



Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung

baua: Bericht

Tagungsdokumentation

Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung

Kolloquium vom 13. bis 14. Juni 2017 in Berlin

1. Auflage 2018
Dortmund/Berlin/Dresden

Diese Veröffentlichung ist die Tagungsdokumentation anlässlich des Kolloquiums „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung“, welches begleitend zu den Forschungsprojekten F 2367, F 2385/F 2386, F 2397 und F 2414 veranstaltet wurde.

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Tagungsleitung: Dr. Uta Wegewitz
Fachgruppe „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin,
Betriebliches Gesundheitsmanagement“
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Titelfoto: sturti/iStock.com

Umschlaggestaltung: Susanne Graul
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
Friedrich-Henkel-Weg 1 – 25, 44149 Dortmund
Postanschrift: Postfach 17 02 02, 44061 Dortmund
Telefon 0231 9071-2071
Telefax 0231 9071-2070
E-Mail info-zentrum@buaa.bund.de
Internet www.buaa.de

Berlin: Nöldnerstraße 40 – 42, 10317 Berlin
Telefon 030 51548-0
Telefax 030 51548-4170

Dresden: Fabricestraße 8, 01099 Dresden
Telefon 0351 5639-50
Telefax 0351 5639-5210

Die Inhalte der Publikation wurden mit größter Sorgfalt erstellt und entsprechen dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte übernimmt die BAuA jedoch keine Gewähr.

Nachdruck und sonstige Wiedergabe sowie Veröffentlichung, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

doi:10.21934/buaa:bericht20180313 (online)

www.buaa.de/dok/8747190



Inhaltsverzeichnis

Kurzreferat	4
Abstract	5
1 Vorwort	6
<i>Return to Work (RTW) nach psychischen Erkrankungen – systematische Übersichtsarbeiten</i>	7
2 Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders – a scoping review	7
3 Overview zur Wirksamkeit von Return to Work-Interventionen bei Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen	11
<i>Längsschnittstudien zur Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen</i>	17
4 Forschungsprojekt: „Erwerbsarbeit und psychische Erkrankung. Therapeutische und betriebliche Bewältigung“	17
5 Mixed-Methods-Follow-up-Studie zu Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung aus der Perspektive der Betroffenen	23
6 Arbeit als stabilisierender Faktor im Prozess der stufenweisen Wiedereingliederung bei Depression	25
7 Wiedereingliederung beginnt mit der Aufnahme	29
8 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik – ein wichtiger Schritt in Richtung Return to Work	32
9 Verlaufskurven von Rehabilitanden beim Return to Work: (berufs-)biografische Ressourcen, Risikokonstellationen und externe Barrieren	36
<i>Präventionskonzept „Betriebliche Netzwerke“</i>	41
10 Netzwerke und Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb. Chancen und Grenzen eines innovativen Versorgungsmodells	41
11 Präventives Gesundheitscoaching. Beratung und zeitnahe Hilfe bei psychischen Problemen von Mitarbeitern/-innen: Erfahrungen aus Schaumburg	45
12 Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung: Evaluation des Angebots einer psychosomatischen Sprechstunde in Betrieben in Niedersachsen. Ein Zwischenbericht	49
13 Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise – Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren im Return to Work-Prozess	53
Anhang Kurzvita der Autoren	56

Tagungsdokumentation: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung – Kolloquium vom 13. bis 14. Juni 2017 in Berlin

Kurzreferat

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat im Juni 2017 ein zweitägiges Kolloquium zum Thema Return to Work (RTW) und Früherkennung von psychischen Erkrankungen veranstaltet. Ziel war es, sowohl mit Forschenden als auch mit Akteuren aus der Praxis aktuelle Forschungsprojekte zu diskutieren und sich über die derzeitige Wiedereingliederungspraxis in Deutschland auszutauschen. Der Fokus lag dabei auf systematischen Übersichtsarbeiten zu Einflussfaktoren auf RTW und wirksamen Maßnahmen der Wiedereingliederung, qualitativen und quantitativen Längsschnittstudien zum RTW-Prozess und auf Projekten, in denen betriebliche und überbetriebliche Netzwerke zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Krisen oder Erkrankungen untersucht wurden.

Sowohl die systematischen Übersichtsarbeiten als auch die im Tagungsband vorgestellten Primärstudien zeigen, dass arbeitsplatzbezogene Maßnahmen ein entscheidender Faktor im Wiedereingliederungsprozess sind. Wichtig ist, dass die betriebliche Wiedereingliederung von den Therapeuten bereits mit dem ersten Tag der Behandlung mitgedacht wird.

Erfolgversprechende Unterstützungsmaßnahmen bei der Behandlung und Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind unter anderem die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, die stufenweise Wiedereingliederung mit ihrer therapeutischen Orientierung sowie die gezielte Unterstützung und Begleitung der Betroffenen im RTW-Prozess.

Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen medizinisch-therapeutischen Akteuren und den Betrieben in innovativen Versorgungsnetzwerken ist dazu geeignet, eine frühzeitige Behandlung der Betroffenen zu erreichen und eine vernetzte Unterstützung im Wiedereingliederungsprozess zu gewährleisten.

Schlagwörter:

Return to Work, RTW, stufenweise Wiedereingliederung, psychische Erkrankung, psychosomatische Sprechstunde im Betrieb, Präventives Gesundheitscoaching, Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation - MBOR, Betriebliche Netzwerke

Conference documentation: Common mental disorders and return to work – colloquium from 13 to 14 June 2017 in Berlin

Abstract

In June 2017, the Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA) organized a two-day colloquium on the topic of return to work (RTW) and early detection of mental health problems. The aim was to discuss current research projects with both researchers and practitioners, and to exchange experiences on current reintegration practices in Germany. The focus was on systematic reviews of determinants of return to work among employees with common mental disorders and effective reintegration programmes, qualitative and quantitative longitudinal studies on the RTW process, and on projects that examined collaborations between employers and health care professionals to support people with mental health problems.

Both the systematic reviews and the primary studies presented in the proceedings show that workplace-related measures are a critical success factor in the reintegration process. It is important that the occupational reintegration is already considered by the therapist during the treatment.

Promising supportive programmes for the treatment and reintegration of people with mental disorders include medically-vocationally oriented rehabilitation, graded return to work, and continuous support of the employees in the RTW process.

In particular, the cooperation between health care professionals and companies in innovative care networks is suitable for achieving early treatment of those affected and ensuring professional support during the reintegration process.

Key words:

return to work, graded return to work, common mental disorders, psychotherapeutic consultation in the workplace, preventive health coaching, Workplace-specific rehabilitation, medically-vocationally oriented rehabilitation - MBOR, RTW coordination and cooperation, networking of return to work professionals

1 Vorwort

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und Return to Work (RTW)-Programme sind Elemente der betrieblichen Prävention und ergänzen die klassischen Ansätze des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Ziel ist es, die Beschäftigungsfähigkeit von erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wiederherzustellen und die Ausgliederung aus der Arbeitswelt zu verhindern. Return to Work wird dabei als ein komplexer Prozess verstanden, dieses Ziel gemeinsam mit den Betroffenen, den Akteuren des Versorgungssystems, den betrieblichen Akteuren aber auch den Sozialversicherungsträgern zu erreichen.

Psychische Krisen oder Störungen gehen oft einher mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und erhöhen das Risiko, arbeitslos zu werden. Zudem stellen sie die häufigste Ursache für Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dar. Daher ist es wichtig, Beschäftigte nach einer psychischen Krise bei der Rückkehr in den Betrieb zu unterstützen. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung wirkt sich positiv für die Betroffenen, den Betrieb und die Gesellschaft aus. Sie senkt Kosten, erhält die Arbeitsfähigkeit und verbessert die Lebensqualität der psychisch erkrankten Beschäftigten. Neben der Unterstützung der Rückkehr in den Betrieb kommt auch der Früherkennung im betrieblichen Kontext sowie dem Angebot von niedrigschwelligen Frühinterventionsangeboten eine wichtige Rolle zu.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin forscht in mehreren Projekten zum Thema „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung“ und hat begleitend dazu ein Kolloquium veranstaltet, um sich mit Wissenschaftlern und Praktikern aus Deutschland und den Niederlanden auszutauschen, die sich ebenfalls mit diesem Thema beschäftigen.

Die folgenden Beiträge sind Kurzzusammenfassungen der Referate, die auf dem Kolloquium gehalten wurden. Sie wurden gruppiert in die drei Teile „Systematische Übersichtsarbeiten“, „Längsschnittstudien zur Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ sowie „Präventionskonzept Betriebliche Netzwerke“.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Referenten und Besuchern, die zum Gelingen des Kolloquiums ihren Beitrag geleistet haben und dieses wichtige Thema der Teilhabe von Menschen mit psychischen Krisen oder Störungen am Arbeitsleben mit ihrer Forschung voranzubringen und öffentlich sichtbar zu machen.

Dr. Uta Wegewitz

Fachgruppe „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin,
Betriebliches Gesundheitsmanagement“
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Return to Work (RTW) nach psychischen Erkrankungen – systematische Übersichtsarbeiten

2 Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders – a scoping review

Haitze de Vries, Alba Fishta, Beate Weikert, Alejandra Rodriguez Sanchez, Uta Wegewitz

Full publication of results in: DE VRIES et al., 2017

Background

Common mental disorders (CMDs) are long-lasting predictors of onset, duration and recurrence of sickness absence (SA), reduced productivity, work disability, and early retirement (WITTCHEN et al., 2012). In the present study, the definition of CMDs included anxiety disorders, depressive disorders, and stress-related disorders (adjustment disorders, burnout).

The prevalence of CMD among the general working population during the last 12 months preceding assessment has been estimated to be approximately 17.6 % (STEEL et al., 2014). In Germany, a recent large population-based survey reported a 12-month-prevalence of at least one mental disorder of 27.7 % in German adults aged 18 – 79 years old. Younger age groups showed higher overall rates than older ones (JACOBI et al., 2014).

Governments increasingly recognize that policy has to play a major role in keeping people with CMDs in employment or bringing those outside of the labor market back to it (OECD, 2015). Therefore, understanding which factors help or hinder workers' capacity to stay at work or successful return to work (RTW) when impaired by a CMD, is a relevant public health focus. Although determinants for SA and RTW among people with a CMD have been studied in the past, an overview of these factors is lacking. Therefore, the aim of this study was to present an overview of the existing evidence on prognostic factors of (recurrent) sickness absence and return to work (RTW) among workers with a CMD. This scoping review provides information about determinants for SA and RTW, which could be used to develop better interventions aimed at the prevention of SA and promotion of RTW among workers with a CMD.

Methods

This study was a scoping review, which uses a strict methodology for collecting, synthesizing, appraising and presenting findings from existing research on a topic (ARKSEY and O'MALLEY, 2005). Relevant articles were identified in PubMed, Embase, PsycINFO, PSYINDEX, and SINGLE up to October 2016. In order to be included, studies should provide insight into prognostic factors of SA or RTW of workers

with a CMD. The characteristics of the included primary studies were numerically described, and thematically reported with referral to the research questions (LEVAC et al., 2010). We classified all factors according to the domains of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The ICF offers a valuable approach to understanding the contextual influences on employee mental health and work disability (SANDERSON et al., 2008). Based on the summary of this evidence, we provide guidance for policy, practice and research.

Results

Our searches identified 2447 possible relevant articles, of which 71 (from 53 separate studies) were deemed relevant and included for analysis. For SA, a total of 78 factors were studied and considered as potential predictors, for RTW 53 factors, and for recurrent SA 24 factors. Most studies were conducted after 2011, in earlier years studies on prognostic factors for SA or RTW in CMD were scarce. Although the studies were carried out in several countries, the predominant amount of studies was from the Netherlands and the Scandinavian countries. Just a few studies were included from the United States and no studies from Germany.

There is consistent evidence in ≥ 3 studies that previous episodes of CMD, higher symptom severity, previous absenteeism, co-morbidity, high job demands, low job control, high job strain, female gender, lower educational level, smoking behavior, and low perceived general health are predictors of SA in people with CMDs. In addition, there is consistent evidence from two studies that sleeping problems, mental distress, exhaustion, iso-strain (high strain combined with low support), and lower organizational justice are predictors of SA.

RTW is consistently predicted in ≥ 3 studies by lower symptom severity, having no previous absenteeism, younger age, and positive expectations concerning sick-leave duration or RTW. There is evidence from two studies that support from supervisor and coworkers, presence of co-morbidity, bullying, (work)self-efficacy beliefs, better general health perception, and higher Work Ability Index score are predictors of (earlier) RTW.

There is consistent evidence from two studies that having previous episode(s) of sickness absence and shorter duration of employment (tenure) is a predictor of recurrent SA in people with CMDs.

Conclusions

The amount of research on determinants for SA and RTW in workers with CMD has increased dramatically in recent years, although most studies are from the Netherlands and Scandinavia. A variety of personal-, work-, and illness-related determinants have been observed across the ICF domains. Future interventions for improvement of work outcomes should be built with a variety of prognostic factors from different domains.

Although illness related factors are playing an important role in SA and RTW of workers with CMDs, health interventions alone are insufficient to prevent SA and to improve RTW. Work-related interventions are essential and should always be part of a prevention or reintegration program. Improving the work environment might not only prevent SA, it even may prevent the development of a CMD.

Further research is clearly required; there is a need for a systematic review or meta-analysis, in which the strength of prognostic values is investigated. The following factors are regarded as important by workers with CMDs and should be considered as subject for future primary research, because original primary studies are lacking: perfectionism, illness perceptions, acceptance of the illness and decreased work capacity, the possibility for gradual RTW and work accommodations, and perceived injustice. In addition, because of current insufficient evidence, the factors activity level, benefit plan features, and work motivation need further attention. More research on predictors for RTW in people with CMDs is needed in the ICF-domains 'body functions and structures', 'activities', and 'environmental factors'.

References

Arksey H.; O'Malley, L.: Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 2005, 8(1): 19-32.

de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil.* 2017 Oct 4. doi:10.1007/s10926-017-9730-1.

Jacobi, F.; Höfler, M.; Siegert, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Seiffert, I.: Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2014, 23(3): 304-319.

Levac, D.; Colquhoun, H.; O'Brien, K.K.: Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010, 20 (5): 69-5908-5-69.

OECD. *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing 2015.

Sanderson, K.; Nicholson, J.; Graves, N.; Tilse, E.; Oldenburg, B.: Mental health in the workplace: using the ICF to model the prospective associations between symptoms, activities, participation and environmental factors. *Disabil Rehabil* 2008, 30(17): 1289-1297.

Steel, Z.; Marnane, C.; Iranpour, C.; Chey, T.; Jackson, J.W.; Patel, V.; Silove, D.: The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol* 2014, 43(2): 476-493.

Wittchen, H.U.; Jacobi, F.; Rehm, J.; Gustavsson, A.; Svensson, M.; Joensson, B.; Olesen, J.; Allgulander, C.; Alonso, J.; Faravelli, C.; Fratiglioni, L.; Jennum, P.; Lieb, R.; Maercker, A.; van Os, J.; Preisig, M.; Salvador-Carulla, L.; Simon, R.; Steinhausen, H.C.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011, 21(9): 655-679.

3 Overview zur Wirksamkeit von Return to Work-Interventionen bei Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen

Beate Weikert, Alba Fishta, Uta Wegewitz

Hintergrund

Angst- und affektive Störungen sind häufig vorkommende psychische Erkrankungen in Deutschland (JACOBI et al., 2014). Bei Menschen im erwerbsfähigen Alter können sie zu langen und wiederholten Arbeitsunfähigkeitszeiten und frühzeitiger Erwerbsminderung führen (AHOLA et al., 2011; MASKE et al., 2016). Rehabilitation und betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) haben das Ziel, die berufliche Teilhabe von erkrankten Beschäftigten zu sichern. Im Rahmen dieser Angebote kommen verschiedene arbeitsbezogene Maßnahmen zur Anwendung, um die Rückkehr der Betroffenen zur Arbeit zu erleichtern.

Ziel des Overviews ist es, den aktuellen Stand zur Wirksamkeit arbeitsbezogener Rückkehrmaßnahmen (auch Return to Work-Interventionen genannt) bei Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen narrativ zusammenzufassen und Forschungslücken aufzuzeigen.

Methodik

Der Overview basiert auf einer systematisch durchgeführten Literatursuche in den Datenbanken MEDLINE, Embase, PsycINFO, PSYINDEX und The Cochrane Library und wurde durch eine Freihandsuche ergänzt. Der Suchzeitraum umfasst die Publikationsjahre 2000 bis 2015. Eine Aktualisierungssuche ist geplant. Die Auswahl der systematischen Reviews erfolgte durch zwei unabhängig arbeitende Reviewer. Die entsprechenden Ein- und Ausschlusskriterien wurden a priori festgelegt und in einem Studienprotokoll aufgeführt. Alle eingeschlossenen systematischen Reviews zu Interventionsstudien wurden mit der AMSTAR-Checkliste bewertet (SHEA et al., 2007). Die Ergebnisse wurden narrativ zusammengefasst und Evidenzlücken herausgearbeitet.

Ergebnisse

Die systematische Literatursuche ergab eine Gesamttrefferzahl von 573. Per Handsuche wurden nochmals 25 Publikationen identifiziert. Nach dem Screening auf Titel/Abstract- und Volltextbasis wurden insgesamt 9 systematische Reviews (sRv) eingeschlossen, darunter 6 Reviews zu Wirksamkeitsstudien, 2 Reviews zu Kosten-Effektivitätsanalysen und ein Review zu qualitativen Forschungsergebnissen. Folgende Krankheitsbilder wurden in den verschiedenen Reviews behandelt: depressive Störungen (3 sRv), stress- und burnoutbedingte Anpassungsstörungen (1 sRv), Posttraumatische Belastungsstörungen (1 sRv) und allgemein psychische Erkrankungen (4 sRv).

Vier von acht mit AMSTAR qualitativ bewertete Reviews waren von guter methodischer Qualität und erreichten mindestens 7 von 11 möglichen Punkten. Der systematische Review zu qualitativen Studien wurde nicht mit AMSTAR bewertet, da das Instrument für eine Bewertung qualitativer Forschungsergebnisse nicht ausgelegt ist. In den Reviews wurden sowohl klinische als auch arbeitsbezogene Interventionen betrachtet. Die häufigsten Zielgrößen waren: Symptomreduktion auf entsprechenden Symptomskalen, Return to Work-Raten, Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen und Zeit bis zur teilweisen oder vollständigen Rückkehr an die Arbeit. Die im Folgenden zusammengefassten Wirksamkeitsergebnisse basieren auf insgesamt 47 Primärstudien, mehrheitlich randomisiert-kontrollierte Studien aus den Niederlanden oder Skandinavien, sowie 8 qualitativen Studien.

Bei Beschäftigten mit depressiven Störungen führten die folgenden Return to Work-Interventionen zur Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten: eine kognitive Verhaltenstherapie begleitend zur Primärversorgung beim Haus- oder Betriebsarzt sowie eine psychosoziale Beratung und Begleitung in enger Kooperation zwischen betriebsärztlichen Dienst und behandelnden Psychotherapeuten oder Ärzten. Eine alleinige Verbesserung der Symptombehandlung beim Hausarzt erwies sich als unzureichend, um Arbeitsunfähigkeitszeiten zu reduzieren. Die Kombination von klinischen und arbeitsbezogenen Maßnahmen führte zu den besten Ergebnisse in Bezug auf die Rückkehr in den Betrieb (FURLAN et al., 2012; NIEUWENHUIJSEN et al., 2014).

Bei Beschäftigten mit stress- oder burnoutbedingten Anpassungsstörungen waren arbeitsbezogene Problemlösetrainings wirksam, vor allem in Kombination mit arbeitsbezogenen Maßnahmen wie eine stufenweise Wiedereingliederung (ARENDS et al., 2012).

Für Beschäftigte mit arbeitsbedingten posttraumatischen Belastungsstörungen war die Evidenzlage limitiert. Vorher-Nachher-Studien ohne Kontrollgruppe geben erste Hinweise, dass arbeitsplatzbezogene Maßnahmen wie eine expositionsbasierte Belastungserprobung am Arbeitsplatz oder eine stufenweise Wiedereingliederung eine frühzeitige Rückkehr an die Arbeit unterstützen können (STERGIOPOULOS et al., 2011).

RTW-Maßnahmen, die vor Ort am Arbeitsplatz umgesetzt werden, sind besser wirksam als Maßnahmen im klinischen Setting, welche die Arbeitssituation nur simulieren können. Dies konnte vor allem für Muskel-Skelett-Erkrankungen gezeigt werden. Für psychische Erkrankungen ist die Evidenz bis dato limitiert und inkonsistent (VAN VILSTEREN et al., 2015).

Anhand eines systematischen Reviews zu qualitativen Studien lassen sich wichtige Rahmenbedingungen für den RTW-Prozess ableiten (ANDERSEN et al., 2012). Der RTW-Prozess wird als komplexer und dynamischer Prozess beschrieben, der bereits in der Genesungsphase außerhalb des Betriebes beginnen sollte. Wichtig ist, den richtigen Zeitpunkt für jede Art von Maßnahme im RTW-Prozess zu finden und einen individuellen RTW-Plan mit bedarfsgerechten Rückkehrmaßnahmen für jeden Zurückkehrenden zu erarbeiten. Zeit sollte einkalkuliert werden, um den Plan kontinuierlich zu evaluieren und ggf. individuell anzupassen. Grundvoraussetzung für das Gelingen im RTW-Prozess scheint eine gute und engmaschige Kooperation zwischen allen im RTW-Prozess beteiligten Akteuren zu sein sowie die soziale Unterstützung durch Familie, Kollegen und Vorgesetzte. Dabei müssen divergierende Interessen und Perspektiven auf den RTW-Prozess offenbart und im gemeinsamen Austausch austariert werden (ANDERSEN et al., 2012).

Diskussion

Die Studien zeigen, dass die untersuchten Return to Work-Interventionen vor allem zu einer Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen führten und eine schnellere Rückkehr an die Arbeit unterstützten. Höhere Rückkehrer-Quoten wurden durch die untersuchten RTW-Maßnahmen nicht erreicht. Das deutet darauf hin, dass die bisherigen Maßnahmen die Arbeitsfähigkeit während der Rückkehr, jedoch nicht die Entscheidung für eine Rückkehr fördern. Hier bleibt zu untersuchen, warum Beschäftigte nicht erreicht werden oder welche Anreize notwendig sind, um die Motivation zur Rückkehr zu steigern.

Für Deutschland liegen bisher keine Ergebnisse aus randomisiert-kontrollierten Wirksamkeitsstudien zum Thema vor. Beobachtungsstudien geben Hinweise, dass eine frühzeitig und professionell vorbereitete stufenweise Wiedereingliederung das Risiko für eine dauerhafte Erwerbsminderung reduziert und lange Arbeitsunfähigkeitszeiten minimiert. Vor allem bei Beschäftigten mit langen vorausgehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten und ungünstiger RTW-Prognose war die stufenweise Wiedereingliederung wirksam (BETHGE, 2016; SCHNEIDER et al., 2016; STREIBELT et al., 2017). Insgesamt gesehen ist die Evidenzlage zu Return to Work-Interventionen bei psychischen Erkrankungen limitiert. In den letzten Jahren sind weitere systematische Reviews zum Thema erstellt worden. Im Suchzeitraum nach 2015 sind uns bereits vier weitere Publikationen bekannt (NIGATU et al., 2016; VARGAS-PRADA et al., 2016; CULLEN et al., 2017; VOGEL et al., 2017). Bei näherem Hinsehen hat sich die Primärstudienlage jedoch nur geringfügig verändert.

Benötigt werden Primärstudien, in denen arbeitsbezogene Maßnahmen randomisiert im betrieblichen Setting auf ihre Wirksamkeit untersucht werden. Hier sollte zwischen Maßnahmen mit direktem und keinem direkten Bezug zum aktuellen Arbeitsplatz (VAN VILSTEREN et al., 2015) sowie zwischen frühzeitigem und späteren Einsatz der Maßnahmen unterschieden werden (VARGAS-PRADA et al., 2016).

Auch integrative Maßnahmen, die eine multidisziplinäre Zusammenarbeit im RTW-Prozess unterstützen, sollten weiterentwickelt und evaluiert werden (VOGEL et al., 2017). Ein professionelles Fallmanagement mit Hilfe eines RTW-Koordinators oder BEM-Coach wird von RTW-Experten befürwortet (STEGMANN & SCHRÖDER, 2016). Des Weiteren könnte ein Mentor, welcher als direkter Ansprechpartner im Kreise des Kollegiums fungiert, die soziale Reintegration der Betroffenen stärken. In qualitativen Interviews zeigte sich, dass Personen, die Unterstützung durch einen Jobassistenten hatten, eher bereit waren, Ihre Erkrankung im betrieblichen Umfeld zu offenbaren. Das Offenbaren der Erkrankung korrelierte wiederum mit der Anzahl an angebotenen Arbeitsanpassungsmaßnahmen (McDOWELL and FOSSEY, 2015). Benötigt werden auch Studien zu Maßnahmen auf organisationaler Ebene. Beispielsweise ist von Interesse, ob die Schulung und Beratung von Führungskräften hilfreich ist, um psychische Erkrankungen im Betrieb zu adressieren und Stigmatisierung abzubauen.

Weiterhin benötigen wir die Untersuchung von Zielgrößen, die vor allem aus Sicht der Betroffenen relevant sind. Dies könnten Zielgrößen der Nachhaltigkeit im Return to Work-Prozess sein wie bspw. die langfristige Arbeitsfähigkeit, die arbeitsbezogene Funktionsfähigkeit, die Work-Life-Balance und die Lebensqualität der Betroffenen. Es ist bekannt, dass solche Zielgrößen den Erfolg der Rückkehr besser beschreiben als eine schnelle Rückkehr an sich (HEES et al., 2012).

Zusammenfassung/Fazit

Return to Work-Strategien, welche klinische und arbeitsbezogene Komponenten kombinieren, zeigen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen bisher die besten Wirksamkeitsergebnisse. Integrative Ansätze, bei denen die Betroffenen durch ein multiprofessionelles Team kontinuierlich im Return to Work-Prozess begleitet und beraten wird, sollten weiter wissenschaftlich untersucht werden.

Literatur

Ahola, K.; Virtanen, M.; Honkonen, T.; Isometsa, E.; Aromaa, A.; Lonnqvist, J: Common mental disorders and subsequent work disability: a population-based Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2011, 134(1-3): 365-372

Andersen, M.F.; Nielsen, K.M.; Brinkmann, S.: Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2012, 38(2): 93-104

Arends, I.; Bruinvels, D.J.; Rebergen, D.S.; Nieuwenhuijsen, K.; Madan, I.; Neumeyster-Gromen, A.; Bultmann, U.; Verbeek, J.H.: Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 12: CD006389

Bethge, M.: Effects of graded return-to-work: a propensity-score-matched analysis. *Scand J Work Environ Health* 2016, 42(4): 273-279

Cullen, K.L.; Irvin, E.; Collie, A.; Clay, F.; Gensby, U.; Jennings, P.A.; Hogg-Johnson, S.; Kristman, V.; Laberge, M.; McKenzie, D.; Newnam, S.; Palagyi, A.; Ruseckaite, R.; Sheppard, D.M.; Shourie, S.; Steenstra, I.; Van Eerd, D.; Amick 3rd, B.C.: 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. *J Occup Rehabil.* 2017, <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>

Furlan, A.D.; Gnam, W.H.; Carnide, N.; Irvin, E.; Amick 3rd, B.C.; DeRango, K.; McMaster, R.; Cullen, K.; Slack, T.; Brouwer S.; Bultmann, U.: Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. *J Occup Rehabil* 2012, 22(3): 312-321

Hees, H.L.; Nieuwenhuijsen, K.; Koeter, M.W.; Bultmann, U.; Schene, A.H.: Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS One* 2012, 7(6): e39947

Jacobi, F.; Hofler, M.; Siegert, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M.A.; Hapke, U.; Maske, U.; Seiffert, I.; Gaebel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H.U.: Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014, 23(3): 304-319

Maske, U.E.; Buttery, K.; Beesdo-Baum, K.; Riedel-Heller, S.; Hapke, U.; Busch, M.A.: Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *J Affect Disord* 2016, 190: 167-177

McDowell, C.; Fossey, E.: Workplace accommodations for people with mental illness: a scoping review. *J Occup Rehabil* 2015, 25(1): 197-206

Nieuwenhuijsen, K.; Faber, B.; Verbeek, J.H.; Neumeyer-Gromen, A.; Hees, H.L.; Verhoeven, A.C.; van der Feltz-Cornelis, C.M.; Bultmann, U.: Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, 12: CD006237

Nigatu, Y.T.; Liu, Y.; Uppal, M.; McKinney, S.; Rao, S.; Gillis, K.; Wang, J.: Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med* 2016, 46(16): 3263-3274

Schneider, U.; Linder, R.; Verheyen, F.: Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany. *Eur J Health Econ* 2016, 17(5): 629-643

Shea, B.J.; Grimshaw, J.M.; Wells, G.A.; Boers, M.; Andersson, N.; Hamel, C.; Porter, A.C.; Tugwell, P.; Moher, D.; Bouter, L.M.: Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007, 7: 10

Stegmann, R.; Schröder, U.B.: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2016, 51(9): 660-668

Stergiopoulos, E.; Cimo, A.; Cheng, C.; Bonato, S.; Dewa, C.S.: Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: a systematic review. *BMC Public Health* 2011, 11: 838

Streibelt, M.; Burger, W.; Nieuwenhuijsen, K.; Bethge, M.: Effectiveness of Graded Return to Work After Multimodal Rehabilitation in Patients with Mental Disorders: A Propensity Score Analysis. *J Occup Rehabil.* 2017, <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9709-y>

van Vilsteren, M.; van Oostrom, S.H.; de Vet, H.C.; Franche, R.L.; Boot, C.R.; Anema, J.R.: Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, 10: CD006955

Vargas-Prada, S.; Demou, E.; Lalloo, D.; Avila-Palencia, I.; Sanati, K.A.; Sampere, M.; Freer, K.; Serra, C.; Macdonald, E.B.: Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2016, 42(4): 261-272

Vogel, N.; Schandelmaier, S.; Zumbrunn, T.; Ebrahim, S.; de Boer, W.E.; Busse, J.W.; Kunz, R.: Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 3: CD011618.

Längsschnittstudien zur Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

4 Forschungsprojekt: „Erwerbsarbeit und psychische Erkrankung. Therapeutische und betriebliche Bewältigung“

Nora Alsdorf, Ute Engelbach, Sabine Flick, Stephan Voswinkel
Kooperation des Instituts für Sozialforschung (IfS) und des
Sigmund-Freud Instituts (SFI), gefördert durch die Hans Böckler Stiftung.
Laufzeit: 2 Jahre (2013-2015)
Ergebnisse sind veröffentlicht in: ALS DORF et al., 2017

Forschungsdesign

Für das interdisziplinäre Forschungsprojekt wurde ein qualitatives Untersuchungsdesign gewählt: Mit Patienten psychosomatischer Akutkliniken wurden jeweils drei, thematisch fokussierte, biografisch-narrative Interviews durchgeführt. Der erste Interviewzeitpunkt fand vor der (teil-)stationären Aufnahme in der Akutklinik statt (n=23), der zweite war am Ende des Klinikaufenthaltes angesiedelt (n= 20) und das dritte, katamnestiche Interview wurde etwa vier bis sechs Monate nach dem Abschluss des Klinikaufenthaltes durchgeführt (n=15). Auf diese Weise konnten sowohl Erwartungen und Hoffnungen vor dem Aufenthalt, als auch subjektive Veränderungen während des Aufenthaltes und die – sofern vollzogene – Rückkehr an den Arbeitsplatz mitsamt seiner förder- als auch hinderlicher Faktoren erfasst und thematisiert werden. Zusätzlich wurden die Patienten zu jedem Interviewzeitpunkt gebeten eine retrospektive Verlaufskurve anzufertigen, in der sie ihre Entwicklungen „guten“ und „schlechten“ Zeiten zuordnen sollten. Inkludiert wurden nur zuvor erwerbstätige Patienten, die keine schwerwiegenden psychischen Erkrankungen (Suizidalität oder schwere Traumatisierungen) aufwiesen. Das Sample bestand folglich aus 23 Patienten davon waren 11 männlich und 12 weiblich mit einem Altersdurchschnitt von 39,9 Jahren. Die Patienten kamen aus unterschiedlichen Berufen und Branchen, sowohl aus dem Profit als auch aus dem Nonprofit Bereich. Zusätzlich wurden Gespräche mit Sozialarbeitern (n=2) und mit Mitarbeitern des Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements (n=10) geführt, um die Rahmenbedingungen, übliche Verfahrensweisen und Problematiken in diesem Kontext in Erfahrung bringen zu können. Darüber hinaus wurden die behandelnden Therapeuten zum einen in Form von Supervisionen, um die ärztliche Perspektive auf den Patienten erfassen zu können (n=27) und zum anderen durch Experteninterviews, um deren Selbstverständnis in Erfahrung bringen zu können (n=9) interviewt. Insgesamt wurden 106 Interviews im Rahmen des Projektes erhoben. Die Auswertung erfolgte, in wöchentlich stattfindenden, interdisziplinären Interpretationsgruppen (REICHERTZ, 2013), in denen die Interviewtranskripte und die zu jedem Interview angefertigten Beobachtungsprotokolle diskutiert wurden. In einem nächsten Schritt wurden die Interviews mit Hilfe des computergestützten Auswertungsprogrammes MAXQDA codiert, kategorisiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Psychisch belastende Arbeitssituationen

Eine Fragestellung des Projekts richtete sich auf die Belastungen der Arbeit, die zu psychischen Erkrankungen beitragen. Hier stellt sich das Problem der Kausalität: Unter gleichen Arbeitsbedingungen erkranken stets nur einige Beschäftigte. Daraus wird oft geschlossen, nicht die Arbeitsbedingungen, sondern die psychischen Vulnerabilitäten der Betroffenen seien ursächlich für die Erkrankung. Andererseits erkranken auch Menschen mit ähnlichen Vulnerabilitäten nicht immer, sondern hierzu bedarf es zumindest als Auslöser besonderer Bedingungen. Das Projekt hat daher *Arbeitssituationen* als Verbindung von Arbeitsbedingungen und subjektiven Dispositionen und Verarbeitungsweisen in den Blick genommen.

Zwei Grundformen psychisch belastender Arbeitssituationen konnten identifiziert werden. Zum einen sind dies Situationen veränderter Aneignung der Arbeit, zum anderen solche erschwerter Abgrenzung von der Arbeit. Ein gesundes Verhältnis zur Arbeit ist demzufolge wahrscheinlich, wenn sich Menschen ihre Arbeit aneignen, also Sinn mit ihr verbinden und sie sinnvoll ausführen können, wenn sie sich aber auch von ihr abgrenzen können, also nicht überidentifiziert sind und gegenüber den Anforderungen Grenzen ziehen können. Gemeint sind immer beide Seiten: Die Arbeitssituationen müssen es ermöglichen, sich die Arbeit anzueignen und sich von ihr abzugrenzen, und auch die Beschäftigten müssen dazu in der Lage sein.

Die Aneignung wird verhindert, wenn die Arbeit sinnlos erscheint, wenn die Beschäftigten mit moralischen Konflikten konfrontiert sind, wenn sie Missachtungserfahrungen machen und Gratifikationskrisen erleben, unbestimmten Erwartungen und Anforderungen in der Arbeit ausgesetzt sind oder in der Arbeit übermäßig kontrolliert werden. Sich von der Arbeit abzugrenzen ist erschwert, wenn die Arbeit entgrenzt ist, also keine Grenzen zwischen Arbeits- und Freizeit, Arbeitsaufgabe und Person beachtet werden können, wenn die Beschäftigten im Kunden- bzw. Klientenkontakt arbeiten und sich wegen der personalen Nähe oder der Machtposition des Kunden und mangelnder Unterstützung durch die Organisation nicht abgrenzen können, wenn die Arbeit (wie etwa in der Altenpflege) mit dem Gefühl der Aufopferung verbunden ist oder die Beschäftigten hierbei mit Leiden und Tod konfrontiert sind. Überbeanspruchungen durch Personalmangel oder Arbeitsspitzen und Sorgen um den Verlust des Arbeitsplatzes können diese Belastungen in den Arbeitssituationen weiter verschärfen.

Weil nicht nur Abgrenzungsprobleme, sondern auch Aneignungsdefizite psychische Gefährdungen beinhalten, ist die verbreitete Zielsetzung, es komme darauf an, sich abgrenzen zu lernen, verkürzt. Denn durch die Abgrenzung des einzelnen Beschäftigten ändert sich die belastende Arbeitssituation nicht, oftmals werden Probleme nur auf Kollegen verschoben und das Bestreben sich abzugrenzen kann die Aneignungsdefizite vergrößern. Es kommt vielmehr darauf an, die Erkrankung nicht zu individualisieren. Damit nämlich wird die Arbeitssituation selbst normalisiert, also als unbedenklich dethematisiert.

Therapeutische Bewältigung/Therapie und Klinikaufenthalt

Die subjektiven Krankheitstheorien der Patienten, die subjektiven Interpretationen bezüglich ihres psychischen Zustands und die daraus resultierenden Erwartungen oder Widerstände wurden analysiert. Es ließen sich vier unterschiedliche Typen mit diversen Übergangsformen identifizieren: »Erholung«, »Reparatur«, »Selbstfindung« und »Krankheitseinsicht«. Über einen Wunsch nach »Erholung« hinausgehend äußerten Patienten Wünsche nach persönlicher Optimierung, um künftig besser arbeiten zu können (»Reparatur«), den Fokus zunächst auf sich selbst richten zu wollen (»Selbstfindung«) oder mehr über den Selbstanteil ihrer Krankheit erfahren zu wollen (»Krankheitseinsicht«). Mit unterschiedlichen Rollenerwartungen traten die Typen an den Therapeuten heran, nämlich der »Erholungstyp« die eines »Refreshers«, der Typ »Reparatur« folgte einer instrumentellen Logik mit entsprechender Rollenerwartung eines »Tuners«, die Typen »Selbstfindung« und »Krankheitseinsicht« folgten einem reflexiven Fokus, Rollenerwartungen an den Therapeuten waren »Adviser« oder »Explorer«. Während die Typen »Erholung« und »Selbstfindung« die Erwerbsarbeit tendenziell als Erkrankungsursache wahrnahmen, attribuierten die beiden anderen eher auf ineffektive Bewältigungsstrategien (»Reparatur«) oder interpersonelle Konflikte (»Krankheitseinsicht«).

Nach abgeschlossener Behandlung präsentierte die Mehrzahl der Patienten einheitlich Abgrenzung neben der Selbstakzeptanz als die richtungweisende Einsicht bzw. als die zentrale Botschaft, die sie aus der stationären Behandlung extrahierten. Ausgestaltungsformen, Beweggründe hinter bzw. innerpsychische Schwierigkeiten mit der als solchen bezeichneten Abgrenzungsschwierigkeit unterschieden sich in den Einzelfallanalysen bei Patienten mit vorrangigem Konfliktfokus und denen mit vorrangigem Strukturfokus (Arbeitskreis OPD, 2006).

Bei den Konfliktpatienten ließen sich die geschilderten Schwierigkeiten im Rahmen ihres Konfliktmodus – vorrangig Versorgung vs. Autarkie, Unterwerfung vs. Kontrolle, Selbstwertkonflikt, Schuldkonflikt – zumeist in Verbindung mit einer Aggressionshemmung im Sinne einer Übersteuerung in der Affektdifferenzierung und –toleranz verstehen. Die mit einem *Nein* beginnende Interaktion wurde nicht weiter ausgeführt, vielmehr blieb es reaktiv, wurde zur Interaktionsfigur und eine therapeutische Auseinandersetzung dadurch erschwert.

Bei den Patienten mit Strukturfokus hingegen schienen die Abgrenzungsschwierigkeiten durch Verzerrungen bei den Selbst-Objekt-Grenzen und durch internalisierte bedrohliche resp. verfolgende Objektvorstellungen motiviert. Das Problem stellte sich bei diesen Patienten punktueller dar. In einigen Bereichen klappte die Abgrenzung gut, dann kippte es und das scheinbar *Böse* musste meistens projektiv bekämpft werden. Objektwelten schienen sich zu vermischen. Je deutlicher bei Patienten strukturelle Themen im Fokus der Behandlung waren, desto bedrohlicher schienen die vermeintlichen *Angreifer*, die die Grenzen zu überschreiten drohten, desto mehr galt die Abgrenzung den projektiv identifikatorischen Anteilen. Therapeutische Implikationen könnten sich sowohl aus subjektiven Krankheitstheorien als auch aus unterschiedlichen innerpsychischen Motiven hinter dem Abgrenzungsthema – ungeachtet des Diskurses über die Entgrenzung der Arbeitsverhältnisse – ergeben.

Therapeuten in diesen psychosomatischen Akutkliniken stehen angesichts von denjenigen Patienten, die ihrer subjektiven Krankheitstheorie zu Folge in der Arbeit eine Ursache ihrer Krise sehen, vor einem Trilemma: Ihnen stehen kaum Diagnosen mit Arbeitsbezug jenseits der Zusatzdiagnosen zur Verfügung und es werden selten Ätiologien benannt, in denen Erwerbsarbeit als pathogener oder salutogener Ort Erwähnung findet. Darüber hinaus, wenngleich dies auf den ersten Blick trivial scheint, stehen den behandelnden Therapeuten keine Einflussmöglichkeiten auf den jeweiligen Arbeitskontext ihrer Patienten zur Verfügung. Schließlich entstehen möglicherweise Zuständigkeitsprobleme mit den Kostenträgern, sollte sich bei einem Patienten ein deutlicher Wunsch nach einer Frühverrentung also dem Ausstieg aus dem spezifischen Erwerbskontext zeigen.

Die operationalisierte Forschungsfrage war also, wie die Therapeuten dieses Trilemma bearbeiten? Welche therapeutischen Relevanzen sprechen sie dem Erwerbsarbeitskontextes zu? Welche Deutungen und möglicherweise Umdeutungen der Krankheitstheorien der Patienten nehmen sie vor? Auf Basis der Transkripte der Supervisionen sowie der Experteninterviews, wurden zusammenfassend drei Deutungen des Erwerbskontextes ihrer Patienten identifiziert. Fasst man den therapeutischen Prozess als Kommunikationsraum, in dem Deutungskonflikte angeglichen werden, dann lässt sich das Deuten durch die Therapeuten ebenso als *Umdeuten* fassen und kommt damit einer Übersetzung (CALLON, 1986) in das Gesundheitssystem gleich. Die subjektive Krankheitsdeutung des Patienten trifft auf die Krankheitsdeutung des Behandlers und wird als Patientenleiden in Diagnosen „übersetzt“ und dadurch behandelbar.

Drei Deutungsmuster therapeutischer Übersetzung wurden in der Studie identifiziert. *Erstens* eine *Dethematisierung* des Erwerbsbezugs, die mit einer Infragestellung und Irrelevanzsetzung des Erwerbskontextes einhergeht und zwar in zwei Varianten. Entweder werden belastende Arbeitssituationen insbesondere durch die Entgrenzung qua moderner Kommunikationstechnologien als erzählte Pathologie interpretiert, beispielsweise als „Wunsch, gebraucht zu werden“, wie ein Therapeut deutet, oder die arbeitsbezogenen Inhalte der Patientengespräche werden als nicht relevant für die Behandlung gedeutet, z.T. wird das Thema bewusst auf familiäre Themen gelenkt. *Zweitens* eine *Biographisierung* des Leidens, die eine Personalisierung und Familialisierung beinhaltet, in dem frühkindliche Beziehungserfahrungen als Erklärung für die psychische Belastung herangezogen werden. Erwerbsarbeit wird als Folge der therapeutischen Deutung zur Bühne, auf der all die ‚tatsächlich‘ vorhandenen Selbstwert- und Beziehungsprobleme lediglich aufgeführt werden, nicht aber, wo sie womöglich auch selbst entstehen, selbst wenn die Arbeit als hochgradig belastend gedeutet wird, ist die therapeutische Konsequenz, so ein Zitat „wer dann bleibt, ist krank“. Schließlich findet sich *drittens* eine *Normalisierung* der Belastung, die sich mit dem Zitat einer Therapeutin „Arbeit ist belastend, man muss sich eben abgrenzen können“ gut beschreiben lässt. Grenzziehung wird demzufolge als Königsweg beschrieben ohne dabei gleichzeitig möglicher Folgen einer Grenzziehung mit zu berücksichtigen. Dies verstärkt also eine Individualisierung der belastenden Arbeitssituation. Insgesamt lässt sich zusammenfassen, verschwindet der Erwerbsarbeitsbezug im Deutungs- und Umdeutungsprozess der Therapeuten.

Schnittstellenprobleme beim Übergang von der Klinik in Alltag und Arbeit

Nach dem Klinikaufenthalt stellen sich neue Probleme: Der Übergang in den Alltag und letztlich in die Arbeit muss gelingen. Das ist keineswegs gewährleistet: Oft fehlt eine ambulante Anschlusstherapie, dem strukturierten Leben in der Klinik steht – gerade dann, wenn die Rückkehr in die Arbeit noch nicht möglich oder gewünscht ist – ein strukturloser Alltag gegenüber, dem gerade depressiven Patienten nur schwer eine Struktur geben können. Nachbetreuung durch die Kliniken findet nicht statt und oft fehlt auch eine Vorbereitung auf die Wiedereingliederung in die Arbeit.

Aus forschungsethischen Gründen konnten wir nicht mit Experten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) in den Betrieben sprechen, in die die Patienten zurückkommen würden. Wir haben stattdessen Expertengespräche mit BEM-Beauftragten in verschiedenen Organisationen unterschiedlicher Branchenzugehörigkeit geführt. In unsere Befunde zur Wiedereingliederung in die Arbeit gingen auch die Erfahrungen der Patienten in den Gesprächen nach Abschluss des Klinikaufenthaltes ein. Diese waren ernüchternd: Die Mehrheit hatte keinen Kontakt zu einem BEM. Dafür waren verschiedene Ursachen ausschlaggebend: Es wurde von vornherein ein Arbeitgeberwechsel oder die Erwerbsunfähigkeitsrente angestrebt; persönliche Gespräche und Lösungen mit Vorgesetzten wurden vorgezogen oder die Angst vor Stigmatisierung bzw. „Rücksichtnahme“, die als Karrierebremse verstanden wurde, ließen das BEM eher als Bedrohung erscheinen. Unsere Gespräche zeigten aber durchgängig: Unter „Wiedereingliederung“ wurde generell eine Verkürzung der Arbeitszeit verstanden, deren Kosten von der Krankenkasse getragen wird. Diese Praxis allein aber mag den Übergang erleichtern, ändert aber noch nichts dauerhaft an den Belastungen der Arbeitssituation.

Die Expertengespräche zeigten folgende Probleme des BEM auf: Die Betroffenen sind sich oft unsicher darüber, inwieweit sie dem BEM-Verfahren und den BEM-Beteiligten Vertrauen entgegenbringen können. Hier erweist sich die Tatsache als problematisch, dass die Initiative in der Regel von der Personalabteilung ausgeht. Es zeigt sich ein Dilemma: Im BEM-Verfahren Transparenz über die Erkrankung herzustellen, kann im Interesse der Bearbeitung der Erkrankungsursachen sinnvoll sein, beinhaltet aber die berechnete Angst vor Stigmatisierung.

Selbst dann, wenn Betriebe über institutionalisierte Kooperationen mit Rehakliniken verfügten, wurde von den BEM-Beteiligten beklagt, dass Ärzte/Therapeuten kaum einmal mit dem Betrieb Kontakt aufnehmen und sie über sehr geringe Kenntnisse der Arbeitssituationen verfügen. Unsicher sind sich die BEM-Beteiligten zudem, inwieweit es sinnvoll ist, während der Erkrankung im Interesse einer zügigen Wiedereingliederung Kontakt mit den Betroffenen aufzunehmen oder dies im Interesse der Therapie zu unterlassen.

Alle Beteiligten an der Wiedereingliederung tendieren aus ihrer jeweiligen Handlungslogik dazu, den Fall zu individualisieren: Den BEM-Beteiligten geht es darum, den *einzelnen* Beschäftigten zu reintegrieren und *für ihn* eine Lösung zu finden. Der Betroffene *selbst* teilt natürlich diese Orientierung. Und auch die Ärzte/Therapeuten behandeln die Patienten im Hinblick auf ihre individuelle Problematik. Auf diese Weise geraten die strukturellen und eventuell kollektiven Belastungen der Arbeitssituati-

on leicht aus dem Blickfeld. Zugleich sind BEM – orientiert am Einzelfall – und Gefährdungsbeurteilung – orientiert am Arbeitsplatz – in den Organisationen in der Regel institutionell nicht integriert und unterliegen unterschiedlichen Logiken: In der Gefährdungsbeurteilung gilt ein Arbeitsplatz nur dann als belastend, wenn *mehrere* - wenn nicht *alle* - Beschäftigten hiervon gefährdet werden.

Literatur

Alsdorf, N.; Engelbach, U.; Flick, S.; Haubl, R.; Voswinkel, S.: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: transcript 2017.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG 2006.

Callon, M.: Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay; in: Law, J. (Eds.): Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge. London: Routledge & Kegan 1986.

Reichert, J.: Gemeinsam interpretieren. Die Gruppeninterpretation als kommunikativer Prozess. Wiesbaden: Springer VS 2013.

5 Mixed-Methods-Follow-up-Studie zu Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung aus der Perspektive der Betroffenen

Beate Weikert, Alexandra Sikora, Ralf Stegmann

Hintergrund

Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben den Wunsch aktiv am Erwerbsleben teilzunehmen. Nach langer krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit benötigen sie jedoch häufig Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Für Deutschland ist der Übergang von der medizinisch-therapeutischen Behandlung bis hin zur Rückkehr in den Betrieb nur unzureichend wissenschaftlich untersucht.

Die Mixed-Methods-Follow-Up-Studie hat zum Ziel, den Rückkehrprozess in seinem zeitlichen Verlauf vertiefend zu explorieren. Während die quantitative Befragungsstudie erfasst, „welche“ individuellen und arbeitsbezogenen Determinanten die Rückkehr beeinflussen, untersucht die qualitative Studie, „wie“ diese Faktoren das Erleben, Verhalten und Handeln der zurückkehrenden Mitarbeiter/-innen beeinflussen und wie sich dies wiederum auf die Rückkehr auswirkt.

Methodik

Für die Längsschnittstudie werden 300 erwerbsfähige Personen mit einer häufig auftretenden psychischen Erkrankung (Depression, Anpassungsstörung, Angststörung, Burnout) aus insgesamt 5 Kliniken (Akut- und Rehabilitationskliniken) rekrutiert.

Der Follow-up-Zeitraum der Längsschnittstudie umfasst 18 Monate und vier Erhebungszeitpunkte. Die Teilnehmer werden am Ende ihrer klinischen Behandlung (t0 – Baseline) sowie nach 6 (t1), 12 (t2) und 18 Monaten (t3) anhand eines computergestützten telefonischen Interviews befragt. Die Fragen umfassen krankheitsbedingte, individuelle und arbeitsbezogene RTW-Einflussfaktoren.

Parallel zur quantitativen Befragung wird ein Subsample von insgesamt 32 Teilnehmenden zu t0, t1 und t2 qualitativ interviewt. Dabei werden sowohl Teilnehmer mit einer positiven als auch negativen RTW-Prognose einbezogen.

Als Outcomes werden arbeitgeber- und beschäftigtenrelevante Outcomes untersucht: die Zeit bis zur Rückkehr an die Arbeit sowie die nach 6, 12 und 18 Monaten erreichte Arbeitszeit. Weiterhin werden die Arbeitszufriedenheit der zurückgekehrten Beschäftigten und deren persönliche Sicht auf den Erfolg des RTW-Prozesses erfragt. Für alle Rückkehrer wird zusätzlich die Anzahl erneuter Arbeitsunfähigkeitstage im zeitlichen Verlauf der Rückkehr erhoben.

Die Auswertungen im quantitativen Teil erfolgen sowohl deskriptiv im Rahmen der Beschreibung von Stichprobenkennwerten als auch induktiv mit Hilfe von Zusammenhangsanalysen (Cox-Regression-Modell und weitere Regressionsanalysen). Die qualitativen Interviews werden mit der dokumentarischen Methode nach Bohnsack ausgewertet.

Vorläufige Ergebnisse

Bisher wurden 275 Patienten rekrutiert und telefonisch zu t0 befragt. 32 Teilnehmende wurden qualitativ zu t0 und t1 interviewt. Die vorläufige quantitative Stichprobe weist ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis auf. Das Durchschnittsalter liegt aktuell bei 48 Jahren. Bei 78% der eingeschlossenen Teilnehmer liegt eine ärztlich diagnostizierte depressive bzw. rezidivierende depressive Störung vor. Anpassungs- und Angststörungen sind mit 22% vertreten. Ein Anteil von 69% der Teilnehmer arbeitet in größeren Betrieben mit mehr als 250 Beschäftigten. Unter den Teilnehmenden haben 20% eine Leitungs- bzw. Führungsfunktion. In 92% der Fälle rechnen die Studienteilnehmer damit, in den nächsten 3 Monaten nach Klinikentlassung wieder an Ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückzukehren.

Erste vorläufige Eindrücke aus den qualitativen Interviews zeigen, dass der Prozess der Rückkehr zu t0 von den Betroffenen oftmals als „harte Arbeit“ beschrieben wird. Er ist zu t0 im Wesentlichen eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung, den damit einhergehenden Selbstzweifeln und den Entstehungsbedingungen. Als Entstehungsbedingungen für die psychische Krise bzw. Erkrankung werden vor allem die Arbeit, die Einstellung zur Arbeit, kritische Lebensereignisse sowie biografische Aspekte genannt. Trotz der damit verbundenen Herausforderungen sind die Betroffenen mehrheitlich hochmotiviert, frühzeitig an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren, auch dann, wenn sie Arbeit als mitverursachend erlebt haben. Die Möglichkeit einer Stufenweisen Wiedereingliederung wird von den Zurückkehrenden, wenn sie in der Klinik vorbereitet wird, als entlastend beschrieben. Insgesamt fokussieren die Betroffenen vor allem auf individuelle Rückkehrmaßnahmen als förderliche Faktoren im RTW-Prozess, während die Arbeitsbedingungen im Betrieb tendenziell eher als wenig veränderbar erlebt werden. Den größten Einfluss sehen sie im Umgang mit den Arbeitszeiten – z.B. durch das Vermeiden von zu vielen Überstunden oder einer zeitlich begrenzte Arbeitszeitverkürzung. Vertrauenspersonen, insbesondere Vorgesetzte und Kollegen, stärken im Rückkehrprozess die Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit der Betroffenen. Besteht ein gutes Verhältnis zu den Kollegen und Vorgesetzten wird ein offener Umgang mit der Erkrankung präferiert. Generell relevant scheint ein Verständnis von Vorgesetzten, Kollegen und weiteren betrieblichen Schlüsselakteuren für die Erkrankung und für meist zeitlich begrenzte Leistungseinschränkungen zu sein, denn Verständnis wird positiv erlebt und schafft für die Betroffenen Handlungssicherheit.

Ausblick

Die geplante Studie ist eine der ersten Mixed-Methods-Längsschnittstudien zum Thema Return to Work bei psychischen Erkrankungen für Deutschland. Insgesamt besteht großes Interesse an der Studie durch die projektbeteiligten Kooperationspartner und die Teilnehmer selbst. Ende September 2017 wird die Rekrutierungsphase sowie die Erstbefragung zu t0 in der quantitativen Studie beendet sein. Anfang 2018 werden erste tragbare Ergebnisse zur Beschreibung der Gesamtstichprobe erwartet. Mit ersten Ergebnissen zum Längsschnitt kann Ende 2018 gerechnet werden. Für Fragen oder Anregungen zur Studie steht die Kontakt-E-Mail: RTW-Studie@buaa.bund.de zur Verfügung.

6 Arbeit als stabilisierender Faktor im Prozess der stufenweisen Wiedereingliederung bei Depression

Detlef E. Dietrich, Ralf Stegmann

Depressionen zählen in den industrialisierten Ländern zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt, sind nicht selten rezidivierend und oftmals von langer Dauer. Neben den auch sehr häufigen Angststörungen und Suchterkrankungen führen sie in der Arbeitswelt mit zu den meisten AU-Tagen. Häufig werden belastende Faktoren am Arbeitsplatz von den Betroffenen als erste bzw. einzige Ursache einer depressiven Störung angesehen, obwohl die Ursachen affektiver Störungen sehr viel komplexer sind und kognitive Störungen bei Depression meist sekundär zu arbeitsplatzbezogenen Problemen mit nachlassender Produktivität und Überforderung führen (STEINKE & BADURA, 2011).

Arbeit ist andererseits sehr oft einer der wesentlichsten identitätsstiftenden Faktoren im Leben vieler Menschen. Dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit im gewohnten Umfeld kommt in der Behandlung und Vorbeugung psychischer Erkrankungen daher eine ganz zentrale Bedeutung zu.

Eine nicht überfordernde Tätigkeit am Arbeitsplatz kann als „Prophylaktikum“ oder „Antidepressivum“ angesehen werden. Eine zeitnahe stufenweise Wiedereingliederung mit einer Belastung, die den Möglichkeiten des Betroffenen entspricht, ist essentiell. Dies setzt voraus, dass eine stufenweise Wiedereingliederung im Detail geplant und abgestimmt wird. Zentral ist in diesem Zusammenhang der therapeutische Aspekt der stufenweisen Wiedereingliederung, also die damit verbundene Möglichkeit die jeweils aktuelle Belastungs- und Leistungsfähigkeit schrittweise wieder einschätzen zu lernen und in diesem Prozess Versagensängste und Ängste vor Überforderung und einem Rückfall abbauen zu können – indem man Schritt für Schritt seine Aufgaben und Verantwortung wieder übernehmen kann (vgl. STEGMANN et al., 2014).

Eine frühzeitige Rückkehr sollte, wenn möglich, schon während einer ambulanten oder tagesklinischen Behandlung stattfinden. Gleichzeitig wäre es wünschenswert, wenn im Rahmen einer Psychotherapie arbeitsplatzbezogene, mitverursachende Aspekte einer depressiven Episode, aber auch die positive Rolle für die Lebensgestaltung und Sinnerfüllung betrachtet und vermehrt in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden, um zukünftig eine bessere Zusammenarbeit zwischen dem medizinisch-therapeutischen und betrieblichen System zu ermöglichen. Insbesondere die tagesklinische Behandlung eignet sich hierzu besonders, da arbeitsplatzbezogene Belastungen oder Probleme täglich (quasi begleitend zur Wiedereingliederung) mit dem therapeutischen Team reflektiert und ggf. notwendige Änderungen im Return-to-Work-Prozess (RTW) in Rücksprache mit den Beteiligten modifiziert werden können. Unterstützt durch das therapeutische Team übernehmen hierbei die Betroffenen Eigenverantwortung für ein gelungenes Wiederkehren an den Arbeitsplatz. Derartige Vorgehensweisen müssen mit der Krankenkasse individuell abgestimmt werden.

Bevor wir in der Burghof-Klinik einen solchen Wiedereingliederungsprozess starten, versuchen wir, uns ein umfangreiches Bild von der Belastbarkeit und Motivation des Betroffenen und der Situation am Arbeitsplatz zu schaffen. Hierfür nutzen wir einen individuell für unsere Bedürfnisse zusammengestellten Fragebogen der auf bereits validierten anderen Fragebögen beruht: Würzburger Screening, SIMBO, Work Ability Index (WAI) und RTW-Selbstwirksamkeit.

Eine frühzeitige und gut geplante stufenweise Wiedereingliederung hilft wenig, wenn die alltäglichen Arbeitsbelastungen zu hoch und überfordernd sind. Folgende Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz gelten als nachweislich problematisch: Arbeits- und Zeitdruck sowie hohe Arbeitsverdichtung, eine qualitative Überforderung des Betreffenden, eine geringe Wertschätzung (auch pekuniär) sowie geringe Entscheidungsspielräume bei der Tätigkeit und eine geringe Beeinflussbarkeit der Abläufe. Negativ wirken sich auch fehlende Karriereperspektiven, Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen sowie eine Ungewissheit hinsichtlich der beruflichen Perspektive oder drohende und manifeste Umstrukturierungen aus.

Eine entscheidende Bedeutung kommt hierbei aber auch der Frage zu, wie die Betroffenen mit derartigen Stressoren umgehen, um gegebenenfalls ihr Verhalten verändern zu können. Nicht selten überlasten sich Menschen durch

- ihre hohe Leistungsbereitschaft und ihren Ehrgeiz,
- eine ausgeprägte Identifikation mit Ihrer Aufgabe und Ihrem Arbeitsgeber sowie
- ein hohes Maß an Gewissenhaftigkeit und Genauigkeit bei der Arbeit.

In diesem Fall muss es auch darum gehen, den Umgang mit den eigenen Ressourcen zu verstehen und zu erarbeiten, was der Betroffene selbst tun kann, um mehr auf sich zu achten und welche Schritte sinnvoll sein könnten, den Umgang mit Arbeitsbelastungen zu verändern.

Beide Seiten der Medaille – die betriebliche und individuelle – sind integrativer Bestandteil eines erfolgreichen Wiedereingliederungsprozesses, damit die Arbeit eine bewältigbare und sinnstiftende Tätigkeit sein kann.

Förderliche Faktoren der Rückkehr auf Seiten der Arbeitnehmer:

- die Motivation der zurückkehrenden Mitarbeiter/-innen und ihr Selbstvertrauen – wohlwissend, dass das Selbstvertrauen immer auch vom „Fremdvertrauen“ abhängig ist, also von dem, was andere einem zutrauen
- ein konstruktiver Umgang mit der Erkrankung
- ein Austausch mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen gesammelt haben (Bekannte, Freunde oder eine Selbsthilfegruppe) ist in der Regel sehr hilfreich bei der Bewältigung unterschiedlicher Phasen der Erkrankung und Wiedereingliederung

- eine frühzeitige Rückkehr an den Arbeitsplatz in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten und den betrieblichen Return-to-Work-Experten, denn je länger eine Arbeitsunfähigkeit dauert, desto schwieriger wird es
- eine erwerbsorientierte Unterstützung der Behandler, so dass die Arbeit trotz therapeutischer Behandlung weitergeführt werden kann
- ein offener Dialog mit den betrieblichen RTW-Experten, über gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen, die unter Umständen mit zur Arbeitsunfähigkeit beigetragen haben, um gegebenenfalls die Arbeit oder Arbeitsabläufe verändern zu können
- eine flexible Gestaltung der Arbeitsanforderungen – insbesondere während der stufenweisen Wiedereingliederung: Flexiblere Arbeitszeiten, das Vermeiden eines frühen Arbeitsbeginns oder ein Tag „Homeoffice“. Auch Teilzeittätigkeiten bieten sich hier an
- Kurse und Fortbildung zum Zeit-oder Stressmanagement
- Stressreduzierung durch gegenseitige kollegiale Unterstützung

Förderliche Faktoren der Rückkehr auf Seiten des Betriebes:

- ein systemisch orientiertes Gesundheits- und Eingliederungsmanagement
- ein offener und antistigmatisierender Umgang mit dem Thema „Psychische Gesundheit im Betrieb“ sowie die Förderung einer guten Kommunikationskultur und eine offene Tür-Politik
- die Förderung eines ausgeprägten Teamgeists durch eine gezielte Unterstützung von Teambildungsprozessen
- eine professionelle Begleitung der zurückkehrenden Mitarbeiter und die Koordination der Rückkehr durch einen RTW-Coach und
- die soziale Unterstützung der zurückkehrenden Mitarbeiter durch direkte Vorgesetzte und Kollegen
- die Schulung von Führungskräften und insbesondere von direkten Vorgesetzten
- Sensibilisierende betriebliche Kampagnen für die Beschäftigten, um psychische Beeinträchtigungen, Krisen und Erkrankungen frühzeitig erkennen zu können
- Regelmäßige Gespräche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern mit beidseitigem Feedback, um potenzielle Unter- oder Überforderungen zu erkennen und zu thematisieren und frühe Zeichen des Stresses zu erkennen

Ein entsprechende Vorgehensweise erfordert eine hohe Flexibilität der Arbeitgeber, eine große Aufmerksamkeitsleistung seitens der Betroffenen und der Angehörigen sowie der Vorgesetzten und Kollegen als auch die Bereitschaft zu einer sehr zeitnahen Diagnostik und Einleitung einer Therapie durch die hinzu-

gezogenen Ärzte. Ein derartiges Vorgehen kann nur gelingen, wenn der tatsächliche Vorteil des Prozesses für die Betroffenen und Betriebe durch Öffentlichkeitsarbeit (vielleicht unterstützt durch gesetzliche Grundlagen) zu einer weiten Verbreitung dieses modellhaften Vorgehens führen. Informationen wie die der European Depression Assoziation und der BAuA sowie Initiativen der Deutschen Depressionshilfe und der Bündnisse gegen Depressionen können dies unterstützen.

Literatur

Steinke, M.; Badura, B.: Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden 2011.

Stegmann, R.; Loos, P; Schröder, U.B.: Kommunikatives Handeln im Prozess der betrieblichen Wiedereingliederung psychisch erkrankter MitarbeiterInnen. Erste Ergebnisse aus Interviews mit Return-to-Work-Koordinatoren, Teil 1 und 2. sicher-ist-sicher – Arbeitsschutz aktuell 2014, 65 (7/8+9): 378-83; 451-56

7 Wiedereingliederung beginnt mit der Aufnahme

Hans-Peter Unger

Der Return to Work (RTW) - Prozess sollte aus Sicht einer psychiatrischen Akutklinik fester Bestandteil des Entlassmanagements sein und mit dem Aufnahmetag beginnen. Zur Standardisierung der Arbeitsanamnese und insbesondere zur Erhebung der Auswirkung der psychischen Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit können verschiedene Skalen genutzt werden, wie z. B. der Work Ability Index (WAI), das SIMBO (STREIBELT et al., 2007) oder das Würzburger Screening (LÖFFLER et al., 2008). Entscheidend ist, dass Therapeuten von Beginn der Behandlung das Thema Arbeit und Arbeitsfähigkeit im Blick haben und in die Behandlungsplanung integrieren. Der RTW-Prozess im Rahmen einer psychischen Erkrankung setzt voraus, dass sich die Akteure im betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) und im Behandlungssystem als Teile eines gemeinsamen Präventions- und Rehabilitationszirkels verstehen (UNGER, 2013). Die „arbeitsplatznahe“ Versorgung stellt für alle Beteiligten einen Kulturwandel dar, denn das Thema der Rückkehr an den Arbeitsplatz wird im Behandlungsverlauf nicht selten aufgeschoben und verdrängt. Dafür gibt es verschiedene Gründe: die seelische Krise kann zu einem Sinn- oder Orientierungsverlust und in eine Scham/Schuldfalle geführt haben. Selbststigmatisierung und Stigma am Arbeitsplatz, aber auch Vorurteile bei den Behandelnden, Restsymptome und Selbstwirksamkeitsverlust, Kompetenzdefizite oder Schuldzuweisung an den Arbeitsplatz, mangelnde Information über das BGM – es gibt eine Vielzahl von Gründen, warum Behandler und Patient die Planung der Wiedereingliederung aufschieben. Dabei ist Arbeit ein entscheidender Teil unserer Teilhabe am sozialen Leben.

In die Behandlung selbst lassen sich arbeitsbezogene Elemente unter dem Stichwort der therapeutischen „Arbeit an der Vulnerabilität“ gut integrieren. Während in der Psychopharmakologie die Symptomremission und die Rückfallprophylaxe im Vordergrund stehen, werden mit der dritten Welle der Verhaltenstherapie (HEIDENREICH et al., 2007) achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Prinzipien in die Therapie einbezogen. Neben der Symptomreduktion wird vorrangig an einer Veränderung von Einstellungen, Haltungen und Werten gearbeitet. Soziales Kompetenztraining und andere arbeitsplatzbezogene Psychotherapiemaßnahmen (KAHL & WINTER, 2016) lassen sich mit den neuen und gut evaluierten verhaltenstherapeutischen Therapieverfahren gut verbinden. Regelmäßige arbeitsmedizinische Informationsveranstaltungen, die ab Mitte der prognostizierten Behandlungszeit von den Patienten besucht werden sollen, geben den erforderlichen „Anstoß“, um sich mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu beschäftigen. Viele Patienten erleben diese RTW-Information im ersten Moment wie einen Schock. Die Realität des Lebens tritt unvermittelt in den Schonraum der (teil-)stationären Therapie. An diesem Punkt sind die Haltung der Therapeuten und seine Kenntnisse des RTW-Prozesses entscheidend. Eine Kooperation mit einem Arbeitsmediziner kann für das Therapeutenteam dabei so gewinnbringend sein wie die Beratung und Schulung von Betriebsärzten im Versorgungssektor der Klinik durch Psychiater und Psychotherapeuten.

Bewährt hat sich im Rahmen einer arbeitsplatznahen Versorgung auch die Einführung einer „Sprechstunde Arbeit und Beruf – Return to Work“, die von einem zum Disability Manager weiterqualifizierten Ergotherapeuten angeboten wird. Oft ge-

stellte Fragen sind: Wie soll ich reagieren, wenn der Arbeitsgeber sich meldet? Wie soll ich mit meinem Arbeitgeber in Kontakt treten? Wie kann ich meinen Wiedereinstieg planen? In komplexeren Fällen übernimmt der Disability Manager auch die Rolle des RTW-Coachs, begleitet den Patienten zum Gespräch in den Betrieb und steht auch übergangsweise zu Beginn der Wiedereingliederung zur Verfügung – dann als Teil des multiprofessionellen Teams der Institutsambulanz. Es ist gerade diese Phase der Koordination zwischen Patient, Behandler und RTW-Akteuren im Betrieb (STEGMANN et al., 2014), die für einen individuell passenden Wiedereingliederungsplan und eine erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz entscheidend ist. Stegmann spricht hier von einem Verständigungs- und Aushandlungsprozess. Von Klinikseite werden in die Vorbereitung des Wiedereingliederungsplans die Ergebnisse der Ergo- und Arbeitstherapie, die arbeitstherapeutische und im Einzelfall die neuropsychologische Diagnostik mit einbezogen. Entscheidend sind die durch die Krankheit eingetretenen Funktionseinschränkungen, nicht die Krankheitssymptome an sich. Wenn möglich sollte ein erstes Gespräch im Betrieb noch vor der Entlassung aus der (teil-) stationären Behandlung stattfinden, damit der RTW-Prozess gebahnt ist. Idealerweise liegt dann der Wiedereingliederungsplan am Behandlungsende vor und kann den weiterbehandelnden Kollegen im Arztbrief übermittelt werden oder es sind zumindest die nächsten Gesprächstermine nach Behandlungsende festgelegt. Vertrauen und Verbindlichkeit sind die Grundlagen des RTW-Prozesses.

Der Kontakt mit dem Arbeitgeber noch während der Behandlung und ein Wiedereingliederungsplan mit Bezug zur realen Arbeitssituation des Patienten verbessert das RTW-Ergebnis nach 12 Monaten (MUIJZER et al., 2011); bedeutsam ist aber auch die Beziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber für den Erfolg der Wiedereingliederung.

Literatur

Heidenreich, T.; Michalak, J.; Eifert, G.: Balance von Veränderung und achtsamer Akzeptanz: Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Psychother Psych Med* 2007, 57: 475-486

Kahl, K.; Winter, L.: Arbeitsplatzbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer 2016

Löffler, S.; Wolf, H.D.; Vogel, H.: Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen. Entwicklung und Validierung. *Gesundheitswesen* 2008; 70 – A77 DOI: 10.1055/s-0028-1086302

Muijzer, A.; Groothoff, J.W.; Geertzen, J.H.B.; Brouwer, S.: Influence of efforts of employer and employee on return-to-work process and outcome. *J Occup Rehabil* 2011, 21(4): 513-519

Stegmann, R.; Loos, P.; Schröder, U.B.: Kommunikatives Handeln im Prozess der betrieblichen Wiedereingliederung psychisch erkrankter MitarbeiterInnen. Erste Ergebnisse aus Interviews mit RTW-KoordinatorInnen (Teil 1 von 2). *Arbeitsschutz aktuell* 2014, 65(7/8): 378-383

Streibelt, M.; Gewinn, H.; Hansmeier, T.; Thren, K, Müller-Fahrnow, W.: SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an berufsbezogenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. *Die Rehabilitation* 2007, 46: 266-275

Unger, H.P.: Die Zusammenarbeit von Betriebsarzt und Psychiater bei Früherkennung und Wiedereingliederung. *ASUpraxis Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed* 2013, 48(1): 4-5

Why Wai? – Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention. Erfahrungsberichte aus der Praxis.
www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/A51.html

8 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik – ein wichtiger Schritt in Richtung Return to Work

Volker Köllner

Konzept und Entwicklung von MBOR

Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) ist eine Initiative der Rentenversicherungsträger. Ihre Anforderungen sind mit der Erwartung verbunden, dass der frühzeitige Arbeitsbezug die Berufsrückkehrwahrscheinlichkeit von Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen erhöht (STREIBELT, 2010). Sie sind die eigentliche Zielgruppe für dieses Projekt. Drei Merkmale sind für die Einschätzung einer BBPL von besonderer Bedeutung (DRV BUND, 2012):

- a) problematische sozialmedizinische Verläufe insbesondere häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Arbeitslosigkeit
- b) eine negative subjektive berufliche Prognose und
- c) eine „aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung“.

Entwicklungen aus der internationalen und deutschen Rehabilitationsforschung fließen in die Diskussion um den verstärkten Arbeitsbezug ein. Ein Meilenstein war der 1998 gestartete Forschungsverbund „berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation“, gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung und das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Im Vorfeld war das Interesse für das Thema berufliche Orientierung schon erhöht. Mehrere Studien deuteten auf Defizite in Bezug auf die Rückkehr der Rehabilitanden in sozialversicherungspflichtige Arbeit nach medizinischer Rehabilitation (ZWINGMANN et al., 2004). Durch internationale Forschung wurden zudem spezifische, vielversprechende Strategien zur Erhöhung der Reha-Wirksamkeit bekannt geworden: Ein spezifischer Handlungsbedarf wurde in mehreren Bereichen gesehen: in der Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation, in Maßnahmen zur Steigerung der Arbeits- und Berufsrückkehrmotivation der Rehabilitanden, in der frühen Erfassung von Patienten in besonderen beruflichen Problemlagen sowie in der flächendeckenden Gewährleistung von Therapie- und Beratungsangebote für jeden betroffenen Rehabilitanden (KÖLLNER & STOCK GISSENDANNER, 2015).

Für Rehabilitationseinrichtungen bedeutet MBOR, dass das Rehabilitationsgeschehen „diagnostisch und therapeutisch erweitert und um berufsbezogene Kernelemente vertieft wird. Dabei handelt es sich um Maßnahmen, die noch stärker auf beruflich relevante personale Ressourcen und den beruflichen, möglichst arbeitsplatzbezogenen Kontext fokussiert sind. Das Ziel ist die Stärkung der arbeitsplatzbezogenen Ressourcen und die Befähigung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, trotz BBPL eine nachhaltige berufliche Integration zu erreichen“ (DRV BUND, 2012).

Folgende Abstufungen bei der MBOR sind indikationsübergreifend vorgesehen:

- a. **Basisangebot für alle Rehabilitand/-innen:**
z. B. Diagnostikbausteine zur Feststellung einer BBPL, Therapiebausteine wie Arbeitsplatzberatung, Informationen oder niederschwellige Gruppenangebote zu sozialmedizinischen, sozial-rechtlichen und anderen Themen mit Berufsbezug
- b. **Kernangebot für Rehabilitand/-innen mit nachgewiesener BBPL (ca. 30-50%)**
z. B. Psychoedukative Gruppenangebote (zum Beispiel Stressbewältigung am Arbeitsplatz), Arbeitsplatztraining, berufsbezogene Psychotherapiegruppe
- c. **Spezifische Maßnahmen für einzelne Rehabilitand/-innen mit BBPL und erhöhtem Interventionsbedarf (ca. 5%)**
z. B. Arbeitsplatzprobung während der Reha

Folgende therapeutische Leistungen gehören zum MBOR-Kernangebot der Stufe B:

- Berufsorientierte Diagnostik
- Soziale Arbeit in der MBOR
- Berufsbezogene Gruppen
- Arbeitsplatztraining,

wobei letzteres vor allem in der somatischen Rehabilitation zum Einsatz kommen soll (DRV BUND, 2012).

Umsetzung in der Psychosomatik

Das MBOR-Konzept wurde wie oben dargestellt indikationsübergreifend entwickelt, hierbei wurde Raum für indikationsspezifische Besonderheiten gelassen. Die erste Implementierung erfolgte ab ca. 2010 in der Orthopädie, wobei die Konzepte dort eher trainingsorientiert waren. Die Umsetzung in der Psychosomatik erfolgte 2014 für die Kliniken unter hohem Zeitdruck, die Frist zur Einreichung der Konzepte betrug nur ca. 3 Monate. Dies führte dazu, dass man sich an den teilweise sehr trainingsorientierten Konzepten aus der Orthopädie orientierte.

In der Psychosomatik stehen interaktionelle und motivationale Probleme, Stressbewältigung, und der Umgang mit körperlichen Symptomen im Vordergrund der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Stress am Arbeitsplatz ist dann problematisch, wenn ein Ungleichgewicht zwischen Leistungsanforderungen und Leistungsressourcen – insbesondere Motivation – entstehen. Chronische Schmerzen stellen bei vielen Patienten eine Dauerherausforderung für Arbeitsleistung dar. Sowohl interaktionelle als auch motivationale Probleme stehen in enger Wechselwirkung mit psychischen Erkrankungen, z. B. einer Depression. Hierbei ist zu beachten, dass keineswegs nur ein dysfunktionales Schonverhalten die Teilhabe am Erwerbsleben bedroht, sondern dass pathologische Durchhaltestrategien und mangelnde Abgrenzungsfähigkeit ebenso pathogen wirken können – wie es z. B. das Avoidance/Endurance-Konzept für die Chronifizierung von Schmerzen beschreibt

(HASENBRING et al., 2012). Konzepte, die von der Idee des „work hardening“ geleitet einseitig die Trainingsorientierung fokussieren, laufen somit Gefahr, zumindest bei einem Teil der Rehabilitanden die zu Grunde liegende psychische Problematik zu verschlechtern. Tatsächlich weisen erste empirische Befunde aus der Psychosomatik darauf hin, dass eher eine Regenerationsorientierung mit einem besseren Reha-Ergebnis korreliert (LINDEN & OTTO, 2017) und mit einem höheren Anteil an arbeitsfähigen Entlassungen aus der Rehabilitation verknüpft ist (WASILEWSKI et al., 2017).

Notwendig sind in der Psychosomatik daher psychotherapeutisch orientierte MBOR-Konzepte, die zunächst individuell analysieren, wie berufliche Psychosomatik und Psychopathologie zusammenhängen bzw. interagieren und die hieraus aufbauend therapeutische Strategien entwickeln und anwenden. Dass dies auch im begrenzten zeitlichen Rahmen von 5 – 6 Wochen möglich ist, zeigen Konzepte wie die berufsbezogene Interaktionelle Therapie (AIT; KOPKA et al., 2009) oder ein spezielles Konzept für Rehabilitandinnen aus Pflegeberufen (KÖLLNER, 2015). Erste empirische Überprüfungen dieser Konzepte konnten zeigen, dass hierdurch spezifische Veränderungen bei arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmustern erzielt werden konnte, ohne dass die Effektstärke hinsichtlich der psychopathologischen Zielsymptomatik (v. a. Depressivität) im Vergleich zu einem symptomorientierten Vorgehen ohne spezifischen Berufsbezug zurückging (MEYER et al., 2016).

Fazit

Für die Medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation insgesamt konnte gezeigt werden, dass sie geeignet ist, die Teilhabe am Erwerbsleben besser zu erhalten als nicht beruflich orientierte Konzepte. Im Bereich der Psychosomatischen Rehabilitation ist ein ähnlicher Effekt zu erwarten, jedoch besteht noch erheblicher Forschungsbedarf. Offen ist, in welcher Weise MBOR-Konzepte bisher in der Psychosomatik umgesetzt wurden und wie nachhaltig ihr Effekt auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit ist. Erste Studien geben Hinweise darauf, dass eine unkritische Übernahme einseitig trainingsorientierter Konzepte ungünstig wirken kann.

Eine differenzierte therapeutische Bearbeitung der psychischen Problematik mit dem Fokus auf deren Wechselwirkung mit der beruflichen Problemlage erscheint vielversprechend und schärft das Profil der Psychosomatischen Rehabilitation im Unterschied zur Krankenhausbehandlung.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund: Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, Stand: August 2012. Berlin: DRV Bund 2012.

Hasenbring, M.I.; Hallner, D.; Klasen, B.; Streitlein-Böhme, I.; Willburger, R.; Rusche, H.: Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain* 2012, 153: 211-217.

Köllner, V.: Berufsbezogene Psychosomatische Rehabilitation für Pflegeberufe. In: Hofmann, F.; Reschauer, G.; Stößel, U. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Band 28. Freiburg: Edition FFAS, 2015, 241 – 252

Köllner, V.; Stock Gissendanner, S.: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik. In: Schmidt-Ott, G.; Wiegand-Grefe, S.; Jacobi, C.; Paar, G.; Meermann, R.; Lamprecht, F. (Hrsg.): Psychosomatische Rehabilitation. Stuttgart: Schattauer, 2015, S. 293-305

Kopka, E.; Ast, C.; Hügel, H.; Köllner, V.: Arbeitsplatzbezogene interaktionelle Therapie (AIT). Psychotherapie im Dialog 2009; 10: 230 – 235

Meyer, V.; Neu, R.; Köllner, V.: Effektivität berufsbezogener Psychotherapiekonzepte in der psychosomatischen Rehabilitation. 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 109, Berlin, 2016, S. 455-456

Otto, J.; Linden, M.: Regeneration orientation is better than resistance orientation in behaviour activation. Results from an intervention study with psychosomatic patients. Psychiatr Danub. 2017, Jun;29(2): 201-206.

Streibelt, M.: Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2010, 86: 5-14.

Wasilewski, J.; Otto, J.; Linden, M.: Zunahme der Selbstpflege statt der Widerstandsbereitschaft bei Belastungen: Haupt- oder Nebenwirkung in der medizinisch beruflich orientierten psychosomatischen Rehabilitation? Psychother Psychosom Med Psychol 2017.

Zwingmann, C.; Buschmann-Steinhage, R.; Gewinn, H.; Klosterhuis, H.: Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“: Ergebnisse – Umsetzung – Erfolge und Perspektiven. Rehabilitation 2004, 43: 260-270.

9 Verlaufskurven von Rehabilitanden beim Return to Work: (berufs-)biografische Ressourcen, Risikokonstellationen und externe Barrieren

Ernst von Kardorff, Alexander Meschnig, Sebastian Klaus

Hintergrund

Die Rückkehr in Arbeit (Return to Work/RTW) nach medizinischer bzw. beruflicher Rehabilitation sowie die nachhaltige Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit und die Vermeidung vorzeitiger Berentung sind ein zentrales Ziel der Rehabilitationspolitik (Reha vor Rente), die auf der Basis von Studien z. B. zu einer passfähigen und akzeptierten Zuweisungssteuerung, zur langfristigen Wirksamkeit, zum Return on Investment usw. die Qualität ihrer Maßnahmen zu verbessern sucht. In der inzwischen umfangreichen Literatur zum RTW und zur Arbeitsfähigkeit gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer (vgl. LOISEL & ANEMA, 2013; WEBER et al., 2015) finden sich bislang nur wenige Studien, die den Prozess des RTW über einen längeren Zeitraum aus der Sicht der Rehabilitanden nicht nur mit standardisierten Skalen, sondern mit qualitativ-hermeneutischen Methoden untersuchen. Dies war das Anliegen der hier mit dem Schwerpunkt auf den qualitativen Ergebnissen vorgestellten mit einem Mixed-Method Ansatz durchgeführten Verlaufsuntersuchung.

Ziele, Fragestellungen und Vorgehen

Während RTW nach einer medizinischen Reha-Maßnahme in den meisten Fällen eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz oder die alte Arbeitsstelle bedeutet, ging es in unserer Studie um den Übergang auf einen neuen Arbeitsplatz im Anschluss an eine zweijährige berufliche Bildungsmaßnahme/Umschulung mit IHK-Abschluss, die aus gesundheitlichen Gründen erforderlich war. An der Untersuchung nahmen berufliche Rehabilitanden zweier Ausbildungskohorten von drei Berufsförderungswerken und drei Freien Bildungsträgern in Baden-Württemberg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern aus unserer vorausgegangenen „Abbrecher“-Studie (MESCHNIG et al., 2015) teil, deren weitere Verlaufskarrieren nach Beendigung der Maßnahme über einen Zeitraum von 18 Monaten nachverfolgt werden konnten.

Von den ursprünglich 454 Teilnehmern zum ersten Erhebungszeitpunkt (t_0) während der Umschulung konnten zum zweiten Zeitpunkt (t_1) 6 Monate nach Ende der Umschulung von 214 Teilnehmern, die einer Nachuntersuchung zugestimmt hatten, noch 155 und schließlich nach 18 Monaten (t_2) noch 94 Personen mittels eines Fragebogens zu ihren beruflichen Verläufen, zu Veränderungen im Gesundheitsstatus und -erleben, zur sozialen Einbindung und zum Umgang mit ihrer Krankheit sowie zu ihrer nachträglichen Einschätzung der Umschulung befragt werden. In dem vertiefenden und zentralen qualitativen Teil der Studie wurden 30 Fallstudien mithilfe ausführlicher episodisch-narrativer Interviews zu t_2 erstellt; dort kamen die berufsbiografischen Verläufe vor und nach der Rehabilitation, der Rückblick auf Zuweisungsprozesse und die Umschulung, das Erleben und der Umgang mit der Erkrankung, berufliche Krisen und Wendepunkte, die gesamte Lebenssituation und der Rückblick auf

eigene Entscheidungen ebenso zur Sprache wie die lebensphasenspezifisch unterschiedlichen beruflichen und privaten Zukunftsperspektiven. Bei der vergleichenden Fallanalyse und der Verknüpfung mit den quantitativen Daten lag der Schwerpunkt auf den Bedingungen für einen gelingenden RTW, aber auch auf den Barrieren und Gründen für ein Scheitern des RTW, um sensible Veränderungsphasen und spezifische Unterstützungsbedarfe identifizieren zu können sowie Empfehlungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges zu entwickeln, besonders für diejenigen Rehabilitanden, die sich in den von uns identifizierten kritischen Konstellationen befinden. Hierzu ist ein frühzeitiges Erkennen von Anzeichen für Risikokonstellationen erforderlich, die sich nicht allein aus stabilen Personenmerkmalen wie Durchhaltevermögen, Agency und Zielorientierung, sondern aus dem Zusammenspiel zwischen Biografie, Person, Diagnose, Maßnahme und Umfeld ergeben.

Kurzzusammenfassung der Ergebnisse der Fragebogen- auswertung¹

Fast ein Viertel der Teilnehmer (24,7 %; n=20) konnte direkt nach dem Ende der Maßnahme einen Arbeitsplatz finden, 88,9 % (n=73) der Erwerbstätigen fanden innerhalb eines halben Jahres eine Stelle. Immerhin 30 % der Teilnehmer fanden eine Anstellung in ihrem Praktikumsbetrieb. Die quantitative Auswertung der Fragebögen mit Hilfe von Regressionsanalysen zeigte folgende Ergebnisse:

Positive Einflussfaktoren für einen gelingenden RTW sind insbesondere

- eine hohe Identifikation mit dem neu erlernten Beruf,
- ein gelungener Umgang mit und die Integration der gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag,
- eine positive Gesundheitserwartung und
- vorhandene soziale Einbindung.

Als besondere Risikokonstellationen für ein Scheitern des RTW zeigten sich

- fehlende Partnerschaft,
- nicht abgeschlossene Krankheitsbewältigung
- negative Gesundheitserwartungen
- schwere Erkrankungen und Rückfälle.

Statistisch keine Rolle für RTW spielen:

- Krankheitsbild (weder somatisch noch psychisch)
- Multimorbidität (Nennung mehrerer Diagnosen)
- Erlernter Beruf; Schulabschluss; „Berufswwechsler“
- Langzeitarbeitslosigkeit vor der Umschulung wirkt sich signifikant erst bei der Gruppe aus, die 18 Monate nach der Maßnahme noch keine Stelle gefunden hatten; dies gilt auch für den Einfluss der regionalen Arbeitsmarktsituation.

¹ Der Endbericht ist verfügbar unter: <https://www.reha.hu-berlin.de/de/lehrgebiete/rhs/forschung/wege-von-der-beruflichen-qualifizierungsmassnahme-in-das-beschaefigungssystem/view> (Zugriff: 24.07.2017).

Ergebnisse und Interpretationsmodell der qualitativen Datenanalyse

Aus der nach Prinzipien der Grounded Theory (STRAUSS, 1994) durchgeführten fallvergleichenden Analyse ergaben sich Cluster, in denen sich die 30 Personen aus den analysierten Fallstudien nach häufig wiederkehrenden biografischen Konstellationen sortierten, die für unterschiedliche Varianten eines gelungenen, eines bedingt erfolgreichen, eines bislang nicht gelungenen und eines unwahrscheinlichen Return to Work stehen. In der folgenden Abbildung gruppieren sich die Cluster, in denen sich Personen mit minimalen Kontrasten, die ansonsten aber in zentralen Aspekten Gemeinsamkeiten aufweisen, in einem dimensional Raum: auf der linken Seite der Grafik befinden sich alle Rehabilitanden, die zu t_2 in Arbeit sind, noch einmal unterteilt in diejenigen, die eine Stelle in ihrem Umschulungsberuf gefunden haben; auf der rechten Hälfte finden sich diejenigen, die zum Zeitpunkt t_2 , 18 Monate nach Ende der Maßnahme, noch keine Arbeit gefunden hatten. In der oberen Hälfte der Grafik befinden sich alle Cluster und Personen, die auf (positive) salutogenetische Ressourcen zurückgreifen können (soziale Einbindung, positive Gesundheits- und Zukunftserwartungen, hohe Motivation, fortgeschrittene Krankheitsverarbeitung, Selbstsorge, usw.), in der unteren Hälfte alle jene, die sich in vulnerablen Konstellationen befinden (z. B. alleinlebend, noch große Schmerzen, Rückfälle, keine fortgeschrittene Krankheitsbearbeitung, eher passiv). Die gestrichelte quer verlaufende Linie trennt die Cluster, manchmal auch durch sie hindurchgehend, in jene Rehabilitanden auf der linken Seite, die insgesamt mit ihrer Situation (Umschulungsberufswahl, Umschulung, derzeitige Stelle) überwiegend zufrieden und jene auf der rechten Seite, die mit allen oder einzelnen der genannten Aspekte deutlich unzufrieden sind. Die quer durchgezogene Linie auf der rechten Hälfte der Grafik trennt diejenigen Cluster, deren Mitglieder zu t_2 noch nicht in Arbeit waren, aber noch darauf hoffen und Chancen haben und jene erwerbslosen Personen, deren Chance auf RTW vor allem krankheitsbedingt oder angesichts ihrer Lebenssituation sehr gering ist. Vor allem für die Gruppe der in unserem Sample etwa ein Fünftel betragenden Rehabilitanden die nicht in Arbeit sind und zugleich zu den vulnerablen Clustern gehören wäre eine gezielte und längere Nachbetreuung im Sinne eines Case-Managements oder eines betrieblichen Coachings aus unsrer Sicht sinnvoll.

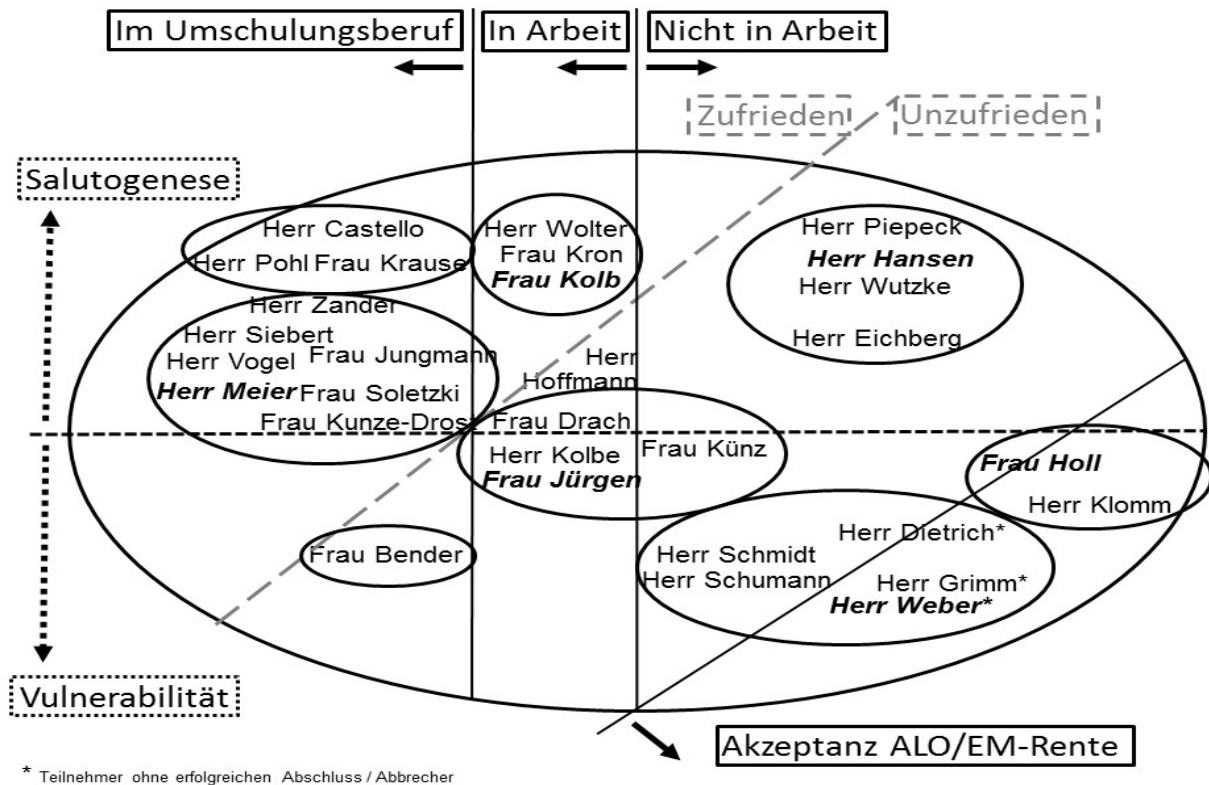


Abb. 9.1 Fallkonstellationen in dimensionalisierten Clustern

Besondere Risikokonstellationen

- Unsicherheit darüber, ob eine Umschulung überhaupt der richtige Weg ist
- passives und eher hinnehmendes Verhältnis zur Umschulungsberufswahl
- Starke Identifikation mit dem vorherigen Berufs(-feld) verbunden mit Schwierigkeiten, sich davon innerlich zu lösen und geringe Identifikation oder nur pragmatisches Verhältnis zum Umschulungsberuf
- Misslungene Herstellung einer erwerbsbiografischen Kontinuität
- keine oder nur eine geringe Veränderungsbereitschaft in Bezug auf den eigenen Lebensstil und Lebenssituation
- Fehlende Soziale Einbindung; fehlende soziale Verpflichtungen (z. B. Sorge und Vorbild für Kinder); fehlende Unterstützung durch Partner; alleinlebend
- Geringe Zielorientierung und Eigenaktivität
- Mangelnde Akzeptanz bleibender Funktions- und Leistungseinschränkungen und Dissimulation
- Wahrnehmung der Reha-Maßnahme als „Schonraum“ und „Leitplanke“
- Zu früher Beginn der Reha, wenn Krankheit noch zu sehr im Mittelpunkt steht

Stay at Work: Probleme mit bleibenden Gesundheitsproblemen nach der Reha im Betrieb

Hier soll nur kurz auf einen wichtigen Aspekt verwiesen werden, der in unseren Interviews vor allem bei psychisch beeinträchtigten Rehabilitanden als kritisch herausgestellt hat: der Umgang mit den verbleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigten im Betrieb gegenüber den Kollegen und Vorgesetzten. Die Rehabilitanden müssen hier an den Grenzen von „krank“ und „gesund“, „normal“ und „nicht normal“ und von „leistungsfähig“ und „leistungsgewandelt“ balancieren. Dies berührt die Frage der – besonders für psychisch vulnerable Menschen riskanten – Veröffentlichung der Krankheit und die Frage nach dem positiven oder biografisch bedingt negativen Selbstwertgefühl, das eine derartige Offenheit ermöglicht. Tendenziell hängt ein gelingender RTW von einem offenen Bewusstseinskontext ab, der für psychosomatische Rehabilitanden prekär bleibt: Balancieren zwischen Offenheit und Kuvrieren. Bei dem Verbergen der Krankheit spielen neben einer noch nicht fortgeschrittenen Krankheitsverarbeitung und einer geringen Offenheit für Verhaltensänderungen eine unrealistische (selbstunter- oder -überschätzende) Selbstwahrnehmung und Formen der Selbststigmatisierung eine kritische Rolle beim Verbleib in Arbeit; hinzu kommen bei einem nicht offenen Umgang Vermutungen über Ansichten und Emotionen der Kollegen, wie der Vermutung, dass bei einer Krankschreibung dem Rehabilitanden Drückebergerei unterstellt werden könnte. Hier wie bei Personen in den anderen genannten Risikokonstellationen könnten Angebote zu einer gezielten Unterstützung und Begleitung sowie ggf. ein Coaching im Betrieb in der Zeit nach der Rehabilitationsmaßnahme sowohl für die noch erwerbslosen wie auch für die schon (wieder) in Arbeit befindlichen Rehabilitanden eine wichtige Hilfe zur Sicherung des Rehabilitationserfolges darstellen.

Literatur

Klaus, S.; Meschnig, A.; von Kardoff, E.: Verlaufskurven der Wiedereingliederung beruflicher Rehabilitanden: (berufs-)bio-grafische Ressourcen, Risikokonstellationen und externe Barrieren. *Berufliche Rehabilitation* 2017, 2: 90-105

Loisel, P.; ANEMA, J.R. (Hrsg.): *Handbook of Work Disability. Prevention and Management*. New York: Springer 2013

Meschnig, A.; Bartel, S.; von Kardoff, E.: Individuelle und kontextbezogene Ursachen von Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen. *Die Rehabilitation* 2015, 54: 184-189.

Strauss, A.L.: *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Fink (UTB) 1994

Weber, A.; Peschkes, L.; de Boer, W.E.L. (Hrsg.): *Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Integration*. Stuttgart: Gentner 2015

Präventionskonzept „Betriebliche Netzwerke“

10 Netzwerke und Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb. Chancen und Grenzen eines innovativen Versorgungsmodells

Eva Rothermund

Psychische und psychosomatische Erkrankungen^{2,3} treten mit einer Häufigkeit von um die 15 % bei Erwerbstätigen auf (OECD, 2014). Sie verursachen für die Betroffenen persönliches Leid und erhöhen das Risiko für Arbeitslosigkeit (ROSSOM et al., 2016) und Frühberentung (SELL et al., 2009).

Durch psychische Erkrankungen entstehen gesamtgesellschaftlich direkte und indirekte Kosten in Höhe von rund 3,5 % des Bruttosozialproduktes in Deutschland (OECD, 2015). Obwohl unbehandelte psychische Erkrankungen mit zunehmender Chronifizierung eine ungünstige Prognose zeigen (COSCI & FAVA, 2013), sind in Deutschland nur ein Drittel aller Betroffenen in Kontakt mit einer adäquaten Behandlungseinrichtung. Besonders Männer nehmen trotz Bedarf seltener allgemeinärztliche und fachpsychotherapeutische Leistungen in Anspruch (MACK et al., 2014). Scham und geringes Wissen über die Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen sind vermutlich entscheidende Faktoren (RÜSCH et al., 2014), die das Inanspruchnahmeverhalten behindern. Gelangen Betroffene nach im Schnitt 6-7 Jahren endlich in Behandlung brechen immerhin noch 20 % eine Psychotherapie ab, bei medikamentöser Behandlung sind dies sogar 30-50 % (SWIFT et al., 2017). Der Bedarf diese Versorgungslücke mit niedrighwelligen Frühinterventionsangeboten im Arbeitskontext zu adressieren wird gefordert und propagiert (OECD, 2015). Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke (WEGE & ANGERER, 2013) werden vereinzelt bereits im Sinne einer Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb beschrieben (BODE et al., 2016; ROTHERMUND et al., 2014). Im Kern handelt es sich dabei um interdisziplinäre, integrierte Versorgungskonstrukte, die an Konsiliarmodelle oder „collaborative chronic care modells“ im anglo-amerikanischen Raum erinnern. Charakteristisch ist ein sehr enger Bezug zum Arbeitsplatz, durch Finanzierung, Initiierung und/oder räumliche Nähe. Ein zentrales Merkmal ist, dass zur betrieblich-medizinischen Primärversorgung durch den Betriebsarzt ein externer Experte für Fachpsychotherapie, in der Regel ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut, das Angebot durchführt, sowie die enge Verzahnung in die bestehende Versorgungslandschaft. Trotz zunehmender Beschreibung derartiger Modelle fehlen aussagekräftige Studien zu Erreichbarkeit, Inanspruchnahme und Wirksamkeit unter Routinebedingungen.

Aus diesem Grund untersuchten wir im Rahmen einer drittmittelgeförderten ⁴Studie

² im Folgenden der Übersichtlichkeit halber psychische Erkrankungen genannt

³ im Sinne von „common mental disorders“ in Abgrenzung zu „severe mental disorders“ werden in der Regel überwiegend Depression ohne psychotische Symptome, Angsterkrankungen, somatoforme Störungen und Anpassungsstörungen eingeordnet

⁴ Nachwuchsakademie des Netzwerks 'Versorgungsforschung Baden-Württemberg', gefördert vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren

das innovative Versorgungsmodell „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“. Die Ergebnisse der querschnittlichen Untersuchung finden sich ausführlich in der Publikation „Improving access to mental health care by delivering psychotherapeutic care in the workplace: a cross-sectional exploratory trial“ (ROTHERMUND et al., 2017). 3 Betriebe aus zwei Branchen, Metallverarbeitung und Sicherheitstechnik sowie zwei Ambulanzen von Kliniken, die das Modell in umliegenden Betrieben etablierten nahmen an der Studie teil. Konsekutiv wurden insgesamt 367 Patienten rekrutiert. Davon $n=174$ in der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (PSIB) und $n=193$ in der jeweiligen regionalen Regelversorgung (RV). Das Durchschnittsalter insgesamt lag bei 43 (SA 11) Jahren in der Sprechstunde im Betrieb bei 45 (SA 10) Jahren, in der ortsüblichen Regelversorgung mit 40 (SA 12) Jahren signifikant niedriger ($p < 0,001$). Im Betrieb nahmen 70 % Männer teil, in der Regelversorgung 34 %.

Die Symptombdauer war im Betrieb mit im Mittel 38 Monaten (Spannweite 0-65) zwar kürzer als 51 Monate (Spannweite 0-73) in der Regelversorgung, aufgrund der starken Streuung waren die Unterschiede jedoch nicht signifikant. Hingegen suchten im Betrieb 70 % „Erstnutzer“ das Angebot auf, in der Regelversorgung waren dies nur 47 %. Mit „Erstnutzer“ sind hier Menschen bezeichnet, die bislang noch keinen Kontakt mit psychologischen, psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Angeboten hatten. Mittels latenter Profilanalyse identifizierten wir vier unterschiedliche Nutzergruppen. Innerhalb einer Gruppe bestanden zwischen den einzelnen Personen starke Ähnlichkeiten bezüglich ihres Profils. Das Profil wurde durch die Kriterien Arbeitsfähigkeit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychische Erkrankung und arbeitsbezogene Stressoren erstellt. An unterschiedlichen Profilen fanden wir eine „Risikogruppe“, zwei mittelgradig belastete Gruppen, die mit großer Wahrscheinlichkeit bereits klinisch relevant eingeschränkt waren und eine „schwer belastete/ranke Gruppe“. Die Risikogruppe suchte überwiegend im Betrieb medizinische Hilfe, die Gruppe der schwer Erkrankten vor allem in der Regelversorgung.

Basierend auf dem Ergebnis, dass im betrieblichen Kontext Patienten früher im Erkrankungsverlauf erreicht werden können, sich also hinsichtlich unterschiedlicher Belastungsfaktoren deutlich von den Nutzern in der herkömmlichen Versorgung unterscheiden, wurde in einem weiteren Schritt untersucht, wie die Intervention, die in beiden Settings nicht unterschiedlich konzeptualisiert war wirkte.

Im Zeitraum zwischen „vor der Intervention“ (T1) und „12 Wochen nach erstem Kontakt“ (T2) beobachteten wir, dass sich beide Gruppen signifikant bezüglich der Arbeitsfähigkeit besserten. Die Gruppen zeigten zu T1 bereits signifikante Unterschiede in der Ausprägung von Einschränkungen und Beschwerden und zeigten im Verlauf keine Gruppenunterschiede. Daraus schlussfolgern wir, dass das Angebot im Betrieb so wirksam ist wie unter ursprünglichen Bedingungen, sogar für weniger stark beeinträchtigte Nutzer. Bemerkenswert ist, dass, wie weiter oben beschrieben, Beschäftigte früher im Erkrankungsverlauf erreicht werden können. Die Ergebnisse der kontrollierten Beobachtungsstudie sind ausführlich dargestellt in der Publikation „Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial“ (ROTHERMUND et al., 2016).

Interventionen, die sowohl auf das persönliche Wohlbefinden von Mitarbeitern zielen, als auch auf eine verbesserte Leistungsfähigkeit sind dann besonders wirksam, wenn sie mehrere Ebenen in einem Unternehmen adressieren (MONTANO et al.,

2014). Damit sind die Ebenen Individuum, Gruppen und Teams, Führungskräfte und die gesamte Organisation gemeint. Die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ in dem von uns untersuchten Modell zielt vor allem auf das Individuum. Etabliert und implementiert wurden diese Modelle jedoch nicht isoliert: vielmehr zeigt sich, dass eine Maßnahme wie die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ in der Regel ein Baustein eines funktionierenden betrieblichen Gesundheitsmanagements ist, dieses vervollständigt und mit einiger Wahrscheinlichkeit ohne die Maßnahmen auf der Teamebene (z. B. Gesundheitszirkel, Gesundheitstage), der Führungskräfte (z. B. Gesund führen) und der Gesamtorganisation (Entscheidung für Maßnahmen, top down) weder Erfolg, noch Verstetigung erfahren würden. Zentral ist dabei die enge Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten (HENDERSON et al., 2011; VAN DER FELTZ-CORNELIS et al., 2010). Weitere Ergebnisse in Bezug auf Umsetzung der Behandlungsempfehlungen, Kosten-Nutzen-Analyse sowie qualitativer Analyse der Zusammenhänge des Konzepts sind in Vorbereitung.

Literatur

Bode, K.; Wunsch, E.-M.; Finger, F.; Kröger, C.: Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen : Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modell. Bode, K.; Wunsch, E.-M.; Finger, F.; Kröger, C.: Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen : Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2016, 66(6): 235–241

Cosci, F.; Fava, G.A.: Staging of mental disorders: systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2013, 82(1): 20–34. <http://doi.org/10.1159/000342243>

Henderson, M.; Harvey, S.B.; Overland, S.; Mykletun, A.; Hotopf, M.: Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2011, 104(5): 198–207. <http://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100231>

Mack, S.; Jacobi, F.; Gerschler, A.; Strehle, J.; Höfler, M.; Busch, M.A.; Maske, U.E.; Hapke, U.; Seiffert, I.; Gaebel, W.; Ziesalek, J.; Maier, W.; Wittchen, H.-U.: Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs ? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2014, 23(3): 289–303. <http://doi.org/10.1002/mpr>

Montano, D.; Hoven, H.; Siegrist, J.: Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health* 2014, 14(1): 135. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-135>

OECD: Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing 2014. Retrieved from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en

OECD: Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work, Paris: OECD Publishing 2015

Rossom, R.C.; Solberg, L.I.; Vazquez-Benitez, G.; Whitebird, R.R.; Crain, A.L.; Beck, A.; Unützer, J.: Predictors of Poor Response to Depression Treatment in Primary Care. *Psychiatric Services* 2016, 67(12): 1362–1367. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201400285>

Rothermund, E.; Bündel, H.; Kilian, R.; Hölzer, M.; Reiter, B.; Mauss, D.; Beschoner, P.: Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext - Konzept und erste Daten. [Treatment of psychosomatic disorders occurring in the vocational context – concept and first findings]. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie* 2014, 60: 177–189

Rothermund, E.; Bündel, H.; Rottler, E.; Hölzer, M.; Mayer, D.; Rieger, M.; Kilian, R.: Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. *BMC Public Health* 2016, 16(1): 891. <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3567-y>

Rothermund, E.; Kilian, R.; Rottler, E.; Hölzer, M.; Mayer, D.; Rieger, M.A.; Bündel, H.: Improving access to mental health care by delivering psychotherapeutic care in the workplace: a cross-sectional exploratory trial. *PloS One* 2017, 12(1): e0169559. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0169559>

Rüsch, N.; Müller, M.; Ajdacic-Gross, V.; Rodgers, S.; Corrigan, P.W.; Rössler, W.: Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2014, 23(2): 177–87. <http://doi.org/10.1017/S204579601300036X>

Sell, L.; Bültmann, U.; Rugulies, R.; Villadsen, E.; Faber, A.; Søgaard, K.: Predicting long-term sickness absence and early retirement pension from self-reported work ability. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2009, 82(9): 1133–8. <http://doi.org/10.1007/s00420-009-0417-6>

Swift, J.K.; Greenberg, R.P.; Tompkins, K.A.; & Parkin, S.R.: Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy* 2017, 54(1): 47–57. <http://doi.org/10.1037/pst0000104>

van der Feltz-Cornelis, C.M.; Hoedeman, R.; de Jong, F.J.; Meeuwissen, J.A.; Drewes, H.W.; van der Laan, N.C.; Adèr, H.J.: Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2010, 6: 375–85. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2938286&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Wege, N.; Angerer, P.: Psychische Erkrankungen - Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. *Die Psychiatrie* 2013, 10(2): 71–81.

11 Präventives Gesundheitscoaching. Beratung und zeitnahe Hilfe bei psychischen Problemen von Mitarbeitern/-innen: Erfahrungen aus Schaumburg

Heiko Stark

Hintergrund des Projektes in Kürze

Psychische Störungen sind immer häufiger Grund für eine Arbeitsunfähigkeit (AU) und führen durch meist lange Ausfallszeiten zu hohen betriebswirtschaftlichen Verlusten. Insbesondere Erschöpfungssyndrome, die nicht selten – wenn keine rechtzeitige Intervention erfolgt - in eine Depression übergehen, zählen zu den Hauptgründen für den Anstieg der AU-Tage. Trotz steigendem Interventionsbedarf gibt es allerdings nur wenige adäquate Beratungs- oder Therapieangebote, die zeitnah, möglichst noch vor eingetretener Arbeitsunfähigkeit, wirksam werden. Auch bei der Wiedereingliederung in den Berufsalltag, bei erfolgreicher Therapie, gibt es Verbesserungspotential, um die Rückfallrate zu minimieren.

Vor diesem Hintergrund bot die Burghof-Klinik einem in Schaumburg ansässigen Finanzdienstleister bereits vor mehreren Jahren ein Pilotprojekt an:

Es wurde eine Sprechstunde für Menschen etabliert, die auf Grund psychischer Beeinträchtigungen eine Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit befürchteten und/oder schon nicht mehr voll arbeitsfähig waren. Da die Gründe dafür sehr komplex sein können, sollte im Rahmen dieser Sprechstunde angeboten werden, möglichst zeitnah Ursachen der psychischen Beeinträchtigungen zu klären, die Betroffenen fachlich zu beraten und bei Bedarf Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Etwa zeitgleich hatte die Bundesregierung beschlossen, die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu fördern. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) übernahm diese Idee und entwickelte zusammen mit der Burghof-Klinik das aktuelle Projekt zur Früherkennung psychischer Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz in der Schaumburger Region.

Präventives Gesundheitscoaching

Ziel ist es, eine möglichst schnelle Problemlösung zu erarbeiten und hierdurch einer möglichen Chronifizierung der Problematik oder Erkrankung der Mitarbeiter/-innen eines (kooperierenden) Betriebes vorzubeugen, um sie zeitnah und nachhaltig in die Arbeitssituation reintegrieren zu können.

Kontaktaufnahme zu Betrieben

- Öffentlichkeitsarbeit, z. B. Pressemitteilungen und Vorträge bei der IHK zum Thema „Depression und Arbeit – Arbeit als stabilisierender Faktor nach einer De-

pression“ oder später im Rahmen von Vortragsreihen des im November 2016 gegründeten Schaumburger Bündnisses gegen Depression

- Direktansprache der Betriebe
- Über Betriebs- und Hausärzte/-innen im Landkreis

Abspraken bei Teilnahme der Betriebe

Nimmt ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin selbst bei sich Veränderungen im Sinne psychischer Beeinträchtigungen wahr oder fällt jemandem aus seinem/ihrem Umfeld eine solche Veränderung auf (Betriebsarzt/-ärztin, Arbeitskollege/-in, Angehörige etc.), so wird ein erster Beratungstermin, nach Kontaktaufnahme und Datenweitergabe vorrangig über den Betriebsarzt/die Betriebsärztin, innerhalb von zwei Wochen stattfinden.

Dieser erste Termin wird in den Räumlichkeiten der Burghof-Klinik von Psychologischen Psychotherapeuten/-innen durchgeführt, die hierfür von der Klinik freigestellt werden.

Die Therapie wird ambulant und zu beruflich verträglichen Zeiten durchgeführt.

Je nach Bedarf werden bis zu insgesamt drei Termine stattfinden.

Schweigepflicht:

- Um eine arbeits- und tragfähige Beziehung zwischen Mitarbeiter/-in und Psychotherapeut/-in zu gewährleisten, wird den Mitarbeitern/-innen Verschwiegenheit zugesichert.
- Inhalte der Beratung werden nicht in Personalakten vermerkt.
- Der/die Psychotherapeut/-in kann eine Gesprächsakte führen und verwaltet diese selbst.
- Auch sollte den Ratsuchenden vermittelt werden, dass die Inanspruchnahme dieses Angebotes keine negativen Auswirkungen auf das Beschäftigungsverhältnis haben wird.
- Bei vorliegender Entbindung von der Schweigepflicht, dürfen sich Psychotherapeut/-in und Betriebsarzt/-ärztin austauschen, um Behandlungskontinuität zu gewährleisten.

Die Kosten für bis zu 3 Termine übernimmt der Betrieb, aus dem die Betroffenen kommen; danach und bei evtl. Weitervermittlung: Abrechnung über die Krankenkasse des/der Betroffenen.

- Die Burghof-Klinik erstellt eine Rechnung, auf der ausschließlich die Anzahl der Termine über alle Gespräche pro Quartal hinweg aufgeführt sind, keine Namen.
- Gleichzeitig bekommen die zugehörigen Betriebsärzte/-innen eine Auflistung von entsprechenden Chiffren der Betroffenen, um den Betrieben, wenn gefordert, eine Bestätigung über die erbrachten Leistungen geben zu können.

Ablauf

Die Mitarbeiter/-innen der Betriebe werden über die Möglichkeit der Beratung bei stressbedingten oder anderen psychischen Störungen informiert (z. B. über einen Email-Verteiler, Informationsveranstaltungen innerhalb des Betriebes, Flyer oder über die Betriebsärzte/-innen).

Bei Bedarf findet ein erster Beratungstermin wie oben beschrieben statt.

Ergibt sich die Notwendigkeit einer weiterführenden Beratung bzw. Klärung, werden maximal zwei weitere zeitnahe Gespräche angeboten. In den meisten Fällen werden diese insgesamt drei Gespräche ausreichen, um entweder eine gerade anstehende

Problematik zu klären und hierdurch zu deeskalieren und/oder weitere mögliche Schritte aufzuzeigen oder Strategien zu vermitteln, wie mit der Problematik (Stress, Konflikte o. ä.) umgegangen werden kann.

Bei bereits fortgeschrittener oder sich chronifiziert darstellender Symptomatik helfen wir bei Vermittlung und Organisation einer ambulanten Psychotherapie oder einer Behandlung in Institutsambulanz, Tagesklinik oder stationärer Einrichtung.

Ergebnisse

Zu 15 Betrieben (mittelständisch bis Global Player aus Bereichen wie Verwaltung, Finanzdienstleistung, Nahrungsmittelherstellung, Gesundheitswesen, Servicedienstleistung Nahverkehr, Handwerk, Fertigung) bekamen wir engeren Kontakt.

Es entstanden acht Kooperationen (häufige Rückmeldung bei Nichtteilnahme: Angst, in der Öffentlichkeit im „falschen Licht“ zu stehen).

Seit Quartal 2/2016 sahen wir über alle Kooperationsbetriebe hinweg 35 Betroffene, mit denen insgesamt 56 Gespräche geführt wurden.

Der Kontakt verlief in den meisten Fällen über die betriebsärztliche Sprechstunde; seltener über den Betrieb; ein Mal über Austausch unter Mitarbeitern/-innen.

„Von... - Bis...“ ist alles möglich! – Eine Zusammenfassung aus den Gesprächen...

- 26 Betroffene ohne und neun Betroffene mit Weitervermittlung oder Aufnahme in amb. oder (teil-)stat. Versorgung
- von Aktivierung, Begleitung, Bestätigung, Ideen zur Alltagsbewältigung, ggf. auch Weitervermittlung in ambulante Angebote...
- ...bis Diagnostik, (Krisen-) Interventionen, ggf. auch Organisation von tagesklinischen und stationären Behandlungen (1x Suizidalität!!!)

Offene Fragen

Haben die neun Betroffenen, die im Abgleich von eigener Wahrnehmung mit unserer Beurteilung „krank“ waren, durch die Beratung früher eine geeignete Behandlung begonnen?

Haben wir durch das Angebot 26 Menschen so früh helfen können, dass Chronifizierung und damit intensivere Interventionen einhergehend mit höheren Kosten für das Gesundheitssystem ausgeblieben sind?

Konnten AU-Zeiten verkürzt werden?

Bisheriges Feedback von Betrieben, Betroffenen und Betriebsärzten/-innen

- Betriebe und Betriebsärzten/-innen: Entlastung durch kompetente Hilfe; man könne dort „abgeben“, wo es Befürchtungen gibt, selbst nicht weiter zu kommen, oder wo man lieber extern betreuen lassen möchte.
- Betroffene und Betriebsärzte/-innen: Einfache, direkte Kontaktwege und zeitnahe Übernahme (meist schon innerhalb einer Woche).
- Betriebsärzte/-innen: Es bleibe trotz allem weiterhin eine Schwierigkeit, Betroffenen früh zu helfen, bzw. auch für Betroffene, sich zu melden, da Schwellenangst (Vermutung) und weitere innere Hemmnisse (Angst vor Stigmatisierung, Scham usw.) auftreten.

Anregungen und Wünsche der Beteiligten

- Ausbau von Zusammenarbeit (Quartalstreffen mit den Betriebsärzte/-innen)
- Wunsch der Betriebsärzte/-innen: Rückmeldemöglichkeiten – Schweigepflichtentbindungen, um die Reintegration ins Arbeitsfeld für den Betroffenen angenehmer gestalten zu können/besser im Betrieb vorbereiten zu können

12 Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung: Evaluation des Angebots einer psychosomatischen Sprechstunde in Betrieben in Niedersachsen. Ein Zwischenbericht

Scott Stock Gissendanner, Cornelia Weiß

Seit mehreren Jahren dokumentieren die gesetzlichen Krankenkassen einen kontinuierlichen Anstieg der durch psychische Erkrankungen verursachten Fehlzeiten (KNEIPS et al., 2016). Darüber hinaus erschweren die Sektorierung der Versorgungsstrukturen und lange Wartezeiten den Zugang zum psychotherapeutischen System und erhöhen das Risiko von Chronifizierungen und Verlängerungen der Zeiten der Arbeitsunfähigkeit (AU). Erste Erfahrungen mit innovativen Versorgungsmodellen zeigen, dass eine engmaschige Zusammenarbeit zwischen der medizinisch-therapeutischen Regelversorgung und dem betrieblichen Gesundheitssystem eine frühzeitige Behandlung (ROTHERMUND et al., 2016; WEGE et al., 2013; MAYER et al., 2010) begünstigt. Das Konzept einer psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (PSIB), einer niederschweligen betriebsexternen oder -internen Beratung, ist ein Beispiel für eine solche Zusammenarbeit.

Die Burghof-Klinik in Rinteln bietet regionalen Betrieben eine externe PSIB an – in den Betrieben als „Präventives Gesundheitscoaching“ bekannt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der teilnehmenden Betriebe erhalten bei Bedarf die Möglichkeit, eine Beratung zum Umgang mit psychischem Stress und Stresssituationen in den Räumen der Klinik in Anspruch zu nehmen. Falls nötig werden sie in der Suche nach weiterführender psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Behandlung unterstützt. Termine werden binnen zwei Wochen vermittelt und die Kosten für bis zu fünf Sitzungen werden vom Betrieb vollständig übernommen. Für alle teilnehmenden Personen ist die Anonymität der Inanspruchnahme gewährleistet.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat das IEGUS Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft beauftragt, die Praktikabilität der Umsetzung des Konzeptes sowie dessen Nutzen aus Sicht der Teilnehmenden und der betrieblichen Verantwortlichen zu evaluieren. Die Erkenntnisse sollen für die Umsetzung ähnlicher Angebote hilfreich sein. Das Projekt läuft von Juli 2016 bis Dezember 2018. In vier teilnehmenden Betrieben sind jeweils zwei Gruppendiskussionen mit betrieblichen Schlüsselakteuren geplant. Eine zu Beginn (2016-17) der Implementierung und eine ein Jahr nach Einführung der PSIB (2017-18). Außerdem sollen bis Mitte 2018 insgesamt 20 narrativ fundierte, leitfadengestützte Einzelinterviews mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein Jahr nach dem Abschluss ihrer Beratung geführt werden. Zum aktuellen Zeitpunkt ist die erste Runde der Gruppendiskussionen in vier Betrieben bereits abgeschlossen. Ein Expertengespräch mit den verantwortlichen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurde zusätzlich durchgeführt.

Die Gruppendiskussionen in den vier Betrieben wurden auf der Grundlage eines Leitfadens durchgeführt. Der Leitfaden umfasste die Themenbereiche a) betriebliche

Rahmenbedingungen und betrieblicher Umgang mit psychischer Gesundheit, b) Stand der Umsetzung und Erwartungen und c) Akzeptanz und Wahrnehmung der PSIB im Betrieb. Die Themen für das Expertengespräch und die Einzelinterviews sind an den Leitfaden der Gruppendiskussion angelehnt.

Bis Juni 2017 gab es acht Betriebe, die an dem PSIB-Angebot der Burghof-Klinik teilnehmen. Circa 35 Personen aus diesen Betrieben hatten eine Beratung in Anspruch genommen. Der weitaus größte Teil von ihnen benötigte keine weiterführende Therapie, einem Viertel wurde eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Laut Einschätzung der befragten Therapeutinnen und Therapeuten erfahren einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ihrem Betrieb Verständnis für ihre Belastungssituation. Für einen Teil davon sei dieser offene Umgang im Betrieb für die Inanspruchnahme der Sprechstunde ausschlaggebend gewesen. Andere äußerten die Befürchtung, dass sie trotz der Anonymität des Angebots eine Stigmatisierung in ihrem Unternehmen erleben könnten.

Mit den vier Betrieben, die zur Studienteilnahme gewonnen werden konnten, wurde eine ausreichend gute Grundlage für die geplante Analyse nach der Dokumentarischen Methode (BOHNSACK et al., 2010) erzielt. Hierfür ist das Vorhandensein von Dimensionen sowohl der Varianz als auch der Ähnlichkeit zielführend. Die vier eingeschlossenen Betriebe unterscheiden sich in Hinblick auf Branchenzugehörigkeit, organisationale Binnenstruktur, Führungs- und Kommunikationsstile sowie Erfahrungen im Umgang mit psychischen Problemlagen in der Belegschaft. Ähnlichkeiten bestehen nicht nur in der Bereitstellung eines PSIB-Angebots. Auch der Umgang mit der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen sowie die Erfahrungen mit Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung und mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement sind teilweise vergleichbar.

Aus den ersten von zwei geplanten Diskussionen in jedem Betrieb lassen sich bereits aufschlussreiche Erkenntnisse im Hinblick auf die Projektziele gewinnen. Erstens lässt sich die Art und Weise der innerbetrieblichen Kommunikation über psychische Erkrankungen für jedes der drei Unternehmen auf einer Bandbreite zwischen „Tabuisierung – Diskretion – Offenheit“ bestimmen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppendiskussionen plädieren zwar ausnahmslos für einen offenen Umgang mit psychischen Problemlagen. Jedoch praktizieren sie zum Teil Verhaltens- und Sprachmuster, die eine offene Bearbeitung der Probleme erschweren können. Auch wenn dies nicht bedeuten muss, dass psychische Belastung und psychische Erkrankung mit einem Tabu versehen werden: In jedem Betrieb sind Umgangsformen zu beobachten, die es den Verantwortlichen ermöglichen, Betroffenen eine Unterstützung bereitzustellen, ohne mit ihnen auf die Umstände ihrer Belastung einzugehen. Das ist ambivalent. Einerseits kann Diskretion und Anonymität die Bereitschaft erhöhen, psychische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Andererseits werden Stigmatisierungstendenzen nicht in Frage gestellt, wenn über psychische Probleme und deren Auswirkungen nicht offen gesprochen wird. In Hinblick auf diese Ambivalenz gilt es zu prüfen (nicht zuletzt mittels Zweiterhebung der Gruppendiskussion), wie sich die Einführung der PSIB auf betriebliche Kommunikationsstrukturen über psychische Belastungen und psychische Erkrankungen auswirkt.

Zweitens werden die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Betrieben je nach Ursache ihrer psychischen Beschwerden unterschieden: Zwischen denjenigen,

bei denen arbeitsbedingte Ereignisse – wie Unfälle oder Überfälle – als ursächlich wahrgenommen werden und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, deren psychische Beschwerden sowohl mit privaten als auch beruflichen Umständen in Verbindung gebracht werden können. In den Gesprächen ist erkennbar, dass sich die Betriebe mit der Frage auseinandersetzen, inwiefern ihre Fürsorgepflicht auf die Prävention und die Behandlung psychischer Erkrankungen zu übertragen ist und wie dies betriebsintern konkret gestaltet werden kann. Vor allem existiert keine Einigkeit darüber, wie weit die Verpflichtung geht, wenn psychische Erkrankungen durch Belastungen aus dem Privatleben der Betroffenen mitverursacht werden könnten.

Drittens erwarten alle vier Betriebe vom PSIB-Angebot der Burghof-Klinik eine Lösung für vorhandene Probleme. Einige dieser Probleme sind für alle Betriebe gleich: lange AU-Zeiten, Defizite im Versorgungssystem, Chronifizierungen psychischer Erkrankungen und die Gewährung der Anonymität der Betroffenen. Zugleich ist in Ansätzen erkennbar, dass die Akteure unterschiedliche Erwartungshaltungen gegenüber dem PSIB-Angebot haben, je nach Aufgabe im Betrieb: Betriebsärztinnen und -ärzte, Vertreterinnen und Vertreter des Managements, Personalverantwortliche und Arbeitnehmervertretung. Für einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Managementpositionen bringt das Angebot eine persönliche Entlastung, weil sie die Verantwortung für die Betreuung von psychisch belasteten Kollegen an die Klinik abgeben können. Von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in höheren Führungspositionen werden die betriebswirtschaftlichen Vorteile des Angebots thematisiert. In allen beteiligten Betrieben herrscht nämlich die Überzeugung, dass die Kosten des Angebots im Vergleich zu den erhofften Wirkungen (z. B. reduzierte AU-Zeiten) moderat seien.

Im weiteren Studienverlauf wird sich zeigen, inwiefern diese ersten Eindrücke durch die zweite Erhebungswelle und durch die Wahrnehmung der Einzelteilnehmerinnen und -teilnehmer möglicherweise erweitert oder in Teilen revidiert werden müssen.

Literatur

Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I. (Hrsg.): Dokumentarische Evaluationsforschung. Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis. Opladen: Verlag Barbara Budrich 2010

Knieps, F.; Pfaff, H. (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2016. Gesundheit und Arbeit. Zahlen, Daten, Fakten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 2016

Mayer, D.; Schmidt, H.; Hoelzer, M.: „Psychosomatische Sprechstunde“ und „Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“. *ArbeitsmedSozialmedUmweltmed* 2010, 45: 593-597

Rothermund, E.; Gündel, H.; Rottler, E.; Hölzer, M.; Mayer, D.; Rieger, M.; Kilian, R.: Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. *BMC Public Health* 2016, 16: 891-902

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

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

Betje Schwarz

Hintergrund

Psychische Erkrankungen sind, v. a. bei Personen im erwerbsfähigen Alter, weit verbreitet (JACOBI et al., 2014). Folge können vielfältige Beeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen, insbesondere im Bereich der Erwerbsarbeit, sein. So bilden psychische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit, gehen mit doppelt so langen Fehlzeiten wie andere Erkrankungen einher und sind häufigster Grund für Erwerbsminderungsrenten (BUSCH, 2016; DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND, 2016). Studien zeigen, dass ein verstärkter Arbeitsweltbezug in der Therapie und eine engere Zusammenarbeit des medizinisch-therapeutischen und betrieblichen Systems von entscheidender Bedeutung für eine gelungene, nachhaltige Rückkehr ist (ARENDS et al., 2012; NIEUWENHUIJSEN et al., 2014; VAN VILSTEREN et al., 2015; JOYCE et al., 2016). In Deutschland steckt eine aufeinander aufbauende und abgestimmte Vorgehensweise beider Systeme jedoch noch in den Anfängen und wird bislang nur vereinzelt in Projekten mit Pilotcharakter erprobt (WEGE et al., 2014).

Ziel

Ziel der von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Studie „Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise – Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren im Return to Work-Prozess“⁵ ist es, bestehende Therapieangebote und Kooperationsmodelle zwischen betrieblichem und medizinisch-therapeutischem System aus Sicht involvierter Betroffener sowie klinischer und betrieblicher Akteure zu explorieren. Auf diesem Wege sollen die Möglichkeiten einer stärker arbeitsweltbezogenen Behandlung und gezielten Zusammenarbeit beider Systeme vertiefend analysiert und Förder- und Hemmfaktoren der erfolgreichen Umsetzung solcher Angebote und Kooperationen sowie der betrieblichen Wiedereingliederung von Betroffenen identifiziert werden. Auf Basis der Ergebnisse sollen schließlich Empfehlungen zur Weiterentwicklung geeigneter Return-to-Work-Strategien im Rahmen der akuten und rehabilitativen Versorgung sowie im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements abgeleitet und in einem Praxisleitfaden für klinische und betriebliche Akteure sowie Betroffene aufbereitet werden.

⁵ Die Förderung (Projekt-Nr. 2016-980-4) erfolgt im Rahmen des Forschungsverbundes „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“.

Methodik

Da die Studie auf Exploration bestehender Therapieangebote und Kooperationsmodelle aus Sicht beteiligter Akteursgruppen abzielt, wurde ein qualitatives Studiendesign mit multiperspektivischem Ansatz gewählt. Einbezogen werden die Perspektiven von Betroffenen sowie von klinischen und betrieblichen Akteuren aus einer Auswahl unterschiedlicher Therapieangebote und Kooperationsmodelle. Im Fokus steht das handlungsleitende Erfahrungswissen dieser drei Akteursgruppen, welches in Gruppendiskussionen erfasst und mittels dokumentarischer Methode rekonstruiert werden soll (BOHNSACK, 2014). Leitfadengestützte Telefoninterviews mit den Betroffenen, die sechs Monate nach den Gruppendiskussionen durchgeführt und qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet werden (KUCKARTZ, 2014), ergänzen die Erhebungen und Analysen um eine Längsschnittperspektive. Der auf Grundlage der generierten Ergebnisse erstellte Praxisleitfaden wird den an der Studie beteiligten klinischen und betrieblichen Akteuren sowie interessierten Betroffenen im Rahmen eines Workshops vorgestellt und auf Basis etwaiger Rückmeldungen überarbeitet.

Aktueller Stand und Ausblick

In der inzwischen abgeschlossenen Vorbereitungsphase der Studie wurden auf Basis einer Internetrecherche verschiedene Therapieangebote und Kooperationsmodelle für die vertiefende Untersuchung ausgewählt (darunter Beruf coachingansätze, akutpsychiatrische und rehabilitative Versorgungsnetzwerke sowie psychosoziale Sprechstunden im Betrieb). Nach einem Auftaktworkshop mit Verantwortlichen dieser Angebote und Modelle wurde die Erhebungsphase gemeinsam vorbereitet und das konkrete Vorgehen (insb. bei der Rekrutierung der Betroffenen) abgestimmt. Die Erhebungen (insg. 13-14 Gruppendiskussionen sowie 30-40 ergänzende Betroffeneninterviews) starten Mitte Juni 2017 bzw. Mitte Januar 2018 und werden voraussichtlich Mitte Oktober 2017 bzw. Ende April 2018 abgeschlossen sein. Die Auswertungsphase erstreckt sich bis September 2018. In der Abschlussphase (September 2018 – Januar 2019) erfolgt die Erstellung des Praxisleitfadens.

Literatur

Arends, I.; Bruinvels, D.J.; Rebergen, D.S.; Nieuwenhuijsen, K.; Madan, I.; Neumeier-Gromen, A.; Bültmann, U.; Verbeek, J.H.: Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, CD006389.

Bohnsack, R.: Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich 2014

Busch K.: Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen. Berlin: Springer 2016: 455–466.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2016. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016

Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M.A.; Maske, U.; Hapke, U.; Gaebel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H.-U.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2014, 85: 77–87

Joyce, S.; Modini, M.; Christensen, H.; Mykletun, A.; Bryant, R.; Mitchell, P.B.; Harvey, S.B.: Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine* 2016, 46: 683–697

Kuckartz, U.: *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* Weinheim, Basel: Beltz Juventa 2014

Nieuwenhuijsen, K.; Faber, B.; Verbeek, J.H.: Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, CD006237

van Vilsteren, M.; van Oostrom, S.H.; de Vet, H.C.; Franche, R.L.; Boot, C.R.; Anema, J.R.: Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, CD006955

Wege, N.; Janssen, B.; Rothermund, E.: Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke: Beispiele guter Praxis in Deutschland. In: P. Angerer, J. Glaser, H. Gündel, P. Henningsen, C. Lahmann, S. Letzel & D. Nowak (Hrsg.): *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin.* Heidelberg u. a.: Ecomed MEDIZIN 2014: 299–308

Anhang Kurzvita der Autoren

Dipl. Soz. Nora Alsdorf

Sigmund-Freud-Institut Frankfurt a.M.

Nora Alsdorf ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Sigmund-Freud-Institut im Bereich Psychoanalyse und Gesellschaft. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören u.a. Arbeit und psychische Erkrankungen sowie arbeitsweltliche Veränderungen. Sie ist darüber hinaus als Supervisorin und Coach tätig. Ihre Promotion schreibt sie zum Thema: „subjektive Krankheitstheorien und Therapieerwartungen psychosomatischer Patienten“.

Prof. Dr. med. Detlef E. Dietrich

Ärztlicher Direktor der Burghof-Klinik Rinteln, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Seit 2004 ist Detlef Dietrich Repräsentant der European Depression Association in Deutschland, seit 2006 Mitglied des Zentrums für Systemische Neurowissenschaften Hannover. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind die Neuropsychologie und Neurophysiologie der Emotions/Kognitions-Kopplung sowie Entstehungsbedingungen affektiver Erkrankungen. Seit 2007 initiierte er die Bündnisse gegen Depression in Hannover, Hildesheim und Schaumburg und leitet seit 2011 das DGPPN-Referat "Psychische Störungen in der hausärztlichen Versorgung". 2017 Berufung in den Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen.

Dr. med. Ute Engelbach

Universitätsklinikum Frankfurt

Ute Engelbach ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Erziehungswissenschaftlerin. Seit 2012 leitet sie als Oberärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Frankfurt den Essstörungsschwerpunkt und den psychosomatischen Konsildienst. Weitere Arbeitsschwerpunkte sind Psychosomatik und Diabetes/HIV sowie Forschung u.a. zu psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit.

Dr. med. Alba Fishta

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Berlin

Dr. Alba Fishta ist Medizinerin mit einem Masterabschluss in Public Health (MPH). Ihre aktuellen Forschungsschwerpunkte liegen u.a. in der Evidenzbasierten Medizin (EbM) mit einem starken Fokus auf die methodischen Aspekte der EbM. Ihre Erfahrungen und Expertise stammen aus ihrer langjährigen Tätigkeiten für internationale sowie nationale Gesundheitsinstitutionen wie WHO, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Technische Universität Dresden, Friedrich-Schiller-Universität Jena und seit 2010 die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

Dr. phil. Sabine Flick

Goethe-Universität / Institut für Sozialforschung in Frankfurt a.M.

Sabine Flick ist Soziologin an der Goethe-Universität und Wissenschaftlerin am Institut für Sozialforschung, forscht derzeit am Institute for the Study of Societal Issues/Berkeley zum Gesellschaftsbegriff der Psychotherapie. Neben ihrer Arbeit als Wissenschaftlerin ist sie als Supervisorin im Hochschulbereich und Feldern psychosozialer Arbeit tätig. Zu ihren wissenschaftlichen Arbeitsschwerpunkten zählen Medizinsoziologie, Geschlechter- und Arbeitssoziologie. Sie hat verschiedene Bücher über Selbstsorge, über Freundschaft und über Emotionen und Geschlecht veröffentlicht.

apl. Prof. Scott Stock Gissendanner, Ph.D.

Sozialwissenschaftler, IEGUS Institut, Berlin

Scott Stock Gissendanner ist wissenschaftlicher Leiter des IEGUS Instituts. Er arbeitete an vielen qualitativen und quantitativen Forschungsprojekten in unterschiedlichen Disziplinen. Sein aktueller Schwerpunkt ist die psychosomatische Rehabilitation mit den Themen Arbeitsmotivation, Ressourcenaktivierung im Beruf, Resilienz, berufsbezogene Verhaltensmuster, return to work und Depression.

Prof. Dr. Ernst von Kardorff

Psychologe und Soziologe (Jg. 1950); Prof. i.R., Senior-Researcher und Projektleiter am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin

Arbeitsgebiete: Berufliche Wiedereingliederung, Sozialpsychiatrie, Krankheitsbewältigung, Stigmatisierung, Soziale Unterstützungsnetzwerke und Qualitative Forschungsmethoden. Veröffentlichungen:

<https://www.reha.hu-berlin.de/de/personal/mitarbeiter/prof-dr-ernst-von-kardorff/veroeffentlichungen>

Dr. phil. Sebastian Klaus, M.A.

Soziologe und Berufspädagoge (Jg. 1976); wiss. Mitarbeiter am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin

Arbeitsgebiete: Qualitative Sozialforschung, Biografieforschung, Berufsbildungsforschung, Berufliche Wiedereingliederung, medizinische Rehabilitation. Veröffentlichungen:

<https://www.reha.hu-berlin.de/de/personal/mitarbeiter/dr-sebastian-klaus/veroeffentlichungen>

Prof. Dr. med. Volker Köllner

Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung

Volker Köllner ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und seit 2015 Chefarzt der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und ärztlicher Direktor am Rehazentrum Seehof der DRV Bund in Teltow bei Berlin. Seit 2016 Lehrbeauftragter der Universitätsmedizin Charité, Berlin, und Mitglied der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation der Charité sowie Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie, psychosomatische Prävention und Rehabilitation (DGPPR). Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind Psychokardiologie, Traumafolgestörungen und der Zusammenhang von psychosomatischen Erkrankungen und der Arbeitswelt.

Dr. phil. Alexander Meschnig, Mag.

Psychologe und Politikwissenschaftler (Jg. 1965), Publizist; wiss. Mitarbeiter am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin

Arbeitsgebiete: Gesundheitsförderung, beruflichen Wiedereingliederung, zu Bildungsabbrüchen und zur medizinischen Rehabilitation sowie zu Veränderung der modernen Arbeitswelt und zur Konsumgesellschaft. Veröffentlichungen:

<https://www.reha.hu-berlin.de/de/personal/mitarbeiter/Meschnig/veroeffentlichungen>

Alejandra Rodriguez Sanchez

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Berlin

Alejandra Rodriguez-Sanchez war in der Zeit vom 01.04.2015 bis zum 30.09.2016 in der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in der Gruppe 3.3 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“ als studentische Hilfskraft tätig.

Sie arbeitete im Forschungsprojekt F 2367 „Scoping Review zu Determinanten einer erfolgreichen betrieblichen Wiedereingliederung und systematischer Overview zu Return-to-Work- Interventionen bei Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen“ mit.

Dr. Eva Rothermund

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm
Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz | Leadership Personality Center for Management and Health Care in Work – Ulm (LPCU)

1995-2004 Studium der Humanmedizin an der Charité, Universitätsmedizin Berlin. Seit 2013 Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, seit 2014 in der Funktion einer Oberärztin, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, seit April 2017 Arbeitsgruppenleiterin im Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz, Ulm (LPCU). Wissenschaftliche Schwerpunkte sind „Arbeit und seelische Gesundheit“, klinische Versorgungsforschung, komple-

xe Interventionen und Gruppentherapieangebote, Schmerztherapie und Psychosomatische Gesundheit und soziale Interaktion.

Dr. Betje Schwarz

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Berlin

Betje Schwarz ist Diplom-Soziologin und promovierte 2017 in Public Health. An der Medizinischen Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitationsmedizin (2011-2014) und der Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (2014-2016) arbeitete sie zunächst im Bereich der Rehabilitationsforschung, bevor sie Ende 2016 an die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Berlin, Fachgruppe „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“ wechselte. Hier beschäftigt sie sich nun verstärkt mit Return to Work-Strategien im betrieblichen Setting sowie an der Schnittstelle zwischen medizinisch-therapeutischem und betrieblichem System.

Alexandra Sikora

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Berlin

Alexandra Sikora ist Psychologin (M. Sc.) mit dem Schwerpunkt Arbeits- Organisations- und Wirtschaftspsychologie. Seit 2016 ist sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Gruppe „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“ an der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Return to Work sowie das Betriebliche Eingliederungs- und Gesundheitsmanagement.

Dipl. Psych. Heiko Stark

Burghof-Klinik Rinteln

Heiko Stark ist Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), leitender Psychologe, seit 2006 in der Burghof-Klinik tätig. Neben den dortigen Tätigkeitsschwerpunkten in der Akutpsychiatrie, einer dort integrierten Tagesklinik und einer weiteren Tagesklinik, beschäftigt er sich seit 2014 intensiv mit dem Thema „Früherkennung psychischer Beeinträchtigungen von Menschen am Arbeitsplatz“, ist verantwortlich für die Implementierung einer Sprechstunde für Mitarbeiter/-innen von Betrieben und einer Return-to-Work Studie in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit. Seit 2016 leitet er die Arbeitsgruppe „Depression und Arbeit“ im neu gegründeten Schaumburger Bündnis gegen Depression.

Dipl. Sowi. Ralf Stegmann

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Berlin

Ralf Stegmann ist Diplom-Sozialwissenschaftler und beschäftigt sich seit 2004 mit dem Thema betriebliche Wiedereingliederung. In der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ist er seit 2007 als Wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig. In der

Gruppe „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“ baut er seit 2011 gemeinsam mit seinen Kolleginnen und Kollegen den Schwerpunkt Return to Work und betriebliches Eingliederungsmanagement auf bzw. aus.

Dr. Hans-Peter Unger

Chefarzt Zentrum für seelische Gesundheit, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Asklepios Klinik Harburg

Hans-Peter Unger ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und seit 1997 Chefarzt des Zentrums für seelische Gesundheit des Asklepios Klinikums Hamburg-Harburg. Er war bis 2009 stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS e.V.) und ist Vorstandsmitglied im Deutschen Bündnis gegen Depression. Herr Dr. Unger ist in der Stiftung Deutsche Depressionshilfe engagiert und hier am Aufbau des Aktionsnetzes Depression am Arbeitsplatz beteiligt. Er ist u.a. Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Instituts für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Depressionsbehandlung, der Zusammenhang von Arbeitswelt, Burn out und Depression sowie die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte (Integrierte Versorgung Depression, Tagesklinik für Stressmedizin, Vernetzung betriebliches Gesundheitsmanagement und Versorgungssystem). 2014 hat Herr Dr. Unger „Asklepios Connecting Health – Gesundheit für Unternehmen“ gegründet, mit dem Ziel der Verbesserung der Schnittstelle zwischen betrieblichem Gesundheitsmanagement und Versorgungssystem. Herr Dr. Unger ist Autor der Bücher „Bevor der Job krank macht“ (Unger/Kleinschmidt, Kösel-Verlag, 2006) und „Das hält ja keiner bis zur Rente durch!“ (Unger/Kleinschmidt, Kösel-Verlag, 2014). Er hält Vorträge bzw. führt Seminare und Workshops zu Themen der Arbeitswelt, psychischen Belastungen/Beanspruchungen, zur Früherkennung von Burn out und Depression, zur Resilienz und zur Mitarbeitergesundheit in Changeprozessen bei namhaften großen Firmen und Unternehmen durch.

PD Dr. Stephan Voswinkel

(Arbeits- und Organisations-) Soziologe am Institut für Sozialforschung Frankfurt a.M. und Privatdozent an der Goethe-Universität Frankfurt a.M.

Seit 2001 arbeitet er am IfS und ist dort Mitglied des Kollegiums. Seine Forschungsschwerpunkte liegen u.a. in der Arbeits- und Organisationssoziologie, dem Themenbereich Anerkennung und Leiden in der Arbeit und der Soziologischen Theorie.

Dr. Haitze de Vries

Department of Health Sciences, Community and Occupational Medicine, University of Groningen, University Medical Center Groningen, the Netherlands

Dr. Haitze de Vries worked for 12 years as a human movement scientist at the Spine & Joint Center in Rotterdam, a rehabilitation center specialized in the treatment of chronic neck, back and pelvic pain. He obtained his PhD degree in medical sciences in November 2012 with the study 'Working with pain'. Since January 2012, he works as postdoctoral researcher at the Department of Health Sciences of the University Medical Center Groningen, where he is involved in various research projects in the

field of sustainable employability of people with or without a chronic disease. A new focus in his research activities is how to involve significant others of patients in (occupational) health care.

Dipl. Soz. Cornelia Weiß

Diplom-Soziologin, freiberuflich

Seit 2011 ist Cornelia Weiß freiberuflich tätig. Sie hat mit einem Projekt zu Emotionen beim Top-Management Erfahrung mit qualitativen Interviews und Gruppendiskussionen im betrieblichen Kontext. Ihre aktuellen thematischen Schwerpunkte sind Selbstsorge, Psychosoziale Folgen des Wandels von Arbeit, Arbeit und Gesundheit.

Dr. Uta Wegewitz

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Berlin

Uta Wegewitz ist promovierte Ernährungswissenschaftlerin und Gesundheitswissenschaftlerin (MPH). Seit 2013 leitet sie die Gruppe Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement an der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen u.a. in den Bereichen Return to Work-Forschung und Methoden der Evidenzbasierten Medizin.

Dr. med. Beate Weikert

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Berlin

Beate Weikert ist Ärztin und Epidemiologin und arbeitet seit 2013 in der Fachgruppe „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin und betriebliches Gesundheitsmanagement“ der BAuA. Sie forscht zu Methoden der evidenzbasierten Medizin und seit 2016 zum Thema „Return to work“. Aktuell koordiniert sie die quantitative Erhebung einer Mixed-Methods-Follow-up-Studie zum Thema „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung: Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung aus der Perspektive der Betroffenen“.