

Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise: Vernetzung betrieblicher und klinischer Akteure im RTW-Prozess

Abschluss-Workshop

B. Schwarz, R. Singer, R. Stegmann, U. Wegewitz

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

FG 3.3 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“

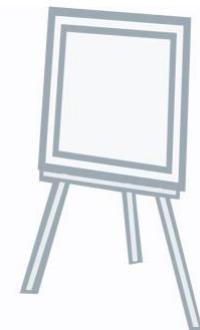
Hans **Böckler**
Stiftung 

Forschungsverbund „Neue Allianzen zum Erhalt
der Beschäftigungsfähigkeit“, Projekt-Nr. 2016-980-4

baua:
Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin

Tagesordnung

- 13:00** Begrüßung und Vorstellungsrunde
- 13:30** Projektpräsentation
- 14:30** Kaffee-Pause
- 15:00** Austausch und Diskussion
- 16:00** Schluss



Begrüßung und Vorstellungsrunde

- Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- Die Fachgruppe 3.3 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, BGM“
- Das Projektbündel „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und Betriebliche Wiedereingliederung“
- Das Projekt F2414: „Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise“

Das Projektteam:

- Dr. Betje Schwarz
- Dr. Uta Wegewitz
- Regina Singer
- Ralf Stegmann

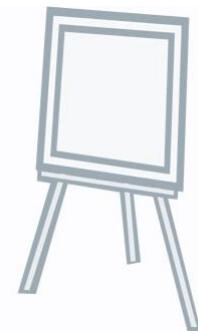
Rückblick:

- Auftakt-Workshop am 24.04.2017, Berlin



Tagesordnung

- 13:00** Begrüßung und Vorstellungsrunde
- 13:30** Projektpräsentation
- 14:30** Kaffee-Pause
- 15:00** Austausch und Diskussion
- 16:00** Schluss



Überblick

National noch geringe
Umsetzung und Beforschung



Dokumentarische Methode,
Qualitative Inhaltsanalyse

Untersuchung
ausgewählter Angebote



Leitfadengestützte
Telefoninterviews

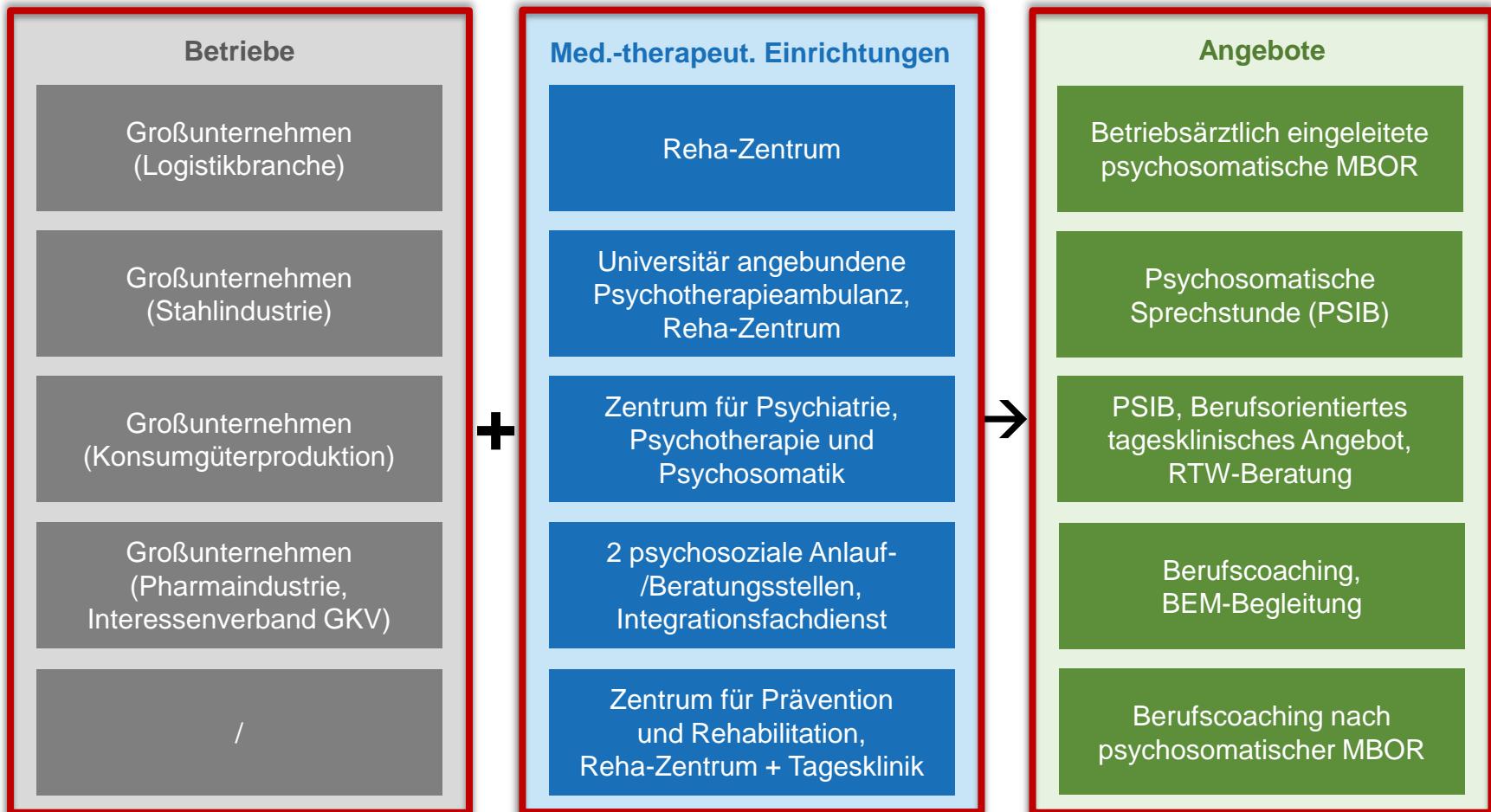
Qualitative Studie mit
multiperspektivischen Ansatz



Leitfadengestützte
Gruppendiskussionen

Überblick

Ausgewählte Angebote



Überblick

Durchgeführte Erhebungen und Auswertungen



Gruppendiskussionen mit Akteuren aus den Betrieben (n=3, 15 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Gruppendiskussionen mit Akteuren aus den Einrichtungen (n=4, 26 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Gruppendiskussion mit Akteuren aus Betrieb + Einrichtung (n=1, 3 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Gruppendiskussionen mit Betroffenen aus den Angeboten (n=3, 20 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Telefoninterviews mit Betroffenen aus den Angeboten (n=7 zu T1, n=10 zu T2)

→ Qualitative Inhaltsanalyse

Ergebnisse

Durchgeführte Erhebungen und Auswertungen



Gruppendiskussionen mit Akteuren aus den Betrieben (n=3, 15 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Gruppendiskussionen mit Akteuren aus den Einrichtungen (n=4, 26 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Gruppendiskussion mit Akteuren aus Betrieb + Einrichtung (n=1, 3 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Gruppendiskussionen mit Betroffenen aus den Angeboten (n=3, 20 Pers.)

→ Dokumentarische Methode

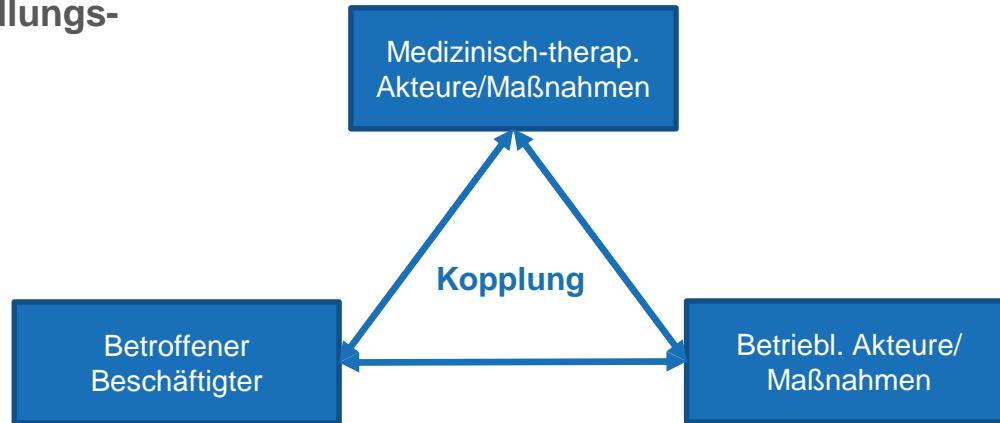


Telefoninterviews mit Betroffenen aus den Angeboten (n=7 zu T1, n=10 zu T2)

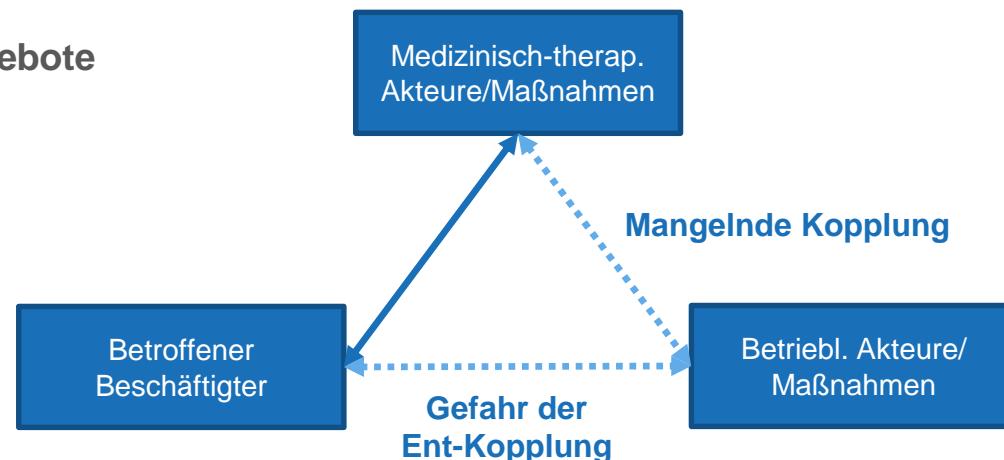
→ Qualitative Inhaltsanalyse

Vernetzung als Kopplung

Vernetzte (Be-)Handlungsangebote



Herkömmliche (Be-)Handlungsangebote



Vernetzungsformen & (Be-)Handlungsansätze

Individuumsbezogener Selbstmanagementansatz

Intervention \Leftrightarrow Arbeit

Individuelle
(An-)Passung



Indirekte Kopplung
über den Betroffenen

Betroffener
Beschäftigter

Med.-therap. Akteure/
Maßnahmen

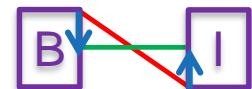
Direkte Kopplung
direkter Kontakt

Betriebl. Akteure
/Maßnahmen

Systemischer Fallmanagementansatz

Intervention \Rightarrow Arbeit

Betriebliche + Individuelle
(An-)Passung



Psychotherapeutisch orientiert

- Arbeit wird als Thema und betriebliche Wiedereingliederung als Ziel in die Behandlung geholt
- i.d.R. kein direkter (einzelfallbezogener) Kontakt zw. überbetrieblichen und betrieblichen Akteuren
- (Be-)Handlungsleitende Frage: Was muss/kann der Betroffene tun, um an den Arbeitsplatz zurückzukehren und gesund weiterzuarbeiten?
- Fokus auf individueller (An-)Passung: Anpassung arbeitsbezogener Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen; Bearbeitung privater Probleme; Stärkung von Selbstsorge, Selbstmitgefühl und Selbstmanagement-kompetenz
- Betriebliche (An-)Passung verbleibt in individueller und betrieblicher bzw. politischer Verantwortung

Sozialarbeiterisch orientiert

- Intervention findet v.a. auch am Arbeitsplatz statt: direkter Kontakt zwischen allen Akteuren
- (Be-)Handlungsleitende Frage: Was muss/kann am Arbeitsplatz und seitens aller beteiligten Akteure getan werden, damit der Betroffene zurückkehren und gesund weiter arbeiten kann?
- Fokus neben individueller, v.a. auch auf betrieblicher (An-)Passung: Anpassung von Arbeitsanforderungen/-bedingungen, Klärung interpersoneller Konflikte
- Individuelle Passung: niedrigschwellige psychologische Betreuung; bei Bedarf Kombination mit intensiveren Angeboten der Regelversorgung

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 **durchgecoach**t wird.“



„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.**“

Individuumsbbezogener Ansatz



„...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“

„...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.“

„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“

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-Beauftragten ran-robben, 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.**“;

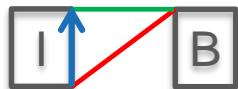
„[...] dass man so die **Funktion des Dritten** hat, **der** dazu kommt und die **Dinge** erstmal auch **transparent macht** [...] die **Konfliktpunkte** und die **Möglichkeiten** [...] Und da ist unsere Erfahrung, dass sich solche Knotenpunkte dann auch lösen lassen, weil plötzlich hingeschaut werden 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...**“



Vernetzungsformen & (Be-)Handlungsansätze

**Individuumsbezogener
Selbstmanagementansatz**
Intervention \Leftrightarrow Arbeit

*Individuelle
(An-)Passung*



Indirekte Kopplung
über den Betroffenen

Betroffener
Beschäftigter

Med.-therap. Akteure/
Maßnahmen

Direkte Kopplung
direkter Kontakt



Betriebl. Akteure
/Maßnahmen

**Systemischer
Fallmanagementansatz**
Intervention \Rightarrow Arbeit

*Betriebliche + Individuelle
(An-)Passung*

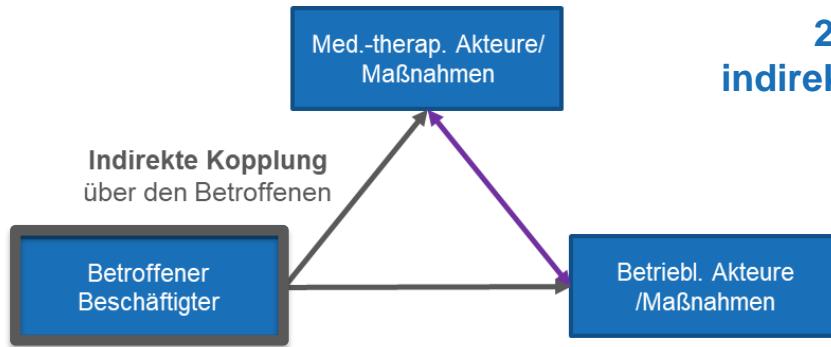


Psychotherapeutisch orientiert

- Arbeit wird als Thema und betriebliche Wiedereingliederung als Ziel in die Behandlung geholt
- i.d.R. kein direkter (einzelfallbezogener) Kontakt zw. überbetrieblichen und betrieblichen Akteuren
- (Be-)Handlungsleitende Frage: Was muss/kann der Betroffene tun, um an den Arbeitsplatz zurückzukehren und gesund weiterzuarbeiten?
- Fokus auf individueller (An-)Passung: Anpassung arbeitsbezogener Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen; Bearbeitung privater Probleme; Stärkung von Selbstsorge, Selbstmitgefühl und Selbstmanagementkompetenz
- Betriebliche (An-)Passung verbleibt in individueller und betrieblicher bzw. politischer Verantwortung

- Sozialarbeiterisch orientiert**
- Intervention findet v.a. auch am Arbeitsplatz statt: direkter Kontakt zwischen allen Akteuren
 - (Be-)Handlungsleitende Frage: Was muss/kann am Arbeitsplatz und seitens aller beteiligten Akteure getan werden, damit der Betroffene zurückkehren und gesund weiter arbeiten kann?
 - Fokus neben individueller, v.a. auch auf betrieblicher (An-)Passung: Anpassung von Arbeitsanforderungen/-bedingungen, Klärung interpersoneller Konflikte
 - Individuelle Passung: niedrigschwellige psychologische Betreuung; bei Bedarf Kombination mit intensiveren Angeboten der Regelversorgung
 - Kombination aus individuums- und arbeitsbezogenen Maßnahmen

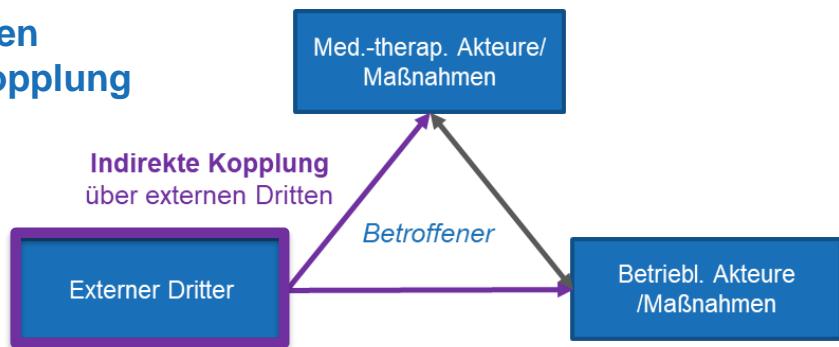
Vernetzungsformen & (Be-)Handlungsansätze



Individuumsbezogener Selbstmanagementansatz

- Psychotherapeutisch orientiert**
- Arbeit wird als Thema und betriebliche Wiedereingliederung als Ziel in die Behandlung geholt
 - i.d.R. kein direkter (einzelfallbezogener) Kontakt zw. überbetrieblichen und betrieblichen Akteuren
 - (Be-)Handlungsleitende Frage: Was muss/kann der Betroffene tun, um an den Arbeitsplatz zurückzukehren und gesund weiterzuarbeiten?
 - Fokus auf individueller (An-)Passung: Anpassung arbeitsbezogener Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen; Bearbeitung privater Probleme; Stärkung von Selbstsorge, Selbstmitgefühl und Selbstmanagementkompetenz
 - Betriebliche (An-)Passung verbleibt in individueller und betrieblicher bzw. politischer Verantwortung

2 Formen indirekter Kopplung



Systemischer Fallmanagementansatz

- Sozialarbeiterisch orientiert**
- Externer Dritter berät und begleitet den Betroffenen in seinem RTW-Prozess: schaut, welche medizinisch-therapeutischen und betrieblichen Maßnahmen erforderlich sind; lotst, koordiniert, moderiert, mediert
 - Handlungsleitende Frage: Was muss/kann auf individueller und betrieblicher Seite getan werden, damit der Betroffene zurückkehren und gesund weiter arbeiten kann?
 - Fokus neben individueller auch auf betrieblicher (An-) Passung: niedrigschwellige psychologische Betreuung; ggf. Kombination mit Angeboten der Regelversorgung (i.d.R. ohne expliziten Arbeitsbezug), Anpassung von Arbeitsanforderungen/-bedingungen, Klärung interpersoneller Konflikte (Kombi medizinisch-therapeutischer und betrieblicher Maßnahmen)

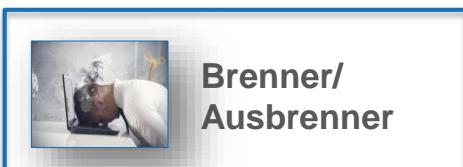
Einflussfaktoren

Einflussfaktoren auf die Vernetzungsformen und (Be-)Handlungsansätze

- (Leistungs-)Rechtlicher Rahmen
 - Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
 - Zugewiesene Aufgaben und Rollen
 - Eigene Interessen und Ziele
 - Eigenes Aufgaben- und Rollenverständnis
 - Kompetenzen, Ressourcen...
 - Kooperation anderer beteiligter Akteure
- } (Be-)Handlungsauftrag
,*Sollen & Dürfen*'
- } (Be-)Handlungsbereitschaft
,*Wollen*'
- } (Be-)Handlungsmacht
,*Können*'

(Be-)Handlungsleitende Orientierungsrahmen:

- Krankheitstheorien: Bedeutung personen-/privater vs. arbeitsbezogener Faktoren
- (Un-)Veränderbarkeit arbeitsbezogener Faktoren
- Bilder von Betroffenen



Brenner/
Ausbrenner



Gekränkte/
Verbitterte,
Rentenbegehrer



Seismographen
betrieblicher
Schieflagen

Individuumsbezogener Ansatz



„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...“

„...der 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 reingebbracht, und natürlich der erste Ableiter da 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.“

Individuumsbezogener Ansatz



„...man kann ja auch keine Arbeitswelt, Strukturen schaffen, die die=s hier nicht gibt. An bestimmte Arbeitsplätze sind bestimmte Anforderungen ver-bunden, und die sind jetzt nicht alle weg, ne?“

„...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° (2) nicht einsatzfähig. es gibt kein bisschen °einsatzfähig.“

„...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...“

„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.“

Individuumsbbezogener Ansatz



„...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 Mitwirkpflicht** .“

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

„...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 Begehr**, 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.“

Systemischer Ansatz

„...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.**“

„...egal, ob diejenige gesund ist oder nicht, also es ist=n grundsätzliches **Problem der mangelnden Wertschätzung...**“

„...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.“

„...ja es gibt die äußeren 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...**“



Systemischer Ansatz

„...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.“

„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.“



Ergebnisse

Durchgeführte Erhebungen und Auswertungen



Gruppendiskussionen mit Akteuren aus den Betrieben (n=3, 15 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Gruppendiskussionen mit Akteuren aus den Einrichtungen (n=4, 26 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Gruppendiskussion mit Akteuren aus Betrieb + Einrichtung (n=1, 3 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Gruppendiskussionen mit Betroffenen aus den Angeboten (n=3, 20 Pers.)

→ Dokumentarische Methode



Telefoninterviews mit Betroffenen aus den Angeboten (n=7 zu T1, n=10 zu T2)

→ Qualitative Inhaltsanalyse

(An-)Erkennen der Erkrankung

Langwieriger Prozess des (An-)Erkennens

- **Betroffene brauchen meist lange, bevor sie ihre psychische Krise/Erkrankung erkennen und anerkennen**
 - **Barrieren des frühzeitigen (An-)Erkennens:**
 - Eigenes ‚Unwissen‘ über/ ‚Missverstehen‘ und ‚Umdeuten‘ von Symptomen (mangelnde Aufklärung/Sensibilisierung)
 - Tabuisierung und Stigmatisierung (einschl. eigener Vorurteile)
 - **Schlüsselakteure:**
 - Haus-, Fach-, Betriebsärzte
 - Familie, Freunde
 - Vorgesetzte, Kollegen
- 
- 
- 
- 

(An-)Erkennen der Erkrankung

„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 **haste=s 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 einzugestehen, dass ich Hilfe brauche** und dass ich das echt nicht selber in Griff kriege.“



(An-)Erkennen der Erkrankung

„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 °hau- 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?“



Ursachen der Erkrankung

Psychische Erkrankung als Folge der Wechselwirkung und Aufschichtung vielfältiger Faktoren

Personenbezogene Risikofaktoren

- Hohes Pflicht- und/oder Verantwortungsbewusstsein; hohe Leistungsorientierung
- Hohe Identifikation mit dem Job; hohe Verausgabungsbereitschaft
- Geringe Abgrenzungs-/Distanzierungsfähigkeit (nicht abschalten können, nicht nein sagen können)
- Perfektionismus; hoher Ehrgeiz
- Sich beweisen wollen
- Angewiesensein auf externe Bestätigung
- Angst vor Zurückweisung, von allen gemocht, es allen recht machen wollen...
- Durchhalteverhalten
- Versagensängste, keine Schwäche zeigen wollen

Arbeitsbezogene Risikofaktoren

- Hohe Arbeitsintensität/-dichte, hohes Arbeitsvolumen
- Überschreitung von Arbeitszeiten, Überstunden, keine geregelten Pausen, Entgrenzung (Erreich-/Verfügbarkeit auch zu Hause/am Wochenende)
- Geringer Personalschlüssel
- Zeit-/Leistungs-/Erfolgsdruck
- Hohe Verantwortung bei geringer Qualifikation
- Geringer Handlungsspielraum bei hohem Kontrollgrad
- A-Platzunsicherheit
- Geringe/keine Anerkennung und Wertschätzung
- Abwertung, Schikanen, Mobbing
- Konflikte mit Kollegen und/oder Vorgesetzten
- Führungsstil

Private Probleme und biographische Risikofaktoren

- Trennung/Scheidung
- Schulden
- Konflikte in der Familie
- Erkrankungen/Todesfälle in der Familie
- Schlechte/traumatisierende Erfahrungen in Kindheit/Jugend (Vernachlässigung, Gewalt, Sucht, Missbrauch)



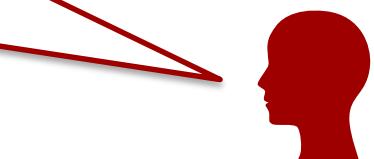
Personenbezogene Risikofaktoren

*„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.“*



Personenbezogene Risikofaktoren

„...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?**“



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 sechzehn 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.“



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.“



Arbeitsbezogene Risikofaktoren

„Und das hat sicherlich auch erst mal zu einer **schleichenden 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.“



Wechselwirkung und Aufschichtung der 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...**“



Bearbeitung im Rahmen der Behandlung

Je nach (Be-)Handlungsansatz: Unterschiedliche Bearbeitung der verschiedenen Faktoren

Personenbezogene Risikofaktoren

- Hohes Pflicht- und/oder Verantwortungsbewusstsein; hohe Leistungsorientierung
- Hohe Identifikation mit dem Job; hohe Verausgabungsbereitschaft
- Geringe Abgrenzungs-/Distanzierungsfähigkeit (nicht abschalten können, nicht nein sagen können)
- Perfektionismus; hoher Ehrgeiz
- Sich beweisen wollen
- Angewiesensein auf externe Bestätigung
- Angst vor Zurückweisung, von allen gemocht, es allen recht machen wollen...
- Durchhalteverhalten
- Versagensängste, keine Schwäche zeigen wollen

Arbeitsbezogene Risikofaktoren

- Hohe Arbeitsintensität/-dichte, hohes Arbeitsvolumen
- Überschreitung von Arbeitszeiten, Überstunden, keine geregelten Pausen, Entgrenzung (Erreich-/Verfügbarkeit auch zu Hause/am Wochenende)
- Geringer Personalschlüssel
- Zeit-/Leistungs-/Erfolgsdruck
- Hohe Verantwortung bei geringer Qualifikation
- Geringer Handlungsspielraum bei hohem Kontrollgrad
- A-Platzunsicherheit
- Geringe/keine Anerkennung und Wertschätzung
- Abwertung, Schikanen, Mobbing
- Konflikte mit Kollegen und/oder Vorgesetzten
- Führungsstil

Private Probleme und biographische Risikofaktoren

- Trennung/Scheidung
- Schulden
- Konflikte in der Familie
- Erkrankungen/Todesfälle in der Familie
- Schlechte/traumatisierende Erfahrungen in Kindheit/Jugend (Vernachlässigung, Gewalt, Sucht, Missbrauch)



Bearbeitung im Rahmen der Behandlung

Je nach (Be-)Handlungsansatz: Unterschiedliche Bearbeitung der verschiedenen Faktoren

Personenbezogene Risikofaktoren

- Hohes Pflicht- und/oder Verantwortungsbewusstsein; hohe Leistungsorientierung
- Hohe Identifikation mit dem Job; hohe Verausgabungsbereitschaft
- Geringe Abgrenzung [Distanzierunfähig] (nicht abschalten kann, nicht zurückweisen wollen)
- Reflexion und Veränderungsstrategien
- Sich beweisen wollen
- Angewiesensein auf externe Bestätigung
- Angst vor Zurückweisung, von allen gemocht, es allen recht machen wollen...
- Durchhalteverhalten
- Versagensängste, keine Schwäche zeigen wollen

Arbeitsbezogene Risikofaktoren

- Hohe Arbeitsintensität/-dichte, hohes Arbeitsvolumen
- Überschreitung von Arbeitszeiten, Überstunden, keine geregelten Pausen, Entgrenzung (Erreich-/Verfügbarkeit auch zu Hause/am Wochenende)
- Geringer Personalschutz
- Zeit-/Leistungswertung [und Veränderung]
- Hohe Identifikation bei geringer Qualifikation
- Geringer Handlungsspielraum bei hohem Kontrollgrad
- A-Platzunsicherheit
- Geringe/keine Anerkennung und Wertschätzung
- Abwertung, Schikanen, Mobbing
- Konflikte mit Kollegen und/oder Vorgesetzten
- Führungsstil

Private Probleme und biographische Verarbeitung

- Trennung/Scheidung
- Schulden
- Konflikte in der Familie

Aufarbeitung und Bewältigungsstrategien

- Verlust von Eltern/Kindern/Todesfälle in der Familie
- Schlechte/traumatisierende Erfahrungen in Kindheit/Jugend (Vernachlässigung, Gewalt, Sucht, Missbrauch)



Individuumsbezogener Ansatz

„[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.**“

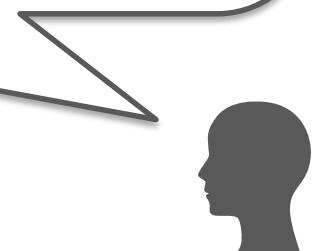


Individuumsbezogener Ansatz

*„...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.“



Systemischer Ansatz

*„Also bei mir war das so ein Puzzle [...] da sind die **Schwerbehindertenbeauftragte und [Frau A vom IFD]** 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 schon 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 [vom IFD].“*



Systemischer Ansatz

„Also es ist, find ich; **so=n Gesamtkonzept für mich gewesen**; also=n: privates Umfeld, was das mitträgt, dann die (2) Frau vom [IFD]; 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.“



Orientierungsrahmen und Handlungsstrategien

Individuumsbezogener Ansatz

Übernahme der Orientierungsrahmen der Behandler

Ich kann die Dinge nicht ändern, aber ich kann mich und meinen Umgang mit den Dingen ändern.

Systemischer Ansatz

Ich muss mich ändern und mein Umfeld kann mich dabei unterstützen und ebenfalls einen Beitrag leisten.

Entwicklung und Verfolgung entsprechender Handlungsstrategien

- Veränderung eigener Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen: sich abgrenzen, nein sagen, gelassener werden, eigene Ansprüche senken...
- Arbeit an Selbstsorge und Selbstmitgefühl: eigene Bedürfnisse und Grenzen erkennen, respektieren und durchsetzen, Achtsamkeit
- Neuadjustierung Work-Life-Balance: Stärkung Privatleben, Ausgleich zur Arbeit; Bearbeitung privater Probleme
- Gewinnen von Ich-Stärke: Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit
- [Einfordern betrieblicher (An-)Passungen]

- Veränderung personenbezogener Risikofaktoren und Bearbeitung privater Belastungen (s. linker Kasten)
- +
- Veränderung arbeitsbezogener Risikofaktoren: Arbeitszeitreduktion, Reduktion von Arbeitsintensität/-dichte (Anpassung/Umverteilung von Aufgaben, personelle Unterstützung), innerbetriebliche Umsetzung/Tätigkeitswechsel, Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten, Lösung interpersoneller Konflikte...

Neuralgische Punkte

Individuumsbezogener Ansatz

Übernahme der Orientierungsrahmen der Behandler

Ich kann die Dinge nicht ändern, aber ich kann mich und meinen Umgang mit den Dingen ändern.

Ich muss mich ändern und mein Umfeld kann mich dabei unterstützen und ebenfalls einen Beitrag leisten.

Entwicklung und Verfolgung entsprechender Handlungsstrategien

- Veränderung eigener Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen: sich abgrenzen, nein sagen, gelassener werden, eigene Grenzen setzen...

Handlungs-/Veränderungsbereitschaft der Betroffenen

respektieren und durchsetzen, Achtsamkeit
Neuadäquaterung Work Life Balance:

Handlungs-/Veränderungsmacht der Betroffenen

Gewinnen von Ich-Starke: Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit

- [Einfordern betrieblicher (An-)Passungen]

Systemischer Ansatz

Entwicklung und Verfolgung entsprechender Handlungsstrategien

(Be-)Handlungsauftrag und -macht der Helper

faktoren und Bearbeitung privater Belastungen
(s. linker Kasten)

Handlungs-/Veränderungsbereitschaft der Arbeitgeber

Arbeitszeitreduktion, Reduktion von Arbeitsintensität/-dichte (Anpassung/Umverteilung)

Handlungs-/Veränderungsmacht der Arbeitgeber

Lösung interpersoneller Konflikte...

Neuralgische Punkte

„...hab sehr viel Arbeit an mich gerissen. Und das versuchen wir dann 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.“

„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. Ja, alles ruhiger zu machen. Und, na ja, es ist nicht so einfach.“

„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.“



Neuralgische Punkte

„Ich hab heute meinem neuen Chef um kurz nach vier gesagt; jetzt muss ich aber los, @weil ich@ versprochen habe, an so=ner Studie teilzunehmen, und da guckt er mich an und sagt: ,Gleitzeit endet bei uns um drei. [...] Sie müssen sich nicht entschuldigen; wenn Sie jetzt gehen; es ist doch außerhalb der Kernarbeitszeit.‘ **Aber ich hab schon wieder=n schlechtes Gewissen, weil da ist die Kacke am Dampfen,** weil eben durch **Arbeitsunfähigkeit von Kollegen, und nur=n kleiner Bereich [...]** **Da muss ich noch=n bisschen üben.**“; „...ich muss jetzt gar nicht mehr fragen [...] bin aber noch @komischerweise@ in diesem **Modus**“

„...da muss ich kurz auch wirklich **Kritik** an:merken; 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 erstmal 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.**“



Neuralgische Punkte



„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.“

Neuralgische Punkte

Responsivität & Aktivität / Unterstützungs- und Veränderungsbereitschaft der betrieblichen Seite

- Unterschiedlicher ‚Aktivitätsgrad‘ betrieblicher Akteure in den Phasen:
 1. Früherkennung und Zugang
 2. Intervention
 3. Betriebliche Wiedereingliederung
- Strukturell und kulturell verankerte Responsivität und Aktivität
- Betriebliche Akteure können in allen 3 Phasen als ‚Unterstützer‘ oder ‚Blockierer‘ wirken
- Im individuumszogenen Ansatz ist der Betroffene auf sich selbst gestellt, im systemischen Ansatz gibt es einen externen Dritten, der zu Aktivität und Unterstützung motivieren und diese einfordern kann
 - Haltung: ‚parteiische Neutralität‘ (im Namen des Betroffenen eine für alle Beteiligten gute Lösung finden; Ansprechpartner und Berater für den Betroffenen und sein Umfeld)

Neuralgische Punkte

„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 (2) ja, (.) mit/ auch irgendwie die Seite des Arbeitnehmers auch vertritt. Weil sonst ist man immer ausgeliefert.“



Neuralgische Punkte

„...bei der Wiedereingliederung hat dann mein (.) Ex-Chef: wirklich versucht, in den; ich hab auch mit drei Stunden angefangen, (2) °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 unterein:ander Kontakt °aufnehmen könnten;° vielleicht wirkt man also als Patient, (.) dem Arbeitgeber gegenüber (.) unglaubwürdiger, als wenn: ein Arzt (2) °irgendwie mit dem Arbeitgeber (.) spricht.“

„....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 °ganz doll. die hat da wirklich das° organisiert, dass überhaupt was °passiert ist.“



Zusammenfassung

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der untersuchten Angebote:

= Ziel, Betroffene möglichst frühzeitig zu erreichen und sie in Genesung und betrieblicher Wiedereingliederung zu unterstützen

- Vernetzung (Kopplung) betrieblicher und überbetrieblicher Akteure/ des betrieblichen und des medizinisch-therapeutischen Systems
- Proaktiver/niedrigschwelliger Zugang zu den Betroffenen bzw. in die Angebote - vereinfachte/beschleunigte Antrags-/Zuweisungsverfahren
- Expliziter Arbeitsplatzbezug der Angebote
- Schließen von Versorgungslücken/Überwinden von Versorgungsdefiziten

Vernetzungsform und (Be-)Handlungsansatz

- 2 verschiedene Formen indirekter Kopplung
- Individuumsbezogener vs. systemischer Ansatz
- Fokus: individuelle vs. betriebliche + individuelle (An-)Passung
- Einflussfaktoren: (Be-)Handlungsauftrag, -bereitschaft, -macht, (be-)handlungsleitende Orientierungsrahmen

Zusammenfassung

Stärken und Grenzen / Gefahren der untersuchten Angebote:

Indirekte Kopplung über den Betroffenen

- Individuumsbezogener Ansatz -



- Expliziter Arbeitsbezug der med.-therap. Intervention
- Betroffener bleibt Herr/Frau des Verfahrens (Stärkung Selbstsorge und im Erfolgsfall der Selbstwirksamkeit); Unabhängigkeit von Rahmenbedingungen



- Reduktion der Kooperation auf den Zugang
- Informationsverluste im weiteren RTW-Verlauf
- Einseitiger Fokus auf individueller (An-)Passung
- Individualisierung der Erkrankung, ihrer Ursachen und der erfolgreichen Bewältigung
- Auslagerung des ‚Problems‘ und seiner Behandlung aus dem Betrieb
- Beidseitige (An-)Passung wird in Verantwortung des Betroffenen gelegt – Abhängigkeit vom AGer
- Überforderung des Betroffenen
- Misserfolg ggf. als persönliches Versagen erlebt
- Mangelnde Nachhaltigkeit (individuell/betrieblich)

Indirekte Kopplung über externen Dritten

- Systemischer Ansatz -



- Koordination und Begleitung des gesamten RTW-Prozesses
- Ansprechpartner für Betroffene und Akteure beider Systeme; Modell insb. auch für KMU
- Haltung: ‚Parteiische Neutralität‘/‘Allseitigkeit‘; Beobachterposition (sieht blinde Flecken)
- Kombination individuums- und arbeitsplatzbezogener Maßnahmen / beidseitige (An-)Passung
- Nachhaltigkeit (individuell/betrieblich)



- Betroffenen die Eigenverantwortung nehmen; AGer geben Verantwortung ab (Externalisierung)
- Aufbau von Parallelstrukturen; Verantwortungsdiffusion
- Begrenzte Handlungsmacht (Akzeptanz und Mitwirken der AGer); begrenztes Handlungswissen (Wissen um betriebliche Strukturen, Prozesse, Kulturen)
- i.d.R. kein expliziter Arbeitsbezug der Regelversorgung
- Ggf. nur bei komplexen Bedarfslagen effizient

Fazit / Implikationen?

- Psychische Erkrankungen, Return to Work = individuell, komplex, multifaktoriell
- Individualität und Komplexität von Erkrankung und Rückkehr müssen (an-)erkannt und individuelle und betriebliche (An-)Passung gleichermaßen berücksichtigt werden
 - Weitere Information, Aufklärung, Sensibilisierung und Enttabuisierung auf Seiten aller involvierten Akteursgruppen nötig!
 - Frühzeitige Identifikation von Bedarfen, Aktivierung und Nutzung verschiedener Zugangswege in RTW-Angebote, systematische RTW-Planung sowie Koordination und Begleitung des gesamten RTW-Prozesses
 - Stärkerer Arbeitsbezug medizinisch-therapeutischer Maßnahmen
 - Stärkung der Fürsorgepflicht und Unterstützung von Betrieben (Anreiz- und Kontrollsysteme, Abbau bürokratischer Hürden, Ansprechpartner...)
 - Bedarfsorientierte Kombination aus medizinisch-therapeutischen und betrieblichen, individuums- und arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen
 - Nutzung lokaler/regionaler Strukturen
 - Mögliches Zukunftsmodell: bei Bedarf / auf Wunsch des/r Betroffenen wird ein externer Dritter (RTW-Koordinator) eingeschaltet, der den Betroffenen im RTW-Prozess im Sinne eines systemischen Case- und Care Managements begleitet (Finanzierung über SV-Träger (und Betriebe))

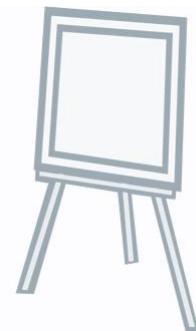
Tagesordnung

- 13:00** Begrüßung und Vorstellungsrunde
- 13:30** Projektpräsentation
- 14:30** Kaffee-Pause
- 15:00** Austausch und Diskussion
- 16:00** Schluss



Tagesordnung

- 13:00** Begrüßung und Vorstellungsrunde
- 13:30** Projektpräsentation
- 14:30** Kaffee-Pause
- 15:00** Austausch und Diskussion
- 16:00** Schluss

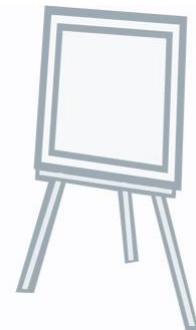


Austausch und Diskussion

- Allgemeine Rückfragen und Rückmeldungen
- Schlussfolgerungen und Implikationen für die (eigene) Praxis
- Ansatzpunkte für die (Weiter-)Entwicklung von RTW-Angeboten
- Herausforderungen und bestehende Möglichkeiten beim Ausbau von RTW-Angeboten
- Notwendige Änderungen von Rahmenbedingungen
- ...

Tagesordnung

- 13:00** Begrüßung und Vorstellungsrunde
- 13:30** Projektpräsentation
- 14:30** Kaffee-Pause
- 15:00** Austausch und Diskussion
- 16:00** Schluss





Vielen Dank!