

## Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz und die Möglichkeiten von Unterstützungssystemen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben

Jörg Bungart, Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung – BAG UB

Im Jahr 2007 überarbeitete Fassung des in den Impulsen Nr. 36/2005 und Nr. 37/2006 erschienenen Artikels:

*„Es gibt ja eine Menge Gründe,  
warum in unserer Gesellschaft immer mehr Leute verrückt werden.“<sup>1</sup>*

Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys von 1998/1999 (N = 4181) weisen nach, dass 32% (15,6 Millionen) der erwachsenen Bevölkerung (18-65 Jahre) im Laufe eines Jahres von psychischer Erkrankung betroffen sind (Kriterien nach ICD<sup>2</sup> Klassifikation)<sup>3</sup>. Davon

- berichten 48% von zwei oder mehr psychischen Erkrankungsformen.
- stehen 36% in Kontakt mit ambulanten oder stationären psychiatrischen Diensten oder einem/einer Hausarzt/Hausärztin.
- erhalten schätzungsweise lediglich 10% eine adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Psychische Erkrankungen gehören damit zu den häufigsten und kostenintensivsten Erkrankungen mit steigender Tendenz (nach WITTCHEN/JACOBI 2002; vgl. BAR 2003, S. 18). Vergleichbare Beobachtungen werden in anderen europäischen Ländern gemacht. Die Ursachen psychischer Erkrankungen sind dabei vielfältig und können hier nicht umfassend dargestellt werden. Gegenstand des vorliegenden Beitrages sind Hintergrund und Auswirkungen psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz. Im Mittelpunkt stehen die Wechselwirkungen zwischen Belastungsfaktoren im Betrieb und den Auswirkungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit. Im Anschluss werden Möglichkeiten aufgezeigt, welche Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben getroffen werden können. Dies ist von besonderer Relevanz, da Arbeit auch eine tagesstrukturierende und – bei entsprechenden Arbeitsbedingungen – eine gesundheitsfördernde Funktion zugewiesen wird. Letztendliches Ziel ist die umfassende Teilhabe an der Gesellschaft.

### Einleitung

Nach einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) stellen psychische Belastungen am Arbeitsplatz für viele Beschäftigte ein erhebliches Problem dar. Belastungen, die als solche nicht erkannt bzw. „bearbeitet“ werden, führen immer häufiger zur Ausgliederung aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. VETTER/REDMANN 2005). Belegt wird diese Entwicklung auch durch die Zunahme von Personen mit psychischen Erkrankungen in Werkstätten für behinderte Menschen (vgl. HAUTROP/ SCHEIBNER 2002, S. 9)<sup>4</sup>.

In Unternehmen stellen Fehlzeiten aus betriebswirtschaftlicher Sicht einen bedeutenden Kostenfaktor dar. Menschen mit psychischen Erkrankungen begegnen Vorurteilen und oftmals fällt allen Beteiligten ein offener Umgang mit den Problemen schwer. Verständnis, Unvoreingenommenheit und konkrete Unterstützungen können jedoch einen wichtigen Beitrag zum Verbleib im Arbeitsleben darstellen.

<sup>1</sup> Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen (LWL 1997, S. 23)

<sup>2</sup> International Classification of Disease

<sup>3</sup> Die Ergebnisse basieren auf der ersten bundesweiten epidemiologischen Untersuchung zur psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland; durchgeführt vom Robert-Koch-Institut in Berlin. Die Studie umfasst eine ausführliche Erhebung psychosozialer Variablen und des körperlichen Zustandes der Untersuchungsteilnehmer, die durch eine ärztliche Befragung und Zusatzuntersuchung ergänzt wurde. Es wurden 12-Monats-Diagnosen verwendet, die angeben, ob während der vergangenen 12 Monate eine Person die vollen Kriterien einer spezifischen Diagnose erfüllt. Die Befunde beziehen sich somit ausschließlich auf klinisch relevante, voll ausgeprägte Zustandsbilder (nach WITTCHEN/JACOBI 2002, 9f.).

<sup>4</sup> Eine Mitteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Reformvorschläge 2005, September 2005) weist darauf hin, dass in einigen Regionen bis zu 50% der Neuanträge von Menschen mit psychischen Erkrankungen gestellt werden.

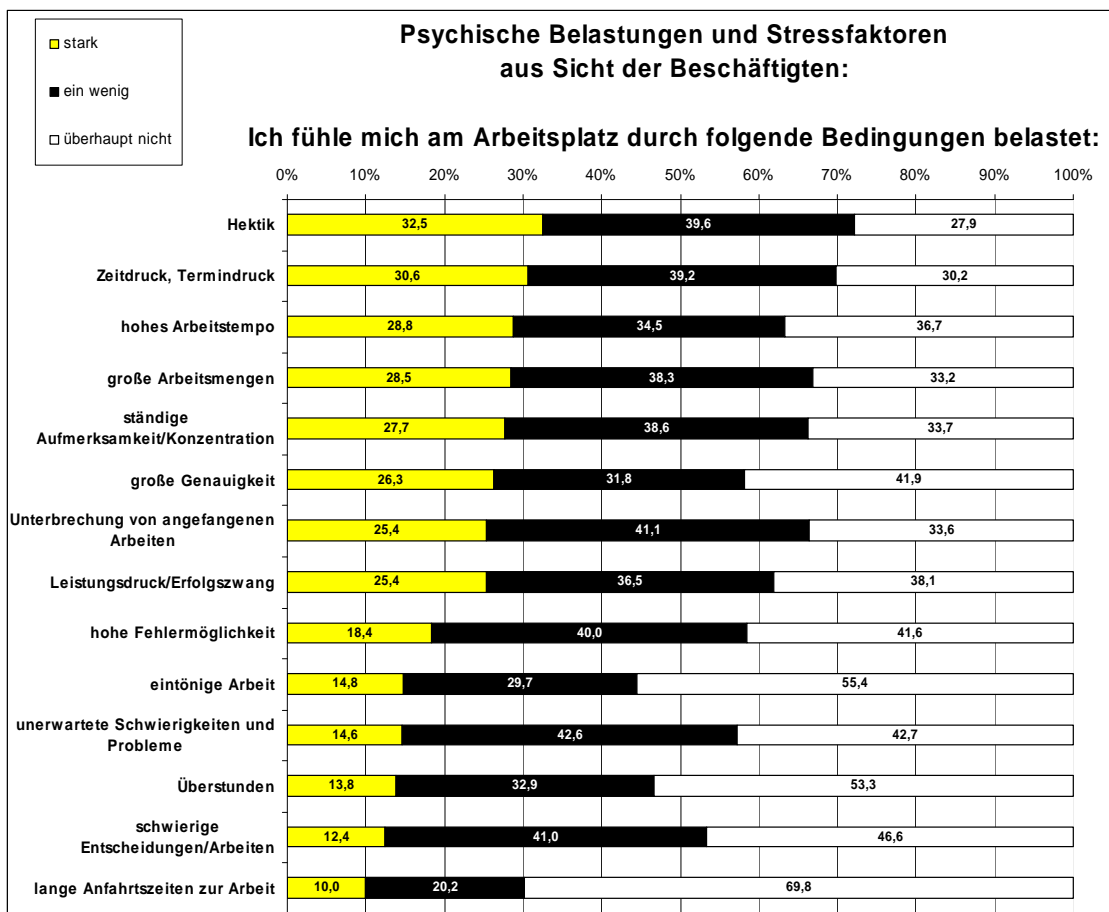
Dabei ist von Bedeutung, welche Stressfaktoren von den Beschäftigten und Betrieben selbst benannt werden. Aufeinander abgestimmte Angebote – auch zwischen den Kostenträgern - wie betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement, professionelle Unterstützung durch externe Fachdienste (Stichworte: Information, Coaching und Passung) sowie Maßnahmen zur Gesundung und Stabilisierung im privaten Umfeld können gezielt dazu beitragen, die Teilhabe am Arbeitsleben wieder herzustellen und zu sichern. Dies nützt sowohl den ArbeitnehmerInnen als auch den Betrieben.

### Aktuelle Entwicklungen

Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Frühberentungen hat sich seit 1985 nahezu verdreifacht. „Psychische Krankheiten sind mittlerweile die wichtigste Ursache von Erwerbsunfähigkeit. In der Gruppe der unter 40-jährigen Männer machte im Jahr 2002 der Anteil der psychisch Erkrankten 46,2% (1993: 32,3%) aller Frühberentungen aus. In der gleichen Altersgruppe der Frauen sind es 45,2% (1993: 30,5%)“ (EIKELMANN u.a. 2005).

Die Studien der Krankenkassen belegen anhand ihrer Untersuchungen zur Arbeitsunfähigkeit übereinstimmend eine deutliche Zunahme psychischer Erkrankungen im Arbeitsleben. Die besondere Relevanz dieses Zuwachses wird noch deutlicher vor dem Hintergrund eines sinkenden Gesamt Krankenstandes in jüngster Zeit<sup>5</sup>. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass sich die Krankenkassen seit einigen Jahren intensiv mit der Thematik psychischer Belastungen am Arbeitsplatz und deren Auswirkungen beschäftigen. So befragte das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) über 30.000 ArbeitnehmerInnen in mehr als 150 Betrieben zum Verhältnis von Arbeit und Gesundheit (vgl. VETTER/REDMANN 2005):

Abbildung 3



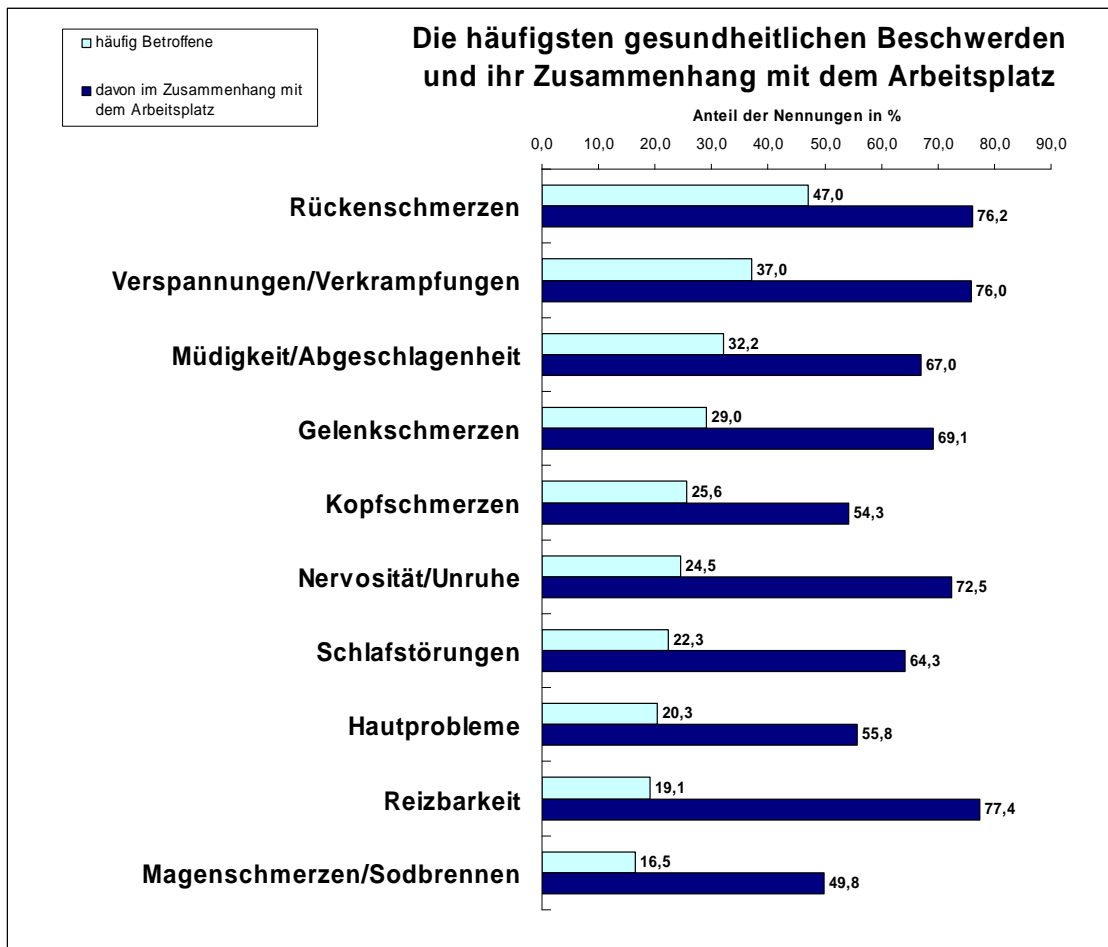
<sup>5</sup> Zu den generellen Einflussfaktoren auf den Krankenstand vgl. DAK 2005, S. 14ff..

Zwischen 25% und 33% der Befragten nennen starke Belastungen in den Bereichen Hektik, Zeit- und Termindruck, hohes Arbeitstempo, große Arbeitsmengen, Konzentration, große Genauigkeit, Unterbrechung von angefangenen Arbeiten sowie Leistungsdruck und Erfolgszwang. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass hierbei Mehrfachbelastungen auftreten können und es ist zu vermuten, dass dies eher die Regel ist.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch das Ergebnis, dass das Verhältnis zu den KollegInnen von den Befragten zwar überwiegend (81%) positiv beurteilt wird; bemängelt wird allerdings, dass Vorgesetzte häufig zu wenig Zeit für die Anliegen der MitarbeiterInnen haben und es oft an ausreichender Anerkennung und Unterstützung fehlt.

Die Studie der AOK verweist auf weitere Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Beschwerden und dem Arbeitsplatz (vgl. VETTER/REDMANN 2005):

**Abbildung 2**



In der Regel werden von den Befragten mehr als die Hälfte und bis zu dreiviertel der Beschwerden in einen direkten Bezug mit den Arbeitsbedingungen gesetzt. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass grundsätzlich von einer Wechselwirkung zwischen körperlichem und psychischem Befinden ausgegangen werden kann. Die DAK betont mit Verweis auf wissenschaftliche Untersuchungen, „dass psychische Störungen von den Hausärzten häufig nicht erkannt werden. Wie häufig bereits vermutet, dürften sich daher eine ganze Reihe von psychischen Erkrankungen unter den somatischen Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen finden“ (DAK 2002, S. 52).

Insgesamt sind körperliche Erkrankungen die häufigste Ursache für Fehltage im Betrieb. Die DAK meldet in ihrem Gesundheitsreport 2005, dass „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“ mit einem Anteil von 23% am Krankenstand an der Spitze aller Krankheitsarten liegen. Danach kommen „Erkrankungen des Atmungssystems“ (16%) und an dritter Stelle

„Verletzungen“ mit einem Anteil von 14% (DAK 2005, S. 7). Es ist zu beachten, dass diese Erkrankungen nicht ausschließlich arbeitsbedingt sind; bei den Verletzungen handelt es sich aber immerhin zu einem Drittel um Arbeits- und Wegeunfälle.

Psychische Erkrankungen liegen mit einem Anteil von 10% am Krankenstand mittlerweile an vierter Stelle der gemeldeten Erkrankungen bei Arbeitsunfähigkeit. Die Ergebnisse anderer Krankenkassen sind ähnlich. Aufgrund der besonderen Bedeutung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz widmet sich die DAK in ihrem Report 2005 schwerpunktmäßig dieser Thematik. Dazu wurde u.a. auch eine Expertenbefragung durchgeführt. Die folgenden Hinweise sind dem DAK Gesundheitsreport 2005 entnommen:

Zwischen 1997 und 2004 stieg die Arbeitsunfähigkeitsrate aufgrund psychischer Erkrankungen um 69%. Die Bedeutung dieser Entwicklung lässt sich daran ablesen, dass im gleichen Zeitraum das allgemeine Krankenstands-niveau lediglich um 5% zunahm. Dabei ist der Anteil psychischer Erkrankungen am Krankenstand in den mittleren Lebensjahren (35-44 Jahre) am höchsten und die absolute Anzahl der Ausfalltage steigt kontinuierlich mit zunehmendem Alter. Jedoch ist in den jüngeren Altersgruppen ein überproportionaler Anstieg psychischer Erkrankungen festzustellen.

Bezeichnend ist darüber hinaus, dass „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (ein Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden) um 18%, sowie Erkrankungen unter der Bezeichnung „Symptome“ (z.B. Kopfschmerz, Unwohlsein und Ermüdung ohne klinische Ursache) um 10% ebenfalls überdurchschnittlich zunahmen.

Im Vergleich sind Frauen bezüglich Anzahl und Fallhäufigkeit etwas öfter von psychischen Erkrankungen betroffen als Männer. Bei Männern hingegen dauert die durchschnittliche Erkrankung mit 29,3 Tagen etwas länger als bei Frauen (26,5). Über die Hintergründe dieser Geschlechtsunterschiede gibt es verschiedene Hypothesen, wie z.B. die „Stress-Hypothese“ (geringere Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, geringerer sozialer Status und geringeres Einkommen von Frauen), die „Expressivitäts-Hypothese“ (Frauen schildern negative wie positive Gefühle offener als Männer) und biologische Hypothesen (bei Frauen sollen sich neurobiologisch rascher Stressreaktionen auslösen lassen). Im Zusammenhang mit Unterstützungsmaßnahmen am Arbeitsplatz sind lediglich die Stress- und Expressivitätshypothese von Bedeutung.

Die unterschiedliche Relevanz psychischer Erkrankungen im Vergleich der einzelnen Wirtschaftsprüfungsgruppen, lässt (auch) auf Ursachen hinsichtlich der jeweiligen branchentypischen Arbeitsbedingungen schließen. Branchen mit überdurchschnittlichem höherem Erkrankungsrisiko sind bezogen auf die DAK Klientel (Durchschnitt = 113,0 AU-Tage<sup>6</sup>) „Gesundheitswesen“ (174,9 AU-Tage), „Öffentliche Verwaltung“ (160,9 AU-Tage) sowie „Organisationen und Verbände“ (158,2 AU-Tage)<sup>7</sup>. Die DAK weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Mehrfachbelastungen in den Pflegeberufen durch physische und psychische Risikofaktoren nachweislich für die hohe Anzahl psychischer Erkrankungen verantwortlich sind (vgl. DAK-BGW Gesundheitsreport 2000). Zur weiteren Erklärungen des überdurchschnittlich hohen Anteils psychischer Erkrankungen wird auf die besonderen kommunikativen Anforderungen in den betroffenen Branchen verwiesen. Eine von der DAK zitierte Studie belegt zudem, dass auch „die kontinuierliche Arbeit mit Menschen, auf deren Kooperation man angewiesen ist, die jedoch nicht (ausreichend) entgegengebracht wird, einen aus-

<sup>6</sup> AU-Tage: Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre. Der statistisch berechnete Vergleich bezieht sich auf Jahre und nicht auf Mitglieder, da nicht alle Mitglieder über das gesamte Jahr bei einer Krankenkasse versichert sind. Für die/den Nicht-StatistikerIn ist die Aussagekraft dem direkten Vergleich der Zahlen zu entnehmen (zur näheren Erläuterung vgl. DAK 2005, S. 121).

<sup>7</sup> Von Bedeutung ist, dass einige Branchen mit unterdurchschnittlichem Gesamt-Krankenstand ebenfalls überdurchschnittliche Werte bei den psychischen Erkrankungen haben.

geprägten Risikofaktor für psychische Erschöpfung darstellt“ (HASSELHORN/ NÜBLING 2004; zitiert nach DAK 2005, S. 52).

Den größten Anteil an den psychischen Erkrankungen bundesweit haben die sog. „Angststörungen“ und „depressiven Störungen“<sup>8</sup>. Sie sollen deshalb im Folgenden näher betrachtet werden (vgl. BAR 2003, DAK 2005)<sup>9</sup>:

### **Angststörungen und depressive Störungen**

Vorab sei darauf verwiesen, dass der Begriff „Störungen“ seit der Umstellung vom ICD-9 auf ICD-10 zum 01.01.2000 zugrunde gelegt wird. Die klassische Einteilung psychischer Erkrankungen in Psychosen und Neurosen wurde aufgegeben. Die damit verbundene Absicht ist, eine deskriptive („atheoretische“) Klassifikation umzusetzen und in der Folge mögliche Stigmatisierungen zumindest abzuschwächen. Es erscheint jedoch äußerst schwierig Stigmatisierungen allein aufgrund veränderter Begrifflichkeiten zu vermeiden. Anregungen zur Reflexion der Problematik können jedoch gegeben werden. So wird bereits Kritik an dem Konzept „Störungen“ geäußert: „Der eine ist krank und deshalb arbeitsunfähig („gelber Schein“), der andere ist gestört und deshalb - was? Wie viele trotz ihres Gestörtseins (z.B. Stimmen hören), ihres Verstörtseins (z.B. Ängste), arbeitsfähig bleiben, sich ihre Arbeitsfähigkeit mit was für einem Aufwand an Energie und Zähigkeit u.U. zu Lasten von Familie, Freunden, Arbeitskollegen und professionellen Helfern erhalten, ist erstaunlich. Denen, die das nicht schaffen, das Kranksein vorzuenthalten und von Störung zu reden und zu schreiben, ist im Vergleich zu anderen Erkrankungen diskriminierend“ (HALLWACHS 2004, S. 83).

Grundsätzlich wird heute hinsichtlich der Klassifikation von Erkrankungen bzw. Behinderungen (als eine nicht nur vorübergehende Erkrankung) auf die Begrifflichkeit der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) zurückgegriffen (vgl. RENTSCH/BUCHER 2005)<sup>10</sup>. Benutzt wird hier der Begriff der funktionalen Gesundheit: „Eine Person ist dann funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren: Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und –strukturen)
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten)
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe in allen Lebensbereichen)“ (BAR 2003, S. 8)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die ICF versucht, statt auf Symptome und Defizite fixiert zu sein, Erkrankungen im Hinblick auf die Person in allen ihren psycho-sozialen Bezügen und unter Beachtung der Umwelt der Betroffenen zu verstehen.

Dieses Verständnis liegt auch den Ausführungen des vorliegenden Beitrages zugrunde. Zudem ist aus Sicht des Autors letztlich entscheidend, welche Beschreibungen die Betroffenen selbst wählen und das alle Beteiligten einen sensiblen Umgang mit Sprache (und damit miteinander) immer wieder ‚üben‘.

<sup>8</sup> Dies belegen auch die Daten zu den Fehltagen: Angststörungen gehören nach dem ICD-10 zur Gruppe der neurotischen Störungen; Depressionen zur Gruppe der affektiven Störungen: Beide Diagnosegruppen haben einen Anteil von jeweils 41% an den Ausfalltagen. Weitere Diagnosegruppen sind deutlich geringer vertreten: Schizophrenie und wahnhaftige Störungen 6%, psychische Störungen durch psychotrope Substanzen 7%, übrige 5%.

<sup>9</sup> Der ICD-10 unterscheidet die Gesamtheit der psychischen und Verhaltensstörungen in elf Diagnosegruppen.

<sup>10</sup> Der ICF wurde offiziell durch die WHO (World Health Organization) im Mai 2001 eingeführt.

## Angststörungen

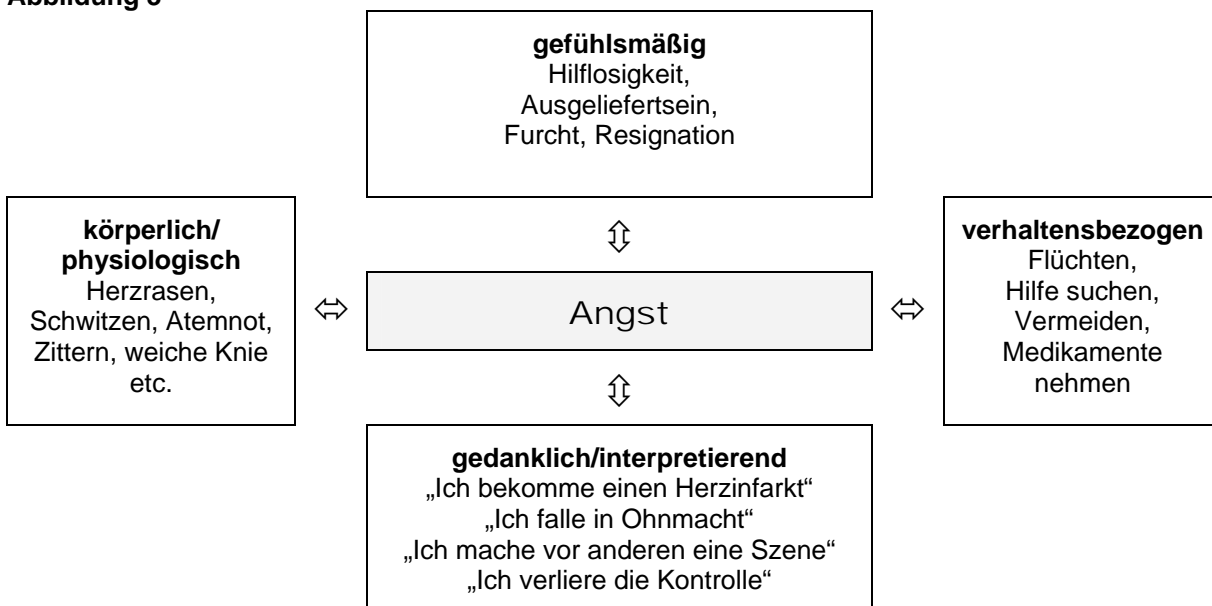
Zukunftsangst, Angst um Arbeitsplatzverlust und Existenzangst sind nicht zuletzt aufgrund der hohen Arbeitslosenrate in Deutschland durchaus häufiger geäußerte Phänomene. Angst ist zudem ein lebenswichtiges Warnsignal, um auf äußere Bedrohungen und innere Störungen aufmerksam zu machen.

Von Angststörungen spricht man dann, wenn heftige Angstreaktionen zu beobachten sind, ohne dass (objektiv) entsprechende Gefahren vorliegen. Phobien und Panikattacken sind die wichtigsten Symptome bei Angststörungen. Phobische Ängste sind z.B. gekennzeichnet durch (Quelle: DAK 2005, nach BERGER 2004):

- eine anhaltende und intensive Angst vor einem umschriebenen Objekt oder einer bestimmten Situation;
- die Begegnung mit diesem Objekt bzw. dieser Situation löst eine Angstreaktion aus;
- die Situation bzw. das Objekt wird angsterfüllt ertragen oder vermieden;
- es kommt zu erheblichen Beeinträchtigungen der bisherigen Lebensführung;
- der/die Betroffene leidet unter seiner Angst und erkennt selbst, dass sie unbegründet ist;
- die Angst ist nicht auf eine körperliche oder andere psychische Erkrankung zurückzuführen.

Die Angstreaktionen der Betroffenen können vier Ebenen zugeordnet werden (Quelle: DAK 2005, S. 55; nach BERGER 2004):

Abbildung 3



Nach dem DAK Gesundheitsreport 2005 zeigt ein großer Teil der Angststörungen vielfach einen längerfristigen Verlauf und die Zeitdauer zwischen dem Erstauftreten von Angstsymptomen und ihrer Diagnose beträgt zwischen 5 und 15 Jahren<sup>11</sup>. Das bedeutet, dass Angststörungen bei ihrer Diagnose oftmals eine längere Vorgeschichte aufweisen und zeigt, wie wichtig es ist, Angststörungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Zudem gilt, dass Angststörungen und Depression häufig miteinander verbunden sind.

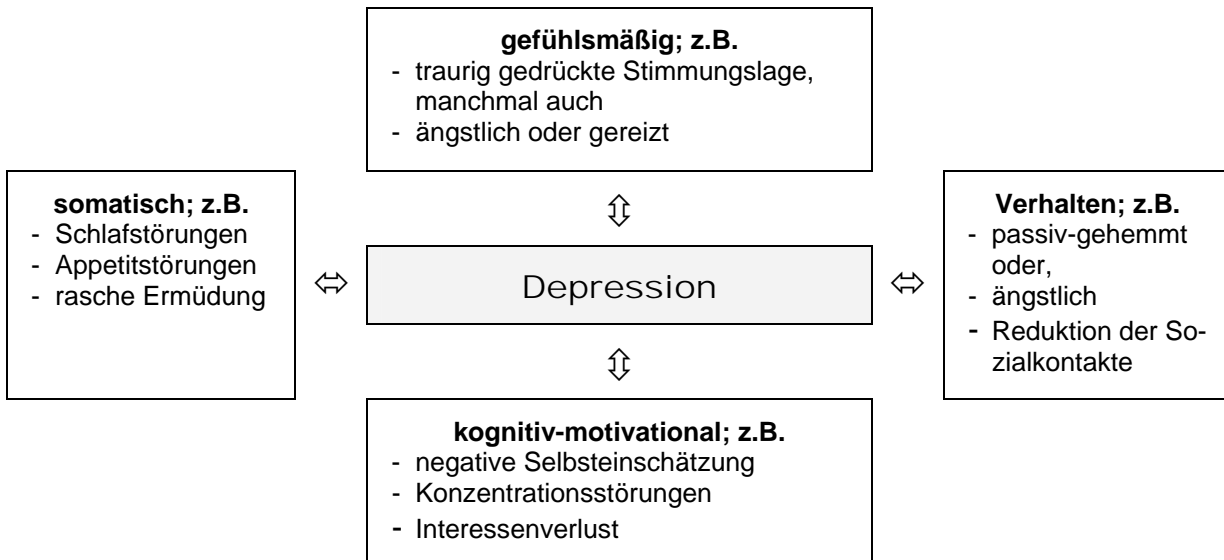
<sup>11</sup> Auf den Begriff „chronisch“ wird hier verzichtet, da er unterstellt dass sich nichts mehr ändert. Hallwachs weist darauf hin, dass ca. ein Drittel der an Schizophrenie erkrankten Personen, „dies nur ein- oder zweimal erleiden müssen und dann nie wieder, dass ein etwa mittleres Drittel öfter, aber irgendwann nicht mehr und ‚nur‘ das letzte knappe Drittel (...) immer wieder erkrankt“ (HALLWACHS 2004, S. 85).

## Depressive Störungen

Trotz typischer Anzeichen einer Depression wie gedrückte Stimmung und Verminderung von Antrieb und Aktivität suchen nur wenige Betroffene einen Arzt bzw. eine Ärztin auf. Laut DAK Bericht 2005 sind es eher die damit verbundenen körperlichen Beschwerden, die einen Arztbesuch zur Folge haben.

Die Symptome einer Depression können auch hier wieder vier Ebenen zugeordnet werden (Quelle: DAK 2005, S. 58; nach BAUMANN/PERREZ 1998):

Abbildung 4



Depressionen treten bei der Mehrheit der Betroffenen als Phasen auf, d.h. die Symptome gehen nach ca. 6-8 Monaten zurück. Jedoch kommt es bei mehr als der Hälfte der behandelten Patienten erneut zu einer depressiven Episode und etwa 10% der Patienten entwickeln einen längerfristigen Verlauf. Darüber hinaus besteht ein hohes Risiko der Selbsttötung: „Etwa 40% - 70% aller Suizide erfolgen im Rahmen einer Depression“ (DAK 2005, S. 58).

Im Vergleich von Angststörungen und depressiven Störungen weist die DAK Studie darauf hin, dass die depressiven Störungen häufiger vorkommen. 1% der Erwerbstätigen war 2004 wegen einer Depression arbeitsunfähig; von Angststörungen waren nur 0,17% der Erwerbstätigen betroffen<sup>12</sup>.

### Hintergründe steigender Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung

Um Hinweise darüber zu bekommen, ob der geschilderte Anstieg psychischer Erkrankungen tatsächlich eine „echte“ Erhöhung widerspiegelt oder ob fehlerhafte bzw. verbesserte Diagnosen ursächlich sind, hat die DAK eine Expertenbefragung durchgeführt. Darin wurden verschiedene Hypothesen geprüft (vgl. DAK 2005, S. 65ff.).

Als Ergebnis steht ein mehrdimensionaler Erklärungsansatz. Die Zunahme psychischer Erkrankungen wird übereinstimmend nicht auf eine wachsende Zahl falsch positiver Diagnosen der Ärzte zurückgeführt. Von größerer Bedeutung für den Anstieg sind nach Expertenmeinung folgende Gründe:

1. Betroffene äußern von sich aus mittlerweile häufiger Symptome, die auf eine psychische Erkrankung schließen lassen und sind auch eher bereit, entsprechende Diagnosen zu akzeptieren.

<sup>12</sup> In der Bevölkerung hingegen sind Angststörungen weiter verbreitet als depressive Störungen: An Angststörungen erkranken 14,5% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres (depressive Störungen: 8,3%).

2. Eine besonders hohe Relevanz wird darin gesehen, dass zum einen psychische Erkrankungen tatsächlich zugenommen haben und zum anderen die diagnostische Kompetenz der Ärzte gestiegen ist.

Es ist jedoch zu beachten, dass es in Deutschland keine repräsentativen Langzeituntersuchungen gibt, die eindeutig einen generellen Zuwachs psychischer Erkrankungen nachweisen. Hinweise auf einen Anstieg gibt es jedoch für den Bereich der Depressionen.

Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auch darauf, dass einerseits Stigmatisierungen aufgrund von Sensibilisierung und Information der Bevölkerung abgenommen haben. Zum anderen wird berichtet, dass z.B. bei ca. einem Drittel der Betroffenen die Depression nicht erkannt und eine Behandlung nicht rechtzeitig eingeleitet wird<sup>13</sup>. Die Behandlung psychischer Störungen hängt noch immer zu einem großen Teil von der Eigeninitiative der Betroffenen ab (vgl. DAK 2005, S. 90).

Einige der befragten Experten gaben weitere Erklärungsmodelle an, die im Kontext des vorliegenden Themas von besonderem Interesse sind. Grundsätzlich gilt, dass psychische Erkrankungen multifaktoriell bedingt sind und berufliche Belastungen nur zu einem Teil erklärend herangezogen werden können. Dabei werden „Arbeitsbelastungen“ auf der einen Seite und „Ressourcen“ auf der anderen Seite in ihrer Wechselwirkung gegenübergestellt. Arbeitsbedingte Belastungen können dann krank machen, wenn sie nicht durch entsprechende Ressourcen bewältigt werden. Dazu gehören neben betrieblichen gesundheitsförderlichen Bedingungen auch die individuellen Voraussetzungen und persönlichen Verarbeitungsstrategien.

Auf der Seite der „Arbeitsbelastungen“ werden u.a. folgende Faktoren genannt, die zur Entstehung psychischer Erkrankung beitragen können (vgl. DAK 2005, S. 72ff.):

- Zunehmender Leistungs- und Konkurrenzdruck
- Überforderung und zeitliche Belastung mit Konsequenzen für die Lebensgestaltung
- Erhöhte Konzentrationsanforderungen
- Häufiger Wechsel von Aufgaben und Zuständigkeiten, Arbeitsunterbrechungen durch „stressige Zwischenfälle“
- Durch gesteigerte Anforderungen an Flexibilität und kommunikative Kompetenz entsteht ein größeres Konfliktpotential im zwischenmenschlichen Bereich
- Gestiegene Qualitätsanforderungen, Zurückverfolgbarkeit von Fehlern, Umgang mit neuen Medien, lebenslanges Lernen, hohe Informationsdichte
- Fehlende Handlungs- und Entscheidungsspielräume, Zunahme von Kontrollverlust
- Angst vor Versagen, Erkrankung und Arbeitsplatzverlust

Fehlen zudem wichtige „Ressourcen“, können folgende Faktoren ausschlaggebend sein:

- Durch den Wandel der sozialen Umwelt und zwischenmenschlicher Beziehungen fehlen zunehmend Strukturen, mit deren Hilfe Arbeitsbelastungen und Zukunftsängste aufgefangen werden können
- Hohe Verausgabungsbereitschaft und unzureichende Stressbewältigungskompetenz
- Geringe Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Probleme in der Mitarbeiterführung, fehlende Anerkennung, häufig wechselnde Teams
- Unterforderung bzw. Monotonie der Arbeitsabläufe
- Mangelnde Sinnhaftigkeit der Arbeitstätigkeit
- Unangemessene Bezahlung
- Geringe Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs

---

<sup>13</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), Gutachten 2000/2001; zitiert nach DAK 2005, S. 71



Bei der Betrachtung der genannten Faktoren fallen sowohl deren Vielfalt als auch die zwar mehrheitlich übereinstimmenden, aber dennoch immer wieder unterschiedlichen Einschätzungen der Experten auf<sup>14</sup>. Dies weist darauf hin, dass zwar durchaus Ansätze erkennbar sind, den Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischer Erkrankung grundsätzlich zu bestimmen. Letztlich gilt jedoch, dass die Bedingungen und Voraussetzungen im Einzelfall, d.h. auf Seiten des Betriebes und des/ der Arbeitnehmers/ Arbeitnehmerin genau beachtet werden müssen.

Dabei ist ein unvoreingenommenes und auf Verständnis beruhendes Herangehen der Beteiligten von grundlegender Relevanz. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass laut einer Bevölkerungsumfrage der DAK 26% der Befragten „voll oder eher“ der Ansicht sind, „dass psychische Erkrankungen oft als Vorwand für Blamacherei missbraucht werden“ (vgl. DAK 2005, S. 93ff.). Fast ein Drittel der Befragten glaubt zudem, dass weder Vorgesetzte noch KollegInnen Verständnis dafür haben, wenn ein/e MitarbeiterIn aufgrund psychischer Probleme fehlt. Über die Hälfte der Befragten stimmt der Aussage „voll oder eher“ zu, dass „es unangenehmer ist, wenn ich wegen psychischer Probleme nicht zur Arbeit komme, als wegen körperlicher Probleme“.

*„Auch im Persönlichen ändert sich total viel. Über die Krankheit ist meine Ehe zerbrochen. Und die Freunde sind sehr verunsichert. Das Thema wird ja in der Gesellschaft sehr abgewehrt und es besteht kein gerechtes Bild von psychisch Kranken.“<sup>15</sup>*

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) stellte in seinem Gutachten 2000/2001 fest, dass es noch erhebliche Defizite in der Behandlung und Unterstützung psychisch kranker Menschen gibt. Insgesamt ist die psychiatrische Kompetenz zu stärken; einen wichtigen Stellenwert haben dabei die Hausärzte (vgl. DAK 2005, S. 95 und 105).

### **Unterstützungen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben**

In diesem Zusammenhang soll zuerst eine kurze Übersicht über das Rehabilitationssystem in Deutschland gegeben werden, anschließend werden grundlegende Unterstützungskonzepte dargestellt und schließlich Modelle zur Erhaltung und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit skizziert.

#### *Das Rehabilitationssystem – ein Überblick*

Die gesetzlichen Grundlagen des Rehabilitationssystems finden sich in den Sozialgesetzbüchern. In den letzten Jahren wurden die Sozialgesetze nicht zuletzt auch deshalb mehrfach geändert, um das Ziel der Teilhabe umfassend zu erreichen. Dabei wird die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen gesondert hervorgehoben. In Teil 1 des SGB IX, das für alle Sozialgesetzbücher Gültigkeit hat, geht es in § 10 um die Koordinierung der Leistungen. Danach haben die Leistungsträger in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten, unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs und der Besonderheiten im Einzelfall, die erforderlichen Leistungen festzustellen und so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. In Absatz 3 heißt es zudem: „Den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen“.

Selbstbestimmung und Teilhabe (§§ 1 und 4 SGB IX), Vorrang von Prävention (§ 3 SGB IX), Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) sowie persönliches Budget (§ 17 SGB IX) sind einige der zentralen Zielsetzungen des allseits befürworteten Paradigmenwechsels. Zudem ver-

---

<sup>14</sup> Einige Experten sahen Arbeitsbelastungen überhaupt nicht ursächlich für psychische Erkrankungen. Nach ihnen ist eine entsprechende Disposition der Betroffenen entscheidend.

<sup>15</sup> Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen (LWL 1997, S. 22)

weist § 20 SGB IX auf die Erfordernis einer umfassenden Qualitätssicherung. Die praktische Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen stößt jedoch vielfach auf Probleme. Hintergrund ist oftmals, und ungeachtet der gesetzlichen Vorgaben, ein Streit um die Zuständigkeit zwischen den Leistungsträgern.

Jüngste Erfahrungen aus dem Bereich der Integrationsfachdienste (vgl. §§ 109-115 SGB IX), die die Aufgabe der Vermittlung und Begleitung im Arbeitsleben haben, sollen dies exemplarisch verdeutlichen:

War man sich in der Vergangenheit auch bei den zuständigen Leistungsträgern darüber einig, dass es für Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose häufig aus krankheitsbedingten Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar war, eine formelle Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft anzustreben (Stichwort: Ersatzkriterien), ist man heute diesen Argumenten gänzlich verschlossen. Ob eine Person mit einer schweren psychischen Erkrankung schwerbehindert ist oder nicht, hängt heute ausschließlich von förmlichen Anerkennungen ab. Die zuständigen Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX übernehmen in unzureichendem Maße ihre Aufgaben. Das Nachsehen haben sowohl die Menschen mit Behinderungen als auch die Betriebe, denen keine bzw. keine adäquate Unterstützung zur Verfügung gestellt wird.

Neben den Problemen, die gesetzlichen Vorgaben im Sinne der betroffenen Menschen umzusetzen, ist das Rehabilitationssystem in Deutschland zwar auf den ersten Blick sehr ausdifferenziert, aber selbst für Fachleute oftmals unübersichtlich. Umso schwieriger ist es für Betroffene, ihre Angehörigen und auch die Betriebe an die im Einzelfall relevanten Informationen zur Unterstützung heranzukommen<sup>16</sup>.

*„Und dann kommen natürlich die sozialen Klamotten.  
Meine Wohnung war weg, ich hätte bei meiner Entlassung (aus der Klinik, d. Verf.) praktisch auf der Straße gestanden. Zwischenzeitlich war ich berentet,  
meine Berufslaufbahn war also praktisch beendet.“<sup>17</sup>*

Die folgende Übersicht soll – ohne Anspruch auf Vollständigkeit - die Vielfalt und Komplexität der Angebotsstruktur veranschaulichen (vgl. BAR 2003<sup>18</sup>):

<sup>16</sup> Sehr eindrucksvoll wird diese Problematik in einem Fallbeispiel der „Aktion Psychisch Kranke“ geschildert (vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE 2002, S. 7f.).

<sup>17</sup> Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen (LWL 1997, S. 22)

<sup>18</sup> In der verwiesenen Literatur sind auch die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen genannt.

Abbildung 5

Rehabilitationssystem und Angebotstruktur		
Krankenbehandlung	Medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Teilhabe am Arbeitsleben
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niedergelassene praktische und Allgemeinärzte</li> <li>- Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Nervenheilkunde</li> <li>- Niedergelassene Psychotherapeuten</li> <li>- Psychiatrische Kliniken</li> <li>- Soziotherapie-Leistungserbringer</li> <li>- Ergotherapie-Praxen</li> <li>- Pflegedienste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)</li> <li>- Psychosomatisch-psychotherapeutisch ausgerichtete Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>- Sozialpsychiatrische Dienste</li> <li>- Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen</li> <li>- Tagesstätten</li> <li>- Betreutes Wohnen</li> <li>- Übergangseinrichtungen</li> <li>- Wohnheime</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)</li> <li>- Integrationsämter</li> <li>- Integrationsfachdienste und begleitende Hilfe im Arbeitsleben</li> <li>- Integrationsprojekte</li> <li>- Zuverdienstfirmen und -angebote</li> <li>- Berufliche Trainingszentren (BTZ)</li> <li>- Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke</li> <li>- Werkstätten für behinderte Menschen</li> </ul>

Daneben werden Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, „Psychose-Seminare“, Patientenclubs, Bürger- und Laienhilfe genannt.

Die „Aktion Psychisch Kranke“ verweist darauf, dass die Verfügbarkeit von Hilfsangeboten regional sehr unterschiedlich ist und fordert gleiche Rahmenbedingungen für alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (vgl. BRILL/GREDIG/JÄGER 2002, S. 4ff.). Es wird aufgezeigt, dass ein großer Teil längerfristig psychisch kranker Menschen ohne jegliches Arbeits- oder Unterstützungsangebot ist. Zudem ist für viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eine Vollzeittätigkeit kein realistisches Ziel. Notwendig sind deshalb auch Teilzeitbeschäftigungen, flexible Arbeitszeiten und „Überbrückungshilfen“, z.B. im Vorfeld oder Anschluss an Qualifizierungsmaßnahmen. Letztere dienen zur Vermeidung von Destabilisierungen der Betroffenen. Insgesamt wird kritisch auf nach wie vor bestehende Barrieren beim (weiteren) Zugang zu erforderlichen und berechtigten Leistungen hingewiesen. Gefordert wird eine personenzentrierte und integrierte Hilfeplanung (statt einer maßnahme- und einrichtungsbezogenen Organisation) unter Beteiligung aller im Einzelfall zuständigen Leistungsträger<sup>19</sup>. Hilfen müssen wohnortnah verfügbar sein und entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls abgestimmt erbracht werden. Zentrales Konzept ist der integrierte Behandlungs- und Integrationsplan (vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE 2005). Hervorgehoben wird auch die Notwendigkeit einer koordinierenden Bezugsperson bei der Umsetzung der Hilfeplanung, damit eine gesicherte „Verzahnung“ zwischen medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation erfolgt.

<sup>19</sup> Gerade die Kooperation der Leistungsträger sollte durch die gesetzlichen Vorgaben abgesichert sein (vgl. §§ 10-15 SGB IX); die praktischen Erfahrungen widersprechen dem leider oft genug. Inwieweit das Konzept des persönlichen Budgets (§ 17 SGB IX) hier zu Verbesserungen führt, ist auch auf dem Hintergrund derzeitiger Einsparungsdiskussionen skeptisch zu betrachten.

### *Allgemeine Unterstützungskonzepte*

Die Erfordernis der „Verzahnung“ adäquater Unterstützungsangebote im Einzelfall, die Zielsetzungen Selbstbestimmung, Teilhabe, Prävention, Wunsch- und Wahlrecht, sowie der Grundsatz „ambulant vor stationär“, lassen es notwendig erscheinen, grundlegende Konzepte zu nutzen, die die genannten Prinzipien – zumindest teilweise – enthalten. Mit ihnen können dann konkrete Maßnahmen zur Erhaltung und (Wieder-) Erlangung der Arbeitsfähigkeit bestimmt und geprüft werden. Die folgende Auswahl ist exemplarisch.

1. Fallmanagement: Die Idee einer koordinierenden Bezugsperson bei der Umsetzung der Hilfeplanung, wie sie z.B. von der Aktion Psychisch Kranke gefordert wird, liegt dem Konzept des Case- bzw. Fallmanagements zugrunde. Das Konzept wurde in den USA in den 70er Jahren als methodisches Instrument der Sozialarbeit entwickelt. Es umfasst soziale Einzelfallhilfe (Case Work), mit dem eine angemessene und kombinierte „Versorgung“ hilfebedürftiger Menschen gewährleistet werden soll. Hintergrund war u.a. die Auflösung vieler Großeinrichtungen, die den Aufbau ambulanter und am Einzelfall orientierter Hilfen erforderlich machte. Fallmanagement kann beschrieben werden als fallbezogene Zusammenführung und Koordination verschiedener, erforderlicher Dienste bzw. Dienstleistungen, unter Beteiligung des betroffenen Menschen und seiner/ihrer Angehörigen. Die Betroffenen sind die Hauptakteure in der Bewältigung von Problemen und Notlagen, ihre Eigenverantwortung und Selbstbestimmung darf nicht begrenzt, sondern muss gestärkt werden (vgl. Konzept des Empowerment). Der/Die FallmanagerIn kompensiert nur da, wo es unbedingt erforderlich ist. Ansonsten besteht die Kernaufgabe in der Zusammenführung von Dienstleistungen und der Anleitung der Hilfeempfänger zur Erreichung ihrer Interessen. Fallmanagement ist somit zu einem großen Teil Netzwerkarbeit. Der Prozess des Casemanagements verläuft in funktionellen Phasen, unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Ressourcen (vgl. WENDT 1997, S. 156 ff.):

- Bedarfsabklärung von individuellen und sozial-situativen Gegebenheiten, Bedürfnissen, Ressourcen (Assesment)
- Maßnahme- und Prozessplanung von Bewältigungs- und Unterstützungsaktivitäten (Planing)
- Durchführung in Form von direktem Klientenkontakt, indirekten Dienstleistungen im sozialen Umfeld, administrativen System (Intervention)
- Kontrolle / Überwachung der Durchführung der Unterstützungsleistungen durch Prüfung, Revision, Informationsverarbeitung, Berichterstattung (Monitoring)
- Evaluation / Bewertung / Auswertung im Hinblick auf Aufwand, Verlauf, Zielerreichung des Case Managements (Evaluation)

2. Recovery-Konzept: Insbesondere nach „schwerer psychischer Krankheit müssen sich viele Menschen (...) auch damit befassen, dass sie sich in ihrem weiteren Leben mit Beeinträchtigungen auseinandersetzen müssen und sich dies auch auf ihre Erwerbsfähigkeit auswirken kann“ (RÜST/DEBRUNNER 2005, S. 21). Unter der Zielsetzung „Reintegration in den Lebensalltag“ wurde im englischen Sprachraum vor allem von Psychiatrieerfahrenen selbst das Konzept des „Recovery“ (Wiedererlangung) entwickelt. Das heißt, dass die Betroffenen selbst – und nicht die Professionellen – die Zielsetzungen der Rehabilitation bestimmen. „Recovery bedeutet, dem Leben einen neuen Sinn und ein neues Ziel zu geben, indem man über die verunsichernden Erfahrungen psychischer Erkrankung hinauswächst“ (Anthony 2003, S. 16; zitiert nach RÜST/DEBRUNNER 2005, S. 21). Dem Konzept „Recovery“ liegen u.a folgende Thesen zugrunde (Anthony 2000; zitiert nach RÜST/DEBRUNNER 2005, S. 22):

- Recovery kann auch ohne professionelle Intervention geschehen.
- Recovery ist ein individueller, ganz persönlicher Prozess.
- Recovery ist möglich, auch wenn Symptome nie ganz abklingen oder wieder auftauchen.
- Recovery setzt voraus, dass eine Person Wahlmöglichkeiten hat.
- Recovery ist nicht von einem bestimmten Verständnis für Ursache und Verlauf psychischer Krankheit abhängig.
- Die Bewältigung der Krankheitsfolgen ist oft schwieriger als die Bewältigung der Krankheit selbst. Dies betrifft Diskriminierung bei Arbeit und Wohnen, eingeschränkte Selbstbestimmung, herabwürdigende Behandlungspraktiken u.a..

*„Gerade beim Thema Psychose habe ich oft festgestellt,  
dass die Leute zwar hinhören und einen angucken,  
aber in Wirklichkeit hören die gar nicht zu.*

*Hier weiß ich, dass die anderen zuhören und eine Menge verstehen.“<sup>20</sup>*

**3. Managing Diversity:** Grundidee des im Unternehmensmanagement (eher bei Großbetrieben) verstärkt diskutierten und z.T. erprobten Ansatzes ist, die unterschiedlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten der Menschen zu achten und zu nutzen. Zu entwickeln sind daher Strategien für einen nicht-diskriminierenden Umgang mit der Verschiedenheit von Menschen im Bereich Personalführung und -entwicklung (vgl. RÜST/DEBRUNNER 2005, S. 35). Ursprung der Konzeptentwicklung war die Suche „US-amerikanischer Unternehmen nach neuen Wegen zur effektiveren Integration von Frauen und ethnischen Minderheiten. (...). Als Instrument der Unternehmensführung beschreibt Diversity (...) die Gesamtheit der Maßnahmen, die dazu führen, dass Unterschiedlichkeiten in und von einer Organisation anerkannt, wertgeschätzt und als positive Beiträge zum Erfolg genutzt werden“ (STUBER 2004, S. 20; zur weiteren Information siehe [www.ungleich-besser.de](http://www.ungleich-besser.de)). Später wurde das Modell auch auf andere Zielgruppen, z.B. Menschen mit Behinderungen, übertragen.

**4. Unterstützte Beschäftigung:** Unter der Bezeichnung „Supported Employment“ und basierend auf den Ideen des „Normalisierungsprinzips“ wurde in den USA seit Ende der 70er Jahre ein Konzept zur beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung entwickelt und 1984 gesetzlich verankert. Zielgruppe waren zuerst vor allem Menschen mit Lernschwierigkeiten, denen Alternativen zu den Werkstätten für behinderte Menschen eröffnet werden sollten. Zunehmend wurde das Konzept auch auf die Gruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen übertragen (vgl. (RÜST/ DEBRUNNER 2005, S. 36; EIKELMANN u.a. 2005). Die Ausgangsfrage bei der Entwicklung des Konzeptes war nicht ob, sondern *wie* die Teilhabe für Menschen auch mit schweren Beeinträchtigungen gesichert werden kann. Eine besondere Bedeutung hat dabei das Prinzip „erst platzieren, dann qualifizieren“. Dies bedeutet, dass die Qualifizierung nicht in überbetrieblichen Einrichtungen erfolgt, sondern direkt am Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dahinter stehen Beobachtungen, dass manche Menschen mit Behinderungen Probleme haben, die in überbetrieblichen Situationen gelernten Kenntnissen und Fertigkeiten, auf die konkrete betriebliche Praxis zu übertragen. Zur weiteren Unterstützung können sog. „Job Coaches“ (Arbeitsbegleiter) eingesetzt werden<sup>21</sup>. Zusammengefasst können folgende Prinzipien und Aufgaben benannt werden:

---

<sup>20</sup> Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen (LWL 1997, S. 23)

<sup>21</sup> „Gerade psychisch behinderten Menschen hilft das Job-Coaching-Konzept auch im sozialen und kommunikativen Bereich. Schwierigkeiten im Umgang – etwa Ängste, auf andere zuzugehen, können in aller Regel durch zeitweiligen fachkundigen Beistand im Betrieb gut angegangen werden. Die Kolleginnen und Kollegen, die oft unsicher im Umgang mit psychisch Behinderten sind, können beraten werden“ (LWL 1997, S. 11).

- „Unterstützte Beschäftigung“ zielt auf dauerhafte und bezahlte Arbeit in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes, unabhängig von Art und Schwere der Behinderung.
- Übergeordnete Ziele von „Unterstützter Beschäftigung“ sind die gesellschaftliche Teilhabe sowie die Sicherung von Wahlmöglichkeiten und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen.
- „Unterstützte Beschäftigung“ ist eine ambulante Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie umfasst die berufliche Vorbereitung (individuelle Berufsplanung), die Arbeitsplatzbeschaffung und Vermittlung, die Qualifizierung am Arbeitsplatz (job coaching) und die langfristige Stabilisierung des Arbeitsverhältnisses.
- „Unterstützte Beschäftigung“ orientiert sich an den individuellen Fähigkeiten und dem Unterstützungsbedarf der ArbeitnehmerInnen mit Behinderung sowie den konkreten Anforderungen von Arbeitsplätzen (Erarbeitung und Abgleich von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen).
- Die Unterstützung wird so lange wie erforderlich aufrechterhalten.

Die Aufgaben des Integrationsfachdienstes nach § 110 SGB IX sind vielfach deckungsgleich mit dem Vorgehen nach dem Konzept der „Unterstützten Beschäftigung“ (zur näheren Information siehe [www.bag-ub.de](http://www.bag-ub.de)).

Die oben skizzierten Konzepte haben gemeinsam, dass sie den Menschen mit seinen Fähigkeiten in den Mittelpunkt stellen. In den Ansätzen „Managing Diversity“ und „Unterstützte Beschäftigung“ werden im Besonderen die betrieblichen Bedingungen berücksichtigt. „Unterstützte Beschäftigung“ beinhaltet zudem vorbereitende und ergänzende Maßnahmen. Dies gilt auch für die Bereiche Wohnen und Freizeit, wenn dadurch eine Hinführung und Stabilisierung im Arbeitsleben gesichert werden kann. Noch deutlicher wird diese Netzwerkarbeit beim Fallmanagement, wodurch alle erforderlichen Hilfeleistungen zusammengeführt werden sollen. „Recovery“ betont die Notwendigkeit persönlicher und selbst organisierter Bewältigungsformen.

#### *Modelle zur Erhaltung und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit*

Die Auswahl der genannten Konzepte soll darauf hinweisen, dass bei psychischer Erkrankung am Arbeitsplatz, ausgehend von den individuellen Voraussetzungen, innerbetriebliche, außerbetriebliche und persönliche Strategien zu entwickeln und entsprechende Ressourcen zu nutzen sind. Dabei gilt es, die erforderlichen Maßnahmen zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. In der gemeinsamen Wirkung soll damit die Teilhabe am Arbeitsleben und schließlich in der Gesellschaft gesichert werden.

Dabei ist zu beachten, dass psychische Erkrankung im Betrieb, wie gezeigt, noch immer auf Vorbehalte bei allen Beteiligten stößt. Hinzu kommt, dass eine psychische Erkrankung sowohl für die Betroffenen selbst als auch für andere, z.B. KollegInnen, vielfach nur schwer zu erkennen ist. Fehlzeiten sind nur ein möglicher, aber innerbetrieblich wichtiger Hinweis. Die Schwierigkeiten hängen nicht zuletzt damit zusammen, dass die Grenze zwischen einer vorübergehenden Belastung und einer länger anhaltenden Erkrankung fließend sind. So erfahren z.B. viele Menschen ängstliche oder depressive „Stimmungen“, ohne dass daraus eine ernsthafte Erkrankung entstehen muss. Außerdem ist nicht nur die Entstehung, sondern auch Verlauf und Ausprägung psychischer Erkrankung wesentlich abhängig von der Wechselwirkung persönlicher und sozialer Bedingungen. Werden psychische Erkrankungen jedoch nicht (frühzeitig) erkannt, dann können entsprechende Hilfen nicht rechtzeitig in Anspruch genommen werden (vgl. BAR 2003, S. 12 f.). Hinderlich hierbei kann auch die mangelnde Einsicht der Betroffenen in eine Erkrankung sein.

*„Am Anfang war ich richtig sauer geworden, wenn mir alle Welt etwas von kleinen Schritten erzählt hat. ‚Das ist passiert, jetzt ist es vorbei und weiter geht’s.‘ So habe ich damals gedacht. Nach der ersten Psychose habe ich mich nach zwei Wochen selber entlassen und bin wieder arbeiten gegangen. (...) Nach einem Jahr war ich wieder krank und da fiel ich aus dem System, aus dem normalen Alltag heraus. (...) Ich habe lange versucht die Krankheit zu ignorieren, aber das funktioniert nicht.“<sup>22</sup>*

Um mit einer psychischen Erkrankung arbeitsfähig zu sein „muss sie weitgehend kompensiert, therapiert, sozialverträglich beherrscht sein. Jemand der Stimmen hört, darf, um in der Arbeitswelt existieren zu können, darauf nicht mehr panisch (...) reagieren“ (HALLWACHS 2004, S. 86). Bei längerer Auszeit ist der „individuell richtige Zeitpunkt des Beginns beruflicher Rehabilitation (...) personenbezogen zu suchen“ (ebd., S. 87).

*„Es müsste mehr Betriebe für einen langsamen Wiedereinstieg gefunden werden; mit einer Stunde, mit zwei Stunden usw. Und es bräuchte mehr Akzeptanz für einen solchen langsamen Einstieg. Daß also niemand blöde Sprüche macht.“<sup>23</sup>*

Insgesamt können grundsätzliche Prinzipien im Umgang mit einer psychischen Erkrankung abgeleitet werden (vgl. BAR 2003, S. 14f.). So ist für Menschen mit psychischer Erkrankung im besonderen Maße eine Umgebung förderlich, die geprägt ist von

- Klarheit und Eindeutigkeit;
- Transparenz und Übersichtlichkeit der räumlichen, personellen und finanziellen Verhältnisse;
- Verlässlichkeit und Kontinuität;
- Ruhe, Gelassenheit und Entspannung sowie
- der Vermeidung von Unter- und Überforderung.

Daneben ist es vor allem bei schwerem und längerfristigem Verlauf der Erkrankung wichtig

- dem psychisch kranken Menschen und seinen Angehörigen Hilfe zum Verständnis und zur Akzeptanz der Krankheit zu geben;
- sich auf die vorhandenen Fähigkeiten zu konzentrieren und an deren Weiterentwicklung sowie der Entwicklung kompensatorischer Fähigkeiten zu arbeiten;
- ein angemessenes Maß an Tätigsein sicherzustellen mit dem Ziel der (Wieder-) Erlangung der Teil- bzw. Vollerwerbsfähigkeit;
- Möglichkeiten der sozialen Integration zu fördern.

Diese Grundsätze sind auch bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

*„Mich belastet es immer, wenn ich das Gefühl habe, da ist etwa Unausgesprochenes. Wenn der Chef mich anmotzt, kann ich damit umgehen. Aber das Gefühl, es läuft etwas hintenrum, davor habe ich große Angst. Also mir ist es auch sehr wichtig, wenn Konflikte direkt angesprochen und möglichst direkt geklärt werden.“<sup>24</sup>*

Nicht zuletzt die Krankenkassen haben aufgrund ihrer Untersuchungen zu Ausmaß, Ursachen und Auswirkungen von Fehlzeiten zunehmend Aktivitäten hinsichtlich Prävention und

---

<sup>22</sup> Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen (LWL 1997, S. 20)

<sup>23</sup> Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen (LWL 1997, S. 23)

<sup>24</sup> Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen (LWL 1997, S. 23)

Gesunderhaltung bzw. –förderung unternommen (vgl. DAK 2005; BUSCH/AOK BERLIN 2004; BADURA/SHELLSCHMIDT/VETTER 2004).

Den Ergebnissen entsprechender Projekte ist zu entnehmen, dass betriebliche Gesundheitsförderung besonders dann erfolgreich ist, wenn

- im Betrieb psychische Belastungen wie Stress und hoher Zeitdruck abgebaut werden (z.B. persönliche Leistungskurve beachten, regelmäßige Pausen);
- die Handlungs- und Entscheidungsspielräume der Beschäftigten erhöht werden;
- die Arbeitsabläufe, –organisation und –umgebung optimiert werden (z.B. klare Arbeitsanweisungen, Vermeidung von fachfremden Tätigkeiten, Abwechslung von Phase hoher Konzentration und Routinetätigkeiten, Lärmdämmung, gutes Raumklima);
- die betriebliche Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen sowie unter den MitarbeiterInnen verbessert werden;
- das Verständnis aller Beteiligten für den Umgang mit psychischer Erkrankung gefördert wird.

Der Wirkungsgrad verschiedener eingesetzter Maßnahmen kann anhand folgender Tabelle abgelesen werden (nach PRIEMUTH 2004, S. 7)<sup>25</sup>:

Abbildung 6

<b>Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung mit</b>	
<b>eher geringem Wirkungsgrad</b>	<b>eher hohem Wirkungsgrad</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Arbeitsplatzgestaltung</li> <li>➤ Schulung des Führungsverhaltens</li> <li>➤ Mitarbeitergespräche</li> <li>➤ Teamentwicklung</li> <li>➤ Zielvereinbarungen</li> <li>➤ Gesundheitsförderungsprogramme</li> <li>➤ Gruppenarbeit</li> <li>➤ Karriereplanung</li> <li>➤ Pausensysteme</li> <li>➤ Selbstmanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anerkennung von Fehlzeiten als innerbetriebliches Problem (offener Umgang)</li> <li>➤ Rückkehrgespräche</li> <li>➤ <u>ganzheitliche und langfristige Konzepte / Veränderungsmaßnahmen</u></li> <li>➤ <u>Mitarbeiterbeteiligung und Mitbestimmung</u></li> <li>➤ <u>Gesundheitszirkel</u></li> <li>➤ <u>aufgaben- und zielorientierter Führungsstil</u></li> <li>➤ <u>Stressbewältigung</u></li> </ul>

Die Ergebnisse zur Untersuchung des Wirkungsgrades zeigen zudem, dass die Potentiale einzelner Faktoren noch zu wenig genutzt werden. Diese Potentiale werden vor allem bei den in der Tabelle unterstrichenen Maßnahmen gesehen. Entscheidend für die Wirkung ist jedoch, dass die einzelnen Elemente fachlich kompetent, sensibel und aufeinander abgestimmt eingesetzt werden. D.h. betriebliche Gesundheitsförderung sollte dauerhafter Bestandteil der Personal- und Organisationsentwicklung eines Unternehmens sein (vgl. WALTER/MÜNCH/BADURA 2004, S. 93ff.)<sup>26</sup>. Insbesondere dann können Fehlzeiten und damit verbundene Kosten gesenkt werden. Vielen Unternehmen fällt es jedoch schwer, diese eher präventiven Maßnahmen umzusetzen, da die genauen Wirkungen nicht immer eindeutig zugeordnet werden können. Zu Anfang steht somit eine Grundsatzentscheidung der Betriebsleitung (in Abstimmung mit dem Betriebs- und Personalrat), Gesundheitsförderung

<sup>25</sup> An der 2003 durchgeführten Studie nahmen 159 Unternehmen (unterschiedliche Branchen und Betriebsgrößen) aus Österreich, Deutschland und der Schweiz teil.

<sup>26</sup> Die Autoren betonen, dass entsprechende Konzepte auf der Basis einer „salutogenetischen Sichtweise“ zu erstellen sind. Das bedeutet, dass nach den Ursachen guter Gesundheit und den Potenzialen sowohl einzelner Personen als auch sozialer Systeme (hier Betrieb) gefragt wird (ebd., S. 97, Fußnote).



(zuerst vielleicht im Rahmen eines Pilotprojektes) zu betreiben<sup>27</sup>. Anlass hierzu sind oftmals überdurchschnittliche Fehlzeiten. Dann ist es wichtig,

- zuerst eine kontinuierliche Analyse der Fehlzeiten vorzunehmen,
- danach zielgerichtete Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen,
- sowie schließlich regelmäßige, auch zwischenzeitliche Erfolgskontrollen durchzuführen.

Dazu werden u.a. von den Krankenkassen (und ihren medizinischen Diensten) sowie den Berufsgenossenschaften verschiedene Instrumente eingesetzt, wie z.B. das Erstellen von Branchenprofilen und –vergleichen anhand der Arbeitsunfähigkeitsdaten (z.B. durch Fehlzeitenanalyse und Mitarbeiterbefragung), oder die systematische Erhebung von Anforderungs- und Fähigkeitsprofilen<sup>28 29</sup>. Zwischen einigen Krankenkassen und Unternehmen wurden zudem Bonussysteme vereinbart (z.B. Fraport).

Aber nicht nur manche Betriebe tun sich schwer. Bei der Auswertung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wird z.B. die oftmals unzureichende oder fehlende Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und anderen Leistungsträgern, z.B. den Berufsgenossenschaften, kritisiert (vgl. KUHN 2004, S. 53). Zudem sind Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu wenig kontinuierlich angelegt, eine Erfolgskontrolle findet oftmals nicht statt und nicht immer werden alle betrieblichen Akteure (wie Betriebs- und Personalrat, MitarbeiterInnen) einbezogen. Auch außerbetriebliche Kooperationspartner werden zu wenig berücksichtigt (vgl. LENHARDT 2004). Insgesamt gibt es somit noch erhebliche Potenziale zur Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsförderung<sup>30</sup>.

Wichtige Rahmenbedingungen zur Erhaltung und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit enthält das SGB IX in § 83 (Integrationsvereinbarung) und § 84 (Prävention), Absatz 2 (betriebliches Eingliederungsmanagement). Während sich die Integrationsvereinbarung auf anerkannt schwerbehinderte ArbeitnehmerInnen bezieht, umfasst das betriebliche Eingliederungsmanagement alle Beschäftigten<sup>31</sup>.

Durch eine unternehmensspezifische Integrationsvereinbarung zwischen Arbeitgeber und Schwerbehindertenvertretung (und/oder anderen Arbeitnehmervvertretungen) soll grundsätzlich der Zugang zu Beschäftigung und der Erhalt von Arbeitsplätzen für schwerbehinderte

<sup>27</sup> Dies kann in Form einer „Betriebsvereinbarung“ geschehen.

<sup>28</sup> Üblicherweise werden solche Maßnahmen eher von größeren Betrieben aufgegriffen und umgesetzt (z.B. Ford und Fraport). Interessanterweise gibt es jedoch auch erste Projekte und Ergebnisse im Bereich der Klein- und Mittelbetriebe, wie in der Kfz-Branche in Schleswig-Holstein (vgl. STEINFELD/STEIN/BECK 2004, S. 199ff.).

<sup>29</sup> Die medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) greifen zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auf die „Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit“ (ABBA) zurück (vgl. MDS 2004). Weitere Instrumente der betrieblichen Datenerfassung sind z.B. der „Arbeitsbewältigungsindex“ (work ability index), SIGMA und BASA (zur Gefährdungsbeurteilung) sowie IMBA und MELBA (Profilvergleichsverfahren). Eine kurze Beschreibung mit weiterführenden Hinweisen findet sich in VER.DI 2005, S. 46ff.. Verwiesen sei auch auf das „Informations-Beratungs-System“, Modul 4: Psychische Beeinträchtigungen. Es enthält Fragen, Informationen und Hinweise zur Vorbereitung, Durchführung und Sicherung von Maßnahmen der beruflichen Eingliederung psychisch beeinträchtigter Menschen (WAHLER 1999).

<sup>30</sup> Zur Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung und zum Zusammenhang mit dem Arbeitsschutz vgl. KUHN 2004 und URBAN 2004.

<sup>31</sup> Als Leistungsträger haben in Deutschland insbesondere die Berufsgenossenschaften die darin enthaltenen Möglichkeiten aufgegriffen. Vielfach wird in diesem Zusammenhang auch von „Disability Management“ gesprochen. Der Begriff soll ausdrücken, dass z.B. nach einem Unfall oder einer schweren Erkrankung ein Management einsetzt, welches den Betroffenen ermöglichen soll, ihre Arbeitsfähigkeit wieder zu erlangen. Ursprünglich wurde dieser Ansatz von privaten Versicherungen in Australien, Kanada und den USA entwickelt. Der Begriff wurde später von der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) aufgenommen und entsprechende Maßnahmen zu dem „Leitfaden zum Management von Behinderung am Arbeitsplatz“ (code of practice on managing disability in the workplace) zusammengefasst (vgl. MEHRHOFF 2004).

Menschen gesichert werden<sup>32</sup>. Noch längst nicht alle Unternehmen haben eine entsprechende Vereinbarung getroffen<sup>33</sup>.

Das Eingliederungsmanagement bezieht sich ausdrücklich auf jene Beschäftigte, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. Zudem besteht eine enge Verbindung zum Konzept der „stufenweisen Wiedereingliederung“ (vgl. § 74 SGB V und § 28 SGB IX), mit deren Hilfe Beschäftigte nach längerer Erkrankung wieder schrittweise an die Anforderungen im Betrieb herangeführt werden sollen (vgl. GLOMM 2005, S. 25ff.).

Die Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements sind letztlich vergleichbar mit jenen, die unter dem Begriff betriebliche Gesundheitsförderung aufgezeigt wurden<sup>34</sup>. An dieser Stelle sollen jedoch die Akteure und deren optimale Abstimmung besonders hervorgehoben werden. Dabei verweist der § 84, Absatz 2 SGB IX auch auf außerbetriebliche Dienstleister, die ggf. einzubeziehen sind:

Abbildung 7

Akteure des betrieblichen Eingliederungsmanagements	
innerbetrieblich	außerbetrieblich
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ArbeitnehmerIn</li> <li>➤ ArbeitgeberIn</li> <li>➤ ggf. Schwerbehindertenvertretung</li> <li>➤ Werks- oder Betriebsarzt</li> <li>➤ Betriebs- oder Personalrat</li> <li>➤ ggf. betriebliche SozialarbeiterIn</li> <li>➤ ggf. Arbeitsschutzbeauftragte/r</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Servicestellen (Reha-Träger)</li> <li>➤ Integrationsamt (begleitende Hilfen) / Integrationsfachdienst</li> <li>➤ ggf. andere externe Dienstleister</li> </ul>

*„Ich weiß nicht, ob man sich das als Außenstehender vorstellen kann, aber nach einer solchen Krankengeschichte geht das Selbstwertgefühl völlig in den Keller.  
Lesen, schreiben, planen, organisieren – ich traute mir überhaupt nichts mehr zu.  
Ich brauchte jemand, der mir den Rücken stärkt.  
Der mir sagt: Sie schaffen das, Sie können das, Sie haben Fähigkeiten.“<sup>35</sup>*

Entscheidend wird sein, wie effektiv die Beteiligten als „Integrationsteam“ zusammenarbeiten, denn der Erfolg ist wesentlich abhängig von einem nahtlosen Ineinandergreifen der erforderlichen Maßnahmen, vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen<sup>36</sup>. Dies setzt u.a. eine zuverlässige, vertrauensvolle und verbindliche Absprache zwischen den Akteuren voraus<sup>37</sup>. Diese Anforderung erhöht sich mit dem Hinzuziehen externer Stellen und Dienste<sup>38</sup>.

<sup>32</sup> Nach § 83 Absatz 2 SGB IX enthält die Integrationsvereinbarung u.a. Regelungen zur Personalplanung, Gestaltung von Arbeitsplatz und –umgebung, Arbeitsorganisation.

<sup>33</sup> In Kooperation der Schwerbehindertenvertretung der Fraport AG und der BAG UB wurde zwischen Herbst 2001 und Frühjahr 2002 ein Projekt zur Weiterentwicklung der Integrationsvereinbarung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden später in das Qualitätsmanagementsystem der Fraport AG eingebunden und unterliegen damit dem Prozess der kontinuierlichen Prüfung und Verbesserung (vgl. BERTAND/BUNGART 2003, S. 44ff.).

<sup>34</sup> Einen anschaulichen, zusammengefassten Überblick über Hintergrund, Inhalte, Akteure, Formen, Instrumente und Beispiele „guter Praxis“ des betrieblichen Eingliederungsmanagements bietet VER.DI 2005. Zudem führt das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation verschiedene Projekte zum betrieblichen Eingliederungsmanagement, u.a. mit FORD, durch (vgl. IQPR 2004).

<sup>35</sup> Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen (LWL 1997, S. 21)

<sup>36</sup> In einem Projekt zum betrieblichen Eingliederungsmanagement bei BMW in Regensburg wurden anhand einer Kosten-Nutzen-Analyse auch monetäre Einspareffekte verdeutlicht (vgl. MAGIN 2004, S. 63ff.).

<sup>37</sup> Hierzu sei verwiesen auf das Prinzip der Freiwilligkeit der Maßnahmen, die Bestimmungen des Datenschutzes und die ggf. erforderliche Schweigepflichtentbindung.

Dabei können die Integrationsfachdienste (IFD) aufgrund ihrer Ziel- und Aufgabenstellung nach § 109 ff. SGB IX (Vermittlung und Begleitung im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben)<sup>39</sup> und ihres vernetzten sowie betriebsnahen Ansatzes, insbesondere bei kleinen und mittleren Unternehmen, eine besondere Funktion übernehmen<sup>40</sup>.

Die Bedeutung der IFD als externe Partner wird auch in der Studie zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagement beim BMW-Werk in Regensburg hervorgehoben: „Die Integrationsfachdienste sind sowohl von ihrem gesetzlichen Auftrag (§ 110 SGB IX) als auch prinzipiell von ihrer Fachlichkeit her geeignet, Betriebe beim Aufbau eines betrieblichen Eingliederungsmanagements zu unterstützen und die betriebliche Eingliederungsarbeit fortlaufend zu begleiten. Sie müssen ihre Arbeit nicht ausschließlich auf den Personenkreis der Schwerbehinderten beschränken (§ 109, 4 SGB IX) und können auch für leistungsgewandelte Mitarbeiter im Sinne der Prävention tätig werden“ (MAGIN 2004, S. 62).

Voraussetzung für eine optimale Zusammenarbeit der IFD mit dem betrieblichen Integrationsteam wäre „eine enge Anbindung an das Integrationsamt zur Sicherung der Beratungsqualität, die konkrete Beauftragung im jeweiligen Einzelfall durch das Integrationsamt, die Entwicklung eines Handlungskonzepts ‚Beratung bei Aufbau und Begleitung betrieblicher Integrationsarbeit‘ für den Integrationsfachdienst und eine entsprechende vertiefte Qualifizierung der Integrationsfachdienstmitarbeiter“ (a.a.O.).

### Schlußwort

Nach der Darstellung von Hintergrund und Auswirkungen psychischer Erkrankung am Arbeitsplatz sowie der Darlegung möglicher Unterstützungsformen zur Sicherung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, bleibt folgendes festzuhalten:

- Unter Beachtung der Wünsche, Vorstellungen und Ressourcen der von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen sowie mittels Einbindung ihrer Angehörigen,
- durch eine effektive Koordination der Bestimmung und Bereitstellung adäquater, d.h. die Person stärkende Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen, sowohl auf Seiten der Leistungsträger als auch auf Seiten der Leistungserbringer,
- durch Optimierung betrieblicher Rahmenbedingungen und der Abstimmung aller inner- und außerbetrieblich Beteiligten,

können Teilhabe gesichert und effiziente Kosten-Nutzen-Relationen erzielt werden. Davon profitieren ArbeitnehmerInnen, Betriebe und die sozialen Sicherungssysteme.

*„Ich glaube, dass viele Menschen, die an einer Psychose leiden, oft sehr einsam sind. Sie haben Erfahrungen gemacht, die kaum weiterzugeben sind, weil sie den anderen fremd sind und Angst machen können. Hinzu kommt, daß Psychotiker ihre Umgebung oft sehr sensibel wahrnehmen, manchmal quälend genau. (...) Häufig ergibt sich ein Teufelskreis: Die Krankheit führt in die Isolation und die Isolation erneut in die Krankheit.“*

*„Ich bin sehr froh, dass mein Arbeitgeber auch dann zu mir gehalten hat, wenn es mir einmal nicht so gut ging. Die Arbeit hält einen Menschen im normalen Leben. Und ich bin froh, dass ich im Betrieb nicht als ‚Psychotiker‘ abgestempelt bin. (...) Wenn die anderen auch den ganz normalen Menschen sehen,*

---

<sup>38</sup> Nach § 84, Absatz 3 SGB IX können die Reha-Träger und Integrationsämter Arbeitgebern, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.

<sup>39</sup> Dazu gehören u.a.: (Schwer-) behinderte Menschen und Arbeitgeber informieren, beraten und unterstützen; Erhebung von Fähigkeits-, Interessen- und Leistungsprofil; geeignete Arbeitsplätze erschließen (z.B. bei Wiedereingliederung); die (schwer-) behinderten Menschen darauf vorzubereiten und so lange erforderlich am Arbeitsplatz zu begleiten; Nachbetreuung, Krisenintervention und psychosoziale Betreuung; erforderliche Leistungen zu klären; Zusammenarbeit mit relevanten Partnern innerhalb des Reha-Systems.

<sup>40</sup> In diesem Zusammenhang sei verwiesen auf die Ergebnisse zweier Forschungsberichte, die die Arbeit der Integrationsfachdienste für Menschen mit psychischen Erkrankungen evaluiert haben: BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1996 und TROST 1997.

*dann kann man auch der ganz normale Mensch sein.“*

*„Ich war lange Zeit mehr oder weniger gesund. Dann habe ich einen Rückfall erlitten, den ich überhaupt nicht wahrhaben wollte. Zur Zeit bin ich dabei gesund zu werden. Bald fange ich wieder mit meiner normalen Arbeit an. Lieber heute als morgen. (...) Ich werde alles dafür tun, gesund zu bleiben. Also, ich will es mal so sagen:  
Ich habe noch eine Menge Zukunft vor mir!“<sup>41</sup>*

## Literatur

- Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“. Zwischenbericht. Bonn 2002
- Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Bonn 2005
- Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C.: Fehlzeiten-Report 2004
- BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Frankfurt am Main 2003
- Baumann, U.; Perrez, M. (Hg.): Klinische Psychologie-Psychotherapie (1998)
- Berger, M.: Psychische Erkrankungen. 2. Auflage 2004
- Bertrand, L.; Bungart, J.: Agenda der Fraport AG für eine neue Unternehmenspolitik für behinderte Kunden und Mitarbeiter. In: impulse, Fachzeitschrift der BAG UB, Heft 26, Juni 2003, S. 44ff.
- Brill, K.-E.; Gredig, C.; Jäger, B.: Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker. In: impulse, Fachzeitschrift der BAG UB, Heft 24, November 2002, S. 4ff.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für psychisch Kranke und Behinderte. Forschungsbericht 257. Bonn 1996
- Busch, R; AOK Berlin (Hg.): Unternehmensziel Gesundheit – Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Bilanz und Perspektiven. Mering 2004
- DAK Versorgungsmanagement (Hg.): Gesundheitsreport 2002/2005. Hamburg 2002/2005
- Eikermann, B.; Zacharias-Eikermann, B.; Richter, D.; Reker, T.: Integration psychisch Kranker – Ziel ist die Teilnahme am „wirklichen“ Leben. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 16, 2005
- Glomm, D.: Frühzeitige Bedarfserkennung von Teilhabeleistungen als betriebsärztliche Aufgabe. In: impulse, Fachzeitschrift der BAG UB, Heft 33, März 2005, S. 25ff.
- Göbel, E.: Bilanz und Perspektiven. Eine Standortbestimmung der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Busch, R; AOK Berlin (Hg.): Unternehmensziel Gesundheit – Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Bilanz und Perspektiven. Mering 2004, S. 34ff.
- Hallwachs, H.: Teilhabe so genannter psychisch behinderter Menschen am Arbeitsleben – ein besonderer Auftrag der Gesellschaft?. In: Seyd, W.; Thrun, M.; Wicher, K. (Hg.): Die Berufsförderungswerke – Netzwerk der Zukunft. Hamburg 2004, S. 82ff.
- Hasselhorn, H.-M.; Nübling, M.: Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 39 (2004)
- Hautrop, W.; Scheibner, U.: Die Werkstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen. Frankfurt am Main 2002
- IQPR - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (Hg.): Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung. Projektbericht 2. Entwurf. Köln, Januar 2004
- Kuhn, J.: Die betriebliche Gesundheitsförderung zwischen konzeptioneller Erneuerung und praktischer Stagnation. In: Busch, R; AOK Berlin (Hg.): Unternehmensziel Gesundheit – Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Bilanz und Perspektiven. Mering 2004, S. 51ff.

---

<sup>41</sup> Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen (LWL 1997, S. 11)

- LWL - Landschaftsverband Westfalen-Lippe / Hauptfürsorgestelle: Ich hab' noch eine Menge Zukunft vor mir! Psychisch und geistig Behinderte im Arbeitsleben. Schriftenreihe, Heft Nr. 27. Münster 1997
- Lenhardt, U.: Präventionsbericht zeigt Stärken und Schwächen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf. In: Busch, R; AOK Berlin (Hg.): Unternehmensziel Gesundheit – Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Bilanz und Perspektiven. Mering 2004, S. 44ff.
- Magin, J.: Betriebliches Eingliederungsmanagement nach dem SGB IX. Projekt Integrationsteam LGW des BMW-Werkes Regensburg. Abschlussbericht. Hg.: Integrationsamt der Regierung der Oberpfalz. Regensburg 2004
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.): Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA 2004). Essen 2004
- Mehrhoff, F. (Hg.): Disability Management. Strategien zur Integration von behinderten Menschen in das Arbeitsleben. Stuttgart 2004
- Priemuth, K.: Fehlzeiten effektiv reduzieren. In: Personalmanager 5, 2003
- Rentsch H. P.; Bucher, P. O.: IFC in der Rehabilitation. Idstein 2005
- Rüst, T.; Debrunner, A.: „Supported Employment“ – Modelle unterstützter Beschäftigung bei psychischer Beeinträchtigung. Zürich/Chur 2005
- Steinfeld, A.; Stein, B.; Beck, D.: Arbeits- und Gesundheitsschutz in Klein- und Mittelbetrieben. In: Busch, R; AOK Berlin (Hg.): Unternehmensziel Gesundheit – Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Bilanz und Perspektiven. Mering 2004, S. 199ff.
- Stuber, M.: Diversity. Das Potential von Vielfalt nutzen – Den Erfolg durch Offenheit steigern. Verlag Luchterhand 2004
- Trost, R.: Integrationsfachdienste für Menschen mit psychischer Behinderung in Baden-Württemberg. Tübingen 1997
- Urban, H.-J.: Perspektiven einer innovativen betrieblichen Gesundheitspolitik – aus gewerkschaftlicher Sicht. In: Busch, R; AOK Berlin (Hg.): Unternehmensziel Gesundheit – Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Bilanz und Perspektiven. Mering 2004, S. 59ff.
- VER.DI (Hg.): Prävention und Eingliederungsmanagement. Arbeitshilfe für Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräte. Frankfurt am Main 2005
- Vetter, C.; Redmann, A.: Arbeit und Gesundheit – Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen in mehr als 150 Betrieben. WIdO-Materialie Bd. 52, Bonn 2005
- Wahler, R.: Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen in Arbeit und Beruf - Informations-Beratungs-System
- Walter, U.; Münch, E.; Badura, B.: Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Investition in das Sozial- und Humankapital. In: Seyd, W.; Thrun, M.; Wicher, K. (Hg.): Die Berufsförderungswerke – Netzwerk der Zukunft. Hamburg 2004, S. 93ff.
- Wendt, W.R.: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen - Eine Einführung. Freiburg 1997
- Wittchen, H.U.; Jacobi, F.: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. In: Psychotherapeutenjournal 0/2002