]
14. Semmer NK, Udris I. Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: Schuler H (Hrsg.). Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern: Huber; 2004
15. Stegmann R, Schröder UB: Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement. Wiesbaden: Springer, 2018
16. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC et al. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015; CD006955
17. Wege N, Angerer P. Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. Psychiatrie 2013; 10: 71–81
18. 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