



Psychische Gesundheit im Arbeitsleben

Tipps und Informationen für Betroffene und Arbeitgeber,
Interessenvertretungen und Führungskräfte



Psychische Gesundheit im Arbeitsleben

Tipps und Informationen für Betroffene und Arbeitgeber,
Interessenvertretungen und Führungskräfte

3. aktualisierte und ergänzte Auflage
(ehemaliger Titel: Menschen mit seelischer Behinderung
im Arbeitsleben)
Stand: August 2021

Herausgeber:

LVR-Inklusionsamt, 50679 Köln

Autoren:

Hans Dieter Gimbel, Systemische Beratung, Duisburg;

Kapitel 4.3: Dr. Dieter Schartmann, LVR; Aktualisierung durch Fiona Ries und Timo Wissel, LVR-Inklusionsamt;

Abschnitt „Arbeitsbegleitung / Jobcoaching“ (siehe Seite 56): Klaus-Peter Rohde, LVR-Inklusionsamt;

Kapitel 6.3: Aktualisierung durch Torsten Grigoleit, Leitender Oberarzt, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, LVR-Klinik Langenfeld

Titelfoto:

eternalcreative, Getty Images/iStockphoto

Redaktion:

Anna Esser, LVR-Inklusionsamt;

Simone Zimmer, LVR-Inklusionsamt;

Aktualisierung durch Redaktionsbüro Geis, Kluckstraße 35, 10785 Berlin

Bearbeitung des Nachdrucks:

LWL-Inklusionsamt Arbeit, Von-Vincke-Straße 23–25, 48143 Münster

Druck und Layout:

Landwirtschaftsverlag GmbH, LV MediaPro, Hülsebrockstraße 2-8, 48165 Münster

Folgende Publikation wird im Rahmen der Aufklärungsmaßnahmen des LWL Inklusionsamts Arbeit beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) kostenlos herausgegeben. Sie ist nicht zur wirtschaftlichen Verwertung, das heißt, auch nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

Zentrale Broschürenbestellung:

0251 591-6566 oder unter: www.lwl-inklusionsamt-arbeit.de/formulare-publikationen-videos/publikationen

Unser Beitrag zum Schutz der Wälder:

Diese Broschüre des LWL-Inklusionsamts Arbeit ist auf PEFC®-zertifiziertem Papier gedruckt. Das für die Zellstoff- und Papierherstellung verwendete Holz stammt aus kontrollierten und besonders gut bewirtschafteten Wäldern.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
Hinweis zum Praxisbeispiel	9
1 Lebensgeschichtliche und medizinische Sichtweisen auf psychische Gesundheit	10
1.1 Lebensgeschichtliche Sichtweise	10
1.2 Medizinische Sichtweise	13
2 Aktuelle Zahlen und Entwicklungen	18
3 Prävention und psychische Gefährdungsbeurteilung	25
3.1 Prävention	25
3.2 Psychische Gefährdungsbeurteilung	27
4 Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz	30
4.1 Erkennen psychischer Erkrankungen	30
4.2 Handeln statt zögern – Unsicherheiten sind normal	33
4.3 Psychische Erkrankung, Behinderung und Schwerbehindertenausweis	37
4.4 Die Verantwortung des Arbeitgebenden und deren Grenzen	42
4.5 Die Verantwortung der oder des Betroffenen und deren Grenzen	44
4.6 Leitlinien für den Umgang mit Betroffenen im Betrieb	46
4.7 Informationen und Gesprächsangebote an die Kolleginnen und Kollegen im Umfeld ..	50
4.8 Innerbetriebliche Handlungsmöglichkeiten	52
4.9 Hilfen seitens des LWL-Inklusionsamts Arbeit und der Rehabilitationsträger	55
5 Handlungsmöglichkeiten	61
5.1 ... bei Mitarbeiter:innen auf dem Weg in Krisen	61
5.1.1 Leitfaden für fürsorgliche Gespräche	66
5.2 ... bei Mitarbeiter:innen während einer Krise	70
5.2.1 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	72
5.3 ... bei der Rückkehr von Mitarbeiter:innen nach einer Krise	74
5.3.1 Stufenweise Wiedereingliederung	76

6	Verbreitete Krankheitsbilder	82
6.1	Burn-out	82
6.2	Mobbing	86
6.3	Sucht	87
6.4	Die wichtigsten Diagnosen	89
7	Weiterführende Literatur- und Onlineempfehlungen	92
	Allgemeine Informationen	92
	Psychische Gesundheit im Arbeitsleben	92
	Psychische Gesundheit und Rechtsfragen	93
	Informationen für Führungskräfte	93
	Psychische Gefährdungsbeurteilung	93
	Burn-out	94
	Betriebliches Eingliederungsmanagement und stufenweise Wiedereingliederung	94
	Sonstiges	94
8	Adressen und Ansprechpersonen	95
	Weitere regionale Kontaktadressen im Nordrhein-Westfalen	106
	Lokale Kontaktadressen (zum Selbstausfüllen)	107

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Psychische Erkrankungen waren vor Jahrzehnten noch relativ unbekannt. In vergangenen 40 Jahren stieg der relative Anteil psychischer Erkrankungen am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von 2 auf 16,6 Prozent. Heute sind sie bereits die zweithäufigste Diagnosegruppe für Arbeitsunfähigkeit, wie aus dem BKK Gesundheitsreport 2018 hervorgeht.

Gerade am Arbeitsplatz zeigen sich die Auswirkungen psychischer Erkrankungen ganz besonders – bei den Betroffenen, im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen, Kundinnen und Kunden. Ein Arbeitsverhältnis kann dadurch beeinträchtigt, vielleicht sogar ernsthaft gefährdet werden.

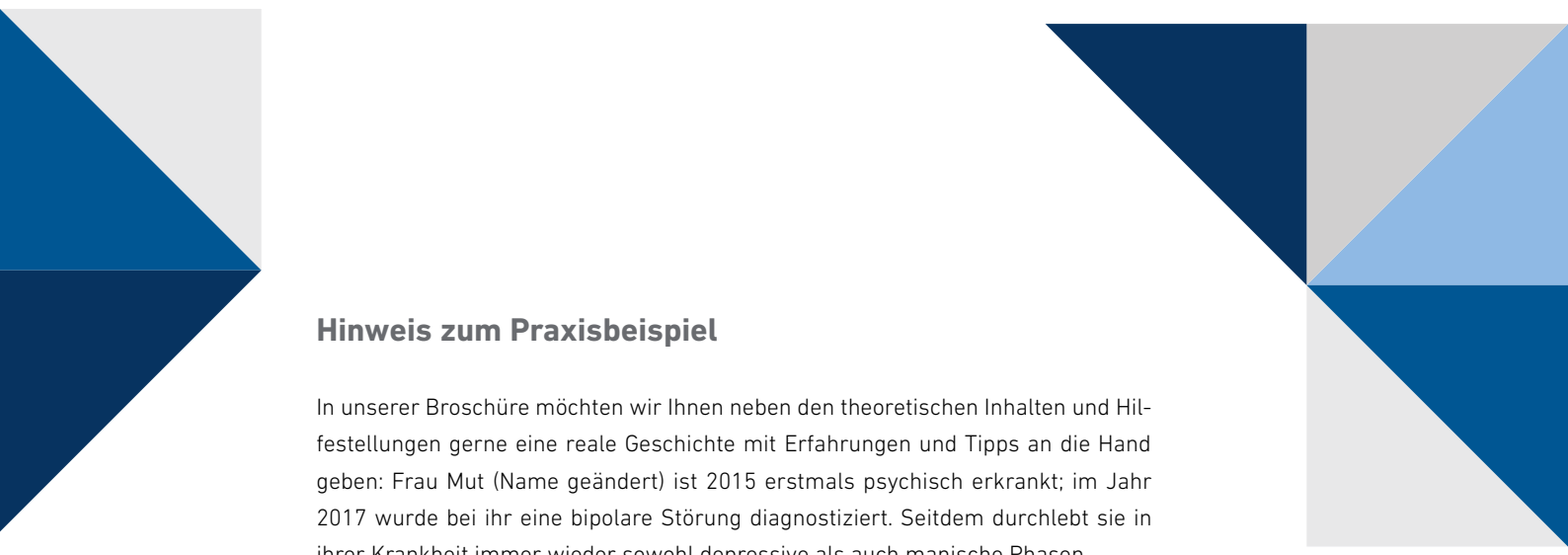
Auslöser für psychische Erkrankungen können auch im Berufsleben selbst liegen, da eindeutig die psychischen Belastungen im Arbeitsleben steigen – Zeitdruck, mangelndes Führungsverhalten, Missverständnisse oder auch Arbeitsplatzunsicherheit spielen dort eine große Rolle.

Das betriebliche Umfeld hat daher eine wichtige Rolle im Umgang mit psychischen Erkrankungen und Krisen. Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzte, die Betriebs- und Personalräte, wie auch die Schwerbehindertenvertretungen nehmen oft als Erste Veränderungen bei den Betroffenen wahr. Allerdings bestehen dort oft Unsicherheiten und Hemmungen, wie sie angemessen reagieren und Betroffene unterstützen können. Wichtig ist es hier, dass Veränderungen im Verhalten am Arbeitsplatz wahrgenommen und angesprochen werden und dann professionelle Hilfe angeregt wird.

Diese Broschüre gibt praxisnahe Tipps und Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen, denn eine angemessene Kommunikation und das Wissen, wo es externe professionelle Hilfe gibt, ist bei diesen Erkrankungen elementar.

Wir möchten die betrieblichen Akteurinnen und Akteure in ihrer täglichen Arbeit unterstützen und Orientierung für ihre Handlungen bieten. Ihnen soll die Unsicherheit genommen werden, wie sie angemessen, sicher und frühzeitig mit den Betroffenen umgehen können. Hinweisen möchten wir an dieser Stelle auf unser Kursangebot, welches auch zu diesem Thema den betrieblichen Akteurinnen und Akteuren Kurse anbietet. Informationen hierzu finden Sie unter www.lwl-inklusionsamt-arbeit.de/kursangebot

Ihr LWL-Inklusionsamt Arbeit



Hinweis zum Praxisbeispiel

In unserer Broschüre möchten wir Ihnen neben den theoretischen Inhalten und Hilfestellungen gerne eine reale Geschichte mit Erfahrungen und Tipps an die Hand geben: Frau Mut (Name geändert) ist 2015 erstmals psychisch erkrankt; im Jahr 2017 wurde bei ihr eine bipolare Störung diagnostiziert. Seitdem durchlebt sie in ihrer Krankheit immer wieder sowohl depressive als auch manische Phasen.

Frau Mut hat sich bereit erklärt, ihre Erfahrungen und die aus ihrer Krankheit resultierenden Auswirkungen mit Ihnen und uns zu teilen:

„Ich mache meine Geschichte öffentlich, damit sie für andere eine Hilfe sein kann. Ich bin von Anfang an sehr offen damit umgegangen und freue mich, wenn ich andere Menschen ein Stück auf ihrem Weg begleiten kann.“

Das LWL-Inklusionsamt Arbeit möchte sich an dieser Stelle bei Frau Mut für ihre Offenheit und das uns entgegengebrachte Vertrauen bedanken. Am Ende jedes Kapitels werden wir Frau Muts Geschichte in Bezug auf den vorausgegangenen Text aufgreifen.

1 Lebensgeschichtliche und medizinische Sichtweisen auf psychische Gesundheit

„Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ – so formuliert es die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem Faktenblatt Psychische Gesundheit aus dem Jahr 2019 und macht mit dieser Definition deutlich, dass die Psyche eine Art Betriebssystem des Menschen darstellt. Wenn dieses gestört ist, ist die Beziehung des Menschen zu sich selbst und seiner Umwelt gestört und funktioniert nicht mehr. Zwar sind Betriebe, Unternehmen und Verwaltungen keine medizinischen oder Reha-Einrichtungen; dort findet keine Behandlung statt, sondern es werden wirtschaftliche oder verwaltende Prozesse vollzogen. Trotzdem nehmen betriebliche und administrative Organisationen eine wichtige Rolle ein für das psychische Wohlergehen ihrer Mitarbeiter:innen – dies gilt gerade an der Schnittstelle „noch gesund, aber auf dem Weg in eine psychische Krise“ und gleichermaßen an der Schnittstelle „fast gesund nach psychischer Krise, aber noch nicht wieder voll belastbar“.

Für diese Situationen sollen die folgenden Ausführungen Überlegungen, Anregungen und Informationen liefern.

1.1 Lebensgeschichtliche Sichtweise

Für die Arbeit und Zusammenarbeit im Betrieb hat eine Diagnose keine ausschlaggebende Bedeutung. Für betriebliche Belange ist es vielmehr hilfreich, mit einem stärker lebensgeschichtlichen Blickwinkel auf psychische Störungen zu schauen.

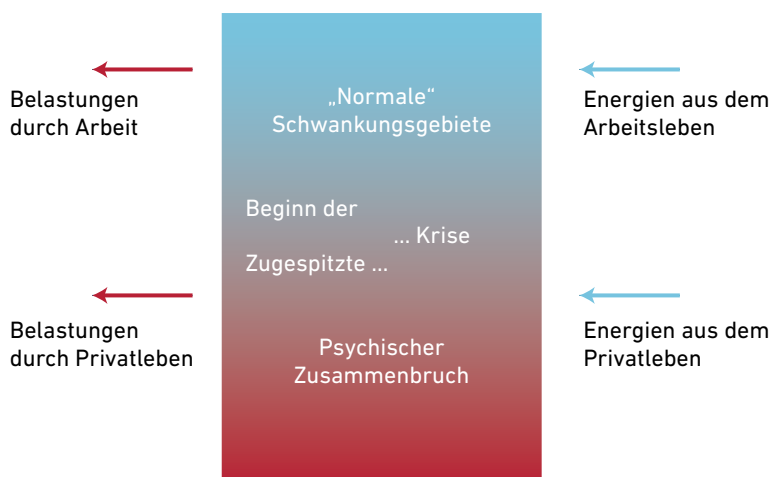
Dies unterstreicht die Aussage der WHO: „Psychische Gesundheit und Wohlbefinden werden nicht nur durch individuelle Merkmale beeinflusst, sondern auch durch die sozialen Umstände, in denen sich Menschen befinden, und die Umgebung, in der sie leben. Diese Determinanten interagieren dynamisch und können den psychischen Zustand einer Person bedrohen oder schützen.“ (Faktenblatt Psychische Gesundheit 2019)

Der Kräfte-Akku

Zur Veranschaulichung lässt sich das Bild eines Kräfte-Akkus heranziehen: Man stelle sich vor, dass alle Menschen als Energiequelle einen Kräfte-Akku besitzen, mit dessen Hilfe sie den beruflichen und privaten Alltag bewältigen. Dieser Kräfte-Akku muss aber – wie jede Kraftquelle – immer wieder aufgeladen werden. Sowohl das Privat- als auch das Arbeitsleben wirken mit kraftraubenden wie kraftspendenden Aspekten auf den Akku ein.

Positiv auf den Akku wirken Energien aus dem Arbeitsleben, wie zum Beispiel eine spannende Aufgabe, bei der man seine Kompetenzen einsetzen und entwickeln kann, gute Beziehungen zu den Kolleginnen und Kollegen, eine Führungskraft, die als unterstützend erlebt wird und eine möglichst große Zeitsouveränität. Energien aus dem Privatleben lassen sich beispielsweise aus guter Partnerschaft, Freundschaften, Hobbys, Sport oder Kultur generieren.

Andererseits gibt es sowohl im beruflichen als auch im Privatleben immer auch Quellen der Belastung. Besondere Belastungen durch Arbeit können zum Beispiel aus Überforderung durch zu viel und/oder zu lange Arbeit, Monotonie, sinnlose Tätigkeiten, mangelnde Entscheidungsspielräume bei der Ausführung, schlechte Stimmung im Team, lückenlose Kontrolle und Überwachung seitens Vorgesetzten oder nicht ausreichend qualifizierte Führungskräfte resultieren. Im Privatleben können sich etwa aus Einsamkeit, familiären Streitigkeiten, Sorgen um Kinder, Langeweile, körperlichen Erkrankungen oder der Pflege naher Angehöriger Belastungen ergeben.



Quelle: Systemberatung Gimbel

Das Bild des Kräfte-Akkus veranschaulicht, wie das Arbeits- und Privatleben mit kräftezehrenden sowie kräftespendenden Aspekten auf die Psyche des Menschen einwirkt.

Im Gleichgewicht sind Menschen, wenn die Energien, die ihnen aus dem Arbeits- wie Privatleben zufließen, mindestens so groß sind wie die Energien, die Arbeits- und Privatleben aufzehren. Dann ist der Kräfte-Akku quasi im grünen Bereich, und es bestehen gute Bedingungen für eine psychische Ausgeglichenheit. Fließen mehr Kräfte ab als zu, kann der Mensch dies für eine gewisse Zeit kompensieren. Dann lebt er gewissermaßen von seinen Reserven. Hält dieses Ungleichgewicht längere Zeit an, gerät der Akku in den roten Bereich. Auf diese Situation reagieren Menschen unterschiedlich, mit mehr oder weniger starken körperlichen und/oder psychischen Symptomen. Erste Signale sind in aller Regel Schlafstörungen; erfolgt keine Änderung des Zustands, nehmen die gesundheitlichen Signale zu und wirken sich – abhängig vom Naturell des Einzelnen – verstärkt in körperlichen oder psychischen Erkrankungen/Störungen aus.

Das Bild des Kräfte-Akkus veranschaulicht noch weitere Erscheinungen: Je tiefer eine Person in den roten Bereich gerät, umso eher kann die Situation als unerträglich empfunden werden und die Suche nach einem radikalen Ausweg – etwa in Form von Selbstmordgedanken – zunehmen.

Wenn Menschen durch berufliche und/oder private Überlastungen in den roten Bereich geraten, können zuweilen auch traumatische, belastende Erfahrungen aus früheren Zeiten (zum Beispiel der Kindheit) übermächtig werden und zum psychischen Zusammenbruch führen.

Private und berufliche Belastungen können sich gegenseitig beeinflussen und gewissermaßen aufschaukeln.

Beispielsweise kann eine bislang bei Kolleginnen und Kollegen und Führungskräften geschätzte Mitarbeiterin in der Verwaltung schleichend durch den zunehmenden Unterstützungsbedarf ihrer Eltern belastet sein. Nach der Arbeit muss sie an immer mehr Tagen Dinge für die Eltern erledigen und oft kommen noch überraschend Probleme hinzu. Die Mitarbeiterin streicht mehr und mehr Aktivitäten, die sie bisher als Ausgleich zu der Arbeit empfunden hatte (Sportkurse, Chor, Treffen mit Freundinnen und Freunden und so weiter). Durch ihre Überlastung erscheint sie immer gestresster auf der Arbeit und gerät häufiger mit Kolleginnen und Kollegen aneinander. Die Arbeit gelingt nicht mehr so reibungslos wie bisher und immer öfter spricht der Vorgesetzte sie auf Fehler oder Versäumnisse an. Ihr Freund, der zunächst Verständnis hat und sie unterstützt, wird zunehmend ungeduldiger, und es entsteht immer öfter Streit. Zunehmend gestresster geht sie zu den pflegebedürftigen Eltern, ist dort ungeduldig und gereizt und quält sich nachts mit Schuldgefühlen für diese Überreaktion. Gleichzeitig fühlt sie sich gefangen durch ein Versprechen der Familie gegenüber aus besseren Tagen, dass sie ihre Eltern darin unterstützen würde, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu leben. Die Situation eskaliert schleichend immer weiter, bis die Person eines Tages nicht mehr ein noch aus weiß, psychisch zusammenbricht und notfallmäßig in die Psychiatrie eingewiesen wird.

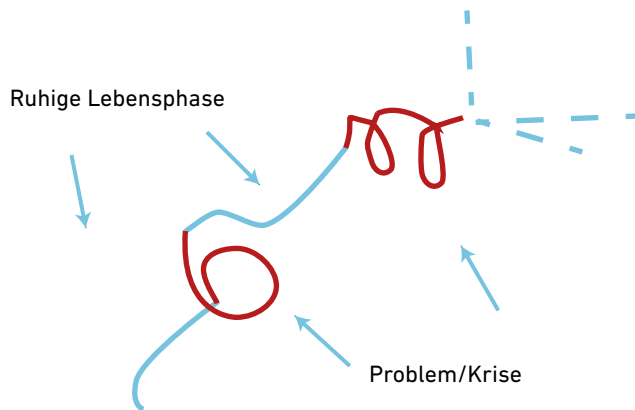
Für den betrieblichen Kontext steht das Arbeitsleben im Zentrum. Um im Bild des Kräfte-Akkus zu bleiben, heißt dies, dass die betrieblichen Akteurinnen und Akteure mit den Betroffenen beraten müssen, welche Aspekte im Arbeitsalltag sie Kräfte kosten und welche Aspekte ihnen eher Kräfte spenden. Daraus ergeben sich im besten Fall Möglichkeiten, die Umstände so zu verändern, dass Betroffene wieder psychisch stabil werden und bleiben können.

Die betroffene Person ihrerseits hat aber gleichermaßen die Verantwortung, in ihrem Privatleben nach dem Ausgleich von kraftraubenden und kraftgebenden Aspekten zu suchen. Gelingen der Person alleine nicht die eventuell notwendigen Veränderungen, kann sie sich Hilfe von außen (Therapie, Paar- oder Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, Suchtberatung und so weiter) suchen.

Abfolge von Problem und Lösung

Zu einem lebensgeschichtlichen Blick auf die psychische Krise/Störung gehört weiterhin folgende Überlegung: Unser aller Leben ist eine Abfolge von Problemen und Lösungen. Jedes Problem auf unserem Lebensweg verlangt über kurz oder lang nach einer Lösung, sonst wird es zur schleichenden Belastung, einem permanenten Kräfte räuber.

Leben als Abfolge von Problem und Lösung



Quelle: Systemberatung Gimbel

Das Schaubild veranschaulicht, dass das Leben nicht geradlinig verläuft, sondern eine Abfolge von ruhigen sowie problematischen Lebensphasen ist, die zu mehreren Abzweigungen führen kann.

Das Schaubild zeigt eine psychische Krise als eine Situation, in der ein Mensch vor einer größeren Veränderung steht, damit sein Leben positiv weitergehen kann. Die Schwerpunkte dieser Veränderung können im beruflichen und/oder im privaten Bereich liegen. Dies zu entschlüsseln ist die Verantwortung der betroffenen Person. Begibt sie sich nicht auf diesen Weg der Suche nach und Umsetzung von Veränderung(en), sondern möchte nur schnellstmöglich wieder weitermachen wie vor der Krise, ist der nächste Zusammenbruch wahrscheinlich vorprogrammiert. In wiederholter Form kann dies zu Chronifizierung und zum Ausscheiden aus dem Berufsleben (zum Beispiel Erwerbsminderungsrente) führen.

Bei der Betonung der Eigenverantwortung ist zu beachten, dass sie Menschen umso leichter fällt, je besser ihr sozioökonomischer Status ist: Menschen mit niedrigerem Einkommen oder einer geringeren beruflichen Qualifikation haben im Durchschnitt weniger gute Chancen für die Übernahme von Eigenverantwortung.

Sozioökonomischer Status

1.2 Medizinische Sichtweise

Nur schlecht drauf – oder krank und arbeitsunfähig? Diese Frage muss von medizinischer Seite beantwortet werden. Dabei orientieren sich Ärztinnen und Ärzte an der Liste der psychischen Störungen im ICD-10. Psychische Beeinträchtigungen haben starken Einfluss auf die berufliche Situation eines Menschen. Um angemessen damit umgehen zu können, kommt es auch auf den Blickwinkel an, unter dem die Situation betrachtet wird.

Stimmungsschwankungen kennt jeder; mal sind wir gut drauf, zu anderen Zeiten wieder mehr oder weniger niedergeschlagen. Manche Menschen sorgen sich häufig, ob sie den Herd wirklich ausgeschaltet haben, andere ekeln sich stark vor Spinnen, wieder andere vor der fremden Tastatur und den Keimen, die sich darauf befinden können. Viele kennen das quälende Gefühl, nachts wach zu liegen und sich den Kopf zu zerbrechen. Oder reflexartig erst mal zu denken, es ginge stets um einen selbst, wenn andere tuscheln. Dies sind nur einige Beispiele für zahlreiche Empfindungen und Befindlichkeitsunterschiede, die viele Menschen aus eigener Erfahrung kennen.

Extreme Empfindungen

Treten solche Empfindungen verstärkt auf, können daraus Probleme mit Krankheitswert entstehen. Zum Beispiel, wenn man so schlecht drauf ist, dass man tagelang nicht aus dem Bett kommt, oder sich kaum noch zu den notwendigsten Dingen des Alltags motivieren kann. Wenn selbst das morgendliche Duschen zur extremen Anstrengung wird, wenn man seinen Bus zur Arbeit immer wieder verpasst, weil mehrmals kontrolliert werden muss, ob der Herd wirklich ausgeschaltet ist. Oder wenn man nicht mehr in die Öffentlichkeit gehen kann, weil man fürchtet, dort eine Panikattacke zu bekommen. Der Kontext bestimmt, wie wir eine Situation oder eine Verhaltensweise wahrnehmen.

Zum Beispiel kam der Mitarbeiter eines Unternehmens häufiger zu spät zur Arbeit. Da er sich sonst sehr korrekt verhielt, war unklar, wieso die Person dieses Fehlverhalten nicht ablegte. In einem vertraulichen Gespräch kam der Hintergrund für dieses Verhalten ans Licht: Er hatte ein extrem geringes Selbstbewusstsein. War er morgens der einzige Fahrgast an seiner Straßenbahnhaltestelle, quälten ihn folgende Gedanken: „Wenn die Straßenbahn jetzt nur meinetwegen hier anhält, sind die Fahrgäste sauer auf mich, weil sie nur wegen mir kleinem Licht aufgehalten werden. Also gehe ich schnell von der Haltestelle weg, damit die Bahn weiterfährt und hoffe, dass noch weitere Fahrgäste kommen, sodass die nächste Bahn nicht nur für mich halten muss.“

Nun ist die Beurteilung schwierig: Ab wann ist etwas als Krankheit zu bewerten und hindert einen Menschen auch bei seinen Aufgaben im Betrieb? Die Aufgabe, zwischen gesund und arbeitsunfähig zu unterscheiden, teilweise mit weitreichenden arbeits- und sozialrechtlichen Folgen, ist Aufgabe von Medizinerinnen und Medizinern.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, landläufig Krankschreibung genannt, darf nur ärztliches Fachpersonal nach einer Untersuchung ausstellen, bei welcher der körperliche, geistige und seelische Gesundheitszustand gleichermaßen berücksichtigt werden soll. Stellt eine Mediziner:in dabei eine Erkrankung fest, muss sie oder er für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auch die aktuelle Beschäftigung der Betroffenen ins Auge fassen: Erst wenn sie oder er zu dem Schluss kommt, dass aufgrund der entsprechenden Erkrankung diese Arbeit nicht mehr leistbar ist, sollte/darf eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden.

Dabei erweitert sich der Ermessensspielraum noch um die Möglichkeit zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Krankheitszustand das zwar alleine noch nicht rechtfertigt, aber absehbar ist, dass die Erkrankung durch Weiterarbeit verstärkt würde. Für den betrieblichen Kontext heißt das: Ärztinnen oder Ärzte können etwa Beschäftigte, die nach eigener Aussage stark unter mobbingähnlichem Verhalten von Kolleginnen und Kollegen oder Führungskräften leiden, zeitweise durch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entlasten, um deren psychischen Zusammenbruch zu vermeiden.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien)

§ 2 Definition und Bewertungsmaßstäbe

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Versicherte aufgrund von Krankheit ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können. Bei der Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn aufgrund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundheit abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen.

§ 4 Verfahren zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

(1) Bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sind körperlicher, geistiger und seelischer Gesundheitszustand der oder des Versicherten gleichermaßen zu berücksichtigen. Deshalb darf die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit nur aufgrund ärztlicher Untersuchung erfolgen.

(2) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für den Anspruch auf Entgeltfortzahlung und für den Anspruch auf Krankengeld.

Diagnosen in der Psychiatrie

Mit einem immer weiter differenzierten Diagnosekatalog versucht die medizinische Fachwelt, in diesem Fall die Psychiatrie, die Vielfalt menschlicher Verhaltensweisen und Erlebniszustände zu ordnen. Sie ermittelt Grenzlinien, wann ein Zustand leicht, mittelmäßig oder sehr stark von der „normalen“ Befindlichkeit abweicht, wann ein Krankheitswert vorliegt und mit welcher Diagnose ein Mensch belegt wird. So ergibt sich eine Bewertungsgrundlage dafür, ob eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gerechtfertigt ist, ob ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Erwerbsminderung vorliegt.

Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen ist dies keine leichte Aufgabe. Prof. Dr. Florian Holsboer, ehemaliger Direktor des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München, schildert die schwierige Gratwanderung bei der medizinischen Diagnose einer Depression:

„Wir können uns nicht wie der Radiologe auf ein Röntgenbild, wie der Neurologe auf Hirnstromtätigkeiten oder wie der Internist auf Laborwerte stützen. Alles, was wir nach heutigem Vorgehen bei der Diagnosestellung zur Verfügung haben, sind Informationen, die wir auf der Ebene der mündlichen Kommunikation erhalten. Dabei gibt es ein bestimmtes Schema mit neun Fragen. Sind fünf davon positiv beantwortet, ist es eine Depression. Wenn es nur vier sind, dann ist es keine. Das zeigt ja schon die Beliebigkeit. Wir haben keine objektiven Kriterien, weshalb eine Depressionsdiagnose immer mit einer gewissen Unsicherheit versehen ist.“

(MDK-Forum 3/2013, Seite 7)

Obwohl dieses Zitat aus dem Jahr 2013 stammt, beschreibt es immer noch zutreffend die aktuelle Problematik der Diagnoseerstellung bei psychischen Störungen.

Diese Aussage zum Thema Depression gilt für die meisten psychiatrischen Diagnosen. Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, kurz ICD-10, fasst diese im Kapitel V als die sogenannten F-Diagnosen zusammen:

ICD-10 Kapitel V

Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

F00-F09 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79 Intelligenzstörungen

F80-F89 Entwicklungsstörungen

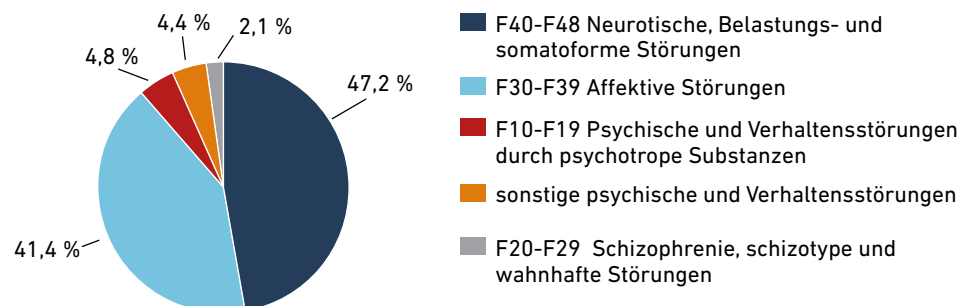
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend

F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Der Psychoreport der DAK-Gesundheit aus dem Jahr 2019 schlüsselt den Anteil der Diagnosen auf: Allein auf „F30-39 Affektive Störungen“, wozu auch Depressionen zählen, und „F40-48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (dies sind im Wesentlichen Angst- und Zwangsstörungen) entfallen zusammen knapp 90 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Störungen. Für die Betriebe sind also vor allem diese beiden Gruppen von Belang.

(DAK-Psychoreport 2019 – mit Bezug auf die Zahlen aus dem Jahr 2018)

Dominanz der Fehltag von neurotischen und affektiven Störungen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018

Die aufgeführten Diagnosen sind absteigend nach ihrer Häufigkeit aufgelistet.



Gibt es Zweifel an der Berechtigung einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, können sowohl die Krankenkasse als auch der Arbeitgebende den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) einschalten, der dann nach erneuter Untersuchung oder nach Aktenlage darüber entscheidet.

Im beruflichen Umfeld haben diese Diagnosen vor allem Bedeutung, wenn zu klären ist, wann jemand zu Recht wegen psychischer Störungen mit Anspruch auf Lohnfortzahlung oder Krankengeld zeitweise von seiner Arbeitsleistung befreit ist, also als arbeitsunfähig gilt.

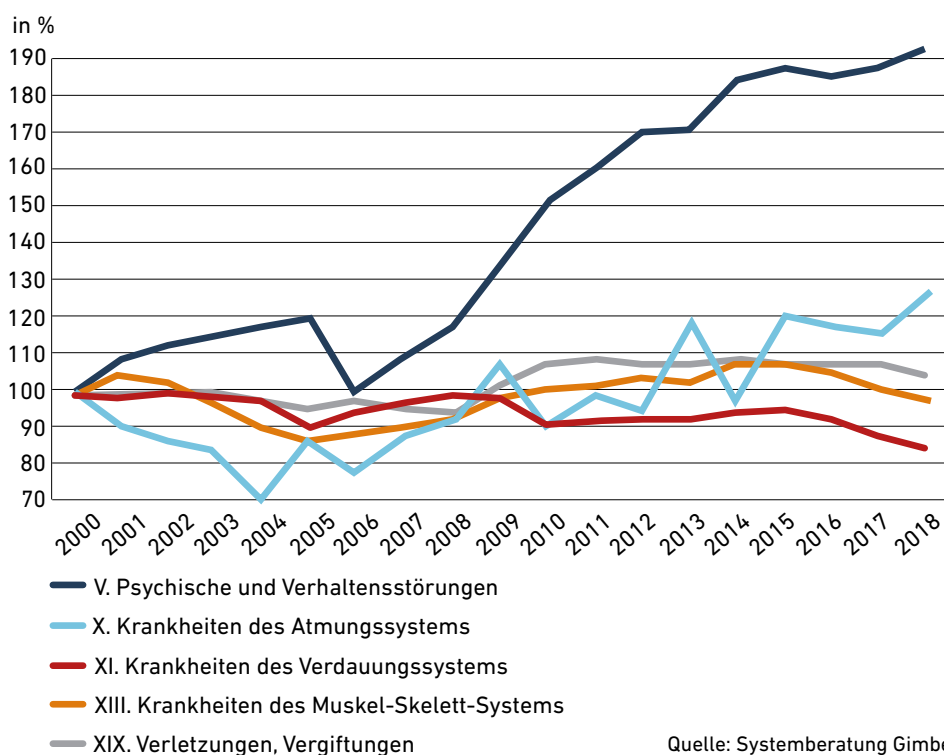
Wenig Relevanz haben Diagnosen für die betrieblichen Akteurinnen und Akteure zum Umgang mit betroffenen Beschäftigten sowohl vor, während als auch nach Krisen. Denn psychiatrische Diagnosen sind immer mit Unwägbarkeiten behaftet und die Ausprägungen von Störungen individuell höchst unterschiedlich. Eine Diagnose gibt keine Hinweise darauf, welche Bedingungen im Einzelfall hilfreich oder notwendig sein können, um Stabilität und Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen. Noch weniger Relevanz hat die Diagnose für Fragen bezüglich der vorhandenen Fähigkeiten oder Belastbarkeitsgrenzen der Betroffenen.

Relevanz von Diagnosen

2 Aktuelle Zahlen und Entwicklungen

Im Hinblick auf die langfristige Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens in Deutschland fällt auf, dass in den letzten Jahrzehnten die Häufigkeit der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstage kontinuierlich angestiegen ist:

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln in den Jahren 2000 bis 2018



Dabei beziehen sich die Zahlen immer auf Statistiken über Arbeitsunfähigkeitstage einzelner Krankenkassen, die ihre Schwerpunkte jeweils in unterschiedlichen Unternehmens- beziehungsweise Verwaltungsbereichen haben. Betrachtet werden dabei eben auch nur die Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); Arbeitslosengeld-II-Empfänger:innen sowie privat Versicherte bleiben unberücksichtigt.

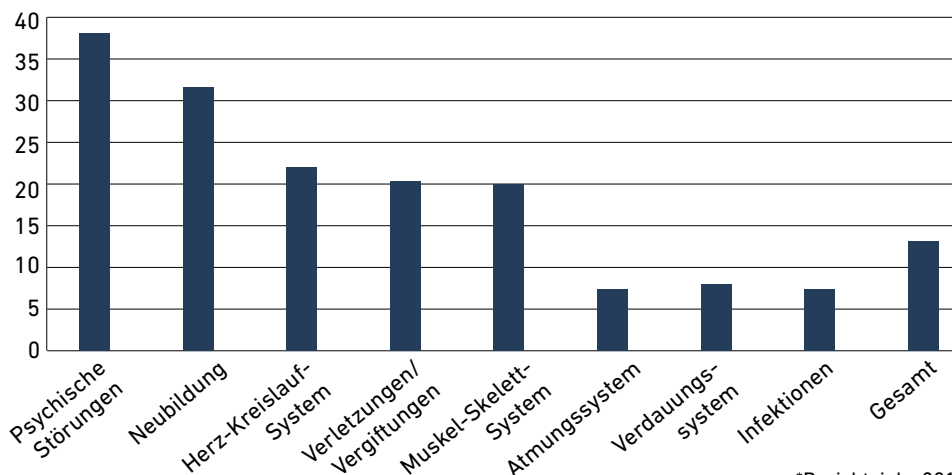
Der Anstieg ist im gesamten Bereich der gesetzlichen Krankenkassen feststellbar, auch wenn das Ausmaß zum Teil unterschiedlich ist.

Psychische Erkrankungen sind an der Gesamtzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit etwa 6 bis 10 Prozent beteiligt. Da sie zu den Erkrankungen mit der längsten Dauer pro Krankheitsfall gehören – je nach Krankenkasse zwischen 28 und 44 Tagen –, beträgt ihr Anteil an allen Arbeitsunfähigkeitstagen mittlerweile zwischen 15 und knapp 20 Prozent.

„Psychische Erkrankungen sind für rund 19 Prozent aller Fehlzeiten verantwortlich, das ist der höchste Wert im Vergleich zu anderen Diagnosen – noch vor Rückenbeschwerden und Erkältungskrankheiten.“ (Presseerklärung der TK vom Februar 2020)

Arbeitsunfähigkeit – AU-Tag je Fall der Mitglieder ohne Rentner:innen – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen*

AU-Tage je Fall



*Berichtsjahr 2017

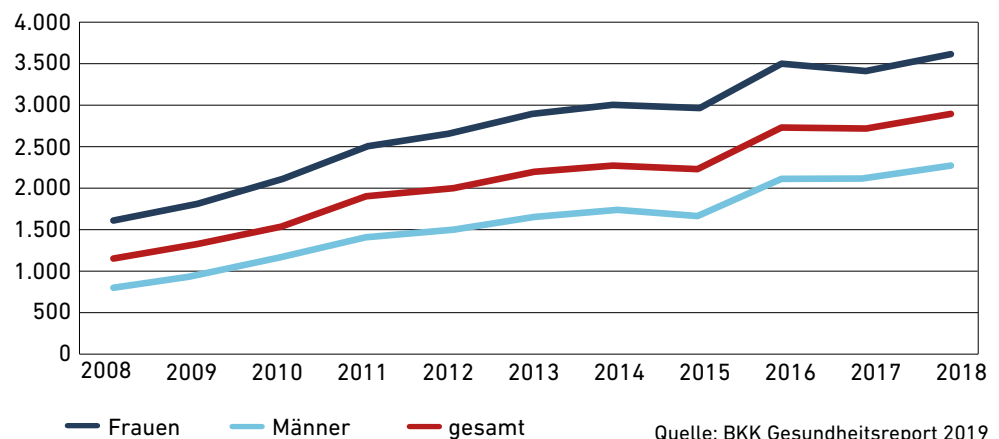
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2004–2018

Geschlechterverhältnis

Auffällig ist seit Jahren, dass Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen bei weiblichen Beschäftigten um 60 bis 70 Prozent über denen der Männer liegen.

Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder aufgrund psychischer Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2008–2018)

AU-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder



Bei der Diskussion über die Ursachen für diesen Unterschied werden betriebliche wie außerbetriebliche Gründe genannt: Frauen sind häufiger in psychisch besonders belastenden Berufen wie zum Beispiel der Kranken- oder Altenpflege beschäftigt. Sie arbeiten häufiger als Männer in Jobs mit geringen Gestaltungsmöglichkeiten (Helferinnen (= ungelernte Kräfte), Callcenter-Agentinnen), in denen die Kombination aus hohem Leistungsdruck und wenig Gestaltungsspielraum der Arbeit als psychisch besonders belastend eingeschätzt wird. Immer noch liegt der Lohn der weiblichen Beschäftigten im Schnitt unter dem der Männer.

Rollenproblematik

Auch die Rollenproblematik ist von Bedeutung: Frauen sind nach wie vor durch Hausarbeit stärker belastet als Männer, sie haben dadurch täglich längere Belastungen und geringere Erholungszeiten. Auch Alleinerziehende – die per se eine hohe Dauerbelastung haben – sind in 90 Prozent der Fälle weiblich.

Schließlich wurde auch festgestellt, dass Ärztinnen und Ärzte Patientinnen auf psychische Probleme leichter und öfter ansprechen als ihre männliche Klientel.

Männer sind durch ihr tradiertes Rollenbild häufig stärker gehemmt, sich selbst oder anderen gegenüber psychische Probleme beziehungsweise Erkrankungen einzugestehen. Es wird außerdem diskutiert, dass das Gesundheitssystem wenig adäquate Sichtweisen und Behandlungen für die männlichen Ausprägungen psychischer Störungen entwickelt habe und das Versorgungssystem für Männer besonders schwer zugänglich und anzunehmen sei.

So ist gerade für Männer in der Lebensmitte der Suizid drei- bis viermal so oft wie für Frauen die Konsequenz aus nicht aushaltbaren psychischen Nöten.

So vielfältig wie die Diskussion um die Ursachen der unterschiedlichen Anteile von psychischen Erkrankungen bei Männern und Frauen – jedenfalls im Spiegel der Arbeitsunfähigkeitsstatistik der Krankenkassen – ist die Diskussion um die Ursachen des Anstiegs psychischer Erkrankungen insgesamt.

Dabei dementiert eine Position den Anstieg generell mit Hinweis auf Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI): Angeblich habe sich die Zahl psychischer Erkrankungen von der RKI-Erhebung im Jahr 1998 bis zu der Erhebung 2009 bis 2012 nicht erhöht.

Dazu ist aber Folgendes zu beachten: Das RKI untersucht nur, ob Symptome vorliegen, die die Diagnose einer psychischen Erkrankung rechtfertigen. Dabei kommt das Institut zu dem Schluss, dass innerhalb eines Jahres 27,9 Prozent der deutschen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, also etwa dreimal so viel wie aktuell (2020) jeweils eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten haben. Aber: Ärztinnen und Ärzte müssen für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht nur eine Krankheit diagnostizieren, sondern auch zu der Feststellung kommen, dass mit diesem Befund jemand seine konkrete Beschäftigung nicht ausführen kann, also dafür arbeitsunfähig ist.

Die Frage ist also: Was hat sich verändert, dass immer mehr der Menschen mit psychischen Erkrankungen ihrer Arbeit nicht mehr gewachsen sind?

Arbeitsbezogene Risikofaktoren

Als gesicherte arbeitsbedingte Risikofaktoren (iga-Fakten 10, Psyche und Gesundheit im Erwerbsleben, Initiative Gesundheit und Arbeit) werden folgende Punkte benannt, die freilich in jedem Betrieb und in jeder Branche unterschiedlich ausgeprägt sein können:

- Zeitarbeit
- Geringer Handlungsspielraum
- Negatives Organisationsklima
- Geringe soziale Unterstützung durch Vorgesetzte
- Geringe Arbeitszufriedenheit
- Unterbrechungen, Störungen während der Arbeitszeit
- Interpersonelle Konflikte/Mobbing
- Hohe Anforderungen bei geringem Handlungsspielraum
- Zeitdruck
- Hohe Arbeitsdichte
- Prekäres Arbeitseinkommen
- Missverhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung
- Schichtarbeit
- Mangelnde organisationale Gerechtigkeit
- Überstunden

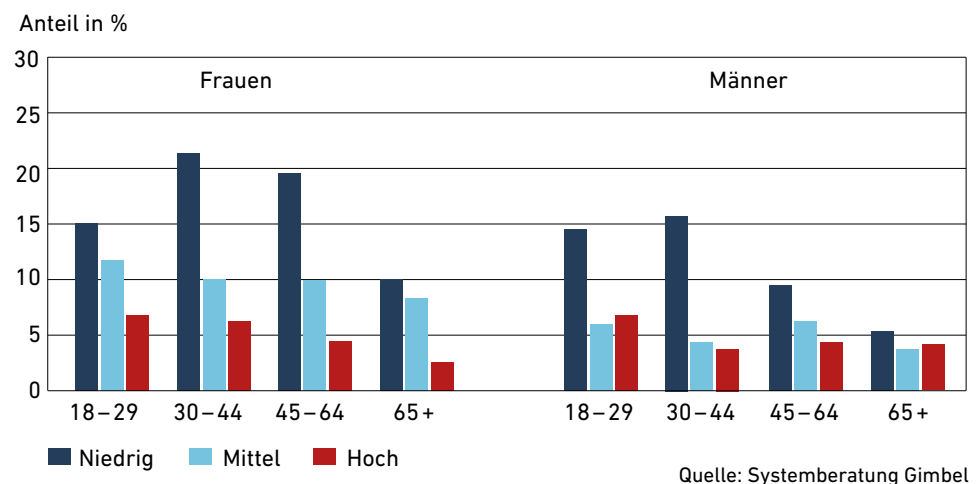
Breiten Raum nimmt dabei die Diskussion um eine Zunahme der Arbeitsbelastung, der Arbeitsverdichtung und des Stresses am Arbeitsplatz ein. Sämtliche Untersuchungen und Befragungen von Beschäftigten in den letzten Jahren haben ergeben, dass die psychische Belastung gestiegen sei.

Ferner spielen weitere belastende Faktoren in der Arbeitswelt eine Rolle: Während die Zahl der unbefristeten Normalarbeitsverhältnisse stagniert, erfolgte der Zuwachs an Beschäftigung in den letzten Jahren in Bereichen der Zeitarbeit, der Teilzeit und in befristeten Arbeitsverhältnissen. Auch Schicht- und Wochenendarbeit nehmen zu.

Gleichzeitig steigt die Zahl der Berufstätigen in Betrieben ohne Betriebsrat; die der tarifvertraglich Beschäftigten ist hingegen rückläufig. Solche Faktoren erhöhen Unsicherheits- beziehungsweise Ohnmachtsgefühle und führen zu psychischen Belastungen.

Darüber hinaus gibt es seit Jahren immer mehr Arbeitnehmer:innen nahe oder unter der Armuts- grenze. Wie bei den meisten Erkrankungen ist auch die Häufigkeit psychischer Erkrankungen umso höher, je niedriger der sozioökonomische Status (im Wesentlichen ermittelt aus Bildung und Einkommen) ist. Die folgende RKI-Grafik veranschaulicht den Zusammenhang von sozioökonomischem Status und der Häufigkeit des Auftretens depressiver Symptomatik zu einem bestimmten Zeitpunkt (Prävalenz):

Prävalenz von depressiver Symptomatik nach sozioökonomischem Status

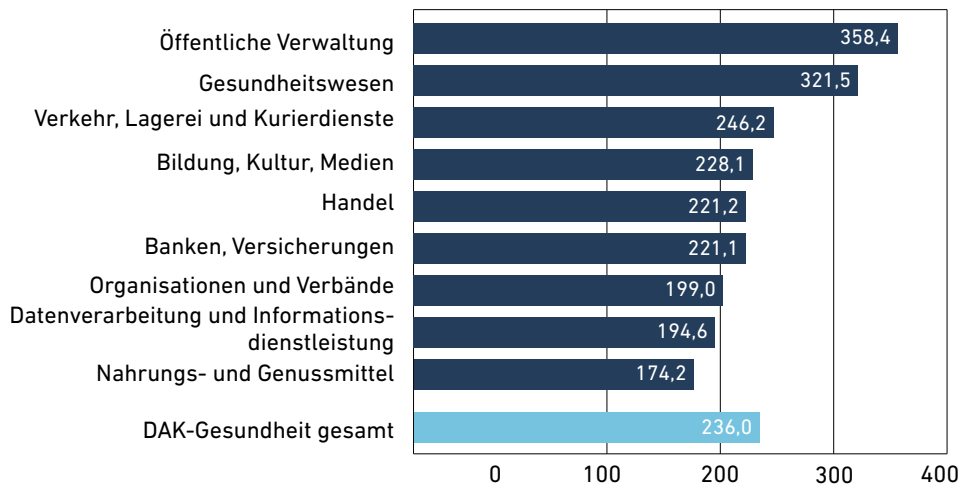


Besonders auffällig ist die Gruppe der 30- bis 44-Jährigen: Hier sind sowohl Frauen als auch Männer mit niedrigem Sozialstatus mehr als dreimal so häufig von Depression betroffen wie Menschen mit hohem Sozialstatus.

Laut RKI gibt es drei Ausnahme-Diagnosen von dieser Regel: Allergien, Neurodermitis und erstaunlicherweise Burn-out. Dies sind Ergebnisse der immer noch aktuellsten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland im Zeitraum von 2009 bis 2011.

Die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Arbeitsunfähigkeit wegen psychischen Erkrankungen zeigen sich deutlich bei den großen Unterschieden in verschiedenen Wirtschaftsbereichen:

Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen (2018)



In diesen Zahlen spiegelt sich teilweise wider, dass in Wirtschaftsbereichen, in denen der zwischenmenschliche Umgang von Bedeutung ist, psychische Erkrankungen häufiger auftreten. Die Spitzenstellung der öffentlichen Verwaltung in dieser Statistik kann aber auch – neben der zunehmenden Belastung im öffentlichen Dienst – mit beeinflusst sein durch die relativ sichere Arbeitsplatzsituation selbst bei längerer und wiederholter (psychischer) Erkrankung: In anderen Branchen ist das Risiko höher, bei (wiederholter) psychischer Erkrankung schneller aus dem Arbeitsverhältnis gedrängt zu werden oder die Arbeitsbelastung schlicht nicht mehr auszuhalten und von selbst zu kündigen.

Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Krankheit wird noch deutlicher angesichts der Unterschiede in einzelnen Berufen (siehe Grafik auf der folgenden Seite).

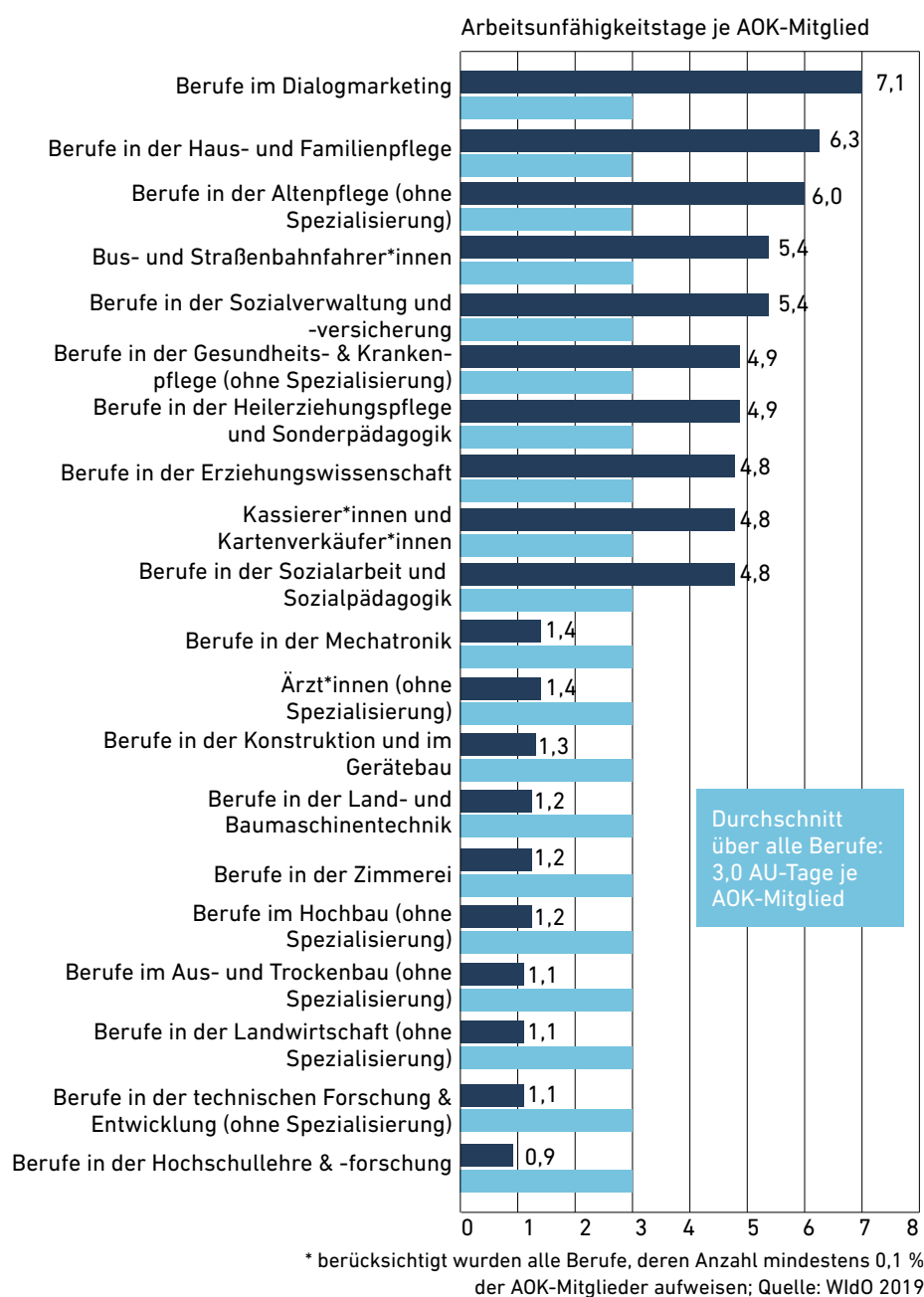
Bereits 2013 wurde seitens der Gewerkschaften, die in hohem Maße die Arbeitsbedingungen als Ursache für psychische Erkrankungen ansehen, und Arbeitgebervertreter:innen, die eher andere Gründe benennen, sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales eine „Gemeinsame Erklärung Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ verabschiedet, in der es heißt:

„Grundsätzlich hat Arbeit einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und die persönliche Entwicklung des Einzelnen. Gut gestaltete Arbeit stabilisiert die Psyche des Menschen. Wissenschaft und Fachwelt stimmen gleichwohl überein, dass psychische Belastung und ihre Wirkung auf die Beschäftigten auch eine wachsende Herausforderung unserer modernen Arbeitswelt sind. Arbeitsverdichtung, Termin und Leistungsdruck, häufige Störungen oder ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge werden von den Beschäftigten am häufigsten genannt, wenn sie nach psychi-

scher Belastung befragt werden. Die grundsätzlich positive Wirkung der Arbeit kann dann ins Negative umschlagen und Erkrankungen auslösen, wenn arbeitsbedingter Stress nicht nur punktuell, sondern dauerhaft auf die Beschäftigten einwirkt und die Beanspruchungsfolgen nicht ausreichend kompensiert werden können.“

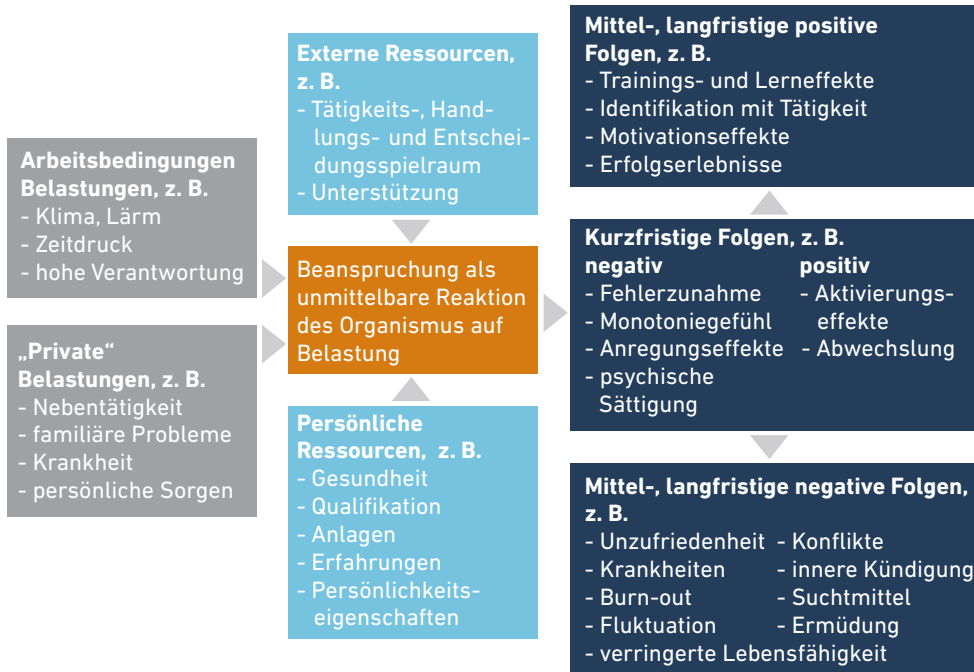
Auch nach heutigem Stand der Debatte sind diese Aussagen nach wie vor aktuell.

Psychische Erkrankungen nach Berufen 2018*



3 Prävention und psychische Gefährdungsbeurteilung

Erkrankungsrisiken durch arbeitsbedingte psychische Belastung



Das Schaubild „Erkrankungsrisiken durch arbeitsbedingte psychische Belastung“ zeigt deutlich die Vielfalt der Aspekte, die in den Blick genommen werden sollten, wenn es um die Pflege psychischer Stabilität und die Vermeidung von Erkrankungen geht. Ein erster Schluss, der für Überlegungen zum Erhalt psychischer Gesundheit wichtig ist: Letztlich muss man alle Bereiche betrachten; es gibt nicht den einen Königsweg oder das Hauptthema.

3.1 Prävention

Um den Überblick zu gewinnen, können einige begriffliche Definitionen hilfreich sein:

Primäre Prävention nimmt die Gesamtheit aller Maßnahmen in den Blick, die den Erhalt der Gesundheit Einzelner oder der Bevölkerung insgesamt zum Ziel haben. Bezogen auf das Berufsleben bedeutet das, Arbeitsprozesse und -abläufe so zu planen und zu gestalten, dass psychische Fehlbelastungen nicht entstehen (zum Beispiel durch ausreichenden Handlungs- und Entscheidungsspielraum der Beschäftigten).

Mit sekundärer Prävention bezeichnet man die Methoden, die der Früherkennung und damit der rechtzeitigen Behandlung von Erkrankungen dienen – beispielsweise Supervision für Mitarbeiter:innen, die mit belastenden menschlichen Problemen konfrontiert sind.

Die tertiäre Prävention umfasst Maßnahmen, die der Verhinderung des Fortschreitens oder des Eintritts von Komplikationen bei einer bereits bestehenden Erkrankung dienen, etwa Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) oder Begleitung durch Integrationsfachdienste (IFD).

Angesichts der Fülle der Präventionsmöglichkeiten ist auch die Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention hilfreich. So sind beispielsweise Seminare zum Umgang mit Stress, Zeitmanagement oder Resilienz im Bereich Verhaltensprävention angesiedelt. Zur Verhältnisprävention zählen Maßnahmen wie zum Beispiel eine eingeschränkte Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit für dienstliche E-Mails.

Das Arbeitsschutzgesetz fordert in § 4 eindeutig Verhältnisprävention.

§ 4 Allgemeine Grundsätze

Der Arbeitgebende hat bei Maßnahmen des Arbeitsschutzes von folgenden allgemeinen Grundsätzen auszugehen:

1. Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für das Leben sowie für die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird;
2. Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen; [...]

Das Inklusionsamt ist von seinem gesetzlichen Auftrag her (§§ 3 und 167 SGB IX) vor allem in der sekundären und tertiären Prävention aktiv, wobei der Schwerpunkt gemäß der Historie des Amtes (Hilfe für Schwerbehinderte) im Bereich der tertiären Prävention liegt.

Im Zusammenhang mit der Thematik psychische Erkrankung/Krise im Berufsleben hat § 167 (1) SGB IX dann Bedeutung, wenn es um die Frage geht, wie in eine scheinbar festgefahrene Situation wieder neue Bewegung gebracht werden kann und es um eine oder einen Mitarbeiter:in mit Schwerbehindertenausweis geht.

**Präventions-
verfahren**

Wenn eine oder ein Mitarbeiter:in nach Einschätzung des Betriebs oder der Verwaltung – gegebenenfalls krankheitsbedingt – ein problematisches Verhalten entwickelt, jedes Gespräch darüber aber ablehnt und/oder keine Schritte unternimmt, an Veränderung zu arbeiten, gerät das Arbeitsverhältnis in Gefahr. Hier kann die Einleitung eines Präventionsverfahrens dazu führen, dass die Fachstelle für behinderte Menschen im Arbeitsleben einen Termin anberaumt und im Vorfeld mit der betroffenen Person Kontakt aufnimmt beziehungsweise ein Gespräch führt. In manchen Fällen erreicht die Fachstelle eine Einsicht der betroffenen Person und kann ihr deutlich machen, dass ein Problem besteht, welches sie nicht länger ausblenden darf. In anderen Fällen kann die Einleitung eines solchen Präventionsverfahrens dazu dienen, entstandene Ratlosigkeit in der Frage, wie eine zukünftige Beschäftigung gewährleistet werden kann, wieder aufzulösen.

Das gilt beispielsweise, wenn sich die Beschäftigung eines Mitarbeiters mit mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Hör- und Sehbehinderung) zunehmend schwieriger gestaltet. Seine bisherigen Aufgaben konnten von ihm nicht mehr erledigt werden, neue passende Tätigkeiten waren kaum zu finden. Auf diese Entwicklung reagierte die Person zunehmend mit starken psychischen Auffälligkeiten. Daraufhin wurde ein Präventionsverfahren nach § 167(1) eingeleitet und die Situation zwischen der Personalchefin, dem Vorgesetzten, der Fachstelle für behinderte Menschen im Arbeitsleben und dem IFD, der auch im Kontakt zu dem Mitarbeiter stand, beraten. Dabei stellte sich heraus, dass der Betroffene – offensichtlich wegen seiner Sehbehinderung – ein „besonderes Händchen“ entwickelt hatte, Kopien von Schriftstücken in möglichst guter Qualität zu erstellen. Da zu diesem Zeitpunkt gerade überlegt wurde, innerbetrieblich eingehende Schriftstücke eingescannt innerhalb der Verwaltung zu bearbeiten, wurde der Mitarbeiter für diese Aufgabe gewonnen und – aus Mitteln der Ausgleichsabgabe – geschult; der Arbeitgebende erhielt bei der Einrichtung der entsprechenden Anlage eine finanzielle Unterstützung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe. So entstand ein anspruchsvoller und sicherer Arbeitsplatz für den Mitarbeiter, wodurch sich sowohl seine berufliche Situation als auch seine psychische Gesundheit stabilisierten.

Von großer Bedeutung für die Prävention ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), das unter Abschnitt 5.2.1 näher beschrieben wird.

3.2 Psychische Gefährdungsbeurteilung

Um negative Folgen psychischer Belastungen zu vermeiden, sollten betriebliche Akteurinnen und Akteure folgende Aspekte beachten:

- **Handlungsspielraum bei der Arbeit einräumen**
Beschäftigte, die bei ihrer Tätigkeit eigene Entscheidungen treffen können, zum Beispiel indem sie selbst Arbeitsmittel und Arbeitsweise wählen oder zumindest die Reihenfolge der Aufgaben und Pausenintervalle bestimmen, sind nachweislich motivierter und gesünder.
- **Arbeitsintensität angemessen gestalten**
Beschäftigte, bei denen das Arbeitspensum und die dafür zur Verfügung stehende Zeit ausgewogen sind, sind auf lange Sicht motivierter, produktiver und psychisch gesünder.
- **Kollegialität und gute Führung sowie wertschätzendes Miteinander im Unternehmen fördern**
Kaum ein anderer Faktor ist für psychisches Wohlbefinden und Gesundheit so wichtig wie die soziale Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzte.

- **Arbeitszeit ergonomisch gestalten**

Die zeitlichen Regeln sollten mindestens dem Arbeitszeitgesetz entsprechen. Für eine gute Work-Life-Balance sind angemessene Arbeitszeiten wichtig, die die ausreichende Erholung von einem Tag auf den anderen sowie ein soziales und kulturelles Leben neben der Arbeit erlauben. Anfallende Überstunden sollten deshalb zeitnah und mit Freizeit ausgeglichen werden. Schichtarbeit sollte nach den aktuellen arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen gestaltet werden. Werden Schichtpläne nach Möglichkeit eingehalten, bleibt das soziale Leben planbar.

- **Mitarbeiter:innen ans Unternehmen binden**

Subjektiv empfundene Arbeitsplatzunsicherheit sorgt für Stress an Leib und Seele. Zwar liegt hier nicht alles im Entscheidungsspielraum der betrieblichen Akteurinnen und Akteure. Aber jedes Unternehmen kann der berüchtigten „Hire and fire“-Mentalität eine gelebte Vertrauens- und Wertschätzungskultur entgegensetzen.

- **Fortbildung und Qualifizierung im Unternehmen gezielt managen**

Nur wer für seine Rolle, für übertragene Aufgaben, für seine Position und Funktion ausreichend qualifiziert ist, wird davon nicht überfordert. Fachlich gut gerüstete Beschäftigte können stattdessen vielmehr selbstbewusst und stressfrei agieren.

- **Konflikt- und Kommunikationskultur im Unternehmen etablieren**

Konflikte am Arbeitsplatz sind normal, müssen aber mit Blick auf die Prävention von Mobbing gelöst werden. Dafür sind eine gute Kommunikationskultur sowie festgelegte Spielregeln hilfreich.

(GDA [Hrsg.]: Arbeitsschutz in der Praxis. Psychische Arbeitsbelastung und Gesundheit, Seite 17)

Bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung geht es immer um die Beurteilung und Gestaltung der Arbeit in Bezug auf diese Belastung, nicht aber um die Beurteilung der psychischen Verfassung oder Gesundheit der Beschäftigten.

Die Gefährdungsbeurteilung umfasst sieben Schritte:

1. Festlegen von Tätigkeiten und Bereichen
2. Ermittlung der psychischen Belastung der Arbeit in diesen Bereichen
3. Beurteilung der psychischen Belastung der Arbeit
4. Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen
5. Wirksamkeitskontrolle
6. Aktualisierung/Fortschreibung
7. Dokumentation

Folgende Merkmalsbereiche und Inhalte an den Arbeitsplätzen sind zu beurteilen:

- Arbeitsinhalt/-aufgabe
- Arbeitsorganisation
- Soziale Beziehungen
- Arbeitsumgebung
- Neue Arbeitsformen

Bei der Ermittlung der psychischen Belastungen stehen eine Vielzahl von Vorgehensweisen und auch deren Kombination zur Auswahl: schriftliche Mitarbeiter:innen-Befragungen, Beobachtungen und Beobachtungsinterviews sowie moderierte Analyse-Workshops.

Daraufhin werden Maßnahmen formuliert und ergriffen, die jeweiligen Belastungen auszuschließen oder zumindest zu verringern. Abschließend erfolgen die Schritte fünf bis sieben.

Die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags sollte im Einvernehmen zwischen Arbeitgeber:in und Interessenvertretung erfolgen. Zeigt die oder der Arbeitgeber:in hier kein Entgegenkommen, kann die Interessenvertretung dies notfalls juristisch erzwingen.

Anleitungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung sowie entsprechende Unterstützung leisten in vielen Fällen auch die für das jeweilige Unternehmen zuständigen gesetzlichen Unfallversicherungen.

Neben der Gefährdungsbeurteilung gibt es noch weitere Möglichkeiten, das Thema Prävention psychischer Belastungen anzugehen:

- In Gesundheits- oder Zufriedenheitszirkeln werden Beschäftigte als Expertinnen und Experten für ihre Situation angesprochen; in überschaubaren Abteilungen/Arbeitsgruppen/Teams können sie sich in einem moderierten Verfahren austauschen, wo sie besondere Belastungen im Arbeitsalltag erleben und Vorschläge entwickeln, welche Änderungen sinnvoll sind. Ansprechpartner dafür können Krankenversicherungen oder Berufsgenossenschaften sein.
- Auswertung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM): In welchen Bereichen gibt es besonders viele BEM-Fälle wegen psychischer oder Stress-Erkrankungen, und welcher Zusammenhang besteht eventuell mit den dort vorherrschenden Arbeits- oder sozialen Bedingungen?
- Können die Führungskräfte speziell gefördert werden, ihre Führungsaufgabe als gesundheitsförderliche Leitung auszugestalten?
- Können Arbeitsabläufe so (um)gestaltet werden, dass gesundheitsgefährdende Belastungen gemindert oder ganz abgestellt werden?
- Lässt sich eine Konflikt- oder (positiver formuliert) Kooperationsförderungsberatungsstelle (siehe auch 6.2) im Betrieb implementieren, an die sich Mitarbeiter:innen in Konfliktfällen wenden können?
- Mit dem Employee Assistance Program (EAP) haben Betriebe die Möglichkeit, eine externe psychosoziale Beratung zu beauftragen, an die sich Mitarbeiter:innen in kleineren oder auch größeren Problemlagen diskret und kurzfristig wenden können.

4 Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz

4.1 Erkennen psychischer Erkrankungen

Menschen haben viele Möglichkeiten und Strategien, nach außen zufrieden und ausgeglichen zu wirken, obwohl es in ihrem Inneren ganz anders aussieht. Dennoch gibt es Merkmale und Hinweise, die Aufschluss darüber geben, ob jemand unter psychischen Problemen oder einer Erkrankung leidet. Letztlich bleiben aber immer Ungewissheiten. Hier gilt es, frühzeitig das Gespräch zu suchen.

Oft fragen sich Vorgesetzte, die Interessenvertretung sowie der Kolleg:innenkreis, ob man nicht früher etwas hätte merken müssen, wenn jemand aus der Belegschaft in eine psychiatrische Klinik aufgenommen wurde oder sich eine Krise zugespitzt hat. Noch dramatischer sind die Folgen für das Umfeld bei einem überraschenden Selbstmord.

Das Gespräch suchen

Menschen, die psychisch belastet sind, gehen sehr unterschiedlich mit ihren Problemen um. Manchen gelingt es, die Fassade aufrechtzuerhalten, sodass ihre Umgebung nichts oder nur sehr wenig bemerkt. In anderen Fällen treten die Anzeichen deutlicher nach außen. Grundsätzlich haben Führungskräfte und Interessenvertretung nur eine Möglichkeit, auf solche Situationen zu reagieren: Sie müssen das Gespräch suchen, sobald sich bei ihnen ein „inneres Stirnrunzeln“ einstellt. Die wichtigste Faustregel ist, seine eigene Wahrnehmung ernst zu nehmen und genau hinzuschauen.

Hinweise auf psychische Belastungen oder Probleme bei Mitarbeiter:innen können sein:

Grundarbeitsfähigkeit

- Unpünktlichkeit (häufige Verspätungen ohne erkennbare Gründe)
- Mangelnde Disziplin oder geringes Durchhaltevermögen (zum Beispiel Arbeitsunterbrechungen, häufige Pausen, spontanes Verlassen des Arbeitsplatzes)
- Unentschuldigtes Fehlen, verspätete Abgabe von Krankmeldungen
- Häufung von Kurzerkrankungen

Leistungsbereich

- Auffällige Leistungsminderung (qualitativ und quantitativ)
- Leistungsschwankungen
- Unzuverlässigkeit
- Hohe Fehlerquote und leicht vermeidbare Flüchtigkeitsfehler
- Vergesslichkeit
- Häufiges Nachfragen bei bereits erlernten Arbeitsinhalten und Routinearbeiten
- Wiederholte Kontrollen der ausgeführten Aufgaben
- Vermeiden bestimmter Tätigkeiten, zum Beispiel Telefonaten und/oder persönlichen Kontakten mit Kundinnen und Kunden

Sozialverhalten

- Rückzug: atypische Vermeidung von Kontakten zu Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten in Dienstbesprechungen, Pausen oder bei Feierlichkeiten
- Distanzloses Verhalten gegenüber Vorgesetzten und Kolleginnen und Kollegen
- Übersteigerte Empfindlichkeit gegenüber Kritik
- Übermäßiges Misstrauen und Negativerwartungen gegenüber Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten
- Außerordentlich heftige Kritikäußerungen oder Vorwürfe
- Überzogen gereizte oder aggressive und nicht einschätzbare Reaktionsweisen
- Introvertiertheit (innerlich abwesend, vor sich hinstarrend)
- Anhaltende Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
- Selbstgespräche

Übergreifende Beeinträchtigungen

- Klagen über Schlaflosigkeit, Verschieben des Tag-Nacht-Rhythmus und Erschöpfung am Arbeitsplatz
- Außergewöhnliche Unruhe, extreme Angespanntheit
- Vernachlässigung von Kleidung und Körperpflege
- Verändertes Essverhalten/Appetitlosigkeit
- Schwierigkeiten bei der Selbstversorgung (Einkauf, Pflege der Wohnung oder Ähnliches)
- Einschränkung der Mobilität (Nichtverlassen der Wohnung, Nichtbenutzung von Verkehrsmitteln oder Ähnliches)

(aus: Psychisch auffällige oder erkrankte Mitarbeiter – Handlungsleitfaden für Führungskräfte.
Herausgeber Unfallkasse Post und Telekom)

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Alles begann im September 2015. Damals gab es eine Reihe von Situationen, in denen sich Menschen aus dem persönlichen Umfeld von Frau Mut über deren Verhalten wunderten. Allerdings traute sich niemand, sie darauf anzusprechen. In einem Perspektivgespräch bei ihrem Arbeitgebende fiel darüber hinaus auf, dass sie ohne Punkt und Komma redete.

Besonders auffällig wurde ihr Verhalten auf ihrer Geburtstagsfeier:

„Ich habe Grenzen überschritten. War sehr euphorisch, quasi kaum zu bremsen. Meine Familie und Freunde waren von meinem Verhalten sehr irritiert, ja sogar schon beschämt.“

An diesem Abend wurde Frau Mut erstmals auf ihr auffälliges Verhalten angesprochen. Mehrere Gäste verabschiedeten sich besorgt von ihr. Aber am nächsten Tag war zunächst alles wieder normal. Sie arbeitete wie gewohnt. Doch auch im Kolleg:innenkreis wurde sie darauf angesprochen, dass sie irgendwie anders wirke und gefragt, ob es ihr gut gehe. Erneut konfrontierte man sie mit Andeutungen; die Beobachtungen wurden jedoch nicht konkret ausgesprochen.

Anfang Oktober 2015 kam Frau Mut erstmals in die Klinik. Sie bewohnte zu dieser Zeit eine Dienstwohnung. In jener Nacht hatte sie all ihre persönlichen Gegenstände in den Hauseingang geworfen. Nachbarn wurden darauf aufmerksam, gingen zunächst von einem Einbruch aus und klingelten bei ihr.

„Ich habe meine Nachbarn dann selber darum gebeten, die Polizei zu holen. Die Polizisten kamen sofort

und brachten mich in die Klinik.

Dort wurde dann klar: Ich bin psychisch krank.“

Rückblickend betrachtet fallen Frau Mut einige Veränderungen in ihrem Verhalten auf, die schon vorab Hinweise auf ihre Krankheit gegeben hatten. In ihrem privaten Umfeld wurde sie häufig maßlos, schrieb beispielsweise ständig Nachrichten über das Handy an ihre Familie und Freunde. Außerdem gab sie viel Geld aus: Frau Mut kaufte etwa für die Geburtstagsfeier viel mehr ein als nötig und machte den Menschen in ihrem Umfeld häufig Geschenke. Dies ging so weit, dass es den Beschenkten sogar unangenehm wurde.

„An meinem Geburtstag hat es mich sehr mitgenommen, was alle zu mir gesagt haben. Und auch die Rückmeldung am nächsten Tag auf der Arbeit hat mich nachdenklich gestimmt. Als ich dann meine Sachen aus der Wohnung geschmissen habe, war ich so energiegeladen, dass ich gemerkt habe, dass ich an einem Punkt bin, an dem es einfach nicht mehr geht.“

Im Hinblick auf ihre berufliche Tätigkeit fielen zunächst keine Veränderungen auf. Im Nachhinein bemerkte Frau Mut, dass sie vieles neu angefangen und nichts richtig zu Ende gebracht hat.

„Ich konnte mich nicht mehr gut konzentrieren und bei dienstlichen Gesprächen fiel es mir schwer, zuzuhören. Auch getroffene Absprachen konnte ich nicht mehr einhalten. Außerdem fühlte ich mich ständig müde, kraftlos und erschöpft. Ich hatte ein großes Schlafbedürfnis; habe mich sogar oft zwischen meinen Terminen kurz ausgeruht.“

4.2 Handeln statt zögern – Unsicherheiten sind normal

Kaum jemandem fällt es leicht, Menschen auf deren Probleme anzusprechen. Sobald das Thema Psyche ins Spiel kommt, erhöhen sich die Unsicherheiten, und die Situation wird noch komplizierter. Um frühzeitig ins Gespräch zu kommen, empfiehlt es sich, die eigenen Unsicherheiten zu akzeptieren und als Gesprächseinstieg zu nutzen. Wichtig dabei ist es, den passenden Zeitpunkt und die richtigen Worte zu finden.

Wenn Mitarbeiter:innen aus Sicht von Vorgesetzten oder Kolleginnen und Kollegen Auffälligkeiten zeigen, die vermutlich mit psychischen Problemen in Verbindung stehen, stellen sich häufig Fragen wie diese:

- Bilde ich mir das ein, ist das vielleicht noch alles im „grünen Bereich“?
- Habe ich das Recht, etwas zu unternehmen? Oder wäre das überzogen und unangemessen?
- Wie lange soll ich warten, bevor ich aktiv werde? Löst sich das Problem vielleicht demnächst von alleine?
- Wie kann ich meine Sorgen um diese Person äußern, ohne dass eine peinliche Situation entsteht?

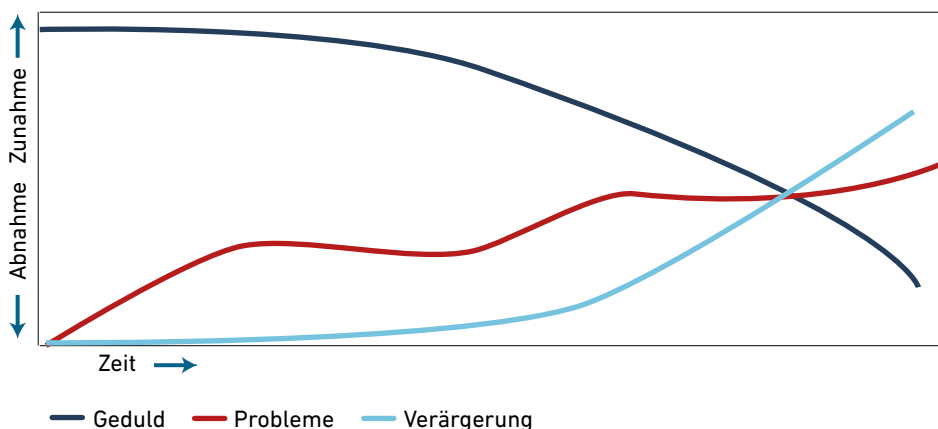
Seltener, aber noch brisanter, kommen solche kritischen Fragen auf:

- Wie hoch ist die Gefahr, dass die Person sich von meiner Ansprache gekränkt fühlt oder sich im schlimmsten Fall daraufhin etwas antut?
- Wie hoch ist möglicherweise das Aggressionspotenzial oder sogar die Gewaltbereitschaft bei der Person? Begebe ich mich selbst in Gefahr, wenn ich die Situation anspreche?

Unsicherheit kann lähmen

Diese Unsicherheit, eine Situation anzusprechen, schützt einerseits davor, vorschnell zu handeln. Aber aus der Verunsicherung heraus kann andererseits auch die Tendenz entstehen, eine Reaktion aufzuschieben. Befindet sich das betriebliche Umfeld in diesem Spannungsfeld, kommt häufig folgender Prozess in Gang:

Wann handeln?



Quelle: Systemberatung Gimbel

Gibt es Probleme mit einem oder einer Mitarbeiter:in, zeigen Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzte zunächst Geduld und Verständnis. Bei länger anhaltenden oder immer wieder aufflackernden Problemen erschöpft sich diese Haltung nach und nach. Vielmehr steigt die Ungeduld, die sich über Verärgerung bis hin zu Aggression und mobbingähnlichem Verhalten steigern kann. Ein solcher Prozess kann sich in Wochen oder Monaten abspielen, aber auch über Jahre hinziehen. Es liegt auf der Hand, dass die Lösungssuche zu Anfang einer Situation mehr Erfolg verspricht, als wenn zu lange gezögert wird und die Geduld im Umfeld erschöpft ist.

Welche Faktoren beeinflussen die Geduld positiv?

Verschiedene Aspekte haben Einfluss darauf, wie sich die Geduld im betrieblichen Umfeld bei Problemfällen entwickelt:

- War die Zusammenarbeit bislang zuverlässig und gut, so genießen die betreffenden Kolleginnen und Kollegen einen „Kredit“ des Wohlwollens in schwierigeren Zeiten.
- Vorgesetzte und Kolleginnen und Kollegen, die Vorerfahrungen mit psychischen Erkrankungen haben, können mit der Situation besser umgehen.
- Gute Arbeitsbedingungen erlauben, dass zusätzliche Belastungen durch die Schwierigkeiten der betroffenen Person zeitweise mitgetragen werden können.
- Im Idealfall arbeitet die betroffene Person selbst aktiv und deutlich wahrnehmbar an der Veränderung der Situation mit.

Welche Faktoren steigern die Ungeduld?

Gesteigerte Reizbarkeit kommt im betrieblichen Umfeld zum Beispiel auf,

- wenn sich die Probleme der Person auf die Gefühle der Menschen im Umfeld insofern auswirken, dass sich Kolleginnen und Kollegen etwa unangemessen oder übergriffig behandelt fühlen, sich starke Sorgen machen oder der betroffenen Person gar mit Angst gegenüberzutreten;
- wenn der Eindruck entsteht, die oder der Betroffene unternehme nichts zur Lösung seiner Probleme oder verstärke sie sogar noch durch seine Verhaltensweisen;
- wenn Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte jede Fehlzeit oder Leistungseinschränkung auffangen müssen und durch Vertretungsarbeit zusätzlich belastet werden.

Unsicherheit ist normal und darf formuliert werden!

Wann der passende Zeitpunkt für ein Gesprächsangebot gekommen ist, lässt sich nicht allgemein festlegen. Es gilt aber die Faustregel: lieber früher als später. Dabei hilft es, die eigene Unsicherheit als normale Reaktion zu akzeptieren. Eine Möglichkeit ist, diese Verunsicherung als Gesprächseinstieg zu nutzen:

„Ich habe mich lange gefragt, ob ich Sie auf [...] ansprechen darf. Aber ich habe die Sorge, dass Dinge problematischer werden, wenn ich es nicht tue.“

Sowohl zu Beginn als auch über das ganze Gespräch hinweg ist es wichtig, dass Vorgesetzte beziehungsweise Kolleginnen und Kollegen oder Interessenvertretung den Fokus auf die eigenen Eindrücke und Beobachtungen legen. Es geht nicht darum, recht haben zu wollen mit seiner Einschätzung, sondern ein Angebot zur Klärung von eventuell unterschiedlichen Wahrnehmungen zu machen. Die Akzeptanz des Gegenübers kann allerdings nicht erzwungen werden (siehe dazu auch 5.1).

Besondere Brisanz bei psychischen Problemen

Psychische Krisen gehen im sozialen Umfeld oft mit Unsicherheiten, Irritationen oder Befangenheit einher. Wird das Problem nicht kommuniziert, droht ein Teufelskreis zu entstehen: Die Mitmenschen sprechen kritische Verhaltensweisen aus Unsicherheit nicht an, reagieren aber mit zunehmender Reserviertheit, Unwillen oder gar Verärgerung. Die betroffene Person spürt dieses distanziertere Verhalten oder gar eisiger werdende Klima um sie herum; ihre psychische Verfassung wird dadurch weiter destabilisiert. Dies wiederum lässt die Umgebung noch mehr auf Abstand gehen – eine Kettenreaktion, die über kurz oder lang eskaliert.

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Vor dem Klinikaufenthalt gab es kein Gespräch zwischen Frau Mut und ihrem Arbeitgebende über die ersten Anzeichen ihrer Erkrankung. Das veränderte Verhalten war zwar im Perspektivgespräch aufgefallen, aber nicht offen angesprochen worden.

Über den ersten Klinikaufenthalt informierte Frau Muts Vater den Arbeitgeber. Dieser reagierte direkt auf die Arbeitsunfähigkeit und erkundigte sich regelmäßig bei den Eltern der Mitarbeiterin nach ihrem Gesundheitszustand. Im Zuge dessen berichtete der Arbeitgebende erstmals auch von den beobachteten Auffälligkeiten aus dem vorausgegangenen Perspektivgespräch.

Die Personalreferentin besuchte Frau Mut damals in der Klinik und führte mit ihr im Beisein der Klinikpsychologin und der Kliniksozialarbeiterin ein Gespräch.

„Bei dem Gespräch gab es die Initiative von der Personalabteilung, die für meine Gesundheit ganz besonders wichtig war: mich von der Dienstwohnung zu befreien, damit ich Dienstliches und Privates besser trennen kann.“

Ein Arzt wurde gebeten, ein Gutachten zu erstellen. Daraus ergab sich, dass Frau Mut eine Trennung von dienstlichem und privatem Umfeld benötigte und deshalb nicht weiter in ihrer bisherigen Wohnung leben können würde.

„Ich hatte dies meinem Arbeitgebende gegenüber bereits angedeutet. Meine Wohnung war für andere Menschen zugänglich. Ich hatte somit keinen privaten Rückzugsort und selten meine Ruhe. Ich glaube, das war ein großer Grund für den Ausbruch meiner Krankheit.“

Neben dieser wichtigen Sofortmaßnahme wurden weitere Schritte eingeleitet, die Frau Mut den beruflichen Alltag zukünftig erleichtern und der

Krankheit entgegenwirken sollten:

- Frau Mut wurde versetzt.
- Ihr kollegiales Umfeld wurde auf ihre Erkrankung vorbereitet.
- Es erfolgte eine Untersuchung durch den Betriebsarzt.
- Regelmäßige Telefonate mit der Personalabteilung stellen die Fortschritte sicher und dienen dazu, neue Potenziale zu besprechen und weitere Schritte zu planen.
- Ein BEM-Verfahren mit kontinuierlichen Gesprächen wurde eingeleitet.
- Frau Mut wurde von der Dokumentationspflicht ihrer Arbeitszeit, die sie sehr unter Druck setzte, befreit. Seitdem arbeitet sie auf Vertrauensbasis.
- In der Regel findet bei dem Arbeitgebende ein turnusmäßiger Stellenwechsel statt. Diese „Befristung der Stelle“ und die Aussicht auf anstehende Veränderungen bedeuteten ebenfalls erheblichen Druck für Frau Mut. Aufgrund dessen hat ihr Arbeitgebende ihr ermöglicht, für einen längeren Zeitraum auf der aktuellen Stelle bleiben zu können. Dies gibt ihr Sicherheit und Stabilität. Im Rahmen ihrer Therapie sprach Frau Mut mit ihrer behandelnden Ärztin häufig über die Themen Arbeitsplatz, Umgang mit Kolleginnen und Kollegen und Kommunikation der Krankheit. In diesem Zusammenhang empfahl ihr die Therapeutin die Kontaktaufnahme zum Integrationsfachdienst.

„Durch die Gespräche mit dem Integrationsfachdienst ist mir bewusst geworden, dass ich gar nicht weiß, welche Rechte ich einfordern und welche Hilfestellungen ich bekommen kann. Die Beratung hat mich darin sehr gestärkt.“

4.3 Psychische Erkrankung, Behinderung und Schwerbehindertenausweis

Psychische Erkrankungen und Behinderungen: Begriffsbestimmungen

In der Arbeitswelt sind psychische Erkrankungen längst keine Seltenheit mehr. Sie machten im Jahr 2018 über 15 Prozent des Gesamtkrankenstands aus und stehen damit an dritter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten (DAK-Gesundheitsreport 2019).

Die deutliche Zunahme psychischer Erkrankungen hängt aber nicht unbedingt nur mit steigender Belastung im Arbeits- und Alltagsleben zusammen. Einen weiteren Grund sehen Fachleute darin, dass psychische Beschwerden heute mehr Aufmerksamkeit genießen – von den Betroffenen selbst wie auch von medizinischer Seite und anderen Stellen. Hinzu kommt, dass die gesellschaftliche Akzeptanz für psychische Erkrankungen gestiegen ist. Die betroffenen Menschen werden eher ernst genommen und haben mehr Möglichkeiten, professionelle Hilfe zu erhalten.

Ebenso wie die Übergänge zwischen seelischer Gesund- und Krankheit fließend sind, sind sie es auch zwischen seelischen Erkrankungen und psychischen Behinderungen. Gemeint ist: Ein Mensch, der als krank bezeichnet wird, hat immer auch gesunde Anteile.

Und: Entwicklungen sind in beide Richtungen möglich. Jemand, der heute gesund ist, kann zu einem späteren Zeitpunkt psychisch erkranken und in der Folge – bei längerer Dauer – eine psychische Behinderung davontragen. Aber auch umgekehrt gilt: Wer einmal psychisch krank oder behindert war, kann wieder genesen und ohne besondere Symptome und Schwierigkeiten am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

Auf diese individuelle Fähigkeit zur uneingeschränkten Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen bezieht sich die Definition von Behinderung, wie sie auf Grundlage einer Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der neueren Sozialgesetzgebung verwendet wird. Es geht nicht mehr wie bisher um die Bestimmung vorliegender Defizite. Eine Behinderung ergibt sich jetzt aus der – nicht nur vorübergehend bestehenden – Einschränkung der Teilhabemöglichkeiten aufgrund individueller Einschränkungen.

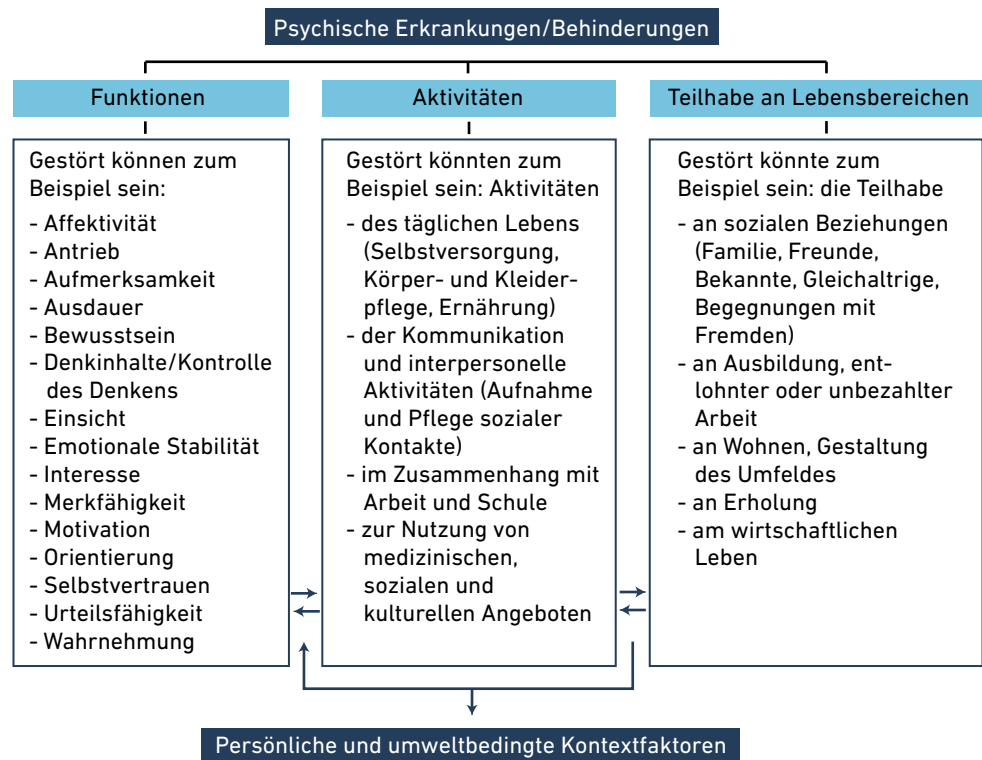
Definition: Behinderung

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“
(§ 2 Absatz 1 Sozialgesetzbuch [SGB] IX).

Viele Betroffene und ihre Angehörigen, aber auch manche Fachleute meiden jedoch den Begriff der Behinderung, weil sie ihn als stigmatisierend und als abwertend empfinden. Sie sprechen bevorzugt von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung.

Psychische Erkrankungen und Behinderungen: mögliche Folgen, Auswirkungen und Wechselwirkungen

Psychische Erkrankungen/Behinderungen



Unabhängig von der jeweiligen Krankheit sprechen Fachleute generell von einer Episode, wenn die Erkrankung bisher nur einmal im Leben eines Menschen aufgetreten ist. Eine erstmals auftretende Depression wird entsprechend als depressive Episode bezeichnet.

Wird derselbe Befund jedoch zum zweiten Mal diagnostiziert, gilt er als „Störung“ – eine Person leidet etwa unter einer depressiven Störung. Bleibt die Krankheit für einen längeren Zeitraum bestehen, wird dies durch den Begriff der anhaltenden Störung zum Ausdruck gebracht.

Seelische Behinderung und Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft

Dass auch eine seelische Behinderung die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises rechtfertigt, ist oft nicht bekannt, und der Antrag bedeutet für viele eine noch größere Hürde als bei körperlichen Erkrankungen. Für Hilfen des Inklusionsamtes sowie grundsätzlich auch die Beratung durch den IFD ist der Schwerbehindertenausweis aber unabdingbar.

Anerkannte Schwerbehinderung

Viele der in dieser Publikation genannten Hilfs- und Beratungsangebote gelten ausschließlich für schwerbehinderte oder ihnen gleichgestellte Menschen. Wer als schwerbehindert anerkannt ist, erhält einen Schwerbehindertenausweis, der einen Grad der Behinderung von 50 oder mehr bescheinigt. Die Anerkennung erfolgt auf Antrag durch die für das Anerkennungsverfahren zuständige Stelle bei Stadt- und Kreisverwaltungen.

Gesetzlich geregelt sind die Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf im Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX). Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) in Zehnergraden bis 100 festgestellt. Bei dieser Einstufung geht es um das Ausmaß der Beeinträchtigung, nicht um deren Art oder Ursache. Auch seelisch behinderte Menschen können daher zum besonders geschützten Personenkreis der schwerbehinderten Menschen gehören. Als solche dürfen sie persönliche Nachteilsausgleiche wie zum Beispiel Steuervergünstigungen und eine Reihe von Förderleistungen des LWL-Inklusionsamts Arbeit in Anspruch nehmen.

Die Unterstützung durch Integrationsfachdienste kann jedoch auch unabhängig von der Schwerbehinderteneigenschaft in Anspruch genommen werden, wenn der im Einzelfall zuständige Träger der Rehabilitation – zum Beispiel die Arbeitsagentur oder die Deutsche Rentenversicherung – den IFD beauftragt.

Förderungen für gleichgestellte Menschen

Gleichstellung

Menschen mit einem Grad der Behinderung von 30 oder 40 können schwerbehinderten Personen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz bekommen können oder ihren Arbeitsplatz verlieren würden (§ 2 Absatz 3 SGB IX). Als Gleichgestellte können sie – bis auf den Zusatzurlaub, die vorgezogene Altersrente und die kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr – die besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen in Anspruch nehmen (§ 151 Absatz 3 SGB IX). Damit können auch diese Betroffenen von den Unterstützungsmöglichkeiten des LWL-Inklusionsamts Arbeit profitieren. Einen Gleichstellungsbescheid erteilt die zuständige Agentur für Arbeit auf Antrag.

Ärztliche Begutachtung ist Grundlage für Anerkennung

Kriterium im Anerkennungsverfahren: Bewertung der Folgen der Behinderung für die Teilhabe

Bei der amtlichen Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft geht es um eine Einschätzung der behinderungsbedingten Einschränkungen und deren Folgen für die gesellschaftliche Teilhabe. Die Bewertung erfolgt auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen Katalogs von Begutachtungsrichtlinien („Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“), der vom Ärztlichen Sachbeirat beim Bundesgesundheitsministerium erarbeitet und regelmäßig fortgeschrieben wird. Danach kann je nach Schwere der seelischen Störung oder Behinderung und der damit verbundenen Auswirkungen im Alltag und am Arbeitsplatz – etwa auf die Fähigkeit zu sozial angepasstem Verhalten – ein Grad der Behinderung von bis zu 100 festgestellt werden. Der Grad der Behinderung sagt jedoch nichts über die berufliche Leistungsfähigkeit eines Menschen aus.

Schwierigkeiten bei der amtlichen Anerkennung der Schwerbehinderung

Seelische Erkrankungen sind jedoch häufig nicht so leicht und einheitlich zu erfassen und in ihren Auswirkungen für die Teilhabemöglichkeiten zu bewerten wie körperliche Behinderungen und Krankheiten. Daher haben Menschen mit psychischen Störungen mitunter Schwierigkeiten, als schwerbehindert anerkannt zu werden.

Zudem tun sich mitunter gerade Menschen mit einer seelischen Erkrankung schwer, einen Antrag auf Anerkennung ihrer Schwerbehinderung zu stellen. Manchen fehlt aus Gründen, die in ihrer Behinderung liegen, die entsprechende Fähigkeit zur Einsicht. Andere fürchten sich vor einer gesellschaftlichen Stigmatisierung – davor, als verrückt abgestempelt zu werden, wenn ihre Behinderung durch den offiziellen Ausweis und Status bekannt wird.

Anerkennung der Behinderung bedeutet Schutz und Förderung

Hier kann es Aufgabe der Schwerbehindertenvertretung oder des Integrationsfachdienstes sein, die seelisch erkrankte Person im Hinblick auf eine Antragstellung zu beraten und deutlich zu machen, dass mit der amtlichen Anerkennung ein besonderer Schutz und zahlreiche Fördermöglichkeiten verbunden sind.

In wenigen begründeten Ausnahmefällen kann das LWL-Inklusionsamt Arbeit bei der finanziellen Förderung für Arbeitgebende oder schwerbehinderte Menschen auch auf diesen Nachweis verzichten. Dies ist dann der Fall, wenn dem schwerbehinderten Menschen behinderungsbedingt – zurzeit – nicht zugemutet werden kann, einen Anerkennungsantrag zu stellen. Der zuständige Integrationsfachdienst informiert und berät, wie in solchen Einzelfällen verfahren werden kann.

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Der Integrationsfachdienst machte Frau Mut 2018 erstmals darauf aufmerksam, dass sie einen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung stellen kann.

„Für mich war ein schwerbehinderter Mensch immer jemand, der sichtbar auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Dass meine eigene psychische Erkrankung eine Behinderung ist, war mir bis zu dem Gespräch mit dem Integrationsfachdienst überhaupt nicht bewusst.“

Sie entschloss sich, den Antrag gemeinsam mit dem Integrationsfachdienst zu stellen. Daraufhin wurde ein Grad der Behinderung von 40 festgestellt. Im Rahmen eines zweiten Antrages erhielt Frau Mut zusätzlich noch eine Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen durch die Agentur für Arbeit.

„Die Begründung des Antrags war für mich sehr schwierig. Ich habe mich gefühlt, als würde ich meine eigene Berufsunfähigkeit feststellen oder

meine eigene Kündigung schreiben.“

Heute ist Frau Mut froh, diesen Schritt gegangen zu sein. Die Feststellung eines Grades der Behinderung war für sie eine Bestätigung und Anerkennung ihrer Erkrankung von anderer Stelle. Zudem verleiht ihr die festgestellte Gleichstellung ein Gefühl von Sicherheit, da sie weiß, dass die Gleichstellung ihrem Arbeitgebende eine Kündigung erschwert. Diese Tatsache beruhigt sie in den akuten Phasen ihrer Erkrankung.

„Ich habe keine materiellen oder finanziellen Veränderungen benötigt. Mir ging es in erster Linie darum, klarzustellen, wie mein Gesundheitszustand ist. Auf dem Papier stehen zu haben, wie die Situation ist, hilft mir sehr.“

Ein weiterer positiver Effekt der Gleichstellung ist der verlängerte Betreuungszeitraum durch den Integrationsfachdienst.

4.4 Die Verantwortung des Arbeitgebenden und deren Grenzen

Arbeit darf möglichst nicht psychisch krank machen. Das fordert seit 1996 das Arbeitsschutzgesetz. Die Umsetzung dieser Auflage ist jedoch nicht immer einfach. Gefährdungsbeurteilungen sind ein möglicher Schritt hin zu diesem Ziel. Durch ein gutes Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) lassen sich Betroffene in vielen Fällen wieder stabil beschäftigen. Psychische Erkrankungen können aber auch so schwerwiegend und dauerhaft sein, dass eine weitere Beschäftigung im Betrieb nicht mehr möglich ist.

Fürsorgepflicht des Arbeitgebenden

Gesetzliche Grundlagen der Verantwortung des Arbeitgebenden

Der Arbeitgebende unterliegt für alle Beschäftigten einer Fürsorgepflicht (§ 241 Absatz 2 BGB). Auf eine Behinderung hat er besonders Rücksicht zu nehmen (§ 106 Satz 3 GewO). Er hat „die Arbeit so zu gestalten, dass eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird. [...] Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen“ (§ 4 Arbeitsschutzgesetz).

In § 5 des gleichen Gesetzes werden Arbeitgebende verpflichtet, „durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind“. Seit Oktober 2013 fallen hierunter ausdrücklich auch psychische Belastungen bei der Arbeit (siehe dazu 3.1). Schließlich wird in § 7 unter „Pflichten des Unternehmers“ ausgeführt, dass er „Versicherte, die erkennbar nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit dieser Arbeit nicht beschäftigen“ darf.

Mit § 167 Absatz 2 BTHG (SGB IX) sind Arbeitgebende zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements mit allen Mitarbeiter:innen verpflichtet, die innerhalb der letzten zwölf Monate länger als sechs Wochen arbeitsunfähig waren. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Schwerbehinderung vorliegt (siehe 5.2).

Prävention

Für schwerbehinderte Menschen wird außerdem ein weiteres präventives Handeln in § 167 Absatz 1 SGB IX gefordert: „Der Arbeitgebende schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in § 176 genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.“ (Siehe auch 3.)

Ansprüche von schwerbehinderten Beschäftigten

Auch für die Art und Weise der Beschäftigung wurden dem Arbeitgebenden bei schwerbehinderten Menschen gesetzliche Auflagen erteilt (§ 164 Absatz 4 SGB IX):

„Die schwerbehinderten Menschen haben gegenüber ihren Arbeitgebern Anspruch auf

1. Beschäftigung, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln können,

2. bevorzugte Berücksichtigung bei innerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung zur Förderung ihres beruflichen Fortkommens,

3. Erleichterungen im zumutbaren Umfang zur Teilnahme an außerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung,

4. behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten einschließlich der Betriebsanlagen, Maschinen und Geräte sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit unter besonderer Berücksichtigung der Unfallgefahr,

5. Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen.“

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Zum Umgang mit der Krankheit und den Einschränkungen führt Frau Mut mit ihrem Arbeitgebende und dem Integrationsfachdienst regelmäßige Gespräche. Dabei werden Absprachen getroffen, die ihr dabei helfen, den Arbeitsalltag zu meistern. Die entsprechenden Maßnahmen sind darauf ausgelegt, die Krankheit nicht weiter zu begünstigen.

Allerdings sind die Absprachen nicht abschließend. In regelmäßigen Abständen bespricht sie gemeinsam mit ihrem Arbeitgeber, welche Maßnahmen sie unterstützen können. Beide Seiten sind dabei sehr offen und kooperativ.

Bislang wurden folgende Vereinbarungen getroffen:

- Frau Mut ist von der Dienstwohnung in eine private Wohnung gezogen.
- Sie hat nun ein eigenes Büro, in dem die Möglichkeit besteht, sich bei Bedarf zurückzuziehen.
- Frau Mut hat überschaubare und klar definierte Aufgaben erhalten.

- Die Strukturen wurden klarer definiert. Beispielsweise gibt es nur noch eine Person, die ihr Aufgaben zuteilt.
- Es wurden Vereinbarungen zum fairen Umgang miteinander getroffen. Darin wird sichergestellt, dass Frau Mut in gesunden Phasen nicht „in Watte gepackt“ wird. Dies ist ihr persönlich sehr wichtig.
- Es werden regelmäßige Gespräche (alle drei Monate) zwischen Frau Mut, ihrem Vorgesetzten und dem Integrationsfachdienst sowie mit der Personalabteilung geführt.

Das Verhältnis zwischen Frau Mut und ihrem Arbeitgebende ist durch einen stetigen Austausch geprägt. Dieses Netzwerk ist für sie sehr wichtig, um gemeinsam bestmöglich mit ihrer Erkrankung umgehen zu können.

Die investierte Zeit ist für den Arbeitgebende im Nachhinein gut investiert, da Frau Mut dadurch eine bessere Arbeitsleistung erbringen kann und seltener erkrankt.

4.5 Die Verantwortung der oder des Betroffenen und deren Grenzen

Psychische Erkrankungen vermögen Menschen zeitweise so einzuschränken, dass sie ihre vertraglichen Verpflichtungen als Arbeitnehmer:innen nicht erfüllen können. Aber psychisch erkrankte Menschen sind nicht von jeder Verantwortung befreit. Kümmern sie sich nicht auch selbst um die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit, kann ihr Arbeitsplatz in Gefahr geraten.

Bei einer körperlichen Erkrankung stehen einem Menschen seine psychischen Fähigkeiten zur Bewältigung der Krankheitssituation und -folgen zur Verfügung. Im Falle von psychischen Störungen ist jedoch gerade diese Bewältigungsfähigkeit selbst beeinträchtigt. Berufstätige mit psychischen Erkrankungen sind aber auch Arbeitnehmer:innen – mit allen Rechten und Pflichten.

Schwierig wird es, wenn sich Betroffene – gegebenenfalls krankheitsbedingt – trotz Krisensituation nicht in Behandlung begeben oder nicht um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kümmern. Geht eine betroffene Person trotz psychischer Krise zur Arbeit, obwohl Grundfähigkeiten wie Pünktlichkeit, Ausdauer und Genauigkeit beeinträchtigt oder Initiative und Motivation nicht im ausreichenden Maße vorhanden sind, kann sie ihre Verpflichtungen aus dem Arbeitsvertrag nur unzureichend erfüllen und muss im ungünstigen Fall mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Jede oder jeder Beschäftigte muss auch ein gewisses Maß an sozialer Integrationsbereitschaft und sozialer Sensibilität aufbringen sowie ein Mindestmaß an normgerechtem Verhalten erbringen können, beispielsweise bei Kleidung, Körperpflege und Umgangsformen. Ist sie oder er dazu – gegebenenfalls krankheitsbedingt – nicht in der Lage, bemüht sich aber auch nicht um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, droht die Situation für alle Beteiligten sehr belastend zu werden. Dies kann leicht zur Gefährdung des Arbeitsplatzes der oder des Betroffenen führen.

Inwieweit die Geduld der Umgebung strapazierbar und die Ungeduld oder gar Verärgerung möglichst gering bleibt (siehe Schaubild Kapitel 4.2), ist von Betroffenen in gewissem Umfang mit beeinflussbar.

Beispiele: Wer – gegebenenfalls krankheitsbedingt – keine ausreichende Kraft zur persönlichen Körperpflege hat und trotzdem am Arbeitsplatz auftaucht, stößt schnell auf intensive Ablehnung im Kolleginnen und Kollegenkreis. Wer – gegebenenfalls krankheitsbedingt – sein Mitteilungsbedürfnis nicht regulieren kann oder kein ausreichendes Gefühl für angemessene Nähe und Distanz hat, wird zunehmend gemieden.

Bemühen um Unterstützung

Zur Verantwortung der Betroffenen gehört es also, sich um Behandlung und Unterstützung zu bemühen, sich arbeitsunfähig zu melden, wenn sie gesundheitlich den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gewachsen sind und Hinweise beziehungsweise Ratschläge, beispielsweise von Vorgesetzten oder der Interessenvertretung, nicht einfach zu übergehen.

Leider wird die Übernahme von Eigenverantwortung für Betroffene aber dadurch erschwert, dass notwendige Hilfen – wie etwa eine ärztliche oder psychotherapeutische Konsultation – nur mit langen Wartezeiten erhältlich sind.

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Frau Mut hat durch ihren Arbeitgebende die Möglichkeit erhalten, selbst an der Umgestaltung ihres Arbeitsplatzes und der Arbeitsinhalte mitzuwirken.

Gemeinsam nutzen sie ihre regelmäßigen Gespräche, um sich über die aktuelle Situation auszutauschen und weitere Maßnahmen und Handlungsmöglichkeiten zu besprechen. Die gemeinsam getroffenen klaren Absprachen werden im Anschluss von beiden Seiten verbindlich und

zeitnah umgesetzt. Für Frau Mut sind diese Absprachen sehr wichtig, da sie auf diese Weise selbst Einfluss auf die Gestaltung ihrer täglichen Arbeit nehmen kann.

„Ich bekomme also nichts vorgeschrieben, sondern der Arbeitgebende gibt eine Empfehlung, auf die ich reagieren kann. Das ist für beide Seiten sehr, sehr wichtig.“

4.6 Leitlinien für den Umgang mit Betroffenen im Betrieb

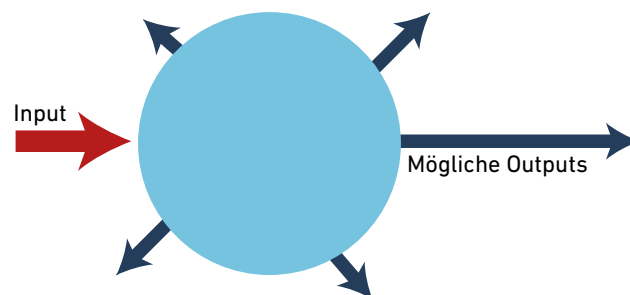
Für den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen gibt es keine Anleitung oder Checkliste. Zu individuell ist jede oder jeder Einzelne und gleichermaßen muss die Situation, in der sich die betroffene Person befindet, jeweils individuell betrachtet werden. Aber es gibt Leitlinien, an denen man sich orientieren kann.

In unserer technisch geprägten Welt sind wir stark beeinflusst von einem Denken, das klare Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung unterstellt. Ein einfaches Beispiel: Wenn wir eine Toastscheibe in einen Toaster geben, einen Bräunungsgrad einstellen und das Gerät anschalten, erwarten wir ein eindeutiges Ergebnis: einen Toast, wie wir uns ihn gewünscht haben. Ist das nicht der Fall, gibt es dafür eindeutige Erklärungen: Der Schalter war zu hoch oder zu niedrig eingestellt oder das Gerät ist defekt.

Vereinfachte Vorstellung von Ursache und Wirkung

Eine solche Vorstellung von Ursache und Wirkung übertragen wir – vielfach unbewusst – auch auf den Umgang mit Menschen. Wir suchen nach der Ursache für ein Problem und denken, auf diese Weise komme man der Lösung näher. Dabei stoßen wir bei unseren Mitmenschen aber auf ein lebendiges System, gewissermaßen eine Blackbox. Jede oder jeder von uns reagiert auf Inputs von außen auf seine jeweilige spezifische Art und Weise.

Der Mensch ist keine Maschine



Quelle: Systemberatung Gimbel

Es gibt kein Allheilmittel

Deshalb kann eine bestimmte Umgangsweise mit Menschen in dem einen Fall richtig und gut sein und das gleiche Vorgehen bei einer anderen Person zu völlig unerwünschten Ergebnissen führen. Für den Umgang mit Menschen generell, insbesondere aber für Menschen in einer psychischen Krise, gibt es deshalb kein eindeutiges „Rezept“. Das macht die Arbeit von Führungskräften, Betriebsräten und Vertrauenspersonen besonders in Bezug auf Menschen in psychischen Krisen so anspruchsvoll. Dennoch gibt es Grundsätze und Leitlinien, die dabei helfen können, trotz der Ungewissheit handlungsfähig zu bleiben oder zu werden.

LEITLINIE 1:**Menschen in psychischen Krisen brauchen alles, was andere Menschen auch brauchen – nur noch dringender**

Menschen in seelischen Krisen brauchen gewöhnlich all das, was jedem von uns guttut: Respekt, Wertschätzung, Kontakt, Anerkennung, Zugehörigkeit, Freundlichkeit, Sicherheit, Verlässlichkeit und Ähnliches mehr – nur eben besonders dringend.

LEITLINIE 2:**Verhandeln statt behandeln**

Diese Forderung seitens der Betroffenen richtet sich zunächst an diejenigen, die Menschen in Krisen professionell behandeln und unterstützen. Ihre Botschaft: Sprecht mit uns, hört euch unsere Überlegungen an und teilt uns eure Überlegungen mit. So kann verhandelt werden, was die nächsten Schritte sein können, ohne dass über die Köpfe von Betroffenen hinweg entschieden wird, was gut für sie sein soll. Diese Leitlinie lässt sich auf den betrieblichen Alltag übertragen: Im Gespräch mit dem Betroffenen ist es geraten, auf Augenhöhe alle Überlegungen zu diskutieren und gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

LEITLINIE 3:**Was kränkt, macht krank**

Menschen in schwierigen Situationen sind häufig empfindlicher als Menschen, deren Lage stabil ist. Bestimmte Bemerkungen und vor allem Kränkungen treffen sie besonders hart und können sie sehr verletzen. Deswegen ist ein freundlicher, mindestens aber respektvoller und vorsichtiger Umgang mit betroffenen Personen angeraten und zielführend, um an ihrer Stabilisierung mitzuwirken.

LEITLINIE 4:**Klarheit schaffen, ohne zu verletzen**

Klarheit bedeutet, dass Betroffene nicht in Watte gepackt werden müssen. Realitäten, Entscheidungen, Entwicklungen oder Grenzen – auch wenn sie nicht den Wünschen der entsprechenden Person nachkommen – müssen mitgeteilt beziehungsweise angesprochen werden. Dies können überhöhte Erwartungen oder Pläne der Betroffenen sein, die mit der betrieblichen Realität nicht vereinbar sind. Auch eventuell unangenehme Themen, wie zum Beispiel für das Umfeld schwierige Verhaltensweisen der betreffenden Person, müssen – natürlich ohne zu kränken – besprochen werden. Nur so können in der gemeinsamen Verhandlung Lösungen gefunden werden.

Veranschaulichen lässt sich das an folgendem Beispiel:

Eine oder ein Mitarbeiter:in gerät durch eine Trennung in einen Zustand tiefer Verzweiflung. Trotz dieser Situation versucht die Person, ihre Arbeit zu bewältigen. Dafür braucht sie ihre gesamte Energie. Für ihr Privatleben hat sie keine Kraft mehr, auch nicht für Pflege der Kleidung und die notwendige Körperpflege. Über kurz oder lang macht sich das durch unangenehmen Geruch bemerkbar, was die Umgebung auf Abstand gehen lässt. Aus Sicht der betroffenen Person ist völlig unverständlich, wieso sich die anderen so distanziert verhalten. Wenn sich dann niemand findet, der das Problem offen und wohlwollend anspricht, entsteht ein Teufelskreis.

LEITLINIE 5:**Langsam schnell zum Ziel kommen**

Am Arbeitsplatz ist Zeit in aller Regel knapp. Aber beim Umgang mit Menschen in Krisensituationen ist es häufig zeitsparender, von Anfang an mehrere Termine zur Klärung einzuplanen, als im ersten Gespräch auf ein schnelles Ergebnis zu drängen. Diskussionen dürfen offen enden, sodass sich alle Beteiligten die besprochenen Inhalte noch einmal durch den Kopf gehen lassen können. Dieses – zunächst etwas aufwendigere Vorgehen – kann verhindern, dass vorschnelle Vereinbarungen getroffen werden, die nicht den gewünschten Effekt haben und mit viel (Zeit-) Aufwand korrigiert werden müssen.

LEITLINIE 6:**Nicht in die eigenen Lösungsvorstellungen verlieben**

Jede oder jeder hat einen eigenen Blick auf eine Situation und entwickelt eigene Vorstellungen dazu, wie eine Lösung aussehen könnte. Alsdann passiert es häufig, dass Interessenvertretungen oder Vorgesetzte vehement für ihren Weg werben. Von Betroffenen kann es als starker Druck empfunden werden, diese vorgeschlagene Lösung zu akzeptieren. Das kann zu einer ungünstigen Psychodynamik führen: Aus Sorge, die Führungskraft zu verärgern, willigt die oder der Betroffene ein, ohne dahinterzustehen. Deswegen ist es besser, eigene Ideen vorsichtig als Vorschläge einzubringen und gemeinsam das Für und Wider zu beraten. Offenheit für die Lösungsvorschläge der oder des Betroffenen ist angezeigt.

Acht Grundregeln zum Umgang mit seelisch kranken oder behinderten Menschen

Ergänzend zu den Leitlinien lassen sich einige Grundregeln für den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen formulieren.

1. Klarheit und Transparenz der Arbeitssituation

Die Arbeitsaufgaben und Abläufe sind klar und verständlich für die oder den Betroffene:n. Es ist besprochen, wohin sie oder er sich bei Fragen wenden kann. Bei geplanten Veränderungen wird die betreffende Person rechtzeitig informiert.

2. Personelle Kontinuität, stabile Beziehungen

Es gibt eine feste Person, die der oder dem Betroffenen möglichst konstant als Ansprechpartner:in zur Verfügung steht. Das kann jemand aus dem Kollegenkreis, die oder der Vorgesetzte, die Vertrauensperson des Schwerbehinderten oder auch ein Mitglied des Betriebs- oder Personalrats sein. Stabile und verlässliche Beziehungen am Arbeitsplatz werden angestrebt.

3. Konzeptionelle Kontinuität, Klarheit über Ziele und Schritte

Die oder der Betroffene weiß zu jeder Zeit, welche Maßnahmen in Bezug auf die Lösung der Probleme am Arbeitsplatz geplant sind. Im Hinblick auf die Arbeitsaufgaben und mögliche Lösungsschritte aus der seelischen Krise werden mit der oder dem Betroffenen klare Prioritäten und Ziele verhandelt und vereinbart. Die möglichen positiven und negativen Konsequenzen sind transparent. Faustregel: kleine Schritte, Einvernehmen herstellen.

4. Beteiligung der Betroffenen, Verhandlungslösungen

Bei der Erarbeitung von betrieblichen Lösungswegen im Umgang mit der seelischen Krise sind die Betroffenen immer beteiligt. Die Vorstellungen und Vorschläge der verschiedenen Akteurinnen und Akteure werden in gemeinsamen Verhandlungen abgestimmt und zu konsensuellen Lösungen weiterentwickelt. Eine Abstimmung über das Arbeitsfeld hinaus zum Vorgehen im medizinischen und privaten Bereich wird angestrebt.

5. Klarheit und Eindeutigkeit der Kommunikation

Alle Beteiligten bemühen sich um transparente, klare und eindeutige Kommunikation mit der oder dem Betroffenen ohne Ironie, Anspielungen, Doppeldeutigkeiten und Ähnliches. Ein Ja bedeutet ja, ein Nein bedeutet nein. Sämtliche Beteiligten einschließlich der betroffenen Person achten auf einen gleichen Informationsstand untereinander.

6. Vermeidung von Über- oder Unterforderungen

Die Anforderungen an die betroffene Person werden den jeweiligen Leistungsfähigkeiten angepasst. Dazu werden, eventuell zeitlich befristet, gegebenenfalls flexible Regelungen geschaffen. Über diese Absprachen und mögliche Grenzen der Flexibilität herrscht Klarheit bei allen Beteiligten, die sich darüber hinaus bemühen, emotional belastende Anforderungen für die betroffene Person zu vermeiden.

7. Akzeptanz des Andersseins

Das soziale Umfeld respektiert Symptome oder Verhaltensweisen von psychisch kranken oder behinderten Mitarbeiter:innen als Ausdruck individueller Eigenheit beziehungsweise Folge der Erkrankung und vermeidet abwertende Kommentare oder verbale Stigmatisierungen. Andererseits haben Kolleginnen und Kollegen oder Mitarbeiter:innen auch die Möglichkeit, gegenüber der Führungskraft und gegebenenfalls auch gegenüber der betroffenen Person ihre Akzeptanzgrenzen in angemessener Form deutlich zu machen.

8. Aufmerksamkeit und fachliche Beratung

Vorgesetzte und Kolleginnen und Kollegen nehmen psychisch auffällige Verhaltensweisen wahr und reagieren durch offene, angemessene Thematisierung. Dabei bleiben sie in ihrer Rolle und übernehmen keine therapeutische Funktion. Die Führungskraft lädt die betroffene Person zum Vier-Augen-Gespräch, bei dem sie ihre Wahrnehmungen vorstellt und das Gegenüber um seine Sicht der Dinge bittet. Bei der Erarbeitung weitergehender Lösungsstrategien empfiehlt sich die Beratung durch den Integrationsfachdienst (IFD).

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Frau Mut nimmt die regelmäßigen Gespräche mit ihrem Arbeitgebende als Bereicherung für ihre berufliche Situation wahr. Die Unterredungen sind immer sehr offen und reflektiert. Sie geben ihr das Gefühl, dem Arbeitgebende wichtig zu sein und zeigen das Interesse des Arbeitgebers an ihrer Gesundheit.

Besonders wichtig ist ihr der offene Umgang mit Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten:

„Ich erfahre durch meine Kolleginnen und Kollegen ganz große Unterstützung und Wertschätzung meiner Person.“

Doch diese Offenheit fiel ihr nicht von Anfang an so leicht. Sich ihrem Vorgesetzten anzuvertrauen, war ein großer Schritt für sie. Rückblickend würde sie ihn Menschen in ähnlichen Situationen jedoch immer empfehlen, da der Vorgesetzte daraufhin besser einschätzen kann, wie belastbar die betroffene Person ist. Somit kann er entsprechend reagieren und die Arbeitsinhalte gegebenenfalls anpassen.

Für das Gespräch mit dem Vorgesetzten kann eine neutrale Person (wie beispielsweise die Fachkraft des Integrationsfachdienstes) unterstützend hinzugezogen werden.

„Es ist wichtig, die Krankheit anzunehmen.“

Frau Mut setzt sich täglich mit ihrer Krankheit auseinander. In ihrem Tagebuch hat sie ihrer

Depression und der Manie ein Bild gegeben. Für die Manie zeichnete sie eine Tangotänzerin. Diese tritt kraftvoll und dynamisch auf und verkörpert die manischen Phasen. Für die Depression wählte sie eine Dame in Schwarz.

Durch diese tägliche Betrachtung gelingt es ihr, die Krankheit anzunehmen. Frau Mut konnte akzeptieren, dass die Krankheit sie fortan ein Leben lang begleiten wird.

Des Weiteren hält sie soziale Netzwerke für den Umgang mit der Krankheit für besonders wichtig. Betroffene sollten sich ein Netzwerk aus professioneller Hilfe (wie beispielsweise dem Integrationsfachdienst, Ärztinnen und Ärzte und Therapeut:innen) aufbauen. Frau Mut ist im Verlauf ihrer Krankheit klar geworden, dass besonders das Vertrauen in die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtig ist. Mangelt es daran, sollten sich Betroffene unbedingt eine neue medizinische Betreuung suchen, um die Genesung nicht zu gefährden.

Auch das soziale Netzwerk aus Familie und Freundschaften sollte gut gepflegt werden. Die Personen im privaten Umfeld können Signale erkennen und besser mit der Krankheit umgehen.

„Das Netzwerk ist wirklich wie ein Netz, das mich auffängt. Da kann man sich einfach auch mal fallen lassen.“

4.7 Informationen und Gesprächsangebote an die Kolleginnen und Kollegen im Umfeld

Psychische Erkrankungen eines Menschen können auch bei den Personen in der Umgebung starke Emotionen auslösen: übergroßes Mitleid und Besorgnis, aber auch Ungeduld und Ärger oder Angst. Gerade Kolleginnen und Kollegen von psychisch erkrankten Menschen brauchen Unterstützung, um angemessen mit der Situation umzugehen.

Das allgemeine Klima im Kolleg:innenkreis und der Umgang mit dem Thema psychische Krankheit haben eine wichtige Bedeutung für die Frage nach den Arbeitsplatzperspektiven der oder des psychisch Erkrankten.

Nur so viele Informationen wie nötig

Welche Informationen erhalten die Kolleginnen und Kollegen?

Dabei geht es zunächst um die Frage der direkten Kommunikation zwischen betroffener Person und Kolleginnen und Kollegenkreis. Betroffene sollten mit ihren Vorgesetzten oder der Interessenvertretung gemeinsam besprechen, wie viele und welche Informationen die Kolleginnen und Kollegen erhalten sollen. Entscheidend ist dabei, welche und wie viele Kenntnisse die Beteiligten brauchen, damit die Zusammenarbeit funktionieren kann.

Angemessen ist in der Regel eine sachliche Information ohne Details und ohne Diagnosen. Dies verhindert im günstigen Fall, dass Vermutungen und Gerüchte aufkommen, aber auch, dass die betroffene Person als verrückt abgestempelt wird. Auch Vorgesetzte, Interessenvertretungen sowie andere betriebliche Akteurinnen und Akteure müssen ihre Kommunikation gegenüber dem Kolleginnen und Kollegenkreis der oder des Betroffenen klären und die Frage der Informationsweitergabe mit ihr oder ihm abstimmen (siehe dazu auch 5.3).

Situation im Team bei Lösungssuche berücksichtigen

Darüber hinaus ist für Vorgesetzte wie Interessenvertretung der Umgang mit den Kolleginnen und Kollegen ein wichtiger Faktor bei der Lösung der damit verbundenen Probleme am Arbeitsplatz. Denn die psychische Erkrankung einer Person im Team kann auch für die anderen Mitarbeiter:innen mit Belastungen verbunden sein. Es ist vor allem Aufgabe der Vorgesetzten, Signale der Überforderung seitens der Kolleginnen und Kollegen frühzeitig wahrzunehmen. Sonst besteht die Gefahr einer dauerhaften Schädigung der sozialen Arbeitsbeziehung.

Dabei können Appelle an die Geduld und die Bereitschaft der Kolleginnen und Kollegen, zeitweise Belastungen mitzutragen, zwar kurzfristig helfen und zeitlichen Spielraum schaffen. Dieser muss dann allerdings für die zügige Suche nach funktionierenden Lösungen genutzt werden, um die Mehrbelastungen zeitnah wieder abbauen zu können.

Entlastung durch Besprechbarkeit

Die Praxis zeigt, wie wichtig es ist, den Kolleginnen und Kollegen Raum zu geben, um ihre Unklarheiten und Unsicherheiten anzusprechen. Die strukturierte und transparente Besprechbarkeit des Themas psychische Erkrankung und ihre Folgen am Arbeitsplatz wirkt fast immer entlastend für das Team. Solche Gespräche können zu verschiedenen Zeiten sinnvoll sein: Etwa wenn sich die Situation im Betrieb durch eine psychische Krise/Auffälligkeiten einer Person verschärft, aber auch wenn die Rückkehr einer oder eines psychisch erkrankten Kollegin oder Kollegen nach längerer Arbeitsunfähigkeit ansteht.

Ziel ist jeweils, die Arbeitsfähigkeit im Team und die Kooperation mit der betroffenen Person zu verbessern und zu erleichtern sowie Befangenheit auf beiden Seiten abzubauen. Je nach Lage können solche Gespräche mit oder auch ohne diese Person durchgeführt werden, wobei die Entscheidung über eine Teilnahme immer in Abstimmung mit der erkrankten Person getroffen werden sollte.

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Der Umgang mit der Krankheit gegenüber den Kolleginnen und Kollegen im direkten Umfeld ist für Betroffene nicht immer einfach. Frau Mut hat sich dazu entschieden, mit offenen Karten zu spielen und über ihre Erkrankung zu sprechen. Hierzu erarbeitete sie sich ihr persönliches Ampelsystem, das aus drei Phasen besteht. Die drei Phasen geben ihrer Krankheit unterschiedliche Bezeichnungen. Abhängig davon, in welchem Vertrauensverhältnis sie zu ihrem Gegenüber steht, wählt sie die entsprechende Phase aus und gibt unterschiedlich detaillierte Informationen zu ihrer Erkrankung preis.

„Die Leute reden ja sowieso darüber. Da spiele ich lieber mit offenen Karten und gebe meine Geschichte den Menschen mit.“

Frau Mut entscheidet somit selbst, wer welche Informationen erhält und wie offen sie dem Einzelnen gegenüber mit ihrer Erkrankung umgeht. Eine allgemeine Unterrichtung im Team über Frau Muts Gesundheitszustand hat es bislang nicht gegeben. Die Kolleginnen und Kollegen wurden von einem

Seelsorger aus der Psychiatrie grundsätzlich über psychische Erkrankungen aufgeklärt; zudem hat der Integrationsfachdienst über bipolare Störungen berichtet. Hierbei handelte es sich aber jeweils um eine grundsätzliche Aufklärung, die sich nicht auf den konkreten Krankheitsfall bezog.

„Bei mir haben sich von Anfang an alle mitfühlend und besorgt gezeigt. Das ist ganz viel wert, und man kann es sich vorab nicht so aussuchen.“

Bislang gab es keine Schwierigkeiten zwischen Frau Mut und den Kolleginnen und Kollegen. Der Umgang ist geprägt durch sehr viel Offenheit und Empathie. Die Kolleginnen und Kollegen erkundigen sich bei Frau Mut regelmäßig nach ihrem Befinden. Diese Fragen beantwortet sie auch sehr offen. Sollten künftig dennoch zwischenmenschliche Schwierigkeiten auftreten, ist der Integrationsfachdienst als steter Begleiter an ihrer Seite und bereit, weitere Aufklärungs- und Beratungsgespräche vor Ort durchzuführen.

4.8 Innerbetriebliche Handlungsmöglichkeiten

Veränderungen am Arbeitsplatz, Umsetzungen oder Versetzungen sind vertraute Mittel zur Lösung von Problemen während oder nach psychischen Erkrankungen. Die Vorgesetzten müssen für den Umgang mit der Problematik geschult werden, weil es auch ihnen schwerfällt, Probleme frühzeitig anzusprechen. Ein Team aus den unterschiedlichen betrieblichen Beteiligten kann dabei qualifiziert unterstützen.

Unternehmen, Betriebe und Verwaltungen greifen natürlich zunächst auf ihre internen Ressourcen zur Lösung schwieriger Situationen zurück: Führungskräfte wenden sich in größeren Betrieben zum Beispiel an Betriebsärztinnen und Betriebsärzte oder die Sozialberatung. Insbesondere in größeren Unternehmen gibt es Zugriff auf externe Beratung, sogenannte EAP-Angebote (Employee Assistance Program).

Betriebs- oder Personalrät:innen sowie Vertrauenspersonen schwerbehinderter Menschen flankieren und unterstützen die Lösungssuche und helfen mit, dass keine Regelungen einseitig zulasten der oder des Betroffenen oder der Kolleginnen und Kollegen gehen.

Veränderungen am Arbeitsinhalt

Zu den häufigsten Maßnahmen gehören Veränderungen am Arbeitsinhalt (zum Beispiel zeitweise Anpassung des Aufgabenzuschnitts und/oder des Aufgabenvolumens) oder an der Arbeitszeit (etwa Herausnahme aus Schichtarbeit), eventuell verbunden mit einer Versetzung an einen anderen oder Umgestaltung des bestehenden Arbeitsplatzes.

Bei der Rückkehr nach – bei seelischen Erkrankungen häufig längerer – Arbeitsunfähigkeit hat sich die stufenweise Wiedereingliederung in den meisten Fällen als gutes Mittel bewährt (siehe 5.3.1).

Nimmt man sich Zeit für ausführliche Gespräche mit der oder dem Betroffenen, lassen sich häufig weitere Lösungen finden.

Ein guter Orientierungsfaden für Gespräche, die für diese Situationen Lösungen bringen sollen, kann das Bild des Kräfte-Akkus sein (siehe 1.1). An diesem Bild kann erörtert werden:

- Welche Aspekte der Arbeit werden als positiv erlebt?
- Welche Kontakte wirken sich positiv beziehungsweise stabilisierend aus?
- Was sind die besonders kräfteaubenden Anforderungen der Arbeit oder der Kooperation am Arbeitsplatz?
- Lässt sich am Zuschnitt der Arbeitsinhalte etwas verändern, und welche Auswirkungen hat das auf die Kolleginnen und Kollegen?
- Ist der Einsatz in einem gewünschten anderen Bereich realisierbar?
- Lässt sich das Stressniveau durch zusätzliche Qualifizierung oder Schulung senken?
- Kann das Arbeitsvolumen verringert werden?

Schulungen der betrieblichen Akteurinnen und Akteure

Gerade im Themenfeld psychischer Probleme, Krisen oder Erkrankungen stoßen die betrieblichen Akteurinnen und Akteure mit ihren üblichen Vorgehensweisen häufiger als bei anderen Themen an Grenzen. Sie müssen dennoch eine einheitliche Vorgehens- und Umgangsweise mit den Betroffenen finden.

Seminare des Inklusionsamtes

Um die Handlungsfähigkeit und die Zusammenarbeit der betrieblichen Akteurinnen und Akteure zu stärken, führt das LWL-Inklusionsamt Arbeit regelmäßig Seminare und Schulungen zu dieser Thematik durch, die sowohl von Arbeitgebendenseite als auch Interessenvertreter:innen besucht werden können. Das gilt ebenfalls für Vorgesetzte, denn auch sie sind keineswegs automatisch in der Lage, mit der Thematik angemessen und rechtzeitig umzugehen. Weitere Informationen zu den Schulungen des LWL-Inklusionsamts Arbeit finden Sie unter www.lwl-inklusionsamt-arbeit.de/kursangebot.

Gemeinsame Teilnahme aller Beteiligten

Besonders geeignet sind innerbetriebliche Schulungen zum Umgang mit psychischen Problemen im Unternehmen mit gemeinsamer Teilnahme aller Beteiligten, die in konkreten Fällen bei der Lösungssuche zusammenarbeiten (sollten). So haben sie die Möglichkeit, unabhängig von anstehenden Einzelfällen ihre Umgangsweise mit der Thematik abzuklären und ihr Zusammenwirken zu verbessern. Außerdem können sie so die Unterschiede ihrer jeweiligen – gegebenenfalls rollenbedingten – Sichtweisen besser verstehen.

Für einen konstruktiven Verlauf dieser gemeinsamen Veranstaltungen sollten folgende Fragen im Mittelpunkt stehen:

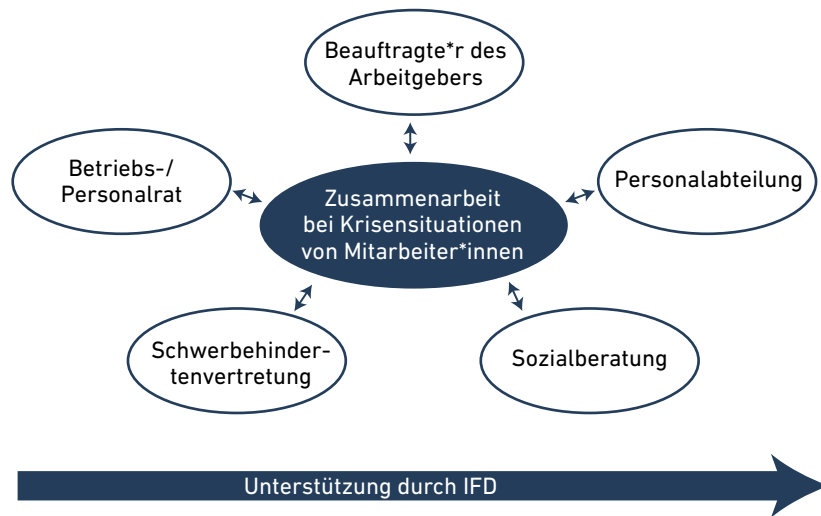
- Was gelingt bereits gut und sollte erhalten und gepflegt werden?
- An welchen Punkten ist Weiterentwicklung nötig?
- Wer sieht welche Schritte als notwendig an, und wie stehen die jeweils anderen Akteurinnen und Akteure dazu?
- Aus welchen Gemeinsamkeiten lassen sich Vereinbarungen für die zukünftige Zusammenarbeit entwickeln?

Moderation

Es empfiehlt sich eine externe Moderation, um das Miteinanderdenken der verschiedenen Akteurinnen und Akteure konstruktiv zu gestalten, insbesondere, wenn Unterschiede in der Hierarchie eine Rolle spielen und gegensätzliche Interessenslagen bestehen.

Aus solchen Schulungen entwickeln sich im günstigsten Fall auch feste Arbeitskreise, wie zum Beispiel ein Inklusions- oder auch BEM-Team. In diesen Fällen besteht in der Regel ein enger Kontakt zum IFD vor Ort, der auf kurzem Weg zur Unterstützung einbezogen werden kann.

Funktionierende Kooperation im Betrieb



Gesetzliche Verpflichtungen erfüllen

In Betrieben und Unternehmen ist dieses Thema ein zentraler Punkt, wenn es um die Gefährdungsanalyse geht. Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet Arbeitgebende dazu, die in ihrem Unternehmen herrschenden Arbeitsbedingungen zu untersuchen und auf dieser Basis zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind (vergleiche § 5 ArbSchG). Bei dieser sogenannten Gefährdungsbeurteilung sind auch psychische Belastungen der Arbeit (vergleiche § 5 Absatz 3 Ziffer 6 ArbSchG) zu berücksichtigen (siehe dazu auch 3.2).

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

„Man muss sehr geduldig sein, wenn man psychisch krank ist. Das alles braucht unheimlich viel Zeit.“

Rund fünf Jahre nach dem Ausbruch ihrer Erkrankung geht Frau Mut erste Schritte.

„Das, was wir bislang erreicht haben, war nur der Aufbau. Die ersten Maßnahmen treffen wir erst jetzt.“

Bislang wurde das räumliche Umfeld angepasst: Frau Mut erhielt ihr eigenes Büro und konnte sich dieses individuell einrichten.

Außerdem wurde ein Tätigkeitsprofil erstellt, in dem ihre Aufgaben aufgelistet und geordnet worden sind. Im nächsten Schritt beschreibt Frau Mut gegenwärtig die Intensität, die Gewichtung und

den zeitlichen Umfang der einzelnen Tätigkeiten. Dies möchte sie dann mit Unterstützung des Integrationsfachdienstes auch gerne ihren Kolleginnen und Kollegen vorstellen und gemeinsam mit ihnen darüber sprechen.

Für alle Maßnahmen gibt es regelmäßige Reflexionsgespräche mit ihrem direkten Vorgesetzten. Diese helfen Frau Mut und geben ihr zusätzliche Sicherheit.

Durch diese offene und stetige Kommunikation war eine externe Beratung oder Moderation bislang nicht notwendig.

4.9 Hilfen seitens des LWL-Inklusionsamts Arbeit und der Rehabilitationsträger

Das SGB IX erlegt Arbeitgebenden nicht nur Verpflichtungen auf, es bietet auch eine Fülle unterschiedlicher Unterstützungsleistungen. Besonders die Beratung durch den Integrationsfachdienst (IFD) ist bei Problemen durch psychische Erkrankungen hilfreich. Daneben gibt es eine Menge anderer Angebote, aus denen individuelle Lösungspakete gestaltet werden können; neben den Leistungen des LWL-Inklusionsamts Arbeit gehören dazu unter anderem auch Leistungen der Kranken- und Rentenversicherungsträger.

Das Inklusionsamt

Das Inklusionsamt hält ein umfangreiches Beratungs- und Begleitungsangebot durch eigene und beauftragte Fachdienste vor. Zu seinen Aufgaben zählt unter anderem die begleitende Hilfe im Arbeitsleben. Sie „soll dahingehend wirken, dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können sowie durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgebende befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten“ (§ 185 SGB IX).

Integrationsfachdienst (IFD)

Als wesentliches Instrument im Zusammenhang mit dem Thema psychische Beeinträchtigungen/Behinderungen sind die Integrationsfachdienste (IFD) des LWL-Inklusionsamts Arbeit zu nennen, die in Westfalen-Lippe behinderungsspezifisch aufgestellt sind: Hier sind Mitarbeiter:innen des IFD speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen zuständig und auf diesem Gebiet besonders erfahren und qualifiziert.

Die Hauptaufgabe des IFD ist die direkte Beratung Betroffener. Die IFD-Mitarbeiter:innen können dabei Lotsinnen und Lotsen für eine gewisse Zeit sein, die die Betroffenen dabei unterstützen, möglichst bald einen Weg aus der Krise zu finden. Dabei sorgt der IFD für einen niedrighschwelligsten Zugang. Dies kann auch bedeuten, dass Fachberater:innen des IFD – zumindest zu Beginn – Betroffene im Betrieb, zu Hause oder auch in der Klinik aufsuchen, sich bekannt machen und ihre Beratung anbieten.

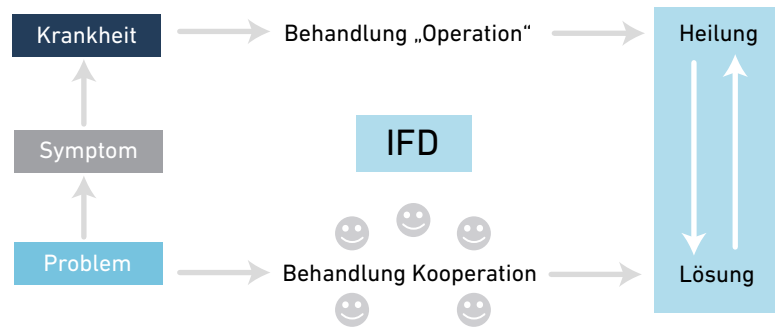
Die Beratung umfasst alles, was mit der Bewältigung der Krisensituation zusammenhängt: Zum Beispiel Einzelberatung, Gespräche mit Angehörigen, Kolleginnen und Kollegen oder Führungskräften, Vorbereitung von und Begleitung bei Gesprächen im Betrieb oder Kontaktpflege zu medizinischen Versorgungsstellen. Sobald die Rückkehr an den Arbeitsplatz ansteht, kann der IFD diesen Prozess durch Coaching begleiten. Auch Mediation im privaten wie im beruflichen Bereich ist möglich.

Außerdem ist der IFD in der jeweiligen Region Ansprechpartner für Schwerbehindertenvertretungen, Betriebsrätinnen und Betriebsräte, Führungskräfte und weitere Akteurinnen und Akteure in den Unternehmen und Verwaltungen. Neben der Beratung im Einzelfall führt der IFD auf Wunsch Informationsveranstaltungen in Betrieben durch oder nimmt an Schwerbehinderten- oder Betriebsversammlungen teil, um dort rund um das Thema Psyche, Arbeit und Behinderung zu informieren.

Unterschiedliche Beratungsangebote

In seiner Arbeit inmitten der betrieblichen wie medizinischen Welt hat der IFD in aller Regel engen Kontakt zu den psychiatrischen Kliniken und Tageskliniken in seiner Region und kann unterstützend wirken, wenn es während der medizinischen Behandlungen um die Lösungssuche im Betrieb geht.

Beratung des Systems



Quelle: Systemberatung Gimbel

Der IFD kennt die vielfältigen Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten der Rehabilitationsträger und des Inklusionsamtes. Im Folgenden sind einige der Leistungen genannt, die sich an Menschen mit Behinderungen, deren Probleme im psychischen Bereich liegen, und deren Arbeitgebende richten:

Qualifizierung

Ist im Betrieb eine Umsetzung nur möglich nach Erwerb von zusätzlichen Kenntnissen (zum Beispiel PC-Fähigkeiten), klärt der IFD die Kostenübernahme durch das LWL-Inklusionsamt Arbeit oder andere Träger (zum Beispiel Rentenversicherung).

Arbeitstraining/Jobcoaching

In manchen Fällen kann die Situation im Betrieb durch ein zusätzliches Arbeitstraining/Jobcoaching verbessert werden. Dieses Angebot wurde im Jahr 2020 durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V. (BAG UB) und das Forschungsprojekt JADE der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim unter dem Begriff Jobcoaching^{AP} (Jobcoaching direkt am Arbeitsplatz) wie folgt definiert:

Jobcoaching^{AP} ist ein definiertes Leistungsangebot zur nachhaltigen Teilhabe am Arbeitsleben einer Person mit (Schwer-)Behinderung in einem Betrieb oder einer Dienststelle des allgemeinen Arbeitsmarktes. Es findet im Wesentlichen im Betrieb am Arbeitsplatz der Person mit (Schwer-)Behinderung statt und wird von einer betriebsexternen Fachkraft durchgeführt, die sich in den Arbeitsalltag der Person mit (Schwer-)Behinderung einbindet.

Jobcoaching^{AP} hat das Ziel, die betrieblich Beteiligten (Arbeitnehmer:innen, Kolleginnen und Kollegen, Führungskräfte) zu befähigen, eigene Lösungen zu entwickeln und es initiiert und gestaltet Lern- und Entwicklungsprozesse sowohl bei der Person mit einer (Schwer-)Behinderung zur Erbringung der betrieblichen Anforderungen am Arbeitsplatz als auch der Kolleginnen und Kollegen und Führungskräfte zur Gestaltung individueller Arbeitsinhalte und der Arbeitssituation.

Jobcoaching^{AP} ist ein bedarfsabhängiger, zeitlich begrenzter, ziel- und ergebnisorientierter Prozess von in der Regel mehreren Monaten und kann innerhalb von oder in Kombination mit anderen Unterstützungsangeboten (zum Beispiel Begleitung durch den IFD) oder auch einzelstehend durchgeführt werden (HAWK Hildesheim, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Zeitung „Soziale Arbeit und Gesundheit im Gespräch“, Nr. 18/2020, Hildesheim).

Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen

Benötigt eine Person mit oder nach psychischer Erkrankung auf längere Sicht verstärkt die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen oder Führungskräfte (zum Beispiel bei immer wieder auftretenden Unklarheiten oder Entscheidungsschwierigkeiten), kann der oder die Arbeitgebende eine finanzielle Leistung für diese personelle Unterstützung erhalten, die diesen zeitlichen Aufwand zum Teil ausgleicht.

Liegt die Leistungsfähigkeit eines schwerbehinderten Menschen dauerhaft deutlich unter der einer nicht behinderten Person, obwohl alle Maßnahmen umgesetzt wurden, die dies ausgleichen sollten, so kann der Arbeitgebende in genau bestimmten und abgegrenzten Ausnahmefällen einen finanziellen Ausgleich bekommen. Notwendigkeit und Umfang einer solchen Ausgleichszahlung werden vom LWL-Inklusionsamt Arbeit im Zusammenwirken mit dem IFD vor Ort festgestellt.

Behinderungsgerechte Umgestaltung des Arbeitsplatzes

Diese Leistungen des LWL-Inklusionsamts Arbeit kommen in der Regel vor allem bei körperlichen Einschränkungen oder Sinnesbehinderungen in Betracht. Behinderungsgerechte Umgestaltungen am Arbeitsplatz können aber auch die psychische Stabilität unterstützen, insbesondere beim Zusammentreffen von körperlichen und seelischen Erkrankungen oder Behinderungen. Ansprechpartner ist der Technische Beratungsdienst des Inklusionsamtes, dessen beratende Mitarbeiter:innen über das erforderliche Fachwissen verfügen.

Hilfen anderer Träger

Prävention der Rentenversicherung

Seit wenigen Jahren hat die Rentenversicherung ein Angebot zur (sekundären) Prävention eingerichtet. Aus der Erfahrung heraus, dass Menschen mit Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation vielfach schon stark gesundheitlich eingeschränkt sind, soll dieses Angebot für Versicherte mit ersten gesundheitlichen Einschränkungen gelten und Betroffene dabei unterstützen, im Alltag und überwiegend berufsbegleitend Aktivitäten durchzuführen, die die Gesundheit wiederherstellen können.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation (umgangssprachlich „Kur“) kann für Menschen mit seelisch bedingten Behinderungen ein Mittel sein, ihren Kräftehaushalt aufzufüllen sowie neue Formen der Bewältigung von beruflichen oder Alltagsbelastungen kennenzulernen und einzuüben. Das positive Ergebnis kann eine dauerhafte oder zumindest längerfristige Stabilität sein. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden mittlerweile auch ambulant angeboten und sind dadurch auch zugänglich für Personen, für die eine stationäre Maßnahme mit längerer Abwesenheit von zu Hause nicht umsetzbar ist. Der Antrag muss von den Betroffenen selbst gestellt werden. Zuständig können je nach Situation der Antragsteller:innen die Kranken-, die Renten- oder auch die Unfallversicherung sein. Wichtig zu wissen für Betroffene: Ein Antrag auf medizinische Rehabilitation kann vom zuständigen Träger in einen Rentenanspruch umgewandelt werden, wenn eine medizinische Rehabilitation keine Aussicht auf Besserung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bietet oder eine durchgeführte medizinische Rehabilitation nicht erfolgreich war (§ 116 SGB VI).

Berufliche Rehabilitation

Eine berufliche Rehabilitation kommt in Fällen psychischer Krankheit oder Behinderung unter zwei Gesichtspunkten in Betracht. Zuständige Stelle für Antrag und Bewilligung ist in aller Regel die Rentenversicherung:

- Benötigt jemand nach einer schweren psychischen Krise eine längere Zeit der Stabilisierung, um in seinem bisherigen Beruf wieder arbeitsfähig zu sein, kann die Rentenversicherung eine einjährige Stabilisierungsmaßnahme in einem Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) bewilligen. Ziel ist es, die notwendige Stabilität wiederzugewinnen, um im bisherigen Arbeitsverhältnis weiterhin arbeiten zu können. Das Arbeitsverhältnis bleibt in dieser Zeit grundsätzlich erhalten.
- Kann der bisherige Beruf aufgrund psychischer Probleme nicht mehr weiter ausgeübt werden, können Betroffene über eine berufliche Rehabilitation eine neue Ausbildung erlangen. Dies dauert in aller Regel zwei Jahre. Die Umschulung erfolgt in den Berufsförderungswerken, in manchen Fällen aber auch in Betrieben. Berufsförderungswerke bieten Maßnahmen zur Berufsorientierung sowie eine breite Palette an Ausbildungsberufen an.

Hier ist es sinnvoll, mit dem Betrieb abzustimmen, ob und wie ein Einsatz nach der Umschulung erfolgen kann. Ansprechpersonen sind die örtlichen Rehabilitationsberater:innen der Rentenversicherung.

Über eine berufliche Rehabilitation kann auch eine stufenweise Wiedereingliederung gefördert werden, wenn Betroffene aus dem Krankengeldbezug bereits ausgesteuert sind, sie also ihren Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft haben, in manchen Fällen auch über die Rentenversicherung.

Erwerbsminderungsrente

Psychische Erkrankungen können in manchen Fällen so schwere Einschränkungen nach sich ziehen, dass eine Vollzeittätigkeit (zunächst) nicht weiter ausgeübt werden kann. In diesen Fällen können Betroffene einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) stellen.

Kommt die Rentenversicherung zu dem Schluss, dass die Belastungsfähigkeit noch über drei, aber unter sechs Stunden täglich liegt, wird eine Teilerwerbsminderungsrente gezahlt. Dann muss die betroffene Person ihre Arbeitszeit auf unter sechs Stunden reduzieren und bekommt den Einkommensverlust durch die bewilligte Rente teilweise ersetzt. Der oder die Arbeitgebende ist grundsätzlich verpflichtet, die Arbeitszeit entsprechend zu kürzen.

Sind die Einschränkungen durch psychische Erkrankungen noch schwerwiegender und bleibt der oder dem Betroffenen nur eine Belastungsfähigkeit von unter drei Stunden täglich, kann eine volle Erwerbsminderungsrente bewilligt werden. Eine solche Rente wird in aller Regel befristet bewilligt. Das Arbeitsverhältnis bleibt in dieser Zeit grundsätzlich bestehen, sofern eine Schwerbehinderung vorliegt; es sei denn, ein Tarifvertrag sieht eine andere Regelung vor, der Arbeitgebende will kündigen und erhält die Zustimmung des Inklusionsamtes, oder beide Seiten – Arbeitgebende und Betroffene – einigen sich auf eine Auflösung des Arbeitsverhältnisses im gegenseitigen Einvernehmen.

Erwerbsminderungsrente gibt Zeit für Gesundung

Ein Beispiel: Eine Verwaltungsmitarbeiterin wird nach einem psychischen Zusammenbruch in einer psychiatrischen Klinik behandelt. Im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements verabredet sie zunächst mit ihrem Arbeitgebende die Rückkehr in die Dienststelle im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung. Beide Seiten müssen jedoch feststellen, dass die Belastung noch zu hoch, die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterin krankheitsbedingt noch nicht ausreichend ist und auch über eine stufenweise Wiedereingliederung nicht gesteigert werden konnte. Da die Zeit des Krankengeldbezugs bald abläuft, stellt die Mitarbeiterin einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente, die in aller Regel nur befristet bewilligt wird. Nach der Bewilligung einigt sie sich mit ihrem Arbeitgeber, dass sich beide Seiten rechtzeitig zusammensetzen, um nach einem geeigneten Arbeitsplatz zu suchen, wenn eine gesundheitliche Besserung die Rückkehr in den Beruf erlaubt.

In Einzelfällen können folgende weitere Stellen bei der Suche nach Lösungen und Unterstützung von Bedeutung sein:

Unfallversicherungsträger

Diese unterstützen Betriebe und Unternehmungen bei der Planung und Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Darüber hinaus sind Unfallversicherungsträger unmittelbar für medizinische Behandlung, gesundheitliche und berufliche Reha zuständig, sofern es sich um die Folgen eines Berufsunfalls handelt.

Agentur für Arbeit

Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen obliegt der Agentur für Arbeit in manchen Fällen die Zuständigkeit für die berufliche Rehabilitation.

Die Agentur für Arbeit und in manchen Fällen die Jobcenter haben auch dann Bedeutung, wenn die betroffene Person über einen so langen Zeitraum erkrankt ist, dass sie aus dem Krankengeld ausgesteuert ist.

Soziale Entschädigung

Sofern die psychische Erkrankung Folge oder Nachwirkung einer Straftat beziehungsweise eines Verbrechens ist, greift unter Umständen das Opferentschädigungsgesetz. In Westfalen-Lippe ist dies das Amt für Soziales Entschädigungsrecht beim LWL, welches entsprechende Anträge prüft und bewilligt.

Insbesondere bei diesen letztgenannten Stellen ist es für Betroffene sehr hilfreich, den Integrationsfachdienst an der Seite zu haben.

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Frau Mut hat bislang keine Förderleistungen oder finanzielle Hilfen in Anspruch genommen. Lediglich die Begleitung des Integrationsfachdienstes wird als Unterstützungsleistung über das LWL-Inklusionsamt Arbeit erbracht.

Diese langfristige Begleitung ist auch für den Integrationsfachdienst von großer Bedeutung. Aufgrund dessen erlebt er sowohl gesunde als auch instabile Phasen mit. Somit ist auch in akuten Krankheitsphasen ein Bezug auf konkrete positive Situationen möglich und es kann glaubwürdig vermittelt werden, dass auch wieder bessere Zeiten folgen.

5 Handlungsmöglichkeiten ...

5.1 ... bei Mitarbeiter:innen auf dem Weg in Krisen

Am besten ist es, Probleme frühzeitig anzusprechen und anzugehen. Denn wenn Veränderungen nicht angestrebt werden oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sind, können arbeitsrechtliche Sanktionen drohen. Diese Gefahr besteht besonders dann, wenn – gegebenenfalls krankheitsbedingt – keine Einsicht oder Behandlungsbereitschaft besteht.

Erste Sorgen – aber die Arbeit läuft noch

Voraussetzung dafür, dass Führungskräfte zu einem frühen Zeitpunkt erste Signale von Veränderungen wahrnehmen, ist der Kontakt und die direkte Begegnung mit den Betroffenen im betrieblichen Alltag.

Mögliche Gesprächseinstiege

Wenn eine tragfähige zwischenmenschliche Beziehung oder zumindest der persönliche Kontakt besteht, lässt sich leichter eine Gelegenheit finden, wie man das Gegenüber anspricht. Mögliche Gesprächseinstiege können sein: „Ich habe den Eindruck, etwas hat sich in letzter Zeit verändert. Ist etwas vorgefallen?“ „Was ist los mit dir? Hast du zu viel um die Ohren?“ „Ich habe den Eindruck, als ob etwas Sie stark belastet. Hat das mit der Arbeit zu tun? Kann ich irgendwie helfen?“

Gespräch suchen statt Diagnose stellen – Dialog auf Augenhöhe

Es geht darum, das Gespräch mit der oder dem Betroffenen zu suchen und in freundlicher, interessierter und besorgter Haltung nachzufragen. Wichtig ist jedoch, dass diese Unterredung auf Augenhöhe stattfindet. Sie berichten von Ihren Beobachtungen und Besorgnissen und die andere Person kann sich dazu äußern – oder auch nicht. Wenn Sie als Vorgesetzte:r oder Interessenvertreter:in nicht mit „Psycho-Suchblick“ und nicht mit dem Wunsch in das Gespräch gehen, recht zu haben mit ihren Besorgnissen und Eindrücken, können Sie Beobachtungen und auch Ihre Unsicherheiten als Ihre eigenen Wahrnehmungen ansprechen und damit ein Angebot für eine Abklärung von (unterschiedlichen) Wahrnehmungen leisten. Ob unser Gegenüber auf dieses Gespräch eingeht, können wir nicht erzwingen.

Vermeiden Sie, die andere Person innerlich als psychisch krank einzuordnen oder gar entsprechend anzusprechen. Es ist nicht die Aufgabe von Führungskräften oder anderen Akteurinnen und Akteure im Betrieb, Vermutungen über das Vorliegen psychischer Erkrankungen anzustellen oder gar Diagnosen zu stellen.

Diese Gesprächsangebote liegen eher auf der persönlichen als auf der arbeitsrechtlichen Ebene. Die Fürsorge steht im Vordergrund. Für den Angesprochenen sollte die Freiheit bestehen, darauf einzugehen oder nicht. Diese Wahlmöglichkeit macht es wahrscheinlicher, dass ein Gespräch entsteht – aber es gibt keine Garantie.

Falls die betroffene Person das Angebot annimmt und beispielsweise starke Belastungen oder Überforderung anspricht, kann eruiert werden, welche Veränderungen eine zeitweise oder dauerhafte Entlastung bringen könnten. Nach der Umsetzung einzelner Maßnahmen sollte man abwarten, ob sich die Situation entspannt. Und alle Veränderungen – zum Beispiel Entlastung für gewisse Zeit – lassen sich verknüpfen mit der Absprache, ärztliche oder andere Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Schwierig wird es jedoch, wenn die Führungskraft keinen Spielraum hat, Aufgaben oder Belastungen zu verändern und auf diese Weise direkte Hilfe zu leisten – oder wenn die Probleme vor allem im privaten Bereich liegen.

Interne Partner und Know-how einbeziehen

Sofern es eine Sozialberatung, soziale Ansprechpersonen, betriebsärztliche oder ähnliche Stellen im Unternehmen gibt, können diese ins Boot geholt werden. In anderen Fällen kann man auf die Schwerbehindertenvertretung oder den Betriebsrat verweisen. Die Interessenvertretungen haben in vielen Betrieben besonderes Know-how in diesen Fragen und sind daher für Betroffene in Krisensituationen ansprechbar. Als letzte Möglichkeit bleibt noch der Hinweis auf eine hausärztliche Konsultation.

Sollte sich in einem Folgegespräch („Hat sich Ihre Situation geändert?“ „Sehen Sie wieder Land?“ „Hat sich deine Lage entspannt? Wie sieht es aus?“) herausstellen, dass die Situation weiterhin angespannt ist oder sich sogar noch zugespitzt hat, kann die Führungskraft erneut auf die oben genannten Stellen hinweisen.

Verantwortung der Führungskraft nicht an Interessenvertreter:in abgeben

Die Aufgabe, bei (psychischen) Krisen einer oder eines Beschäftigten initiativ zu werden, fällt zunächst der direkten Führungskraft zu. Nicht selten läuft es aber umgekehrt, und die Führungskraft wendet sich an die Sozialberatung oder die Interessenvertretung und bittet diese Stellen, ein Gespräch mit der oder dem Betroffenen zu führen.

Nehmen die Interessenvertretungen diesen Auftrag unreflektiert an, können daraus leicht Verwicklungen entstehen. Denn wenn sie die betreffende Person ansprechen, müssen sie offenlegen, dass die Führungskraft darum gebeten hat. Dies kann unter Umständen die Situation weiter verschärfen. Wenn der Betriebsrat/Personalrat oder die Vertrauensperson die Bitte der Führungskraft aber nicht offenlegen, ist der Fantasie der oder des Betroffenen erst recht Tür und Tor geöffnet.

Mit der Führungskraft beraten

Meist ist es daher günstiger, zunächst mit der Führungskraft zu beraten, wie diese ihre Besorgnisse und Wahrnehmungen zum Anlass für ein Gespräch mit der betreffenden Person nehmen kann.

Erleben Betriebsrat oder Schwerbehindertenvertretung selbst unmittelbar beunruhigende Veränderungen bei ihren Kolleginnen und Kollegen, können sie diesen natürlich auch selbst Gesprächsangebote machen und abwarten, ob sie darauf eingehen.

Weist eine Person zu diesem Zeitpunkt – wenn Persönlichkeitsveränderungen zu vermuten sind und erste Sorgen auftreten, die Arbeit aber noch läuft – alle Gesprächsangebote zurück, sind die Hilfsmöglichkeiten zunächst erschöpft. In manchen Fällen löst sich das Problem auf andere Weise (wenn sich zum Beispiel die Lebensumstände der Person ändern oder sie selbst außerhalb des Betriebs Unterstützung oder Behandlung findet beziehungsweise sich arbeitsunfähig meldet).

Ein solches erstes Gesprächsangebot der oder des Vorgesetzten oder der Interessenvertretung kann aber – auch wenn die Person zunächst alle Gesprächsangebote ausschlägt – ein Auslöser für die betroffene Person sein, sich selbst auf die Suche nach Hilfen zur Veränderung zu machen.

Wenn (erste) Probleme im Arbeitsalltag auftreten

Bleibt die Situation weiter angespannt oder verschlechtert sich sogar, werden Probleme im Arbeitsalltag auftreten, zum Beispiel im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen, mit Vorgesetzten oder Kundinnen und Kunden; häufig kommen auch Fehlzeiten, Unregelmäßigkeiten, Fehler, Minderleistungen oder Ähnliches vor. Sobald es dazu kommt, ist die oder der Vorgesetzte verpflichtet, die oder den Betreffende:n erneut anzusprechen. Mögliche Gesprächseinstiege könnten sein:

„Ich habe das Gespräch mit Ihnen heute gesucht, weil bestimmte Dinge (konkrete Beispiele) anders sind als sonst. Da ich Sie als zuverlässige Kraft schätze und eine andere Qualität der Arbeit von Ihnen gewöhnt bin, frage ich mich, was los ist.“

„Ich habe den Eindruck, dass Sie im Augenblick nicht den Überblick über Ihre Arbeit haben wie sonst. Was ist los? Ich würde gerne mit Ihnen darüber sprechen, wie sich das ändern lässt. Was könnten Sie, was könnte ich dazu beitragen?“

In dieser Situation kann die Führungskraft von ihren Besorgnissen sprechen, dass sich beim Gegenüber eine Überforderungssituation anbahnen könnte, die sich weiter zuzuspitzen droht.

Geht die oder der Betroffene auf das Gesprächsangebot ein, kann man gemeinsam entscheiden, welche weiteren Stellen einbezogen werden und Absprachen treffen, wie man eine weitere Verschärfung verhindern könnte. Außerdem sollten beide Seiten bereits hier ein Folgegespräch vereinbaren.

Lehnt die betroffene Person das Gesprächsangebot ab, bleibt der Führungskraft noch der Hinweis auf andere Ansprechpartner:innen: „Wenn Dinge Sie belasten, die Sie mit mir als Führungskraft nicht besprechen möchten, können Sie sich auch gerne an (Sozialberatung/Betriebsrat/Personalrat/Schwerbehindertenvertretung oder andere) wenden.“

Ebenso kann die oder der Vorgesetzte ansprechen, dass er sich aus Sorge um die weitere Entwicklung selbst an andere Stellen wenden möchte, zum Beispiel an die Sozialberatung, den Betriebs- oder Personalrat beziehungsweise die Schwerbehindertenvertretung. Hier kommt es darauf an, der betroffenen Person gegenüber transparent zu handeln.

Fürsorge plus arbeitsrechtliche Schritte

Wenn keinerlei Verbesserung der Situation eintritt und die betroffene Person nicht erkennen lässt, dass sie selbst bereit ist, Veränderungen anzustreben, bleibt der Führungskraft in weiteren Gesprächen nur noch die Kombination von Hinweisen auf Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten mit dem Hinweis auf eventuelle arbeitsrechtliche Konsequenzen (zum Beispiel Ermahnung oder Abmahnung).

In den Fällen, in denen Betroffene – gegebenenfalls krankheitsbedingt – in Gesprächen nicht erreichbar sind, ist die Einbeziehung des LWL-Inklusionsamts Arbeit nach § 167 (1) gesetzlich geboten und manchmal auch ein Schritt, die Einsicht der Person in einer scheinbar festgefahrenen Situation doch noch zu erreichen (siehe 3.1).

Unterstützung der Führungskraft durch betriebliche Akteurinnen und Akteure

Die Schwerbehindertenvertretung, die Sozialberatung, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte oder der Betriebsrat/Personalrat können flankierend immer wieder ihre Hilfe und Unterstützung anbieten.

In einer solchen Situation sollten die Interessenvertreter:innen mit den Betroffenen deutlich über die Krise sprechen. Häufig erklären sich Betroffene dann bereit für ärztlichen Rat oder eine medizinische Behandlung, können ihre Stabilität wiedergewinnen oder lassen ihre Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Damit ist zumindest zunächst die Dynamik der kritischen Zuspitzung am Arbeitsplatz unterbrochen.

In den glücklicherweise seltenen Fällen, wo Menschen in psychischen Ausnahmesituationen Gesprächen und Argumenten gegenüber nicht zugänglich sind und sich auch nicht arbeitsunfähig melden, spitzt sich die Lage am Arbeitsplatz zu und das Arbeitsverhältnis kann in Gefahr geraten.

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Nach einem langen Klinikaufenthalt 2017/2018 entschied sich Frau Mut, ihren Arbeitgebende über die Diagnose zu informieren.

„Ich habe mich entschieden, nicht um den heißen Brei rumzureden. Ich wollte von Anfang an keine Blockaden und Steine im Weg liegen haben, sondern offen darüber sprechen.“

Der Arbeitgebende reagierte sehr dankbar auf ihre Offenheit. Sie gibt ihm Sicherheit im Umgang mit Frau Mut und hilft ihm dabei, die Rahmenbedingungen für Frau Mut gut zu gestalten, um das Risiko der erneuten Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren.

Bereits beim Erstgespräch zögerte der Arbeitgebende nicht lange und bot Frau Mut seine Unterstützung an. Doch Frau Mut konnte zu diesem Zeitpunkt noch nicht genau formulieren, was ihr Arbeitgebende für sie tun könnte. Es brauchte viele Gespräche und Zeit, bis ihr bewusst wurde, was ihr guttut und welche Gegebenheiten und Verhaltens-

weisen sie unter Druck setzen und sich negativ auf ihre Erkrankung auswirken.

„Erst jetzt bin ich so weit, dass ich formulieren kann, was ich benötige und was ich mir wünsche.“

Um an diesen Punkt zu gelangen, bereitete Frau Mut die Gespräche mit ihrem Arbeitgebende intensiv vor und notierte sich ihre Anliegen vorab. Bei diesen schriftlichen Ausarbeitungen achtet sie besonders auf die Methode der gewaltfreien Kommunikation. Dabei beschreibt sie die Situation zunächst möglichst sachlich. Im Anschluss erläutert sie ihre Gefühle und leitet hieraus ihr Bedürfnis ab. Am Ende formuliert sie ein entsprechendes Anliegen oder eine Fragestellung.

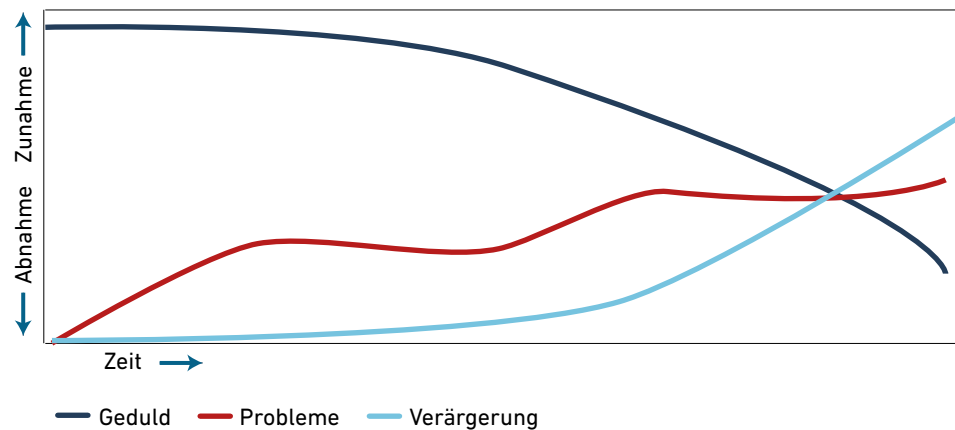
Frau Mut hat die Erfahrung gemacht, dass ihr diese strukturierte Vorbereitung in Gesprächen viel Sicherheit gibt, um vor anderen über ihre Krankheit zu sprechen.

5.1.1 Leitfaden für fürsorgliche Gespräche

Mögliche Vorgehensweisen beim Umgang mit Mitarbeiter:innen in – möglicherweise beginnenden – Krisensituationen

Wenn bei Krisensituationen von Mitarbeiter:innen niemand die Initiative ergreift – weder die betroffene Person noch das betriebliche Umfeld – ist folgender Verlauf wahrscheinlich:

Ohne Lösung/Veränderung

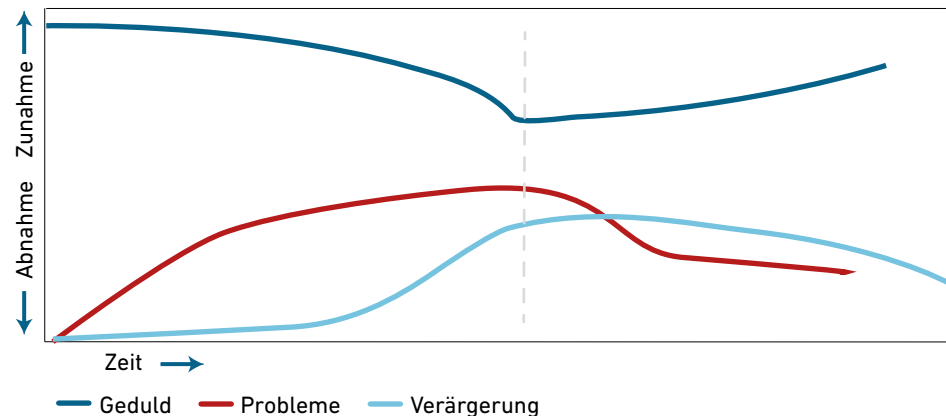


Quelle: Systemberatung Gimbel

Psychische Probleme führen in aller Regel am Arbeitsplatz zu Problemen, die mal mehr, mal weniger gravierend sein können. Zunächst hat das Umfeld – Kolleginnen und Kollegen wie Führungskräfte – in aller Regel Geduld und Verständnis, die sich mit der Zeit aber erschöpfen. Parallel dazu wächst die Ungeduld/Verärgerung und kann sich bis zu Aggression steigern. Eine solche Zuspitzung verstärkt in aller Regel die psychischen Probleme. Die durch langes Hinnehmen der Situation entstehenden Verwicklungen führen für alle Beteiligten zu unangenehmen und belastenden Situationen. Aus einem lösbaren Problem wird mit der Zeit ein unlösbares Problem und eine Gefährdung des Arbeitsverhältnisses.

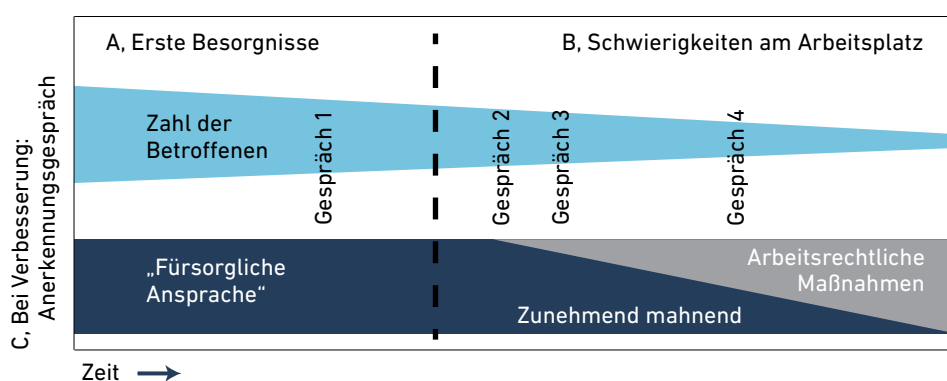
Erst wenn Probleme angegangen werden und zumindest deutlich verringert werden können, erholt sich die Strapazierfähigkeit der Geduld wieder und die Verärgerung verblasst:

Veränderung bei (Teil-)Lösung



Wenn Führungskräfte rechtzeitig, geduldig, wiederholt und darauf abzielend, eine Veränderung anzustoßen, mit Betroffenen sprechen, leisten sie damit einen Beitrag dazu, dass Probleme in vielen (leider nicht allen) Fällen angegangen werden und die Zahl chronifizierter Probleme möglichst gering bleibt. Ziel ist es, möglichst früh das Gespräch zu suchen, Veränderungsmöglichkeiten zu eruieren und bei Bedarf auch Hilfe von anderen Fachleuten (zum Beispiel Betriebsärztin und Betriebsarzt, Sozialberatung, LWL-Inklusionsamt Arbeit, IFD et cetera) einzuholen und anzunehmen.

Psychisch belastete/erkrankte Mitarbeiter*innen: Veränderung durch Ansprechen



Im Schaubild wird unterschieden zwischen „A. Erste Besorgnisse“, einer Situation, bei der sich die Umgebung Sorgen macht, aber noch keine arbeitsmäßigen Probleme aufgetreten sind, und dem Bereich „B. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz“, wenn psychische Belastungen/Erkrankungen zu arbeitsmäßigen Problemen/Fehlern führen.

A. Die Führungskraft und/oder andere Personen machen sich Sorgen wegen der Stabilität einer oder eines Betroffenen; es sind aber noch keine konkreten Vorkommnisse wie Fehler, Konflikte oder Ähnliches feststellbar.

Gespräch 1: Fürsorgegespräch

(bei einer passenden Gelegenheit mit oder ohne Terminierung):

1. Machen Sie eingangs deutlich, dass es keine konkreten Kritikpunkte oder Ähnliches gibt, die Anlass zu dem Gespräch geben.
2. Erwähnen Sie, welche Arbeits- und/oder Verhaltensweisen Sie an der oder dem Mitarbeiter:in schätzen.
3. Teilen Sie Ihre aktuellen Besorgnisse mit und erläutern Sie, durch welche Eindrücke und Hinweise diese entstanden sind.
4. Erkundigen Sie sich nach der Sichtweise Ihres Gegenübers.
5. Fragen Sie nach, ob Veränderungen am Arbeitsplatz helfen könnten, die Situation zu entspannen.
6. Weisen Sie auf andere Stellen hin, die in dieser Situation eventuell ansprechbar sein können.
7. Schlagen Sie ein erneutes Gespräch in zwei bis drei Wochen vor beziehungsweise setzen Sie eine weitere Unterredung nach einem angemessenen Zeitraum an.

Bei Verbesserung der Situation: Anerkennungsgespräch führen (siehe C.)

Wenn Besorgnisse geblieben sind oder sogar zugenommen haben, sollte eventuell ein wiederholtes Fürsorgegespräch geführt werden.

1. Nehmen Sie Bezug auf das letzte Gespräch.
2. Teilen Sie mit, dass Ihre Besorgnisse geblieben sind beziehungsweise sich noch verstärkt haben und erklären Sie, wodurch.
3. Fragen Sie nach, wie Ihr Gegenüber die Entwicklung einschätzt.
4. Hat Ihr Gegenüber Ideen, was am Arbeitsplatz verändert werden könnte?
5. Wenn Sie Ideen haben, was verändert werden sollte, teilen Sie diese mit.
6. Erörtern Sie diese Ideen und versuchen Sie, sich gemeinsam auf Schritte zu einigen.
7. Weisen Sie erneut auf andere Stellen hin, die in dieser Situation hilfreich sein könnten.
8. Vereinbaren Sie ein weiteres Gespräch zur Einschätzung der Entwicklung.

Bei Verbesserung der Situation: Anerkennungsgespräch führen (siehe C.)

B. Die Führungskraft und/oder andere Personen machen sich Sorgen wegen der psychischen Stabilität einer oder eines Beschäftigten; es sind erste konkrete Vorkommnisse wie Fehler, Konflikte, Unregelmäßigkeiten oder Ähnliches feststellbar.

Gespräch 2: Fürsorgliches Kritikgespräch

1. Nehmen Sie Bezug auf das vorhergehende Gespräch (sofern es stattgefunden hat).
2. Beginnen Sie mit den Verhaltensweisen der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters, die Sie aus der Vergangenheit schätzen.
3. Beschreiben Sie dann, welche Leistungs- oder Kooperationsprobleme (konkrete Beispiele aus eigener Beobachtung) Sie festgestellt haben.
4. Erläutern Sie (erneut), warum es Ihnen Sorge bereitet.
5. Fragen Sie nach der Sicht Ihres Gegenübers; hören Sie dabei aufgeschlossen zu.
6. Weisen Sie darauf hin, dass sich etwas verändern sollte; fragen Sie nach, ob die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter Lösungsvorschläge hat.

7. Diskutieren Sie die Vorschläge und bieten Sie Ihre Hilfe an.
8. Weisen Sie auf andere Stellen im Betrieb hin, die hilfreich sein könnten.
9. Einigen Sie sich mit Ihrem Gegenüber auf eine konkrete Maßnahme; setzen Sie einen neuen Gesprächstermin fest.

Bei Verbesserung der Situation: Anerkennungsgespräch führen (siehe C.)

Gespräch 3: Wiederholtes fürsorgliches Kritikgespräch (sofern die Situation sich nicht verbessert hat)

1. Beschreiben Sie die Situation und erwähnen Sie die vorangegangenen Gespräche.
2. Weisen Sie auf die unzureichenden Veränderungen hin und fragen Sie die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter nach den Gründen dafür.
3. Erörtern Sie gemeinsam Lösungsmöglichkeiten für das Problem.
4. Weisen Sie darauf hin, dass Sie – wenn sich die Situation nicht verändert – gezwungen sind, Maßnahmen zu ergreifen.
5. Weisen Sie darauf hin, dass Sie in dieser Situation unterschiedliche Stellen oder Personen (zum Beispiel Schwerbehindertenvertretung, Sozialberatung, Betriebsrat, Personalabteilung) über das bestehende Problem informieren.
6. Suchen Sie die Einigung auf einen konkreten Ansatzpunkt für Veränderungen; setzen Sie einen neuen Gesprächstermin fest.
7. Bringen Sie Ihre Hoffnung auf erfolgreiche Suche nach Veränderungsmöglichkeiten zum Ausdruck.

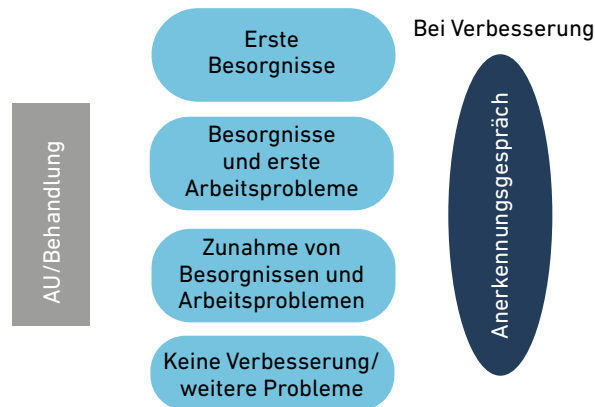
Bei Verbesserung der Situation: Anerkennungsgespräch führen (siehe C.).

C. Bei Ihnen und/oder anderen Personen/Stellen haben sich Besorgnisse aufgelöst und es scheint, dass die oder der Mitarbeiter:in wieder im Gleichgewicht oder auf dem Weg dorthin ist.

Anerkennungsgespräch

1. Beschreiben Sie die (Leistungs- oder Verhaltens-) Verbesserung.
2. Erläutern Sie, welche Bedeutung diese Verbesserung für Sie und das Team hat.
3. Fragen Sie nach der Sicht Ihres Gegenübers auf die Veränderungen/Verbesserungen.
4. Falls sie oder er Ihre Sicht teilt: Fragen Sie nach, wie sie oder er das geschafft hat.
5. Fragen Sie nach den Vorstellungen, wie Sie beziehungsweise das Team dazu beitragen können, dass Ihr Gegenüber diese Verbesserungen erhalten oder ausbauen kann.
6. Falls Ihnen die Vorschläge praktikabel erscheinen, lassen Sie erkennen, dass Sie Schritte in diese Richtung unternehmen werden.
7. Falls sie oder er Ihre positive Einschätzung nicht teilt, fragen Sie nach: Könnten Sie oder die Kolleginnen und Kollegen etwas dazu beitragen, dass sich Probleme auch aus Sicht der oder des Betroffenen verringern?
8. Überlegen Sie gemeinsam, welche Schritte möglich sind und wer welche Aufgaben übernimmt.
9. Danken Sie Ihrem Gegenüber für ihre oder seine erfolgreichen Bemühungen.
10. Vereinbaren Sie ein Folgegespräch zur Absicherung des Erreichten.

Gesprächsanlässe



Quelle: Systemberatung Gimbel.de

5.2 ... bei Mitarbeiter:innen während einer Krise

Gemeint ist hier der Zeitraum von Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zu der Situation, wo Betroffene anfangen, sich konkret mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu beschäftigen.

Während der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Krise sind die Handlungsmöglichkeiten der betrieblichen Akteurinnen und Akteure zwar begrenzt, aber durchaus vorhanden. Die gehaltene Verbindung zur oder zum Betroffenen (ohne sie oder ihn zu bedrängen) sowie feste Ansprechpersonen beugen dem Gefühl vor, abgeschieden zu sein. Insbesondere das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) kann helfen, Perspektiven für die Zukunft zu eröffnen und damit die Gesundung zu fördern (siehe 5.2.1).

Positive Signale wirken ermutigend

Menschen in längerer Arbeitsunfähigkeit empfinden alle Signale als ermutigend, die darauf hindeuten, dass Vorgesetzte und Kolleginnen und Kollegen positiv an sie denken. Dies können etwa Karten mit Genesungswünschen sein, Einladungen zu Betriebsfeiern oder -ausflügen. Hilfreich ist der Hinweis, dass man sich freuen würde über die Teilnahme, man aber auch Verständnis hat, wenn das zurzeit noch nicht gewünscht oder möglich ist.

Besuche in der Klinik oder zu Hause sollten nur bei sehr gutem persönlichen Kontakt ins Auge gefasst werden. Im Zweifel kann man auf geeignete Weise (zum Beispiel Karte/Telefonat) anfragen, ob der oder dem Betroffenen ein Besuch angenehm wäre. Auch dabei gilt es darauf zu achten, dass man es dem Gegenüber nicht schwer macht, nein zu dieser Idee zu sagen, zum Beispiel: „[...] möchten wir anfragen, ob wir dich mal besuchen können oder ob dir das eventuell noch zu früh ist.“

Bewährt hat sich auch, wenn sich innerhalb der Abteilung, dem Team oder der Arbeitsgruppe eine Person bereit erklärt, den Kontakt mit der oder dem Betroffenen zu halten (natürlich nur, wenn Letztere:r das möchte).

IFD einschalten

Wenn zu diesem Zeitpunkt der IFD noch nicht mit im Boot ist, sollte der betroffenen Person die Kontaktaufnahme empfohlen werden. Denkbar ist auch, dass die Interessenvertretungen nachfragen, ob sich der IFD seinerseits bei der oder dem Betroffenen melden sollte, oder dass sie die betroffene Person und den IFD direkt zu einem ersten gemeinsamen Termin einladen, um die Zusammenarbeit einzuleiten. Die Begleitung durch den IFD vermag in dieser Situation eine wichtige Lotsenfunktion durch die Höhen und Tiefen von wechselnden Krankheitsphasen zu übernehmen. Besonders wenn ein oder eine Mitarbeiter:in bereits länger arbeitsunfähig ist und sich betrieblichen Stellen gegenüber völlig abkapselt, kann der IFD in manchen Fällen eine wichtige Vermittlungsrolle einnehmen.

Hilfen durch Krankenkassen

In dieser Situation lohnt die Nachfrage bei der jeweiligen Krankenkasse, ob Unterstützungsangebote für deren Versicherte bestehen. Einige Krankenversicherungen offerieren eigene Beratung oder schalten in bestimmten Fällen externe Berater:innen ein, die mit den Versicherten nach Wegen suchen, wie sie aktiv an ihrer Stabilisierung arbeiten können.

Anregungen an Betroffene von Schwerbehindertenvertretung oder Betriebsrat

Sofern die Interessenvertretung in Kontakt mit Betroffenen während der oft langen Arbeitsunfähigkeit steht, kann sie Ideen und Anregungen unterbreiten, die zur Aktivierung, zur Vermeidung von Isolation und zur Strukturierung des Tages beitragen können; ob solche Angebote vor Ort existieren und wo man sie findet, erarbeiten sich Interessenvertretungen nach und nach.

Solche Angebote können sein:

- Selbsthilfegruppen, von denen man beispielsweise in Lokalteilen der Zeitung, im Internet oder in einer Selbsthilfekontaktstelle erfährt
- Angebote von gemeindepsychiatrischen Zentren wie zum Beispiel offene Cafés, angeleitete Gesprächsgruppen, Angehörigenberatung
- Lauftreffs für jedermann, bei denen man sich gewöhnlich in unterschiedlich schnell gehenden oder laufenden Gruppen einreihen kann und die kostenlos angeboten werden

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Auch während einer Krise steht Frau Mut in regelmäßigem Kontakt zu ihrem Arbeitgeber. Sie telefoniert dann etwa alle drei Wochen mit der Personalabteilung.

Zu ihrem direkten Vorgesetzten hat sie ein besonders gutes Verhältnis:

„Meinen Chef besuche ich wöchentlich am Arbeitsplatz, damit er mich auch krank erlebt. So kann er besser einschätzen, wie es mir geht und besser damit umgehen. Das ist mir ganz wichtig!“

5.2.1 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Seit 2004 ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) als Pflicht für alle Arbeitgebende im Sozialgesetzbuch IX verankert. Gerade bei psychisch Erkrankten ist die Zeit der Arbeitsunfähigkeit keineswegs nur Regeneration, sondern oft geprägt von quälenden Sorgen: „Wie soll das mit der Arbeit weitergehen? Wie sieht meine Zukunft aus?“

Sechs Wochen Arbeitsunfähigkeitszeit sind bei einer psychischen Erkrankung schnell erreicht. Die Einladung zum BEM kann durchaus zu einem Zeitpunkt erfolgen, zu dem Mitarbeiter:innen noch mitten in einer relativ akuten Krankheitsphase sind und sich ein solches Gespräch (noch) nicht zutrauen. Deswegen ist es gerade bei psychischen Erkrankungen so wichtig, dass Betroffene auch die Möglichkeit haben, das BEM-Angebot unter zeitlichem Vorbehalt anzunehmen: „Ja, aber bitte später.“

Erstkontakt

Für ein erfolgreiches BEM muss gut überlegt sein, wer den ersten Kontakt herstellt. Dies kann die Personalabteilung, eine Interessenvertretung oder eine Sozialberatung sein. Wenn die Zuständigkeit für den ersten Kontakt im BEM festgelegt ist, sollte dies auch in Fällen psychischer Erkrankung beibehalten werden. Sofern das – wie in den meisten Fällen – schriftlich erfolgt, sollte gerade bei Menschen in psychischen Krisen versucht werden, mit einem zeitgleichen Telefonat/ Gespräch zum Beispiel seitens der Interessenvertretung ausgelöste Ängste und Besorgnisse zu bereden. In dieser Unterredung kann auch besprochen werden, dass die betroffene Person das Verfahren zwar ablehnen kann, aber beachten sollte, dass dies bei einer zukünftigen Zuspitzung der Krise ihre Position allerdings auch verschlechtern könnte.

Wichtig ist es, im Rahmen des ersten Kontaktes der oder dem Mitarbeiter:in die Ziele und Absichten des BEM zu erläutern und Ängste zu mindern.

Vertrauensperson an der Seite

Beim Zustandekommen des ersten persönlichen BEM-Gesprächs sollte die oder der Betroffene auf jeden Fall die Möglichkeit haben, eine Person seines Vertrauens hinzuzuziehen. Dazu kommen Mitglieder der Interessenvertretungen in Betracht, Kolleginnen und Kollegen oder auch Angehörige.

Im BEM-Gespräch können gemeinsam erste Überlegungen angestellt werden, wie die Rückkehr an den Arbeitsplatz gestaltet werden kann.

Jedes BEM-Verfahren ist eine Einzelanfertigung

Zu Beginn des BEM-Prozesses geht es um die Richtung der Lösung. Dann kann in der Zwischenzeit untersucht – und eventuell in weiteren Gesprächen verhandelt – werden, welche Möglichkeiten innerbetrieblich bestehen, sich in der nächsten Zeit abzeichnen (zum Beispiel durch Ausscheiden anderer Mitarbeiter:innen) oder aber ausgeschlossen sind.

Ist eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz gewünscht oder kommt das nicht infrage?

Falls Umsetzung gewünscht wird, sollte vorher besprochen werden, ob dafür Chancen bestehen und welche Bedingungen erfüllt sein müssen (zum Beispiel zusätzliche Kenntnisse). Ferner gilt es zu klären: Geht es um die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses mit der vollen Stundenzahl oder geht es um Arbeitszeitverkürzung?

Jede Form von Klarheit sowie jedes Angebot der Wahl zwischen verschiedenen Alternativen, jeder Hinweis, sich sofort oder auch erst später zu bestimmten Angeboten oder Überlegungen äußern zu können, nimmt der oder dem Betroffenen eine weitere Last von der Seele und kann die Gesundheit unterstützen und beschleunigen.

Der Betrieb sollte aber auch seine eigene Position klar vertreten. Wenn seitens der oder des Vorgesetzten oder der Interessenvertretung Sorgen bestehen, dass die Krise durch Überforderung an einer bestimmten Aufgabe oder Position entstanden ist, sollte dies angesprochen werden. Ebenso sollte thematisiert werden, wenn der Eindruck entstanden ist, dass eine oder ein Mitarbeiter:in durch seine eigenen Verhaltensweisen zu der krisenhaften Zuspitzung beigetragen hat (zum Beispiel Unfähigkeit zur friedlichen Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen).

Im BEM-Gespräch sollte auch die Möglichkeit einer Rückkehr mit stufenweiser Wiedereingliederung betrieblicherseits angesprochen werden – dies setzt allerdings ausreichend Vorbereitungszeit voraus (siehe 5.3.1).

5.3 ... bei der Rückkehr von Mitarbeiter:innen nach einer Krise

Hier geht es um den Zeitraum von ersten Überlegungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Arbeitsunfähigkeit endet und die oder der Betroffene wieder am Arbeitsplatz ist.

Nach einer psychischen Krise ist die oder der Mitarbeiter:in bei seiner Rückkehr an den Arbeitsplatz sorgfältig zu unterstützen. Die stufenweise Wiedereingliederung ist in vielen Fällen das Mittel der Wahl.

Unsicherheiten der Betroffenen bei der Rückkehr

Nach einer längeren Abwesenheit wegen einer psychischen Krise oder Erkrankung ist der Gedanke an die Rückkehr an den Arbeitsplatz oft mit vielen Unsicherheiten und Ängsten für die betroffene Mitarbeiterin oder den betroffenen Mitarbeiter behaftet. Mögliche Überlegungen können sein:

- „Schaffe ich die Arbeit überhaupt noch?“
- „Was hat sich während meiner Abwesenheit verändert?“
- „Wie schwer wird es, wieder auf den aktuellen Stand zu kommen?“
- „Werde ich jetzt schräg angesehen, weil ich in der Psychiatrie war?“
- „Was sage ich den Kolleginnen und Kollegen, wenn die fragen, was ich hatte?“
- „Sind die sauer, weil die mich so lange vertreten mussten?“
- „Wie wird meine Vorgesetzte oder mein Vorgesetzter auf mich reagieren?“
- „Wollen die überhaupt, dass ich zurückkomme?“

Neuanfang langsam beginnen

Es ist auf jeden Fall sinnvoll, wenn Betroffene sowohl inner- als auch außerbetrieblich feste Ansprechpersonen haben, mit denen sie diese Besorgnisse besprechen können (innerbetrieblich: etwa Interessenvertretungen, Sozialberatung, Kolleginnen und Kollegen, Betriebsärztin und Betriebsarzt, Vorgesetzte; außerbetrieblich: IFD, Ärztinnen und Ärzte, Therapeut:innen).

Ziel ist es, die Hürde des Neuanfangs in kleine, überschaubare Stufen zu gliedern und so die Motivation und Zuversicht zu vergrößern und Misserfolge möglichst zu vermeiden. Solche Stufen können zum Beispiel sein:

- Gespräche/Telefonate mit Sozialberatung, Betriebsrat/Personalrat oder der Schwerbehindertenvertretung
- Telefonat mit der Führungskraft, um eine Rückmeldung über den Stand der Gesundheit zu geben und den Wunsch zu formulieren, ein Gespräch wegen der Modalitäten der Rückkehr zu vereinbaren (eventuell anknüpfend an Vorabsprachen aus dem BEM)
- ein erstes Begrüßen der Kolleginnen und Kollegen
- ein erster Besuch am Arbeitsplatz, um sich wieder vertraut zu machen
- ein Termin bei der Personalabteilung, zum Beispiel, um die Formalien der stufenweisen Wiedereingliederung zu klären
- schließlich der Arbeitsbeginn (wenn möglich und sinnvoll mit stufenweiser Wiedereingliederung)

Wurde ein BEM durchgeführt, können die dabei vereinbarten Schritte jetzt umgesetzt werden, so zum Beispiel:

- Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz
- Umsetzung und Einarbeitung an diesem Arbeitsplatz
- Veränderung des Zuschnitts der Arbeitsinhalte
- Reduzierung der Arbeitszeit

PRAXISBEISPIEL FRAU MUT

Vor der Rückkehr aus der Arbeitsunfähigkeit führte Frau Mut ein persönliches Gespräch mit der Personalabteilung, in dem Vereinbarungen für den Wiedereinstieg getroffen wurden.

Die Rückkehr erfolgte jeweils im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung. Mit zunächst zwei Stunden täglich konnte Frau Mut langsam wieder in den Arbeitsalltag einsteigen. Die tägliche Arbeitszeit wurde anschließend über vier und sechs Stunden allmählich wieder auf die normale Arbeitszeit von acht Stunden gesteigert.

Die stufenweise Wiedereingliederung verlief bei Frau Mut jedoch nicht wie erhofft.

„Das Instrument ist sicherlich sinnvoll, aber die richtige Umsetzung ist entscheidend.“

Der zeitliche Ablauf der Wiedereingliederung wird vorab von einem Arzt festgelegt. Dieser unterrichtet den Arbeitgebende und die Krankenkasse über die geplante Maßnahme. Frau Mut hätte sich rückblickend einen deutlich längeren Zeitraum mit täglich zwei und vier Stunden gewünscht, da sie die zügige Erhöhung der Stundenzahl sehr unter Druck setzte und ihren Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag erschwerte.

„Ich hätte mir gewünscht, wir hätten die Wiedereingliederung im Gespräch geplant und es anschließend dementsprechend mit dem Arzt festgelegt.“

Der Umgang ihrer Kolleginnen und Kollegen mit ihrer Krankheit erleichtert Frau Mut jedoch den Einstieg nach einer Krise. Im Jahr 2016 erhielt sie zunächst die klinische Diagnose Depressionen. Darüber hat sie ihre Kolleginnen und Kollegen selbst informiert.

„Die Kolleginnen und Kollegen gehen mit mir und lernen mit mir.“

Am Anfang war Frau Mut sehr nervös und fragte sich vorab: „Wie werden sie reagieren?“ Doch alle Kolleginnen und Kollegen reagierten mitfühlend und zeigten sich sehr besorgt.

„Es war für mich wie ein Ankommen in einem Nest. Das hat mich sehr ermutigt und gestärkt, weiterhin so offen mit meiner Erkrankung umzugehen.“

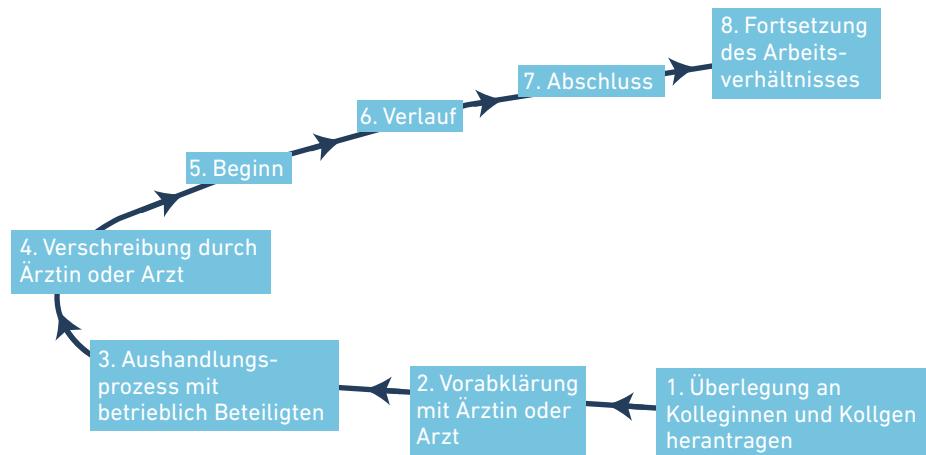
Auch im weiteren Verlauf der Krankheit legt Frau Mut großen Wert darauf, dass ihr kollegiales Umfeld nicht über Dritte aufgeklärt wird. Sie spricht ihre Krankheit daher offen an und ist froh, dass ihre Kolleginnen und Kollegen dies ebenfalls tun.

5.3.1. Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung kann ein sehr hilfreiches Instrument für psychisch erkrankte Mitarbeiter:innen sein. Eine psychische Krise ist in aller Regel eine existenziell erschütternde Erfahrung. Die oder der Betroffene erlebt, dass das scheinbar sicher geglaubte Fundament seines Denkens, Fühlens und Handelns ins Wanken geraten oder sogar zerbrochen ist. Die stufenweise Wiedereingliederung kann unterstützen, nach und nach wieder festen Boden unter den Füßen zu bekommen. Es gibt aber einige Vorbedingungen, damit dieses Instrument seine positiven Seiten entfalten kann.

Das vielfach bewährte Verfahren – die oder der behandelnde Ärztin oder der Arzt verschreibt einen Stufenplan, dem der Arbeitgebende und die oder der Mitarbeiter:in mit Unterschrift zustimmen und der dann bei der Krankenversicherung eingereicht wird – sollte bei Menschen nach längerer Arbeitsunfähigkeit wegen psychischen Erkrankungen aber besonders sorgfältig vorbereitet und angegangen werden, um ein Scheitern möglichst zu verhindern. Hier sind Schritte vor der ärztlichen Verschreibung sinnvoll. Denn Mediziner:innen sind von der betrieblichen Realität weit entfernt und haben zum Beispiel wenig Kenntnis darüber, welche Bedingungen vor Ort herrschen (etwa besondere Belastung in der Abteilung durch Inventur, Urlaubssituation oder Langzeiterkrankungen weiterer Beschäftigter).

Phasen der stufenweisen Wiedereingliederung



Quelle: Systemberatung Gimbel

Phase 1: Überlegung an Betroffene herantragen

Möglichst frühzeitig sollten den Betroffenen – etwa im Rahmen des BEM, bei Gesprächen mit Betriebs- oder Personalrat beziehungsweise der Schwerbehindertenvertretung oder in der Beratung durch den IFD – die Licht-, aber auch die Schattenseiten (beispielsweise der Hinweis darauf, dass in dieser Zeit lediglich Krankengeld gezahlt wird) der stufenweisen Wiedereingliederung erläutert werden. Die betroffene Person sollte Zeit haben, sich dazu eine Meinung zu bilden.

Eine Zustimmung der Betroffenen gründet sich oft auf der Einsicht, dass es besser ist, nicht von null auf hundert ins kalte Wasser der täglichen Arbeit zu springen, sondern sich nach und nach immer mehr Inhalte des beruflichen Alltags anzueignen.

Eine Ablehnung der stufenweisen Wiedereingliederung kann finanzielle Gründe haben (Verlängerung des Krankengeldbezugs oder zusätzliche Fahrtkosten). Die Rechtsgrundlage ist hier allerdings noch nicht hinreichend geklärt – jüngste Urteile haben Krankenversicherung oder Rentenversicherung zur Übernahme solcher Kosten verpflichtet. Eine Ablehnung kann aber auch den Hintergrund haben, dass eine Person sich sicher fühlt, die Anforderungen des Arbeitsalltags bereits wieder vollumfänglich zu schaffen (wer häufiger solche Prozesse begleitet, wird erfahren, dass sich manche damit richtig einschätzen, andere sich damit überfordern). Letztlich entscheidet die betroffene Person; sie trägt auch die Folgen.

Phase 2: Ärztliche Vorabklärung

Sofern Betroffene eine Rückkehr mit stufenweiser Wiedereingliederung in Erwägung ziehen, sollten sie zunächst abklären, ob dies von ärztlicher Seite grundsätzlich befürwortet wird. Falls dies so ist, geht der Prozess weiter. Andernfalls muss abgewartet werden, bis der Stabilisierungsprozess so weit fortgeschritten ist, dass keine ärztlichen Bedenken mehr bestehen.

Phase 3: Aushandlungsprozess mit betrieblich Beteiligten

Die Begleitung des Aushandlungsprozesses kann unterschiedlich sein: In Betrieben mit funktionierenden BEM übernimmt das in der Regel die oder der BEM-Verantwortliche; sonst ist es häufig jemand aus der Interessenvertretung oder dem IFD.

In dieser Phase sollten zunächst die Vorstellungen der oder des Betroffenen besprochen werden:

- Wie viele Stunden können täglich an wie vielen Tagen in der Woche geleistet werden?
- Für welchen Zeitraum wird die erste Stufe angesetzt?
- Welche Veränderungen werden in den jeweils nächsten Stufen vorgenommen, bis die volle Stundenzahl wieder erreicht ist?

Oft ist es sinnvoll, die stufenweise Wiedereingliederung eher länger zu planen und dann bei gutem Verlauf eventuell zu verkürzen. Denn eine Verlängerung der Laufzeit im laufenden Prozess sorgt eher für Unsicherheiten und Sorgen bei allen Beteiligten, eine Verkürzung ist dagegen eine positive Botschaft.

So könnte ein solcher Plan zum Beispiel aussehen:

Stufenweise Wiedereingliederung Name ...

Vorschlag für den Verlauf/Stand: 14.1.

Beginn: 3.2. (ausreichender Vorlauf nötig)

Stufe	Von/Bis	Std./tgl.	Arbeitsinhalte
1	3.2. – 19.2.	3 Std./5 Tage	
2	21.2. – 5.3.	4 Std./5 Tage	
3	7.3. – 19.3.	5 Std./5 Tage	

Ende der stufenweisen Wiedereingliederung: 19.3.

Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses ab: 21.3.

Nächste Schritte:

- Abstimmung des Plans mit Führungskraft/Arbeitgebenden
- Zustimmung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes: „Verschreibung“
- Unterschrift des Arbeitgebenden einholen
- Unterschrift der* oder des Beschäftigten
- Einreichen bei der Krankenkasse

Quelle: Systemberatung Gimbel

Befürchtet die betroffene Person, dass sie eventuell gleich wieder mit allen liegen gebliebenen Aufgaben überschüttet wird, sollte in diesem Plan auch aufgeführt werden, mit welchen Arbeiten in Stufe 1 begonnen werden soll und welche Aufgaben nach und nach in den nächsten Stufen dazukommen sollen.

An diesem Punkt kann auch für die Zukunft verhandelt werden, ob die volle Belastung so bleibt wie vor der Krise oder ob Teile der Aufgaben dauerhaft abgegeben werden können.

Zu berücksichtigende Aspekte

Ebenso müssen bei der Planung einer stufenweisen Wiedereingliederung folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Gibt es noch Konflikte, Spannungen, Missverständnisse, Kränkungen oder Ähnliches aus der Zeit vor der Arbeitsunfähigkeit seitens der oder des Betroffenen, der Kolleginnen und Kollegen oder der Führungskraft? Wie lassen sich diese Probleme eventuell aus dem Weg räumen (Aussprache, Entschuldigung, Gesten und so weiter)?
- Wer hat die betroffene Person in ihrer Abwesenheit vertreten? Möchte das Umfeld gerne, dass die Vertretung bleibt? Was passiert mit dieser Person bei der erfolgreichen Rückkehr der oder des Erkrankten? Und welche Nebenwirkungen kann das auf die stufenweise Wiedereingliederung haben?
- Wenn es keine Vertretung gab: Wie wird gewährleistet, dass die liegen gebliebene Arbeit den Rückkehrenden nicht gleich wieder „erschlägt“?

Mit diesem Wunschplan sowie den anderen Vorüberlegungen sollte dann das Gespräch mit der zuständigen Führungskraft gesucht und geklärt werden, wo Zustimmung möglich oder wo der Plan aus deren Sicht modifiziert werden sollte. Die Führungskraft wird dann auch nach ihren Gesichtspunkten klären, wo sie selbst entscheiden kann oder ob sie andere Stellen im Betrieb beteiligen sollte/muss.

Auch im Kolleginnen und Kollegenkreis besteht angesichts der Rückkehr einer oder eines Beschäftigten nach psychischer Krise nicht selten Verunsicherung. Es kommen Fragen auf wie zum Beispiel:

- „Muss ich sie oder ihn jetzt in Watte packen?“
- „Was kann ich im Umgang mit ihr oder ihm falsch machen?“
- „Darf ich sie oder ihn fragen, was sie oder er hatte?“
- „Ist es unhöflich, nicht danach zu fragen?“

Um in dieser Situation Klarheit zu schaffen, muss mit der betroffenen Person abgesprochen werden, welche Informationen sie selbst ihren oder seinen Kolleginnen und Kollegen zu den Gründen ihrer oder seiner Abwesenheit und Wiedereingliederung geben will und welche Informationen die Führungskraft oder die Interessenvertretung weitergeben darf.

Dabei ist zu beachten, dass möglichst keine Diagnosen bekannt gegeben werden. Die Situation sollte besser umschrieben werden, zum Beispiel mit Begriffen wie „Erschöpfungszustand“, „Krise“, „mit den Nerven am Ende gewesen“, „alles über den Kopf gewachsen“ und so weiter.

Phase 4: Ärztliche Verschreibung

Die betroffene Person legt den Plan ihrer oder seinem behandelnden Ärztin oder Arzt vor und erläutert, auf welchem Weg und mit wem diese Überlegungen entstanden sind. Die oder der Ärztin oder Arzt entscheidet dann nach ihren oder seinen Gesichtspunkten, ob der Plan so in die vorgeschriebene Form übernommen wird oder ob größere oder kleinere Veränderungen angezeigt sind. Werden von ärztlicher Seite größere Veränderungen vorgenommen, sollte das im Betrieb noch einmal rückgemeldet werden; kleinere Anpassungen sind in dieser Phase vernachlässigbar.

Das Formblatt mit der ärztlichen Aussage zur stufenweisen Wiedereingliederung muss dann von der betroffenen Person und dem Betrieb gegengezeichnet und bei der Krankenversicherung eingereicht werden. Deren Zustimmung ist in aller Regel sicher, es sei denn, die geplante Zeit der stufenweisen Wiedereingliederung steht in einem krassen Missverhältnis zum Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit.

Phase 5: Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung

Der Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung sollte so gewählt werden, dass die Führungskraft an diesem Tag die oder den Mitarbeiter:in empfängt und eventuell sogar an den Arbeitsplatz begleitet. Günstig ist, wenn es für die oder den Mitarbeiter:in eine feste Ansprechperson gibt, bei der auf kurzem Weg auftauchende Fragen geklärt werden können.

Phase 6: Verlauf

Wenn die Beteiligten (Betroffene und Vorgesetzte, eventuell auch Kolleginnen und Kollegen und/oder Interessenvertretungen) zustimmen, sollte der Stand und die Entwicklung der stufenweisen Wiedereingliederung regelmäßig eingeschätzt werden. Dies kann durch die Beteiligung der Sozialberatung, der oder des BEM-Beauftragten oder des IFD geschehen.

Dazu kann man bei der betroffenen Person zum Beispiel abfragen:

- „Was läuft aus Ihrer Sicht bereits wieder gut?“
- „Was oder wer hat Ihnen geholfen, diese Schritte zu erreichen?“
- „Was erhoffen Sie sich von den nächsten Tagen/Wochen an Weiterentwicklung?“
- „Woran werden Sie beziehungsweise Ihre Führungskraft in nächster Zeit erkennen, dass es weiter aufwärtsgeht?“
- „Was und wer könnte Ihnen helfen, diese Ziele zu erreichen?“
- „Was vermuten Sie, wünschen sich Ihre oder Ihr Vorgesetzte ioder Vorgesetzten/ Ihre Kolleginnen und Kollegen an Weiterentwicklung für die kommende Zeit oder die nächste Stufe?“

An die Führungskraft können folgende Fragen formuliert werden:

- „Was läuft aus Ihrer Sicht bereits wieder gut?“
- „Wo erhoffen Sie sich in der nächsten Zeit noch Zuwachs?“
- „Gibt es bei Ihnen Besorgnisse, die angesprochen werden sollten?“
- Und falls ja: „Was müsste passieren, dass sich diese Besorgnisse verringern oder erledigen?“

Mögliche Überforderung

Schließlich kann es – auch bei der besten Vorbereitung – Situationen geben, wo die stufenweise Wiedereingliederung nicht zu der gewünschten Gesundheit führt, sondern sich als Überforderung erweist. Betroffene laufen Gefahr, sich solche Signale zu spät einzugestehen.

Betroffene sollten von der beratenden Person (IFD, BEM-Verantwortliche:r, SBV und so weiter) immer wieder um Einschätzung gebeten werden, ob sich der Stand ihres Kräfte-Akkus (siehe 1.1) während der stufenweisen Wiedereingliederung eher nach oben bewegt, stagniert oder absinkt. Sie können das an Signalen wie mehr Ängste, Unruhe, Schlafschwierigkeiten oder Ähnliches feststellen. Es braucht aber ein gutes Vertrauensverhältnis zu der begleitenden Person, um offen darüber zu sprechen.

Falls sich der Stand des Kräfte-Akkus nach unten bewegt und auch kurzfristig keine Möglichkeiten gesehen werden, die Richtung umzukehren, muss das Thema Abbruch beziehungsweise Aussetzen der stufenweisen Wiedereingliederung angesprochen werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Betroffene zu lange versuchen durchzuhalten, bevor sie schließlich doch aufgeben müssen und dann sehr lange brauchen, um sich von diesem Rückschlag zu erholen.

Die stufenweise Wiedereingliederung ist ein erfreulich flexibles Mittel. In Absprache mit der oder dem Ärztin oder Arzt und bei Einvernehmen des Betriebs können die Stufen auch im laufenden Verfahren zum Beispiel noch verlängert werden, wenn der Eindruck entsteht, das sei für die oder den Betroffene:n zuträglich.

Phase 7: Abschluss

Ob der Abschluss der stufenweisen Wiedereingliederung besonders betont werden sollte, ist von Fall zu Fall verschieden. Hier kann vor Ort und situationsbedingt eingeschätzt werden, ob dadurch unnötiges Augenmerk auf die betroffene Person gerichtet wird oder ob damit eine positive Aufwertung verbunden sein könnte.

Wie bei anderen Krankheiten gibt es Verläufe, wo psychische Krisen/Erkrankungen erneut oder immer wieder auftreten können.

Nach erstmaligen Erkrankungen, aber insbesondere dann, wenn Mitarbeiter:innen wiederholt psychisch erkrankt sind, sollte überlegt werden, ob Frühwarnsysteme im betrieblichen Alltag greifen können. Das betriebliche Umfeld – Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzte – nimmt eventuell frühzeitig Veränderungen wahr, die den Beginn einer Krise andeuten können. Trifft man gemeinsam mit der oder dem Betroffenen dazu vorab Absprachen, fällt es den anderen Beteiligten leichter, problematische Entwicklungen frühzeitig anzusprechen.

Besprochen werden sollten Fragen wie:

- „Wie kann einer erneuten Krise vorgebeugt werden?“
- „Können in nächster Zeit regelmäßige Gespräche als Sicherungen eingeplant werden und wer sollte daran teilnehmen?“
- „Was können Warnsignale sein?“
- „Wie sollten Führungskraft oder andere Personen aus dem Umfeld damit umgehen, wenn bei ihnen Besorgnisse um die Stabilität der oder des Betroffenen entstehen?“
- „Gibt es besondere Zeiten, in denen das Risiko für Rückschläge steigt?“

Dabei gilt es, das Gleichgewicht zu wahren: Das Umfeld sollte Betroffene nicht zu sehr sich selbst überlassen, aber auch nicht unter Dauerbeobachtung stellen.

Da während einer langen Arbeitsunfähigkeit in der Regel auch noch zahlreiche Urlaubstage anstehen, kann zu diesem Zeitpunkt auch geklärt werden, ob ein Teil des Urlaubs tageweise genommen wird und dadurch die wöchentliche Arbeitszeit für eine weitere Einarbeitungsphase verkürzt wird.

6 Verbreitete Krankheitsbilder

6.1 Burn-out

Durch die breite Nutzung des Begriffs „Burn-out“ in den Medien und der Gesellschaft wurde eine intensive Auseinandersetzung mit körperlichen wie psychischen Erschöpfungszuständen ausgelöst. Burn-out ist keine psychiatrische Diagnose, beschreibt aber offenbar für eine wachsende Zahl von Berufstätigen ihre Situation.

Unter dem Begriff Burn-out fasst man die Symptome emotionaler und körperlicher Erschöpfung nach längerer Zeit ständiger Überforderung zusammen: Betroffene fühlen sich leer, stumpf und verzweifelt. Das Interesse an anderen Menschen und Freizeitaktivitäten schwindet, die Leistungsfähigkeit nimmt ab. Im beruflichen Umfeld kann sich das Verhältnis zu Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten wesentlich verschlechtern. Den beruflichen Anforderungen kommen Betroffene häufig nicht mehr zur Genüge nach. Es kann zu einem totalen Zusammenbruch mit lang andauernder Arbeitsunfähigkeit kommen.

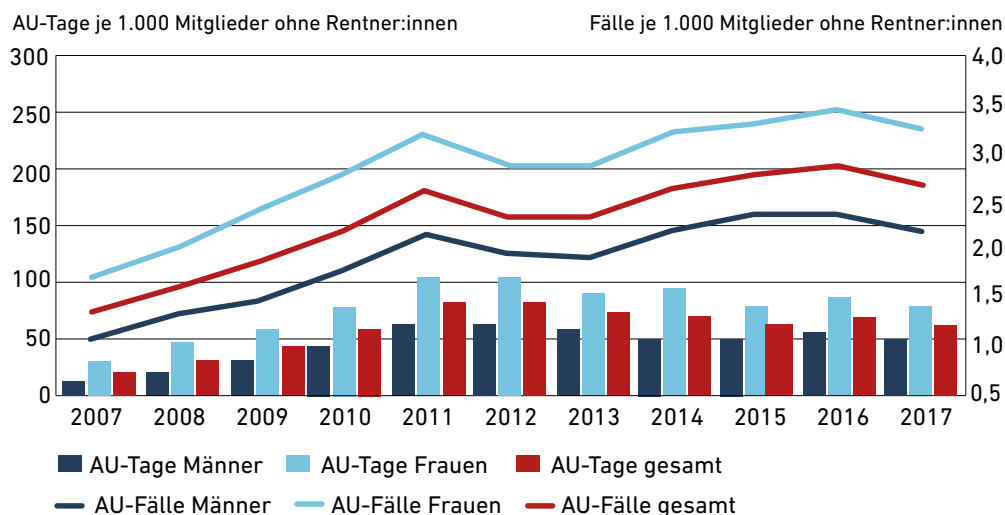
An den Beispielen einiger Prominenter, die sich als Betroffene geoutet haben und deren Probleme in den Medien ausgebreitet wurden, haben sich viele Diskussionen entfacht. Immer ging es dabei um das Thema Überforderung im Berufsleben durch veränderte Bedingungen in der Arbeitswelt. Ebenso gibt es aber auch Vertreter:innen der Meinung, dass das Thema Burn-out nur eine „Modeerscheinung“ sei.

Diagnose Burn-out

Umstritten ist der Begriff Burn-out, weil er im ICD-10 nicht unter den psychiatrischen Diagnosen gelistet ist. Burn-out kommt dort nur als Teilbereich des Diagnose-Codes Z73 im Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ vor.

Dieser Code Z73 wird erst seit 2004 von den Krankenkassen gemessen und erfasst. Der rasante Anstieg der Fälle in diesen wenigen Jahren bis heute ist in der Tat frappant.

Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner:innen – Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007 bis 2017)



Quelle: Schaubild Gesundheitsreport BKK 2018

Von 2007 bis 2011 stieg die Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen wegen Burn-out steil an. Dies führte zu einer zugespitzten Diskussion: Einerseits wurde unter Verweis auf diese Zahlen der Anstieg von Stress und Belastungen im Betrieb als Ursache gesehen; andererseits wurde dagegen argumentiert mit dem Hinweis, Burn-out sei keine anerkannte Krankheit und eher eine Modeerscheinung.

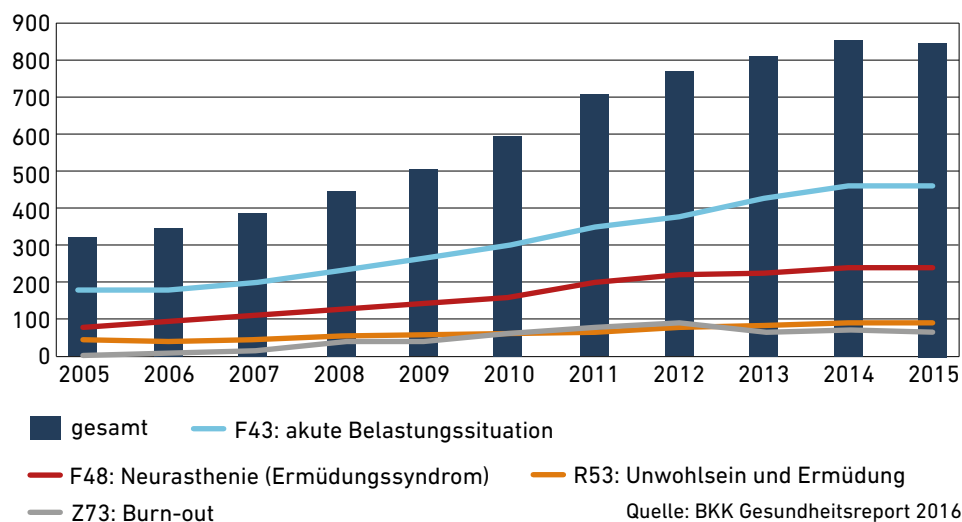
Im Zuge dieser Diskussion gingen die Zahlen der Arbeitsunfähigkeitstage nach 2011 leicht zurück. Die Krankenkassen kamen zu der Einschätzung, dass dies kein Hinweis auf geringere Belastungen im Betrieb sei, sondern Ärztinnen und Ärzte angesichts der Umstrittenheit des Begriffs auf andere Diagnosen ausgewichen seien: „Nicht selten dürfte allerdings die entsprechende Symptomatik auch mit dem ICD-Code F43.0 akute Belastungsreaktion, dem ICD-Code F48.0 Neurasthenie (Ermüdungssyndrom) oder dem ICD-Code R53 Unwohlsein und Ermüdung verschlüsselt werden, sodass die realen Zahlen die hier angegebenen noch übersteigen dürften.“

(BKK Gesundheitsreport 2013, S. 39)

Im Jahr 2016 hat die BKK dann die Codierung Burn-out mit den möglicherweise alternativen Codierungen addiert und dabei folgenden Verlauf festgestellt:

AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner:innen – Burn-out-Syndrom und mögliche alternative Kodierung im Zeitverlauf (2005–2015)

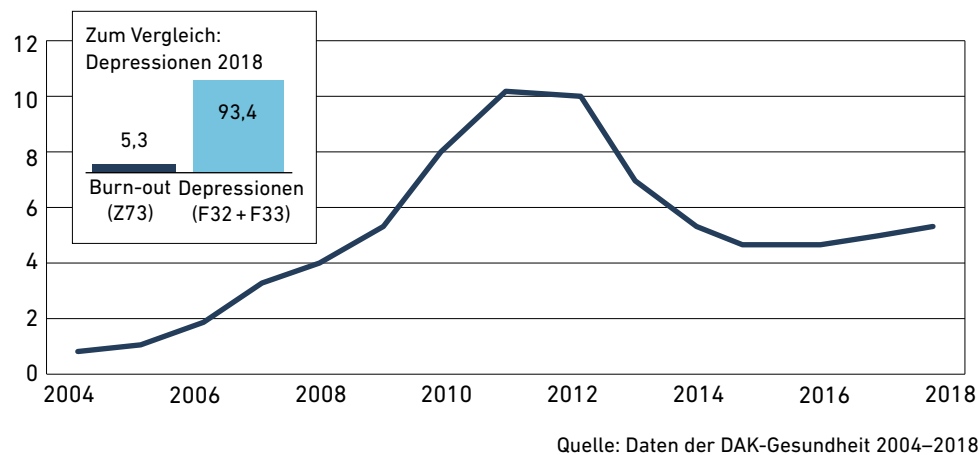
AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner:innen



In den folgenden Jahren wurde diese Zusammenstellung nicht fortgeschrieben, was vermutlich auch mit dem abnehmenden Interesse an dem Thema zusammenhängt.

Allerdings ist das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeitstage wegen Burn-out im Vergleich zum Ausmaß anderer psychischer Erkrankungen eher gering: Allein die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen Depressionen ist etwa 17-mal so hoch.

Fehltage aufgrund von Burn-out (Z73): Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung



Zum Höhepunkt der gesellschaftlichen Diskussion um das Thema Burn-out 2011 hat die Psychotherapeutenkammer die Diagnosen zum Thema Burn-out analysiert. Es wurde festgestellt, dass der ICD-Code Z73 nur in etwa 15 Prozent der Fälle (2011) als alleiniger Grund für die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit stand, in den restlichen 85 Prozent der Fälle aber zusammen mit anderen psychischen – schwerpunktmäßig Depressionen – oder körperlichen Erkrankungen einherging. Neuere Untersuchungen dazu liegen nicht vor.

Bei der Einschätzung, ob es sich um eine „Modeerscheinung“ oder um ein reales Problem handelt, ist noch zu berücksichtigen, dass die Altersgruppe ab 50 Jahren besonders stark betroffen ist. Diese Menschen stehen im Arbeitsleben vermehrt unter Druck, was wachsenden beruflichen Anforderungen und gleichzeitig altersbedingtem Nachlassen der Kräfte geschuldet ist. Es wird allerdings davon ausgegangen, dass man in reiferen Lebensjahren weniger anfällig für „Mode-diagnosen“ ist.

Altersgruppe ab 50 Jahren

Mittlerweile ist der Begriff Burn-out nahezu zu einem Synonym avanciert für psychische Erkrankungen/Belastungen, die auf zu viel Arbeit beziehungsweise Stress zurückgeführt werden. Niemand weiß sicher, ob Beschäftigte, die wegen psychischen Erkrankungen arbeitsunfähig sind oder waren und über Burn-out klagen, auch diese Diagnose erhalten haben.

Noch eine Anmerkung, die deutlich macht, wie schillernd das Thema ist: Bei nahezu allen Krankheitsarten gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen Erkrankungshäufigkeit und sozioökonomischem Status (unter anderem Ausbildung, Einkommen); also je niedriger der sozioökonomische Status, umso häufiger tritt eine Erkrankung auf. Das Robert Koch-Institut benennt drei Ausnahmen von dieser Regel: Allergien, Neurodermitis und – Burn-out! Hintergrund könnte sein, dass Burn-out akzeptabler ist als die Diagnose Depression und dass Personen mit höherem sozioökonomischem Status mehr Einfluss auf die ärztliche Diagnose nehmen (können).

Im ICD-11, der 2022 in Kraft treten soll, ist Burn-out weiterhin nicht als Krankheit aufgelistet. Burn-out wird als „Syndrom“, also als ein durch das gemeinsame Auftreten bestimmter charakteristischer Symptome gekennzeichnetes Krankheitsbild bezeichnet. Im Unterschied zum ICD-10 wird Burn-out aber eindeutig definiert als „Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich bearbeitet wird“. Dazu gehören drei charakteristische Dimensionen:

- Gefühl von Erschöpfung
- Zunehmende geistige Distanz oder negative Haltung zum eigenen Job
- Verringertes Leistungsvermögen im Beruf

Die hohe mediale Aufmerksamkeit für das Thema kann damit zusammenhängen, dass die berufliche Anspannung und Überforderung in den letzten Jahren für immer mehr Berufstätige zum Problem wird und Burn-out, also „Ausgebrannt“, als passender Begriff dafür angesehen wird.

6.2 Mobbing

Die Abgrenzung von Mobbing und Konflikten ist in Betrieben und Verwaltungen häufig schwierig. Konflikte lösen häufig Krankheitstage aus, besonders die Psyche ist dabei sehr belastet. Die Suche nach Lösungen wird noch schwieriger, wenn der Begriff Mobbing mit im Spiel ist. Betriebe sind gut beraten, wenn sie bereits präventiv Stellen für die Konfliktbewältigung einrichten.

Definition von Mobbing

„Unter Mobbing wird eine konfliktbelastete Kommunikation am Arbeitsplatz unter Kollegen oder zwischen Vorgesetzten und Untergebenen verstanden, bei der die angegriffene Person unterlegen ist und von einer oder einigen Personen systematisch, oft und während einer längeren Zeit mit dem Ziel und/oder dem Effekt des Ausstoßes aus dem Arbeitsverhältnis direkt oder indirekt angegriffen wird und dies als Diskriminierung empfindet.“

(Leymann: Der neue Mobbingbericht, 1995, S. 18. Eine gesetzliche Definition von Mobbing findet sich in § 3 Absatz 3 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes [AGG]).

Mobbing-Situationen sind für Betroffene extrem belastend und kräftezehrend. Der Weg in – häufig psychische – lang anhaltende oder gar Dauerkrankheit ist dann vorprogrammiert. Nicht immer gelingt die Rückkehr in den angestammten Betrieb, weil „die Erde verbrannt“ ist. Auch Gerichte sind mit der Klärung solcher Fälle häufig überfordert. Mobbing oder ähnliche Verläufe könnten als psychosozialer Betriebsunfall gesehen werden, allerdings gibt es diesbezüglich keine Unterstützungsmöglichkeit durch die Berufsgenossenschaften.

Schuldzuweisung

Im Nachgang von Mobbing-Fällen ist es äußerst komplex, herauszufinden, was denn in Wirklichkeit geschehen ist, wer Schuld hat und wer unschuldig ist. Häufig gehen Vorgesetzte oder Interessenvertretungen davon aus, dass schließlich die Mehrheit oder hierarchisch höherstehende Beteiligte recht haben und geben einzelnen Betroffenen die Schuld am Verlauf. So kann bei diesen Einzelpersonen zusätzlich das Gefühl ausgelöst werden, dass ihnen über das eigentliche Mobbing hinaus auch noch von höherer Stelle Unrecht geschieht und sie letztlich ohnmächtig sind. Das hat in der Regel lang andauernde schwere psychische Folgen, die bis hin zur Erwerbsunfähigkeit führen können.

Allerdings wird der Begriff Mobbing nicht nur in solchen Situationen angewandt. Es kommt auch vor, dass eine Person von den anderen als sehr belastend, unkooperativ oder streitsüchtig erlebt wird. Die Kolleginnen und Kollegen gehen dieser Person aus dem Weg, reagieren gereizt oder setzen sich zur Wehr. Die betreffende Person ihrerseits erlebt dies als aggressives und ausgrenzendes Verhalten ihr gegenüber – eben als Mobbing.

Vielfach ist es schwierig, zwischen Aktion und Reaktion, Täterschaft und Opfer zu unterscheiden. Insofern eignet sich der Begriff Mobbing nur (und auch da nur begrenzt) für die Einzelberatung von Betroffenen, weil man ihnen damit für ihre Sichtweise Verständnis entgegenbringen kann und damit ihr Leiden anerkennt, das in aller Regel mit der Situation einhergeht.

Im innerbetrieblichen Beratungskontext ist der Begriff Mobbing eher hinderlich, denn er geht von einer „Täter:in-Opfer-Perspektive“ aus: Wird jemand gemobbt, dann steht der Vorwurf im Raum, dass andere Personen aktiv mobben. Und daraufhin eskaliert der Streit: Der Vorwurf wird mit Gegenvorwürfen zurückgewiesen und die Schlammschlacht beginnt.

Insofern wirkt der Begriff Mobbing in aller Regel als Brandbeschleuniger. Deshalb ist eher der Begriff der „entgleisten Konflikte“ zu empfehlen, statt von Mobbing zu sprechen.

Unternehmen sind gut beraten, ein innerbetriebliches Verfahren zum Umgang mit Konflikten zu etablieren und Zuständige zu benennen, an die sich Betroffene wenden können („Konfliktberatungsstelle“ oder positiver formuliert „Kooperationsförderungsstelle“). Dieses Unterstützungsnetz kann die Menge der Konflikte verringern, die zu entgleisen drohen, und damit auch die Gefahr von schweren psychischen Erkrankungen der Beteiligten eindämmen.

6.3 Sucht

Bezüge und Abgrenzungen

Die Zahl der dokumentierten Arbeitsunfähigkeitstage infolge von Suchtkrankheiten ist in den letzten zehn Jahren um 17 Prozent gestiegen (AOK-Bundesverband, 2013). Gemeint ist in erster Linie die Einzel- oder Mehrfachabhängigkeit von sogenannten stoffgebundenen Substanzen wie Alkohol, Drogen und Medikamente. Im Folgenden geben wir einen kurzen Überblick zum Thema Sucht.

Zentrales Erkennungszeichen: Kontrollverlust

Zentrales Kriterium für eine sich oft über einen längeren Zeitraum und in mehreren Stufen entwickelnde Abhängigkeit ist der sogenannte Kontrollverlust: die Unfähigkeit, aus eigenem Willen mit dem Konsum einer Substanz (Alkohol, Drogen, Medikamente) wieder aufhören zu können. Es gibt mehrere Anzeichen für eine sich entwickelnde Abhängigkeitserkrankung: zum Beispiel die Toleranzentwicklung – wenn die zum Erreichen einer gewünschten Wirkung notwendige Menge der konsumierten Substanzen wächst – oder wenn beim Absetzen des Suchtmittels Entzugssymptome auftreten. Auch ein kaum stillbarer Drang, die Substanz zu konsumieren, kommt nicht selten vor. Während in den letzten Jahren das Trinken von Alkohol am Arbeitsplatz leicht abgenommen hat, ist der Medikamentenkonsum kontinuierlich gestiegen. Die Zahlen bezüglich illegaler Drogen bleiben hingegen relativ unverändert. Laut Schätzung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sind 5 Prozent der Konsumenten suchtkrank und weitere 10 Prozent gefährdet. Die Auswirkungen von Sucht auf die Arbeitswelt sind gravierend, zumal es hierbei nicht nur um das Suchtverhalten am Arbeitsplatz selbst geht, sondern auch der Suchtmittelmissbrauch in der Freizeit wirkt sich negativ auf das Berufsleben aus. Modellrechnungen gehen davon aus, dass bei suchtkranken Mitarbeiter:innen gegenüber jenen ohne Suchtprobleme Leistungseinbußen von bis zu 25 Prozent festzustellen sind, sie 16-mal häufiger fehlen (Kurzerkrankungen ohne Krankschreibung), 2,5-mal häufiger aufgrund attestierter Krankheit ausfallen und 3,5-mal häufiger in Unfälle verwickelt werden.

Gesprächsanlass für Führungskräfte: Sinkende Arbeitsleistung

Im betrieblichen Kontext stehen jedoch zunächst weniger Abhängigkeit und Sucht selbst im Vordergrund des Interesses. Anlass für eine Reaktion von Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen und Arbeitgebenden sind in der Regel die beobachtbaren Folgen: Die Qualität der Arbeit oder die Zuverlässigkeit einer Person lässt spürbar nach, arbeitsvertragliche Pflichten werden teilweise oder gar nicht mehr erfüllt. Zu diesen Pflichten gehört zum Beispiel auch die Einhaltung von Arbeitsschutzvorschriften wie etwa ein generelles Alkoholverbot. Solche Beobachtungen beziehungsweise Verstöße liefern der oder dem direkten Vorgesetzten den Anlass für ein Gespräch mit der betreffenden Person. Diese soll die Gelegenheit erhalten, sich kritisch mit dem eigenen Verhalten auseinanderzusetzen. Tritt das Suchtverhalten erkennbar stärker in den Vordergrund, sollte dies auch deutlich angesprochen werden – verbunden mit dem Hinweis auf Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten, aber auch mit Hinweis auf mögliche Folgen bei ausbleibender Veränderung.

Hilfemöglichkeiten für suchtkranke Menschen

Für Menschen, bei denen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz eindeutig vor allem auf eine Suchtkrankheit als Ursache zurückgehen, gibt es im Bereich Suchthilfe bekannte Anlaufstellen und Beratungsmöglichkeiten. Auf der Internetseite der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in NRW (www.landesstellesucht-nrw.de) können lokale Beratungs- und Behandlungsstellen aufgerufen werden.

Sucht- und weitere psychische Krankheiten

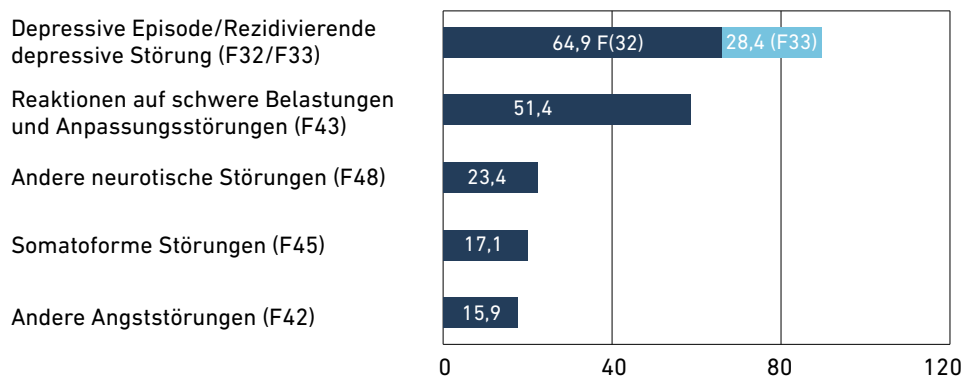
Häufig mischen sich die Krankheitsbilder; sucht- und allgemeinspsychiatrische Erkrankungen treten gemeinsam auf. So können beispielsweise Menschen, die unter einer Phobie leiden der Versuchung erliegen, mithilfe von Alkohol angstbesetzte Situationen besser durchzustehen. Ein anderes Beispiel für solche Doppelerkrankungen sind Menschen, die unter einer schizophrenen Erkrankung leiden und die Wahrnehmungsstörungen beziehungsweise Halluzinationen mit Alkohol einzudämmen suchen. Nicht zuletzt entwickelt sich bei vielen Drogenabhängigen infolge der Sucht eine Psychose.

Es gibt hier ein breites Spektrum differenzierter Wechselwirkungen zwischen sucht- und allgemeinspsychiatrischen Erkrankungen. Entsprechende Sorgfalt ist bei der Diagnostik gefragt, um die jeweils passenden Behandlungsschritte einleiten zu können. Damit sind Arbeitgeber:innen, Führungskräfte oder Kolleginnen und Kollegen als medizinische Laien üblicherweise überfordert; auch von einer Betätigung als „Hobbypsychologin oder Hobbypsychologe“ sollte abgeraten werden. Konkrete Unterstützung und Beratung bieten in dieser Situation die Integrationsfachdienste (IFD), die auch für Menschen mit einer solchen sogenannten Doppeldiagnose (zum Beispiel Sucht in Kombination mit einer Psychose) zuständig sind.

6.4 Die wichtigsten Diagnosen

Im Folgenden finden sich Kurzbeschreibungen der fünf Diagnosegruppen mit dem höchsten Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen. Zitiert wird die jeweilige Definition der Störung aus dem ICD-10, also dem offiziellen Verzeichnis der Diagnoseschlüssel (der im Jahr 2022 nachfolgende ICD-11 wird voraussichtlich eine andere Ordnung erhalten).

AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

Depressive Episode (F32 + F33)

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) depressiven Episoden leidet die oder der Patient:in unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten somatischen Symptomen begleitet werden wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. (Während eine „Episode“ das einmalige Auftreten der Erkrankung bezeichnet, spricht man unter F33 von einer „Rezidivierenden depressiven Störung“, sofern diese Krankheit wiederholt auftritt.)

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Diese Störungen unterscheiden sich von den übrigen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. Obwohl weniger schwere psychosoziale Belastungen („life events“) den Beginn und das Erscheinungsbild auch zahlreicher anderer Störungen auslösen und beeinflussen können, ist ihre ätiologische Bedeutung doch nicht immer ganz klar. In jedem Fall hängt sie zusammen mit der individuellen, häufig idiosynkratischen Vulnerabilität, das heißt, die Lebensereignisse sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten und die Art der Krankheit zu erklären. Im Gegensatz dazu entstehen die hier aufgeführten Störungen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen dieses Abschnittes können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen.

Andere neurotische Störungen: Neurasthenie (F48)

Im Erscheinungsbild zeigen sich erhebliche kulturelle Unterschiede. Zwei Hauptformen überschneiden sich beträchtlich. Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Formen finden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig. Der Schlaf ist oft in der ersten und mittleren Phase gestört, es kann aber auch Hypersomnie (Schlafsucht/chronische Müdigkeit) im Vordergrund stehen.

Somatisierungsstörung (F45)

Charakteristisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen. Die meisten Patientinnen und Patienten haben eine lange und komplizierte Patient:innenkarriere hinter sich, sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, wo viele negative Untersuchungen und ergebnislose explorative Operationen durchgeführt worden sein können. Die Symptome können sich auf jeden Körperteil oder jedes System des Körpers beziehen. Der Verlauf der Störung ist chronisch und fluktuierend und häufig mit einer lang andauernden Störung des sozialen, interpersonellen und familiären Verhaltens verbunden.

Andere Angststörungen (F41)

Bei diesen Störungen stellen Manifestationen der Angst die Hauptsymptome dar, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein. Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt.



7 Weiterführende Literatur- und Onlineempfehlungen

Allgemeine Informationen

ICD-10

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Version 2020)

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2010

Psychenet

Informationen zu psychischen Erkrankungen/Diagnosen,
<http://www.psychenet.de/psychischegesundheit>

Psychische Gesundheit im Arbeitsleben

Psyche und Gesundheit im Erwerbsleben

Hanka Bendig, Patricia Lück, Laura-Marie Mätschke, Hiltraut Paridon, 2016

Psychische Belastung und Gesundheit

Reihe Arbeit und Psyche – Psyche und Arbeit, Band 1, Cosmar, Marlen; Portune, Roland, 2017

Psychische Gesundheit im Betrieb – Arbeitsmedizinische Empfehlung

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019

Psychische Gesundheit und Rechtsfragen

betanet.de

Portal für psychosoziale und sozialrechtliche Informationen im Gesundheitswesen

Depression & Soziales

beta Institut gemeinnützige GmbH, 2020

Psychosen, Schizophrenie und Soziales

beta Institut gemeinnützige GmbH, 2019

Informationen für Führungskräfte

Führung und Psyche – Früherkennung, Handlungsansätze, Selbstschutz: Zentrale Erkenntnisse zum Umgang mit psychischen Gefährdungen und Gefährdeten am Arbeitsplatz

Sonja Höhn, 2017

Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz – Eine Handlungsleitlinie für Führungskräfte

Rütgers, Günter; Schüchter, Wolfgang, Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., BARMER, 2014

Psychische Gefährdungsbeurteilung

Arbeitsschutz in der Praxis – Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

Leitung des GDA-Arbeitsprogramms Psyche, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017

Erklärfilm zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

GDA-Arbeitsprogramm Psyche, 2016

Burn-out

Richtig erholen – zufriedener arbeiten – gesünder leben. Erholung und Arbeit im Gleichgewicht. Ein Leitfaden für Beschäftigte

Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA.nrw), 2016

Burn-out: Was ist das – was kann man dagegen tun?

Hillert, Andreas; Lemnitz, Christina, 2017

Burn-out – und dann? Wie das Leben nach der Krise weitergeht

Kleinschmidt, Carola, 2016

Betriebliches Eingliederungsmanagement und stufenweise Wiedereingliederung

Schritt für Schritt zurück in den Job – Betriebliche Eingliederung nach längerer Krankheit – was Sie wissen müssen

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020

Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2020

Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement

LVR-Inklusionsamt, LWL-Inklusionsamt Arbeit, 2018

Sonstiges

Wege zur Psychotherapie

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 2019

Behinderung und Ausweis

LWL-Inklusionsamt Arbeit, LVR-Inklusionsamt, 2018

8 Adressen und Ansprechpersonen

LWL-Inklusionsamt Arbeit

Postanschrift: LWL-Inklusionsamt Arbeit, 48133 Münster

Besucheranschrift: Von-Vincke-Straße 23–25, 48143 Münster

Telefon: 0251 591-3740; Fax: 0251 591-6566

Leitung des LWL-Inklusionsamts Arbeit

Michael Wedershoven

Telefon: 0251 591-3811, E-Mail: michael.wedershoven@lwl.org

Referatsleitung Recht, Ausgleichsabgabe, Seminare und Öffentlichkeitsarbeit, Querschnitt

Hannelore Weidemann

Telefon: 0251 591-3810, E-Mail: hannelore.weidemann@lwl.org

Referatsleitung Finanzen

Daniel Brinkmann

Telefon: 0251 591-4862, E-Mail: daniel.brinkmann@lwl.org

Referatsleitung Einzelfallhilfen Schwerbehindertenrecht, Technischer Beratungsdienst, Bergmannsversorgungsschein NRW

Eva-Maria Jäger-Kuhlmann

Telefon: 0251 591-3815, E-Mail: eva-maria.jaeger-kuhlmann@lwl.org

Referatsleitung Einzelfallhilfen nTA-Modellvorhaben und Basisangebot WfbM

Claudia Köper-Wolberg

Telefon: 0251 591-4468, E-Mail: claudia.koeper-wolberg@lwl.org

Referatsleitung Teilhabe Arbeit – Fachliche Angebote

Hartmut Baar

Telefon: 0251 591-272, E-Mail: hartmut.baar@lwl.org

Ansprechpersonen für Begleitende Hilfe/Kündigungsschutz

Katja Debus

Sachbereichsleitung
Telefon: 0251 591-3575
E-Mail: katja.debus@lwl.org

Eckard Amshove

Telefon: 0251 591-3821
E-Mail: eckard.amshove@lwl.org

Jacqueline Büschker

Telefon: 0251 591-3211
E-Mail: jacqueline.bueschker@lwl.org

Verena Eienbröker

Telefon: 0251 591-5261
E-Mail: verena.eienbroeker@lwl.org

Carina Friedel

Telefon: 0251 591-3771
E-Mail: carina.friedel@lwl.org

Evelyn Münstermann

Telefon: 0251 591-3990
E-Mail: evelyn.muenstermann@lwl.org

Christiane Oberfeld

Telefon: 0251 591-5377
E-Mail: christiane.oberfeld@lwl.org

Karin Rettig

Telefon: 0251 591-4510
E-Mail: karin.rettig@lwl.org

Irmir Heeke

Sachbereichsleitung
Telefon: 0251 591-4433
E-Mail: irmir.heeke@lwl.org

Sarah Borchers

Telefon: 0251 591-3563
E-Mail: sarah.borchers@lwl.org

Jutta Jamroszczyk

Telefon: 0251 591-3483
E-Mail: jutta.jamroszczyk@lwl.org

Christina Kogenschott

Telefon: 0251 591-6943
E-Mail: christina.kogenschott@lwl.org

Michael Krieter

Telefon: 0251 591-5852
E-Mail: michael.krieter@lwl.org

Dirk Rosendahl

Telefon: 0251 591-3290
E-Mail: dirk.rosendahl@lwl.org

Vanessa Symalla

Telefon: 0251 591-5164
E-Mail: vanessa.symalla@lwl.org

Ansprechperson für den Bergmannsversorgungsschein

Gabriele Tackenberg

Telefon: 0251 591-4118
E-Mail: gabriele.tackenberg@lwl.org

Ansprechperson für den Bereich Widerspruchs- und Klageverfahren**Katharina Spennemann**

Sachbereichsleitung

Telefon: 0251 591-3999

E-Mail: katharina.spennemann@lwl.org

Ansprechpersonen für den Bereich Seminare, Öffentlichkeitsarbeit**Petra Wallmann**

Sachbereichsleitung

Telefon: 0251 591-3461

E-Mail: petra.wallmann@lwl.org

Frederic Heinze

Telefon: 0251 591-3740

E-Mail: frederic.heinze@lwl.org

Helena Becker

Telefon: 0251 591-3773

E-Mail: helena.becker@lwl.org

Anne Lülff-Scharlau

Telefon: 0251 591-5259

E-Mail: anne.luelf-scharlau@lwl.org

Bastian Everding

Telefon: 0251 591-8141

E-Mail: bastian.everding@lwl.org

Fax: 0251 591-6566**Ansprechperson für die Bereiche Inklusionsbetriebe und LWL-Budget für Arbeit****Michael Veltmann**

Sachbereichsleitung

Telefon: 0251 591-3826

E-Mail: michael.veltman@lwl.org

Ansprechpersonen bei der Handwerkskammer Münster für Inklusionsbetriebe**Claudia Stremming**

Telefon: 0251 5203-433

E-Mail: claudia-stremming@hwk-muenster.de

Jörg Janzen

Telefon: 0209 38077-44

E-Mail: joerg.janzen@hwk-muenster.de

Ansprechpersonen im Bereich Inklusionsbetriebe**Melanie Ahlers**

Telefon: 0251 591-3885

E-Mail: melanie.ahlers@lwl.org

Isabell Hörnschemeyer

Telefon: 0251 591-5911

E-Mail: isabell.hoernschemeyer@lwl.org

Sina Dege

Telefon: 0251 591-3778

E-Mail: sina.dege@lwl.org

Daniela Kierdorf

Telefon: 0251 591-5458

E-Mail: daniela.kierdorf@lwl.org

Christian Niemand

Telefon: 0251 591-6541

E-Mail: christian.niemand@lwl.org

Karina Pinnekämper

Telefon: 0251 591-4890

E-Mail: karina.pinnekaemper@lwl.org

**Ansprechpersonen für das LWL-Budget für Arbeit/
Übergang aus der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt**

Isabell Hörnschemeyer

Telefon: 0251 591-5941

E-Mail: isabell.hoernschemeyer@lwl.org

Laura Altwulf

Telefon: 0251 591-5256

E-Mail: laura.altwulf@lwl.org

Ansprechperson für den Bereich Ausgleichsabgabe

Andreas Königkamp

Sachbereichsleitung

Telefon: 0251 591-4729

E-Mail: andreas.koenigkamp@lwl.org

Fax: 0251 591-6587

Ansprechpersonen im Technischen Beratungsdienst

Frank Schrapper

Sachbereichsleitung

Telefon: 0251 591-3580

E-Mail: frank.schrapper@lwl.org

Michael Rother

Telefon: 0251 591-3561

E-Mail: michael.rother@lwl.org

Rainer-Ingo Annas

Telefon: 0251 591-3772

E-Mail: rainer-ingo.annas@lwl.org

Wolfgang Schmid

Telefon: 0251 591-5260

E-Mail: wolfgang.schmid@lwl.org

Tanja Böhler

Telefon: 0251 591-3834

E-Mail: tanja.boehler@lwl.org

Christian Vagedes

Telefon: 0251 591-6956

E-Mail: christian.vagedes@lwl.org

Wolfgang Drillich

Telefon: 0251 591-5720

E-Mail: wolfgang.drillich@lwl.org

Fax: 0251 591-6598

**Ansprechperson für die Bereiche Übergang Schule-Beruf (KAoA-Star), Jobcoaching, Unterstützte
Beschäftigung**

Johanna Korte

Sachbereichsleitung

Telefon: 0251 591-3202

E-Mail: johanna.korte@lwl.org

**Ansprechpersonen im Bereich Übergang Schule-Beruf (KAoA-Star)****Martina Edwards**

Telefon: 0251 591-6439

E-Mail: martina.edwards@lwl.org

Carsten Roman

Telefon: 0251 591-3830

E-Mail: carsten.roman@lwl.org

Stephan Gall

Telefon: 0251 591-4124

E-Mail: stephan.gall@lwl.org

Kristina Steffen

Telefon: 0251 591-4750

E-Mail: kristina.steffen@lwl.org

Karin Lebek

Telefon: 0251 591-5719

E-Mail: karin.lebek@lwl.org

Fax: 0251 591-3272**Ansprechpersonen für die Bereiche Jobcoaching und Unterstützte Beschäftigung****Kathrin Arp**

Telefon: 0251 591-5258

E-Mail: kathrin.arp@lwl.org

Oliver Gorski

Telefon: 0251 591-3805

E-Mail: oliver.gorski@lwl.org

Ulrike Becker

Telefon: 0251 591-3763

E-Mail: ulrike.becker@lwl.org

Elin Prasun

Telefon: 0251 591-4882

E-Mail: elin.prasun@lwl.org

Claudia Daldrup

Telefon: 0251 591-6545

E-Mail: claudia.daldrup@lwl.org

Kristina Wilke

Telefon: 0251 591-4155

E-Mail: kristina.wilke@lwl.org

Fax: 0251 591-6803**Ansprechperson für Fachliche Angebote in WfbM und andere Leistungsanbieter****Marlies Wiesemann**

Sachbereichsleitung

Telefon: 0251 591-3725

E-Mail: marlies.wiesemann@lwl.org

Ansprechperson für den Bereich Basisangebot WfbM**Petra Schmitz**

Sachbereichsleitung

Telefon: 0251 591-6518

E-Mail: petra.schmitz@lwl.org

Fallmanagement Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben/Eingliederungshilfe

Marianne Becker

Telefon: 0251 591-4759

E-Mail: marianne.becker@lwl.org

Sonja Kalkstein

Telefon: 0251 591-3105

E-Mail: sonja.kalkstein@lwl.org

Petra Dorenberg

Telefon: 0251 591-5253

E-Mail: petra.dorenberg@lwl.org

Annette Kempkes

Telefon: 0251 591-5257

E-Mail: annette.kempkes@lwl.org

Melanie Hampe

Telefon: 0251 591-5250

E-Mail: melanie.hampe@lwl.org

Elke Kubendorff

Telefon: 0251 591-3228

E-Mail: elke.kubendorff@lwl.org

Andreas Hasebrock

Telefon: 0251 591-3404

E-Mail: andreas.hasebrock@lwl.org

Antonius Rust

Telefon: 0251 591-4715

E-Mail: antonius.rust@lwl.org

Ansprechperson für den Bereich Einzelfallhilfen nTA-Modellvorhaben (Hamm, Münster, Siegen-Wittgenstein)

Jennifer Sunder

Sachbereichsleitung

Telefon: 0251 591-6987

E-Mail: jennifer.sunder@lwl.org

Fallmanagement Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben/Eingliederungshilfe (Hamm, Münster, Siegen-Wittgenstein)

Susanne Gelhard

Telefon: 0251 591-5858

E-Mail: susanne.gelhard@lwl.org

Meike Schaefer

Telefon: 0251 591-6989

E-Mail: meike.schaefer@lwl.org

Peter Gesmann

Telefon: 0251 591-6988

E-Mail: peter.gesmann@lwl.org

Evelyn Wierike

Telefon: 0251 591-6986

E-Mail: evelyn.wierike@lwl.org

Fallmanagement Begleitende Hilfe/Kündigungsschutz (Hamm, Münster, Siegen-Wittgenstein)

N. N.

Telefon: 0251 591-6942



**Ansprechperson für den Bereich Einzelfallhilfen nTA-Modellvorhaben
(Bochum, Herford, Warendorf)**

Sabine Rüffer

Sachbereichsleitung
Telefon: 0251 591-6983
E-Mail: sabine.rueffer@lwl.org

**Fallmanagement Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben/Eingliederungshilfe
(Bochum, Herford, Warendorf)**

Marc Borowski

Telefon: 0251 591-6985
E-Mail: marc.borowski@lwl.org

Elisabeth Horstmann

Telefon: 0251 591-5251
E-Mail: elisabeth.horstmann@lwl.org

Johanna Beckmann

Telefon: 0251 591-6982
E-Mail: johanna.beckmann@lwl.org

Karin Riebauer

Telefon: 0251 591-6374
E-Mail: karin.riebauer@lwl.org

Fallmanagement Begleitende Hilfe/Kündigungsschutz (Bochum, Herford, Warendorf)

Raphaela Greve

Telefon: 0251 591-6937
E-Mail: raphaela.greve@lwl.org

Fallmanagement Übergänge (für beide regionalen Modellbereiche)

Lena Gianmoena

Telefon: 0251 591-6965
E-Mail: lena.gianmoena@lwl.org

**Ansprechperson für die Bereiche IFD-Steuerung,
Fachdienste Inklusionsbegleitung und Sinnesbehinderungen**

Daniela Wolff

Sachbereichsleitung
Telefon: 0251 591-4724
E-Mail: daniela.wolff@lwl.org

Ansprechpersonen im Fachdienst Inklusionsbegleitung und Übergang Psychiatrie – allgemeiner Arbeitsmarkt

Daniela Feye

Telefon: 0251 591-3002

E-Mail: daniela.feye@lwl.org

Petra Künsemüller

Telefon: 0251 591-5265

E-Mail: petra.kuensemueller@lwl.org

Wilhelmine Geenen

Telefon: 0251 591-5262

E-Mail: wilhelmine.geenen@lwl.org

Svetlana Rothermel

Telefon: 0251 591-5264

E-Mail: svetlana.rothermel@lwl.org

Susanne Harder

Telefon: 0251 591-4123

E-Mail: susanne.harder@lwl.org

Jutta Schefer

Telefon: 0251 591-4727

E-Mail: jutta.schefer@lwl.org

Horst Kappeller

Telefon: 0251 591-6973

E-Mail: horst.kappeller@lwl.org

Ansprechpersonen im Fachdienst für Menschen mit Hörbehinderung

Laura Agricola

Telefon: 0251 591-3264

E-Mail: laura.agricola@lwl.org

Tabea Bouma

Telefon: 0251 591-3894

E-Mail: tabea.bouma@lwl.org

Kathleen Amshove

Telefon: 0251 591-3866

E-Mail: kathleen.amshove@lwl.org

Bianca Schomaker

Telefon: 0251 591-5722

E-Mail: bianca.schomaker@lwl.org

Lisa Berger

Telefon: 0251 591-3579

E-Mail: lisa.berger@lwl.org

Fax: 0251 591-3839

Ansprechpersonen im Fachdienst für Menschen mit Sehbehinderung

Agnes Egbert

Telefon: 0251 591-3788

E-Mail: agnes.egbert@lwl.org

Michael Große-Drenkpohl

Telefon: 0251 591-4611

E-Mail: michael.grosse-drenkpohl@lwl.org

Ansprechpersonen im LWL-Präventionsfachdienst Sucht und Psyche

Martina Methe

Leitung

Telefon: 05241 502-2572

E-Mail: martina.methe@lwl.org

Postanschrift

LWL-Präventionsfachdienst

Sucht und Psyche

LWL-Klinik Gütersloh –

Bernhard-Salzmänn-Klinik

Buxelstraße 50

33334 Gütersloh

Fax: 05241 502-2610



Ansprechpersonen der Integrationsfachdienste (IFD) in Westfalen-Lippe

Stadt Bielefeld und Kreis Gütersloh

Integrationsfachdienst

Karl-Siebold-Weg 9
33617 Bielefeld
Fax: 0521 144-4495

Jens Berger

Telefon: 0521 144-4150
E-Mail: jens.berger@ifd-westfalen.de

Städte Gelsenkirchen, Bottrop, Gladbeck

Integrationsfachdienst

Bahnhofsvorplatz 4
45879 Gelsenkirchen
Fax: 0209 957146-69

Nicole Goralski

Telefon: 0209 957146-19
E-Mail: nicole.goralski@ifd-westfalen.de

Städte Bochum und Herne

Integrationsfachdienst

Alleestraße 144
44793 Bochum
Fax: 0234 9146-4159

Martina Schuster

Telefon: 0234 9146-4170
E-Mail: martina.schuster@ifd-westfalen.de

Stadt Hagen/Ennepe-Ruhr-Kreis

Integrationsfachdienst

Bergstraße 81
58095 Hagen
Fax: 02331 9184-53

Thomas Koslowski

Telefon: 02331 9184-22
E-Mail: thomas.koslowski@ifd-westfalen.de

Kreise Coesfeld und Borken

Integrationsfachdienst

Röntgenstraße 6
46325 Borken
Fax: 02861 8029-115

Andrea Blumenkamp

Telefon: 02861 8029-318
E-Mail: andrea.blumenkamp@ifd-westfalen.de

Stadt Hamm

Integrationsfachdienst

Westring 2
59065 Hamm
Fax: 02381 587-99556

Matthias Brinkmann

Telefon: 02381 587-556
E-Mail: matthias.brinkmann@ifd-westfalen.de

Stadt Dortmund

Integrationsfachdienst

Franziskanerstraße 3
44143 Dortmund
Fax: 0231 589784-29

Torsten Stern

Telefon: 0231 589784-18
E-Mail: torsten.stern@ifd-westfalen.de

Kreis Herford

Integrationsfachdienst

Hansastraße 33
32049 Herford
Fax: 05221 189-725

Bärbel Krächan

Telefon: 05221 189-6195
E-Mail: baerbel.kraechan@ifd-westfalen.de

Hochsauerlandkreis**Integrationsfachdienst**

Schützenstraße 10
59872 Meschede
Fax: 0291 2900-139

Axel Wohlmeiner

Telefon: 0291 2900-120
E-Mail: axel.wohlmeiner@ifd-westfalen.de

Kreis Lippe**Integrationsfachdienst**

Braunenbrucher Weg 18
32758 Detmold
Fax: 05231 6403612

Katrin Stepputat

Telefon: 05231 640374
E-Mail: katrin.stepputat@ifd-westfalen.de

Märkischer Kreis**Integrationsfachdienst**

Paulmannshöher Straße 19
58515 Lüdenscheid (Hellersen)
Fax: 02351 46-3516

Andreas Schnippering

Telefon: 02351 46-3555
E-Mail: andreas.schnippering@ifd-westfalen.de

Kreis Minden-Lübbecke**Integrationsfachdienst**

Hermannstraße 21
32423 Minden
Fax: 0571 88804-5919

Dennis Müller

Telefon: 0571 88804-5910
E-Mail: dennis.mueller@ifd-westfalen.de

Stadt Münster**Integrationsfachdienst**

Dahlweg 112
48153 Münster
Fax: 0251 986289-15

Annemarie Stückenschneider

Telefon: 0251 986289-33
E-Mail: annemarie.stueckenschneider@
ifd-westfalen.de

Kreise Paderborn und Höxter**Integrationsfachdienst**

Bahnhofstraße 11
33102 Paderborn
Fax: 05251 87356-19

Judith Rodeck

Telefon: 05251 87356-10
E-Mail: judith.rodeck@ifd-westfalen.de

Kreis Recklinghausen**Integrationsfachdienst**

Kaiserwall 17 und 19
45657 Recklinghausen
Fax: 02361 93664-29

Nicole Reese

Telefon: 02361 93664-15
E-Mail: nicole.reese@ifd-westfalen.de

Kreise Siegen-Wittgenstein und Olpe**Integrationsfachdienst**

Seelbacher Weg 15
57072 Siegen
Fax: 0271 703252-59

Duygu Kücükbicakci

Telefon: 0271 703252-61
E-Mail: duygu.kuecukbicakci@ifd-westfalen.de

Kreis Soest

Integrationsfachdienst

Cappelstraße 44
59555 Lippstadt
Fax: 02941 752-129

Eva Kemper

Telefon: 02941 752-125
E-Mail: eva.kemper@ifd-westfalen.de

Kreis Unna

Integrationsfachdienst

Graf-Adolf-Platz 3
58239 Schwerte
Fax: 02304 2409022

Thomas Becker

Telefon: 02304 2409016
E-Mail: thomas.becker@ifd-westfalen.de

Kreis Steinfurt

Integrationsfachdienst

Hemelter Straße 6
48429 Rheine
Fax: 05971 14537

Josef Wenning

Telefon: 05971 9488235
E-Mail: josef.wenning@ifd-westfalen.de

Kreis Warendorf

Integrationsfachdienst

Warendorfer Straße 81
59227 Ahlen
Fax: 02382 855639-9

Matthias Wehkamp

Telefon: 02382 855639-8
E-Mail: matthias.wehkamp@ifd-westfalen.de

Weitere regionale Kontaktadressen im Nordrhein-Westfalen

Deutsche Rentenversicherung Rheinland

Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 13
Montag bis Donnerstag 7.30 bis 19.30 Uhr,
Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr

Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 11
Montag bis Donnerstag 7.30 bis 19.30 Uhr,
Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr

Lokale Kontaktadressen (zum Selbstausfüllen)

Tragen Sie hier Kontakte ein, die sich in Ihrer unmittelbaren Umgebung befinden und nützlich sein können, wenn Sie mit der Beratung, Begleitung oder Unterstützung von Mitarbeiter:innen beziehungsweise Kolleginnen und Kollegen in psychischen Krisen zu tun haben.

Notieren Sie den Namen der Ansprechperson, die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und weitere für Sie hilfreiche Informationen.

IFD vor Ort

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Krankenhaus-Sozialarbeit

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Deutsche Rentenversicherung

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Tagesklinik.

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Krankenversicherung

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Sozialpsychiatrischer Dienst.

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Suchtberatungsstelle

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Angehörigenberatung

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Gesprächsgruppen

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Offener Treff

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Selbsthilfekontaktstelle

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Ärztin/Arzt

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Psychotherapeut:in

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Notizen:

.

Weitere Ansprechpersonen

.

.

.

Überreicht durch: