

Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer stationären psychiatrischen Behandlung

Lena Mernyi

Vollständiger Abdruck der von der TUM School of Medicine and Health
der Technischen Universität München zur Erlangung einer
Doktorin der Medizin (Dr. med.)
genehmigten Dissertation.

Vorsitz: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfende der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Johannes Hamann
2. Prof. Dr. Josef Priller

Die Dissertation wurde am 24.04.2023 bei der Technischen Universität
München eingereicht und durch die TUM School of Medicine and Health
am 13.03.2024 angenommen.

Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer stationären psychiatrischen Behandlung

Lena Mernyi

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Einleitung | 5 |
| 1.1 Einführung | 5 |
| 1.2 Arbeitsausfälle aufgrund psychischer Erkrankungen | 6 |
| 1.3 Anstieg psychischer Erkrankungen | 7 |
| 1.4 Psychische Belastungen am Arbeitsplatz..... | 8 |
| 1.5 Folgen von Arbeitslosigkeit..... | 10 |
| 1.6 Stigmatisierung und Diskriminierung am Arbeitsplatz | 11 |
| 1.7 Psychische Erkrankungen - Relevanz für Unternehmen..... | 12 |
| 1.8 Konkrete Unterstützungsmaßnahmen in Unternehmen | 13 |
| 1.8.1 Stufenweise Wiedereingliederung | 14 |
| 1.8.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement..... | 14 |
| 1.9 Prävention von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz | 15 |
| 1.10 Rückkehr an den Arbeitsplatz..... | 15 |
| 1.11 Zusammenfassung der derzeitigen Erkenntnisse und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit | 17 |
| | |
| 2. Methoden | 19 |
| 2.1 Zielsetzung | 19 |
| 2.2 Erstellung der Fragebögen | 19 |
| 2.3 Studienprotokoll und Ethikvotum | 20 |
| 2.4 Rekrutierung der Patienten zur Interviewbefragung | 20 |
| 2.5 Zeitlicher Ablauf der Studie | 21 |
| 2.6 Studienablauf..... | 21 |
| 2.7 Ein- und Ausschlusskriterien | 22 |
| 2.8 Erhobene Daten | 23 |
| 2.8.1 Screening..... | 23 |
| 2.8.2 Interviewbefragung t0..... | 24 |
| 2.8.3 Interviewbefragung t1..... | 26 |
| 2.9 Statistik | 27 |
| | |
| 3. Ergebnisse | 29 |
| 3.1 Screening..... | 29 |
| 3.2 Interviewstudie – Befragung vor Entlassung | 31 |
| 3.3 Interviewbefragung - 3 Monate nach Entlassung | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 4. Diskussion | 42 |
| 4.1 Niedrige Beschäftigungszahlen | 42 |
| 4.2 Wiedereinstieg in den Beruf nach der stationären Behandlung | 43 |
| 4.3 Arbeit als Auslöser, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz..... | 44 |
| 4.4 Ängste vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz | 45 |
| 4.5 Konflikte am Arbeitsplatz | 46 |
| 4.6 Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten..... | 47 |
| 4.7 Auswirkungen von Arbeitszeiten, Überstunden und Schichtarbeit | 48 |
| 4.8 Umsetzung strukturierter Unterstützungsmaßnahmen..... | 49 |
| 4.9 Probleme der Anschlussversorgung nach einer stationären Behandlung..... | 50 |
| 4.10 Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return-to-Work)..... | 51 |
| 4.11 Konsequenzen für Betriebe | 53 |
| 4.12 Stärken und Schwächen der Arbeit | 54 |
| 4.13 Fazit..... | 55 |
| | |
| 5. Literaturverzeichnis | 56 |
| | |
| 6. Abbildungsverzeichnis | 65 |
| | |
| 7. Tabellenverzeichnis | 65 |

1. Einleitung

1.1 Einführung

Die öffentliche Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen ist angesichts zahlreicher Berichte über die Zunahme dadurch verursachter Arbeitsausfälle deutlich gestiegen (Riedel-Heller et al. 2013). Die Statistiken der deutschen Kranken- und Rentenversicherungen verzeichnen in den letzten 20 Jahren einen enormen Anstieg von psychischen Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeitszeiten und Erwerbsminderungsrenten (DAK-Gesundheit 2020).

Das hat nicht nur für den Einzelnen schwerwiegende Konsequenzen, sondern stellt angesichts der damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten auch eine große gesellschaftliche und politische Herausforderung dar (OECD 2021).

Zahlreiche Berichte und Diskussionen fokussieren in diesem Zusammenhang auf die krankmachenden Auswirkungen von Arbeit durch steigende psychische Belastungen in der modernen Arbeitswelt. Es ist unbestritten, dass bestimmte Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz zur Entwicklung manifester psychischer Störungen beitragen können bzw. den Krankheitsverlauf bereits bestehender psychischer Erkrankungen negativ beeinflussen können (Rau and Henkel 2013). Jedoch ist der Anstieg von Arbeitsausfällen aufgrund psychischer Erkrankungen kaum alleine auf die Veränderungen in der Arbeitswelt zurückzuführen (Netterstrom et al., 2008).

Erwerbsarbeit ist ein wichtiger Aspekt des gesellschaftlichen Lebens und kann unter bestimmten Voraussetzungen einen stabilisierenden Einfluss auf die psychische Gesundheit haben (Krasselt et al. 2020). Vor diesem Hintergrund ist die hohe Arbeitslosigkeitsrate bzw. das erhöhte Risiko eines Arbeitsplatzverlustes bei Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders dramatisch (Brieger and Hoffmann 2012).

Um weitere Arbeitsplatzverluste aufzuhalten und eine erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer stationären psychiatrischen Behandlung zu ermöglichen ist ein niederschwelliges, zielgerichtetes Unterstützungssystem erforderlich.

1.2 Arbeitsausfälle aufgrund psychischer Erkrankungen

In Deutschland sind psychische Erkrankungen immer häufiger Ursache von Arbeitsunfähigkeitszeiten. Während insgesamt die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage sinkt, ist der Anteil psychischer Erkrankungen kontinuierlich gestiegen. Alleine zwischen 1997 bis zum Jahr 2012 nahmen die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen um 165 Prozent zu (DAK-Gesundheit 2013). Seit einigen Jahren stehen psychische Erkrankungen nach Muskel- und Skeletterkrankungen bereits an zweiter Stelle der häufigsten Diagnosen (DAK-Gesundheit 2020).

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei den deutschen Rentenversicherungen in Bezug auf die Erwerbsminderungsrenten zu verzeichnen. Bei einer insgesamt rückläufigen Anzahl von Erwerbsminderungsrenten, sind die Neuanträge aufgrund von psychischen Erkrankungen kontinuierlich gestiegen. Damit stellen psychische Erkrankungen bereits die häufigste Diagnose bei den Erwerbsminderungsrenten dar (DRV 2022). Allein im Jahr 2021 waren bei der deutschen Rentenversicherung 41,7% der Erwerbsminderungsrenten auf psychische Erkrankungen zurückzuführen.

In Deutschland liegt die geschätzte Gesamtprävalenz für psychische Erkrankungen in der Altersgruppe der 18– bis 79-jährigen Erwachsenen bei 27,7%. Die höchste Prävalenzrate weisen Angststörungen auf, gefolgt von affektiven Störungen und Abhängigkeitserkrankungen. Frauen sind im Vergleich zu Männern deutlich häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen (Jacobi et al., 2014).

Psychische Störungen können grundsätzlich in allen Altersgruppen auftreten. Die höchste Prävalenz liegt allerdings für die Altersgruppe der 18 bis 34-Jährigen vor. Damit ist in erster Linie eine Gruppe leistungsfähiger Menschen mittleren Lebensalters betroffen, deren Ausschluss aus dem Erwerbsleben wirtschaftlich stark ins Gewicht fällt (Schlipfenbacher and Jacobi 2014).

Psychische Erkrankungen haben oftmals einen episodischen oder chronischen Krankheitsverlauf (Tapfumaneyi et al. 2015). Das führt dazu, dass die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Diagnosen meistens deutlich länger ist (BPtK 2013). Die durchschnittliche Krankheitsdauer ist im Vergleich zu anderen Diagnosen etwa doppelt so lange (Badura et al. 2015). Das ist auch im Hinblick auf die Berufstätigkeit relevant da

Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden und damit längere Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweisen, häufiger aus dem Arbeitsleben ausscheiden und schlechter wieder eine Anstellung finden (Kroll and Lampert 2012).

Psychische Störungen sind häufig mit sozial-kommunikativen Funktionseinschränkungen sowie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefiziten verbunden, daher kommen betroffene Mitarbeiter wahrscheinlich weniger gut mit den veränderten Anforderungen und Belastungen in der Arbeitswelt zurecht und scheiden folglich häufig aus dem Arbeitsleben aus (OECD 2012). Dazu kommen volkswirtschaftliche Faktoren die für Menschen mit psychischen Erkrankungen oft weitreichende Folgen haben: in Zeiten einer schlechteren wirtschaftlichen Lage werden Entlassungen an weniger leistungsfähigen, gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmern vorgenommen, nicht selten sind davon Menschen mit psychischen Erkrankungen betroffen (Schlipfenbacher and Jacobi 2014).

1.3 Anstieg psychischer Erkrankungen

Die Ursachen und Hintergründe für den Anstieg von psychischen Erkrankungen und der dadurch verursachten Arbeitsausfälle sind Gegenstand aktueller Forschung und werden vielfach öffentlich diskutiert.

Der Anstieg der durch psychische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage ist weniger auf eine generelle Prävalenz- und Inzidenzsteigerung in der Allgemeinbevölkerung zurückzuführen (Jacobi et al. 2014). Vielmehr scheint die diagnostische Weiterentwicklung und die zunehmende Sensibilisierung von Ärzten hinsichtlich psychischer Störungen dazu geführt zu haben, dass entsprechende Erkrankungsbilder häufiger erkannt bzw. richtig diagnostiziert werden (Richter and Berger 2013).

Zum anderen ist die Entwicklung auch auf eine zumindest partielle Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen zurückzuführen. Die steigende allgemeine Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen, das zunehmende Wissen über Behandlungsmöglichkeiten sowie die bessere Verfügbarkeit von psychiatrischen und psychotherapeutischer Hilfen, führt zu einer vermehrten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Kuhn et al. 2019). Daraus resultiert eine zunehmende Bereitschaft der Patienten, eine psychische Diagnose zu akzeptieren und sich dafür krankzuschreiben zu lassen.

In öffentlichen Debatten werden die zunehmenden Arbeitsausfälle durch psychische Erkrankungen vor allem mit einem Anstieg psychosozialer Belastungen in der Arbeitswelt in Zusammenhang gebracht. Auf diesen Aspekt wird im nachfolgenden Kapiteln näher eingegangen.

1.4 Psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Durch den wirtschaftlichen Strukturwandel und die Verschiebung zu einer Dienstleistungsgesellschaft hat sich die Arbeitswelt in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert, mit starken Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen (Badura et al. 2012). Durch die Globalisierung und die rasanten technischen Entwicklungen stehen Unternehmen unter zunehmendem Zeit-, Kosten- und Leistungsdruck, um im globalen Wettbewerb mithalten zu können.

Daraus resultieren Arbeitsumgebungen, die geprägt sind von häufigen innerbetrieblichen Umstrukturierungen mit erhöhten Anforderungen an die Flexibilität und Mobilität der Beschäftigten, Intensivierung der Arbeit mit langen Arbeitszeiten, komplexeren Arbeitsaufgaben die eine höhere Qualifikation erfordern, ständigen Unterbrechungen und ständiger Erreichbarkeit durch neue Kommunikationstechnologien (Brenscheidt et al. 2017). Entsprechende Arbeitsbedingungen sind mit steigendem Stress und psychischen Belastungen verbunden und erfordern ein hohes Ausmaß an Bewältigungskompetenzen vom einzelnen Individuum (Schneider 2011).

In vielen Forschungsarbeiten wird der Zusammenhang zwischen Belastungen am Arbeitsplatz und der Entstehung von psychischen Erkrankungen untersucht.

Im deutschsprachigen Raum ist das Job-Demand-Control-Modell besonders bedeutsam. Zusammengefasst wird darin vor allem das Verhältnis von Arbeitsanforderung und Entscheidungsspielraum betrachtet. Dem Modell nach kann die Kombination aus hohen Anforderungen und geringem Handlungsspielraum zu einem erhöhten mentalen Stresserleben führen (Karasek 1979).

Im Modell der beruflichen Gratifikationskrise (Effort-Reward-Imbalance-Model) wird das Ungleichgewicht zwischen Arbeitsaufwand (z.B. Engagement, Arbeitsleistung) und

Belohnung (z.B. Anerkennung, Karriereperspektiven, angemessener Lohn) als gesundheitlicher Risikofaktor postuliert (Siegrist 1996).

Weitere Studien zeigen, dass auch geringe soziale Unterstützung und atypische Arbeitszeiten (Überstunden, Wochenendarbeit, Schichtarbeit) nachteilige gesundheitliche Folgen haben können (Netterstrom et al. 2008) (Stuke and BERPohl 2015).

Ob bestimmte Anforderungen als Belastung wahrgenommen werden unterliegt letztendlich einem individuellen Bewertungsprozess in den u.a. persönliche Ressourcen, Bewältigungskompetenzen, biologische Dispositionen und die physische und psychische Konstitution des Individuums hineinspielen (Schneider 2011).

Im Zusammenhang mit psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ist der Begriff Burnout in den Fokus der öffentlichen und medialen Aufmerksamkeit gerückt.

In psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachkreisen ist der Begriff bzw. die Definition von Burnout allerdings umstritten. Burnout wird bisher nicht als eigenständige Diagnose, sondern vielmehr als Risikofaktor oder möglicher Vorläufer einer diagnostizierbaren und behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung gesehen (KorcZak et al. 2010). Der Übergang zu einer Depression oder zu einer Anpassungsstörung ist oft fließend, eine sichere Abgrenzbarkeit ist in vielen Fällen nicht möglich (Hamann et al. 2013). In der allgemeinen Wahrnehmung wird Burnout mit hohem Engagement und hoher Leistung in Verbindung gebracht und ist daher gesellschaftlich anerkannter als eine psychische Erkrankung wie z.B. Depression. Das erleichtert vielen Menschen offen über psychische Probleme zu sprechen und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass in manchen Fällen schwerwiegende psychische Störungen zu spät erkannt und nicht adäquat therapiert werden (Kissling et al. 2014).

Unter Burnout wird ein Zustand physischer und psychischer Erschöpfung verstanden, der in der bisher gültigen ICD- 10-Klassifikation unter der Diagnosegruppe Z73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ eingeordnet wurde.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich in ihrer neuersten, 11. Revision des ICD-Klassifikationssystems (ICD-11, gültig seit 01.01.2022) erstmals auf eine Definition von Burnout festgelegt. In der deutschen Entwurfsfassung der ICD-11 wird Burnout folgendermaßen beschrieben: „Burnout ist ein Syndrom, das als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz konzeptualisiert wird, der nicht erfolgreich bewältigt wurde.“ Der

Begriff wird durch folgende Dimensionen charakterisiert: Energielosigkeit und Erschöpfung, eine zunehmende geistige Distanz oder negative Haltung zum eigenen Job und ein verringertes berufliches Leistungsvermögen. Weiters wird festgehalten: „Burnout bezieht sich speziell auf Phänomene im beruflichen Kontext und sollte nicht zur Beschreibung von Erfahrungen in anderen Lebensbereichen verwendet werden.“ (BfArM). In der Fachwelt wird die neue Begriffsdefinition von Burnout weiterhin kontrovers diskutiert. Aus wissenschaftlicher Perspektive wird die neue Begriffsdefinition zumindest die statistische Auswertung z.B. in Bezug auf Häufigkeit und Krankheitsdauer vereinfachen.

1.5 Folgen von Arbeitslosigkeit

Erwerbsarbeit ist ein wichtiger Teilbereich des gesellschaftlichen Lebens und beeinflusst sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit eines Menschen. Die Bedeutung von Arbeit ist nicht auf den reinen Lebenserhalt bzw. die finanzielle Unabhängigkeit beschränkt, sondern weist darüber hinaus eine wichtige Funktion für die (soziale) Identitätsbildung eines Individuums auf. Unter bestimmten Voraussetzungen kann Arbeit das psychische Wohlbefinden fördern und bei Menschen in einer psychischen Krise einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf haben (OECD 2015). Aspekte wie Tagesstrukturierung, Persönlichkeitsentwicklung, Selbstwertgefühl, Autonomie, Selbstwirksamkeitserleben, gesellschaftliche Akzeptanz und Sozialkontakte spielen dabei eine wesentliche Rolle (Ulich and Wülser 2018).

Hingegen ist Arbeitslosigkeit mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes verbunden. Arbeitslose sind häufiger krank, verhalten sich häufiger gesundheitsriskant und weisen insgesamt ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf (Kroll et al. 2016).

Die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf den psychischen Gesundheitszustand wurden bereits 1933 von Marie Jahoda (Jahoda et al. 1933) untersucht und in zahlreichen nachfolgenden Studien bestätigt (Sverke et al. 2002) (Paul and Moser 2009). Arbeitslosigkeit bzw. der Verlust des Arbeitsplatzes hat einen negativen Einfluss auf das emotionale Wohlbefinden und kann eine allgemeine Verschlechterung der Lebensqualität bedeuten. Über das gesundheitliche Risiko hinaus ist auch das Armutrisiko

sowohl bei Langzeitarbeitslosen als auch bei Menschen die von einer Erwerbsminderungsrente leben erhöht (OECD 2012).

Unter diesen Gesichtspunkten ist es umso besorgniserregender, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders häufig von Arbeitslosigkeit und den damit verbundenen sozialen und gesundheitlichen Folgen betroffen sind (Lerner et al. 2004).

1.6 Stigmatisierung und Diskriminierung am Arbeitsplatz

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind anhaltend mit Stigmatisierung und Diskriminierung konfrontiert.

Neben öffentlicher Stigmatisierung leiden viele Patienten auch an Selbststigmatisierung, wenn verbreitete Vorurteile von Betroffenen internalisiert und gegen sich selbst gerichtet werden (Rüsch 2010). Selbststigmatisierung kann zu einer Reduktion des Selbstbewusstseins, der Selbstwirksamkeit und der Selbstachtung führen und somit den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen (Oexle et al. 2018).

Internationale Studien zeigen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig Diskriminierung im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit erwarten und es in vielen Fällen auch tatsächlich dazu kommt. Bereits erwartete Stigmatisierung kann Verunsicherung und Vermeidungsverhalten hervorrufen (Lasalvia et al. 2013).

Angesichts der verbreiteten Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen stehen betroffene Personen vor der schwierigen Entscheidung, inwieweit sie ihre psychische Erkrankung öffentlich machen wollen. Insbesondere im beruflichen Kontext ist dies eine sehr komplexe und individuelle Entscheidung (Lang et al. 2020).

Aus Angst vor negativen Auswirkungen wird die Diagnose oftmals verschwiegen (Brohan et al.). Diese Ängste sind nicht unberechtigt. Mehrere Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass das Offenlegen einer psychiatrischen Diagnose negative Auswirkungen sowohl auf den Bewerbungsprozess als auch auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz haben kann (Rüsch et al. 2018) (Hipes et al. 2016) (Corrigan and Watson 2002). Das führt wiederum dazu, dass mögliche Unterstützungsmaßnahmen (sozialer Support) oder notwendige Arbeitsplatzanpassungen verpasst werden.

Reagiert das soziale Umfeld nach Offenlegung der psychischen Erkrankung mit Verständnis und Unterstützungsbereitschaft kann das zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen (Rüsch et al. 2018).

Zusammenfassend gibt es sowohl Argumente für das Offenlegen als auch für das Verschweigen einer psychischen Diagnose. Entsprechende Entscheidungsprozesse müssen an die individuellen und situativen Umstände angepasst werden, eine angemessene Unterstützung ist dabei oft unerlässlich (Lang et al. 2020).

1.7 Psychische Erkrankungen - Relevanz für Unternehmen

In Unternehmen werden Fehlzeitenanalysen häufig zur Kalkulation der Mitarbeitergesundheit herangezogen. Dabei wird übersehen, dass in Folge von Präsentismus (Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit) zusätzliche Kosten durch Leistungs- und Produktionsverluste verursacht werden (OECD 2012). In einer Längsbeobachtungsstudie von Adler et al. wiesen Menschen mit Depression im Vergleich zu Menschen mit einer chronisch körperlichen Erkrankung eine deutlich reduzierte Arbeitsleistung auf (Adler et al. 2006).

Die Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen und der damit verbundene Kostenanstieg hat auch auf Arbeitgeberseite dazu geführt, dass dem Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zunehmend Beachtung geschenkt wird (Mendel et al. 2010). Allerdings werden nach wie vor Defizite in der Umsetzung eines adäquaten Gesundheitsmanagements gesehen (Henderson et al. 2013). Auf Seiten der Unternehmen fehlt es oftmals an Information darüber wie gesundheitsfördernde Maßnahmen eingerichtet werden können und welche externen Hilfsangebote dabei zur Verfügung stehen (Freigang-Bauer and Gröben 2011). Zudem sind Führungskräfte oft nur mangelhaft über die Ursachen und Folgen psychischer Erkrankungen aufgeklärt, was zu Vorurteilen und Vorbehalten gegenüber den Betroffenen führt (Shaw Trust 2010). Daraus resultiert große Unsicherheit im Umgang mit betreffenden Mitarbeitern.

Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zielt darauf ab gesundheitsförderliche Strukturen im Unternehmen zu entwickeln und zu verankern und gleichzeitig die

Gesundheitskompetenz der Beschäftigten zu verbessern. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist auf drei Säulen aufgebaut: die Arbeitsschutzrichtlinien, das Betriebliche Eingliederungsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung (Ulich and Wülser 2015).

In den Präventionsansätzen des betrieblichen Gesundheitsschutzes wird grundsätzlich zwischen Verhaltensprävention und Verhältnisprävention unterschieden. Verhältnisprävention zielt auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen ab, setzt also an den institutionellen Organisationsstrukturen an. Zentrale betriebliche Interventionsansätze im Sinne der Prävention fokussieren unter anderem: die Umgestaltung ungünstiger Arbeitsabläufe, die Erweiterung der Entscheidungs- und Handlungsspielräume der Mitarbeiter, die Beteiligung der Belegschaft an Entscheidungsfindungs- und Problemlösungsprozessen, die Verbesserung von Kommunikation und Feedback, der Ausbau sozialer Unterstützung und die Förderung von Weiterbildung und Qualifikation (Sockoll 2008).

Verhaltensprävention beinhaltet hingegen Maßnahmen zur Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens durch die Stärkung persönlicher Ressourcen z.B. Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien, Zeitmanagementkurse, Workshops (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011).

Der Schwerpunkt betrieblicher Gesundheitsförderungsaktivitäten liegt nach wie vor mehr bei individuellen Präventionsmaßnahmen, wahrscheinlich weil verhaltenspräventive Maßnahmen mit weniger Aufwand verbunden sind und einfacher umsetzbar sind. (LASI 2009). Nach derzeitigem Erkenntnisstand scheint allerdings die Kombination aus Verhältnisprävention und Verhaltensprävention am effektivsten (Walter et al. 2012).

1.8 Konkrete Unterstützungsmaßnahmen in Unternehmen

Unternehmen haben unterschiedliche Möglichkeiten auf längere Arbeitsunfähigkeitszeiten von Mitarbeitern zu reagieren. Darunter fallen unter anderem Gespräche mit dem Arbeitnehmer („Rückkehrgespräche“) oder Arbeitsplatzbegehungen. Mitunter werden auch strukturierte Maßnahmen eingesetzt wie etwa eine stufenweise Wiedereingliederung oder ein betriebliches Eingliederungsmanagement (Ulich and Wülser 2018).

1.8.1 Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, die sich zum Ziel setzt, Arbeitnehmer nach längerer Arbeitsunfähigkeit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen, um Krankheitsrückfälle durch Überforderung zu verhindern. In Einvernahme des Arbeitnehmers können Arbeitszeit und Arbeitsbelastung im Rahmen eines ärztlich überwachten Stufenplans individuell gesteigert werden. Anpassungen des Wiedereingliederungsplans sind dabei jederzeit möglich. In der Zeit einer stufenweisen Wiedereingliederung gilt der Patient weiterhin als arbeitsunfähig und erhält Krankengeld (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2019).

1.8.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Im Jahr 2004 wurde das Betriebliche Eingliederungsmanagement, mit dem Ziel der Sicherung der Arbeitsfähigkeit und dem Erhalt des Arbeitsplatzes von Mitarbeitern nach längerer Arbeitsunfähigkeit, gesetzlich verankert. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist Teil des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Wenn ein Beschäftigter innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig war, ist der Arbeitgeber dazu verpflichtet, betroffenen Mitarbeiter zu einem Betrieblichen Eingliederungsmanagement einzuladen (Giesert and Wendt-Danigel 2011). Dabei handelt es sich um ein freiwilliges Angebot, das die Zustimmung des betroffenen Mitarbeiters erfordert. Im Falle einer Zustimmung wird ein Gesprächstermin vereinbart. Zu dem Gespräch können betriebsinterne (z.B. Betriebsarzt, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung) und externe Akteure (z.B. Sozialversicherung, Integrationsämter) hinzuzugezogen werden. In dem Verfahren sollen alle Optionen zur Verhinderung von Arbeitsunfähigkeitszeiten geprüft und zielgerichtete Maßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes eingeleitet werden (Freigang-Bauer and Gröben 2011).

1.9 Prävention von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz

Auf staatlicher Ebene ist die Sicherstellung von Prävention, Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen zu gewährleisten. Zu den Aufgaben des staatlichen Arbeitsschutzes zählt unter anderem auch die Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen im Hinblick auf psychische Belastungen (LASI 2009).

Durch den Gesetzgeber erfolgte bereits 2013 eine Klarstellung im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), worin psychische Belastungen explizit als eine mögliche Gefährdung bei der Arbeit angeführt werden. Im Arbeitsschutzgesetz §4 allgemeine Grundsätze steht: „Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst geringgehalten wird; ...“ (§ 4 ArbSchG).

Arbeitgeber sind damit verpflichtet, zielgerichtete Maßnahmen zum Erkennen und Vermeiden von Gefährdungen durch psychische Belastungen einzurichten (Beck et al. 2017). Die Gefährdungsbeurteilung ist ein in mehrere Teilschritte untergliederter Prozess, der die Ermittlung und Bewertung psychischer Belastungen umfasst mit dem Ziel, erforderliche Maßnahmen für die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit festzulegen. Damit soll erreicht werden, dass psychische Belastungsfaktoren reduziert werden und Arbeitnehmer z.B. durch eine verbesserte Arbeitsorganisation und/oder Erhöhung ihrer individuellen Ressourcen gesünder und motivierter arbeiten können.

Es existiert ein breites Spektrum an Instrumenten und Verfahren (z.B. Analyseworkshops, Beobachtungsinterviews oder Mitarbeiterbefragungen) um eine Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf psychische Belastungen durchzuführen (Ulich and Wülser 2018).

Die Betriebe können selbst über die Vorgehensweise entscheiden und dabei auch auf externe Beratung und Unterstützung (z.B. aus Unfallversicherungsträgern, Arbeitsschutzbehörden, Gewerkschaften) zurückgreifen.

1.10 Rückkehr an den Arbeitsplatz

In Anbetracht der drohenden sozialen, psychischen und finanziellen Folgen eines Arbeitsplatzverlustes, ist der Erhalt der Erwerbsfähigkeit von zentraler Bedeutung. Der

Wiedereinstieg an den Arbeitsplatz im Anschluss an eine stationär psychiatrische Behandlung ist jedoch häufig mit Schwierigkeiten verbunden. In der psychiatrischen Regelversorgung kann mangels ausreichender Kapazitäten häufig nicht adäquat auf krankheitsauslösende Faktoren am Arbeitsplatz eingegangen werden. Der Bedarf einer therapeutischen Vorbereitung und Begleitung bei einer beruflichen Wiedereingliederung kann oft weder durch die stationär-psychiatrische noch durch die ambulante Versorgung in ausreichendem Maße gedeckt werden (Kissling & Mendel, 2016).

In Deutschland fallen Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen in den Verantwortungsbereich der Sozialversicherung. Durch die Verzweigungen der Zuständigkeit und Kostenübernahme für Prävention, kurative Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge ist eine zeitnahe, adäquate und kontinuierliche Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht immer gewährleistet (Stengler et al. 2014). Die Zusammenarbeit und Koordination der einzelnen Akteure ist notwendig um Verantwortungsdiffusionen zwischen den Kostenträgern zu vermeiden (BPtK 2013). Bei der Zielsetzung rehabilitativer Maßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen muss dem Erhalt von Arbeitsplätzen am ersten Arbeitsmarkt ein besonderer Stellenwert beigemessen werden (Brieger and Hoffmann 2012). Rehabilitative Überlegungen sollten bereits in der Akutbehandlung einsetzen oder später in die stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung integriert werden (Stengler et al. 2014).

Grundsätzlich unterscheidet man zwei Strategien der beruflichen Rehabilitation. In Deutschland werden vorwiegend Wiedereingliederungsprogramme eingesetzt die auf dem Prinzip „first-train-then-place“ beruhen. Das bedeutet es erfolgt zunächst ein vorbereitendes Arbeitstraining im geschützten Rahmen, um dann bei ausreichenden Trainingseffekten eine Arbeitsstelle auf dem freien Arbeitsmarkt zu suchen (Stengler et al. 2014).

Im internationalen Vergleich hat sich ein zweiter rehabilitativer Ansatz hinsichtlich seiner Wirksamkeit auf die Wiedereingliederungsquote als effektiver erwiesen. Im Rahmen des „First-place-then-train“-Ansatzes (unterstützte Beschäftigung oder „supported employment“) werden psychisch erkrankte Menschen mit Rehabilitationsbedarf rasch auf

einem Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt platziert und während des Wiedereingliederungsprozesses von einem Job-Coach unterstützt.

Trotz der wissenschaftlich belegten Überlegenheit der Supported employment Programme bezüglich der Integration am ersten Arbeitsmarkt, werden in Deutschland nach wie vor vorwiegend Programme nach dem „First-train-then-place“ Prinzip angeboten (Stengler et al. 2021)

1.11 Zusammenfassung der derzeitigen Erkenntnisse und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Psychische Erkrankungen sind zunehmend Ursache für Arbeitsunfähigkeitstagen und Erwerbsminderungsrenten mit großen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Konsequenzen (DAK-Gesundheit 2020).

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind besonders häufig von Arbeitslosigkeit betroffen. Zugleich erhöhen chronische Krankheitsverläufe und Langzeitkrankenstände das Risiko den Arbeitsplatz zu verlieren (Lännerström et al. 2013).

Die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit in Hinblick auf das psychische Wohlbefinden sind hinreichend bekannt und gut erforscht (Jahoda et al. 1933).

Umgekehrt kann Berufstätigkeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf haben und zu einer Stabilisierung der psychischen Gesundheit beitragen (van der Noordt et al. 2014).

Unter diesen Voraussetzungen ist der Erhalt des Arbeitsplatzes bei Menschen mit psychischen Erkrankungen von zentraler Bedeutung. Die zur Verfügung stehenden Hilfeleistungen im deutschen Versorgungssystem sind durch die Zergliederung in viele einzelne Schnittstellen oft nicht bedarfsgerecht umsetzbar (Stengler et al. 2014).

Wenngleich in der Literatur von einer niedrigen Erwerbsquote bei Menschen mit psychischen Störungen ausgegangen wird, liegen dazu kaum konkrete Zahlen vor. Entsprechend war ein Ziel der vorliegenden Arbeit zu erheben, wie viele der Patienten, die sich in (teil)stationär psychiatrischer Behandlung befinden, einen Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt haben.

Ein weiteres Ziel war einen Überblick darüber zu geben, wie sich der Wiedereingliederungsprozess in das Berufsleben nach der stationären Entlassung praktisch gestaltet und welche Unterstützungsmaßnahmen dabei angeboten bzw. in Anspruch genommen werden. Aus den Ergebnissen erwarten wir uns Hinweise darauf, wie gut die Rückkehr an den Arbeitsplatz unter den derzeit bestehenden Voraussetzungen gelingt, inwieweit ein Verbesserungsbedarf bei den gegenwärtig zur Verfügung stehenden Hilfsleistungen besteht und welche Konsequenzen sich daraus insbesondere für den (stationären) psychiatrischen Versorgungsbereich ergeben.

2. Methoden

2.1 Zielsetzung

Angesichts der schwachen Datenlage darüber, wie viele Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt sind, war die Ermittlung der Erwerbstätigenquote in stationär-psychiatrischen Kliniken ein wesentliches Ziel der Untersuchung. Dazu wurde im Rahmen einer Querschnittserhebung ein Screening (Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt ja/nein) von insgesamt 815 (teil-)stationären Patienten im Großraum München/Augsburg durchgeführt.

Eine zweizeitige Interviewbefragung der identifizierten berufstätigen Patienten sollte zusätzliche Einblicke darüber geben, wie vielen Patienten die Rückkehr an den Arbeitsplatz tatsächlich gelingt, inwieweit die aktuelle Erkrankungsepisode mit dem Arbeitsumfeld zusammenhängt, welche Unterstützung (u.a. bereits während des stationären Aufenthaltes) die Patienten in Bezug auf den Wiedereinstieg erhalten haben bzw. welche zusätzlichen Maßnahmen und Unterstützungen aus Patientensicht notwendig gewesen wären.

2.2 Erstellung der Fragebögen

Im November 2013 wurde mit der Erstellung der Fragebögen begonnen.

Zur Ermittlung der Patientenzahl, die über einen festen Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt verfügen, wurde zunächst ein standardisierter Screening-Fragebogen erstellt. Zur Befragung der Studienteilnehmer wurden zwei weitere Fragebögen erstellt die jeweils in der Form eines semistrukturierten (teilstandardisierten) Interviews gestaltet wurden.

Die Fragebögen enthielten unterschiedliche Fragen- und Antwortformate. Um ein besseres Abbild der individuellen arbeitsbezogenen Faktoren zu erhalten, wurden neben geschlossenen Fragen auch offene Fragen eingesetzt.

Bei der Entwicklung des ersten Interviewfragebogens wurde darauf geachtet Fragen zu vermeiden, die zu einem veränderten Ablauf des Wiedereinstiegs in den Beruf führen konnten (z.B. Ansprechen auf bestimmte Unterstützungsmaßnahmen). Damit sollte eine Verzerrung der Ergebnisse verhindert werden.

Der Umfang des ersten Interviewfragebogens t0 belief sich auf 40 Fragen, während der zweite Fragebogen zum Zeitpunkt t1 insgesamt 30 Fragen umfasste. Der zeitliche Aufwand für ein Interview betrug für den einzelnen Patienten jeweils ungefähr 20 Minuten.

Vor dem Studienbeginn wurde der Fragebogen an einer kleineren Stichprobenanzahl getestet und auf Verständlichkeit, Eindeutigkeit und Relevanz der Fragestellungen geprüft. Im Anschluss wurde der Fragebogen überarbeitet und angepasst.

2.3 Studienprotokoll und Ethikvotum

Im Vorfeld wurde ein Studienprotokoll verfasst unter dem Titel „Rückkehr in den Beruf nach längerer Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung – eine Erhebung bei Patienten psychiatrischer Kliniken“. Darauf erfolgte die Einreichung eines Antrags bei der Ethikkommission der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München, welchem stattgegeben wurde.

2.4 Rekrutierung der Patienten zur Interviewbefragung

Die Rekrutierung und Befragung der Patienten fand im Zeitraum von März 2014 bis August 2014 statt. Sie erfolgte in folgenden Kliniken im Großraum München/Augsburg: Isar-Amper-Klinikum-Nord/-Ost /-Süd-West, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, Klinikum Landsberg am Lech, Danuvius Klinik Pfaffenhofen und Bezirkskrankenhaus Augsburg.

Die Patientenrekrutierung fand auf allen allgemeinpsychiatrischen Stationen statt (ausgenommen Gerontopsychiatrie und Suchtstationen). Aus logistischen Gründen wurde je Klinik ein eigener Stichtag im oben genannten Zeitraum festgelegt. An dem jeweiligen Erhebungstag wurden alle Patienten in die Studie aufgenommen, die über einen festen Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt verfügten und ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gaben.

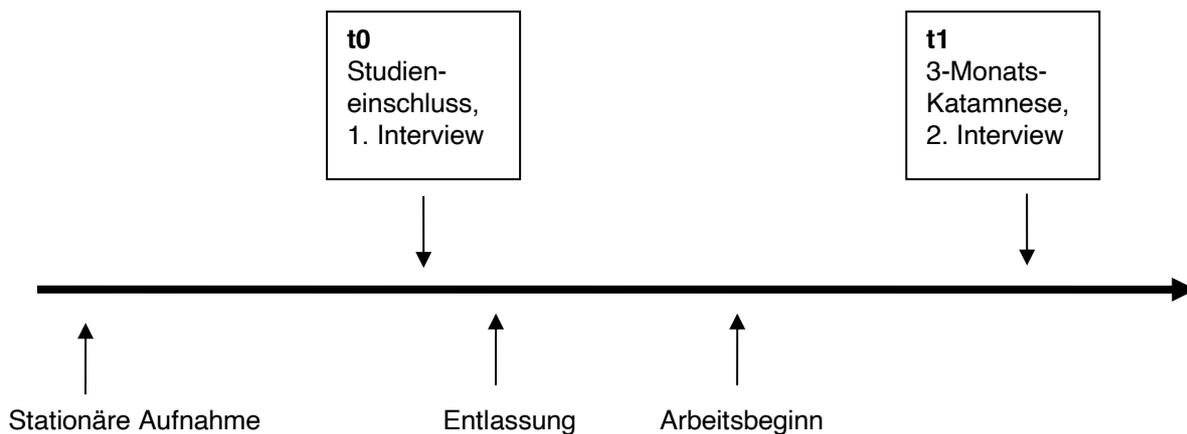
2.5 Zeitlicher Ablauf der Studie

Die Datenerhebung erfolgte zu mehreren Messzeitpunkten.

Der Zeitpunkt des ersten Interviews t_0 wurde kurz vor der Entlassung des Patienten gewählt. Die Befragung wurde noch während der stationären Behandlung in Form eines persönlichen Interviews durchgeführt.

Die zweite Befragung zum Zeitpunkt t_1 erfolgte 3 Monate nach der Entlassung aus der stationären Behandlung über ein telefonisches Interview.

Abbildung 1: Übersichtsdarstellung zeitlicher Ablauf der Studie



2.6 Studienablauf

In oben genannten Kliniken aus dem Großraum München/Augsburg wurde um die Teilnahme an der Studie bzw. Durchführung der Studie angefragt. Eine Vollerhebung aller stationär behandelten Patienten wurde angestrebt.

In allen Kliniken wurde eine vorausgehende Studienvorstellung ermöglicht und die Stationsärzte um Unterstützung bei der Erhebung der Screeningdaten gebeten.

Unter Mithilfe der Stationsärzte (z.T. auch Sozialarbeiter und Psychologen) wurden auf den jeweiligen Stationen alle Patienten, die sich an dem jeweiligen Erhebungstag in (teil-)stationärer Behandlung befanden, anonym erfasst (Screeningfragebogen) und daraus jene Patienten ermittelt, die einen laufenden Arbeitsvertrag auf dem ersten Arbeitsmarkt hatten. Bei der Anonymisierung der Daten wurden ID-Nummern vergeben, um im Falle einer Teilnahme des Patienten eine Zuordnung der Screeningdaten zu den Fragebögen der Interviewbefragungen zu gewährleisten.

Die erste Kontaktaufnahme zu den für die Studie infrage kommenden Patienten erfolgte über die behandelnden Ärzte. Alle Patienten wurden im Vorfeld über den Inhalt und den Ablauf der Studie informiert, wobei auf die Vertraulichkeit der Informationen hingewiesen wurde. Im Anschluss wurden die Patienten zur Teilnahme an der zweiteiligen Interviewbefragung gebeten. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und hatte keinen Einfluss auf die Behandlung der Patienten. Als Gründe für die Nichtteilnahme wurde lediglich „keine Einwilligung zur Teilnahme“ dokumentiert.

Allen Patienten, die sich zu einer Teilnahme an der Studie bereit erklärten, wurde eine Patienteninformation ausgehändigt und eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie eingeholt. Die Patienteninformation enthielt eine Zusammenfassung der Studie sowie Hinweise auf die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, die Einhaltung des Datenschutzes und das Recht auf einen Studienabbruch. Die Patienten wurden darüber aufgeklärt, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt (3 Monate nach der Entlassung aus der Klinik) telefonisch kontaktiert werden. Dazu wurden die Kontaktdaten der teilnehmenden Patienten aufgenommen.

Die zweite Befragung erfolgte ca. 3 Monate nach der Entlassung im Rahmen eines telefonischen Interviews. Wenn ein Patient zum Zeitpunkt der zweiten Befragung 3 Monate nach der Entlassung nicht erreichbar war, wurde eine erneute Kontaktherstellung zu einem späteren Zeitpunkt angestrebt.

2.7 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Datenerhebung erfolgte in mehreren psychiatrischen Kliniken im Großraum München/Augsburg. Die Erhebung der Daten erfolgte auf allen allgemeinspsychiatrischen

Stationen und in den Tagkliniken. Patienten auf Suchtstationen und in der Gerontopsychiatrie wurden nicht berücksichtigt. Im Rahmen des Screenings wurden alle Patienten, die sich am Erhebungstag auf der jeweiligen Station in einer der teilnehmenden Kliniken befanden, erfasst.

Kriterien zum Einschluss in die Studie waren Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren mit einem aktuellen Arbeitsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt (Teilzeit, Vollzeit, Selbstständig). In der vorliegenden Untersuchung verwendeten wir folgende Definition für „laufenden Arbeitsvertrag“: mehr als geringfügige, laufende Beschäftigung (Teil- oder Vollzeit) auf dem ersten Arbeitsmarkt bzw. mehr als geringfügige selbstständige Tätigkeit. Personen am zweiten Arbeitsmarkt oder mit einer geringfügigen Beschäftigung wurden nicht mitberücksichtigt.

Ausschlusskriterium waren alle Patienten, die nicht über einen laufenden Arbeitsvertrag am ersten Arbeitsmarkt verfügten, mangelhafte Sprachkenntnisse und Patienten, die aufgrund der Schwere der aktuellen Krankheitsperiode aus Sicht der behandelnden Ärzte nicht zu einer Teilnahme in Frage kamen.

2.8 Erhobene Daten

2.8.1 Screening

Ziel der Erhebung der Screeningdaten war die Ermittlung der Anzahl der am ersten Arbeitsmarkt beschäftigter Patienten unter stationär-psychiatrischen Patienten.

Das Screening umfasste zunächst die Dokumentation des Krankenhauses, der untersuchten Station und des Stationstyps (offen, geschützt, Tagklinik). Zur Person des Patienten wurden Alter und Geschlecht dokumentiert. Die Diagnosen wurden gemäß der International Classification of Disease (ICD-10) erfasst (World Health Organization 1992). Zur Abschätzung der Schwere der aktuellen Krankheitsperiode wurde der Clinical Global Impression Scale (CGI) eingesetzt (Busner and Targum 2007).

Zusätzlich wurden Daten zur Berufstätigkeit des Patienten zum Erhebungszeitpunkt erhoben. Im Falle eines aufrechten Arbeitsverhältnisses wurde dokumentiert, ob der Patient vollzeit-, teilzeit- oder gelegentlich beschäftigt war bzw. ob ein selbstständiges

Arbeitsverhältnis vorlag. Darüber hinaus wurde erhoben, ob ein laufender Arbeitsvertrag auf dem ersten Arbeitsmarkt vorlag.

Bei Personen, die nicht berufstätig waren wurde dokumentiert, ob der Patient arbeitslos (Hartz IV, Grundsicherung), altersberentet, Bezieher einer Erwerbsminderungsrente war oder sich zu dem Zeitpunkt in einer Ausbildung befand.

Mithilfe des Screenings wurden in den jeweilig untersuchten Stationen alle Patienten erfasst, die sich zu diesem Zeitpunkt in (teil-)stationärer Behandlung befanden. Die Patienten wurden in die Studie aufgenommen, wenn die Einschlusskriterien für die Interviewbefragung erfüllt waren und das Einverständnis zur Teilnahme gegeben wurde.

Abbildung 2: Inhaltliche Zusammenfassung Screeningfragebogen

Screeningfragebogen

- Klinik, Datum, ID-Nummer
- Station (offen, geschützt, Tagklinik)
- Alter
- Geschlecht
- Diagnose nach ICD-10
- Angaben zur Berufstätigkeit: vollzeit, teilzeit, gelegentlich, selbstständig
- Arbeitsvertrag am 1. Arbeitsmarkt ja/nein
- CGI-Wert nach Einschätzung der Stationsärzte

2.8.2 Interviewbefragung t0

Die Fragen des ersten Fragebogens zielten darauf ab, einen Überblick über die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit der Patienten zu erhalten sowie die Ängste und Erwartungen bezüglich der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu erfassen. Das Interview fand in Form eines persönlichen Gesprächs in der Klinik kurz vor der Entlassung statt.

Zu Beginn wurden allgemeine soziodemographische Daten (Geschlecht, Alter Familienstand, Wohnsituation, Muttersprache) und arbeitsplatzbezogene Fakten (Schulabschluss, Berufsausbildung, Studium) des Patienten erfasst. Daneben wurden genauere Angaben zum Arbeitsplatz (Branche, Funktion, Arbeitszeiten) und zur subjektiven Zufriedenheit am Arbeitsplatz (Wertschätzung, Einkommen, Arbeitszeit, Arbeitsorganisation) erhoben. Die Fragen zur subjektiven Zufriedenheit am Arbeitsplatz wurden zum Teil in Anlehnung an den Stressreport Deutschland 2012 formuliert (Lohmann-Haislah and Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012).

Darauf folgten Fragen zu Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz. Unter anderem wurden die Patienten dazu befragt welche Rolle die Arbeit als Krankheitsauslöser hatte und wie sich die Erkrankung am Arbeitsplatz gezeigt hatte. Weitere Fragen bezogen sich auf die Ängste und Pläne hinsichtlich der Rückkehr an den Arbeitsplatz und wie gut sich die Patienten zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf den Wiedereinstieg in den Beruf vorbereitet fühlten.

Abbildung 3: Inhaltliche Zusammenfassung Interviewbefragung t0

Fragebogen t0:

- Soziodemographische Daten
- Angaben zum Arbeitsverhältnis (Branche, Tätigkeitsbereich, Arbeitszeit)
- subjektive Zufriedenheit am Arbeitsplatz in den letzten 12 Monaten vor der Krankheitsepisode
- Zusammenhang zwischen Arbeit und psychische Erkrankung (welche Rolle hat die Arbeit bei der Krankheitsentstehung gespielt? Wie äußerte sich die Erkrankung am Arbeitsplatz? Hat ein Wiedereinstieg an den Arbeitsplatz in der Vergangenheit stattgefunden?)
- Erwartungen an den Wiedereinstieg in den Beruf (Bestehen Ängste in Bezug auf den Wiedereinstieg? Wie gut fühlen Sie sich auf den Wiedereinstieg vorbereitet?)

2.8.3 Interviewbefragung t1

Zur zweiten Befragung wurden alle in die Studie aufgenommenen Patienten 3 Monate nach der Entlassung aus der stationären Behandlung telefonisch interviewt.

Ziel war zum einen die Erfassung der Patientenzahl, die im Anschluss an eine stationäre Behandlung wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurückgekehrt waren. Zum anderen sollte Aufschluss darüber erlangt werden wie der Ablauf des Wiedereinstiegs gestaltet war und in welcher Form die Patienten dabei Unterstützung erhielten (durch die Klinik und durch den Betrieb/Arbeitgeber).

Zunächst wurden die Patienten danach gefragt, wie es ihnen seit ihrer Entlassung in beruflicher Hinsicht ergangen war und ob eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz erfolgt war. Wenn die Patientin nicht wieder an den Arbeitsplatz zurückgekehrt waren wurde die aktuelle Situation des Patienten in Bezug auf die Erwerbstätigkeit dokumentiert (neue Stelle angenommen, seit der Entlassung in Krankenstand, Wiedereinstieg abgebrochen, derzeit auf Arbeitssuche). Anschließend wurde festgehalten, ob die Rückkehr an den Arbeitsplatz im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung erfolgt war. In diesen Fällen wurde auch der genaue Ablauf des Stufenplans dokumentiert.

Die Patienten wurden danach befragt ob und in welcher Form sie während des stationären Aufenthaltes auf den Wiedereinstieg in den Beruf vorbereitet wurden (mit wem haben Sie über Ihre Arbeitssituation und Arbeitsplatzrückkehr gesprochen?). Im Anschluss wurde nach speziellen Unterstützungsmaßnahmen gefragt (wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt? Hat ein Betriebliches Eingliederungsmanagement stattgefunden? Ist ein Rückkehrgespräch erfolgt?).

Die Patienten wurden danach befragt, wie gut sie sich durch den Betrieb/Arbeitgeber auf den Wiedereinstieg vorbereitet gefühlt haben, welche Personen innerhalb des Betriebes bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz involviert waren und ob Arbeitsanpassungen am Arbeitsplatz vorgenommen wurden. Weitere Fragen bezogen sich darauf, wie die Patienten mit ihrer Diagnose am Arbeitsplatz umgegangen waren und welche Gründe für die Fehlzeiten gegenüber dem Vorgesetzten und den Kollegen genannt wurden.

Im Anschluss wurde den Patienten Fragen zur subjektiven Zufriedenheit am Arbeitsplatz gestellt, dabei wiederholten sich die Fragen aus der ersten Interviewbefragung.

Abschließend wurde erhoben wie gut sich die Patienten durch die Klinik unterstützt gefühlt hatten und welche zusätzlichen Unterstützungsmaßnahmen sie sich gewünscht hätten.

Abbildung 4: Inhaltliche Zusammenfassung Interviewbefragung t1

Fragebogen t1:

- Rückkehr an den Arbeitsplatz ja/nein (bzw. neue Stelle angenommen, auf Arbeitssuche, Wiedereinstieg abgebrochen, im Krankenstand)
- Ablauf Rückkehr regulär/stufenweise Wiedereingliederung (genauer Ablauf der stufenweisen Wiedereingliederung)
- Vorbereitung in der Klinik (Mit wem wurde über die Arbeit gesprochen? Welche Themen wurden besprochen?)
- Fragen zu speziellen Unterstützungsmaßnahmen: Schwerbehindertenausweis, Rückkehrgespräch, BEM
- Unterstützung durch den Betrieb (Welche Personen waren beteiligt? Gab es Arbeitsplatzanpassungen?)
- Umgang mit der Diagnose am Arbeitsplatz (Welchen Grund wurde Vorgesetztem/Kollegen genannt?)
- Subjektive Zufriedenheit am Arbeitsplatz seit der Rückkehr
- Zufriedenheit mit der Arbeit und dem Wiedereinstieg insgesamt

2.9 Statistik

Die statistische Analyse der erhobenen Daten erfolgte mit der Statistik- und Analysesoftware SPSS Statistics der Firma IBM.

Bei der Auswertung der Daten standen deskriptive Statistiken im Vordergrund. Dabei wurde je nach Datentyp Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte, und Standardabweichungen ermittelt. Die Analyse von Gruppenvergleichen erfolgte bei dichotomen/kategorischen Variablen durch den Einsatz von Chi²-Tests. Die Analyse von Gruppenvergleichen stetiger Variablen wurde mit t-Tests vorgenommen.

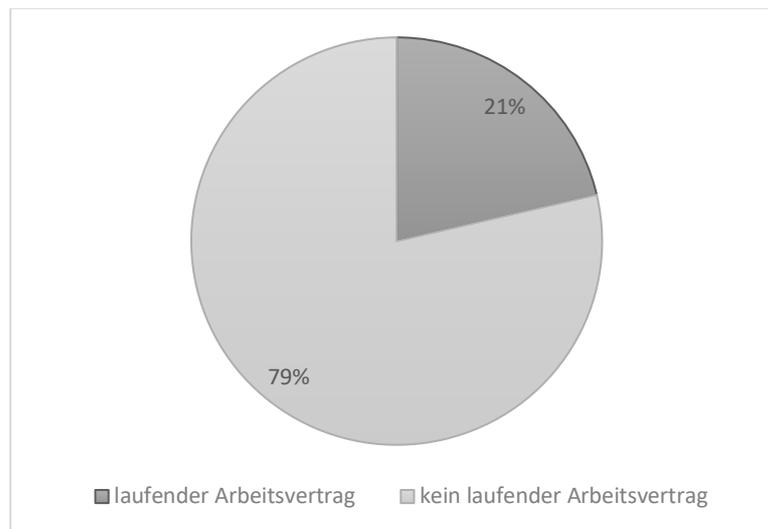
Bei offenen Antwortformaten wurden die Angaben gesammelt und zusammengefasst. Anschließend wurden Kategorien gebildet und die Antworten anhand der Häufigkeitsverteilung dargestellt.

3. Ergebnisse

3.1 Screening

Insgesamt wurden im Rahmen des Screenings N=815 Patienten erfasst. Davon hatten n=174 und damit 21 % einen laufenden Arbeitsvertrag auf dem ersten Arbeitsmarkt, während 79% der Patienten (n=641) keinen laufenden Arbeitsvertrag hatte.

Abbildung 5: Berufstätigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt bei stationär-psychiatrischen Patienten (n=815)



Im Hinblick auf die Verteilung der berufstätigen Patienten waren deutliche Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Stationstypen und den Hauptdiagnosegruppen erkennbar (siehe Tabelle 1). Während in den Tagkliniken die Mehrheit der Patienten (54%) einen laufenden Arbeitsvertrag hatte, waren es auf den offenen Stationen bereits deutlich weniger (24%). Auf den beschützten Stationen hatten lediglich 13% einen festen Arbeitsplatz (Chi²= 58,9; p<0.0001).

In Bezug auf die Hauptdiagnose zeigten sich ebenfalls deutliche Unterschiede. Patienten mit der Hauptdiagnose Depression (ICD 10 F32 oder F33) waren zu 34% (109 Patienten von n=319) in einem festen Arbeitsverhältnis, Patienten mit bipolarer Störung (F31) zu 25% (12 Patienten von n=48) und Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung (F20 und F25) zu 9% (25 Patienten von n= 247, $\chi^2= 52,1$; $p<0.0001$). Eine psychiatrische Nebendiagnose lag bei 17,2% der Patienten vor. 5,4% hatte 2 psychiatrische Nebendiagnosen, 1,6% hatte 3 Nebendiagnosen und 0,4% der Patienten hatte 4 psychiatrische Nebendiagnosen.

Auch in den teilnehmenden Kliniken war der Anteil berufstätiger Patienten unterschiedlich groß. Im Klinikum Rechts der Isar hatten 25% der Patienten einen festen Arbeitsvertrag (25 Patienten von n=99). Im Isar-Amper-Klinikum-Ost wurden 96 Patienten erfasst worunter 24 (25%) Patienten in einem festen Arbeitsverhältnis standen. Im Isar-Amper-Klinikum- Nord hatten 15% einen festen Arbeitsvertrag (12 Patienten von n= 80). Im Isar-Amper-Klinikum-Süd/West waren 10% (5 Patienten von n= 51) und in den Spezialambulanzen des Isar-Amper-Klinikums waren 24% (31 Patienten von n=132) der Patienten in einem festen Anstellungsverhältnis am ersten Arbeitsmarkt. Im BKH-Augsburg hatten 29 (19%) von insgesamt 193 Patienten einen festen Arbeitsvertrag. Im Klinikum Landsberg am Lech waren es 19 (28%) von insgesamt 67 Patienten. In Pfaffenhofen hatten 30% (29 von n= 97, $\chi^2= 18,8$; $p<0,009$) der Patienten einen festen Arbeitsvertrag am ersten Arbeitsmarkt.

Hinsichtlich der für alle Patienten beim Screening erhobenen Maße (Alter, Geschlecht, Diagnose) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten, die ihr Einverständnis zum Interview gaben und denen, die dies verweigerten.

Patienten mit einem laufenden Arbeitsvertrag waren im Mittel (CGI-Wert $M=4,7$, $SD=1,0$) weniger krank als Patienten ohne laufenden Arbeitsvertrag (CGI-Wert $M=5,1$, $SD=1,0$, $t=-4,9$, $p<0.0001$).

Tabelle 1: Übersicht der Ergebnisse aus den Screeningdaten

| | Gesamtanzahl | laufender Arbeitsvertrag | kein laufender Arbeitsvertrag |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|--|
| Erfasste Patienten insgesamt | 815 | 174 (21%) | 641 (79%) |
| Geschlecht | | | |
| männlich | 345 | 76 (22%) | 269 (78%) |
| weiblich | 470 | 98 (21%) | 372 (79%) |
| Alter | | M=42,8, SD= 11,3 | M=43,7, SD= 15,4 |
| CGI | | M=4,7, SD=1,0 | M=5,1, SD=1,0 |
| Stationstyp | | | |
| offene Station | 399 | 94 (24%) | 305 (76%) |
| geschlossene Station | 349 | 44 (13%) | 305 (87%) |
| Tagklinik | 67 | 36 (54%) | 31 (46%) |
| Hauptdiagnose (nach ICD 10) | | | |
| F0 | 17 | 3 (17,6%) | 14 (82%) |
| F1 | 20 | 3 (15%) | 17 (85%) |
| F2 | 272 | 25 (9,2%) | 247 (90%) |
| F31 | 48 | 12 (25%) | 36 (75%) |
| F32/33/34 | 319 | 109 (34%) | 210 (66%) |
| F4 | 59 | 15 (25%) | 44 (74%) |
| F5 | 1 | 0 (0%) | 1 (100%) |
| F6 | 67 | 7 (10%) | 60 (90%) |
| sonstige | 12 | 0 (0%) | 12 (100%) |

3.2 Interviewstudie – Befragung vor Entlassung

Von den insgesamt 174 Patienten mit einem laufenden Arbeitsvertrag gaben 81 Patienten (47%) ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie.

Dabei war der Anteil der teilnehmenden Frauen (n=35) und Männer (n=46) weitgehend ausgeglichen. Die Befragten waren zwischen 19 und 63 Jahre alt (M=42,8 Jahre, SD=11,3). Patienten aus Tagkliniken (50%) und offenen Stationen (47%) waren häufiger zu einer Teilnahme an der Studie bereit als Patienten in geschlossenen Stationen (34%).

Details zu den soziodemografischen Daten der Teilnehmer sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Unter allen teilnehmenden Patienten waren 24 Personen teilzeitbeschäftigt und 57 Patienten vollzeitbeschäftigt.

Von den befragten Patienten hatten 83% eine Berufsausbildung abgeschlossen, nur 25% hatte ein Studium abgeschlossen. Die Angaben zu den Berufsausbildungen waren sehr unterschiedlich, darunter: Versicherungskauffrau, Arzthelferin Friseurin und Polizeibeamter. Die Hochschulabschlüsse reichten von Astrophysik über Lehramt bis Informatik.

Tabelle 2: Soziodemographische Daten der Studienteilnehmer

| | n= 81 | % |
|------------------------------------|-------|----|
| Geschlecht | | |
| männlich | 46 | 57 |
| weiblich | 35 | 43 |
| Diagnose | | |
| F2 | 11 | 14 |
| F31 | 6 | 7 |
| F32/F33/F34 | 51 | 63 |
| F4 | 5 | 7 |
| F6 | 7 | 9 |
| Muttersprache | | |
| deutsch | 65 | 80 |
| andere | 16 | 20 |
| Familienstand | | |
| ledig | 38 | 47 |
| verheiratet | 33 | 41 |
| geschieden | 10 | 12 |
| Wohnsituation | | |
| alleine | 39 | 48 |
| Familie/Partner | 32 | 40 |
| Wohngemeinschaft | 2 | 3 |
| sonstiges | 8 | 10 |
| Schulabschluss | | |
| Hauptschule | 25 | 31 |
| Polytechnische Oberschule | 1 | 1 |
| Mittlere Reife | 23 | 28 |
| Abitur | 27 | 33 |
| Schulabschluss im Ausland erworben | 5 | 6 |
| Berufsausbildung | | |
| ja | 67 | 83 |
| nein | 14 | 17 |
| abgeschlossenes Studium | | |
| ja | 20 | 25 |
| nein | 61 | 75 |

Im Hinblick auf die Branchen war ein Großteil der Patienten im Dienstleistungssektor (63%) tätig. 17% arbeitete in der Industriebranche, 10% im Gesundheitswesen, 6% im Bildungswesen und 4% im Finanzwesen. Die ausgeübten Berufe reichten von Kfz-Mechaniker, Bankkauffrau bis zur Studienrätin.

Im Mittel hatten die Patienten vor 71 Tagen (range 1 bis 300 Tage; SD= 58,4) zuletzt gearbeitet und waren bereits seit 11,3 Jahren (range 0,5 bis 43 Jahre; SD=9,8) an ihrem Arbeitsplatz beschäftigt. Nur wenige Patienten (3%) befanden sich noch in der Probezeit. Von den 81 befragten Patienten war die Mehrheit (88%) in einem festen Anstellungsverhältnis, 6% der Patienten war verbeamtet und 3% waren jeweils befristet angestellt oder selbstständig. Eine auffallen hohe Anzahl der Befragten, nämlich 24% arbeitete im Schichtdienst.

Die offizielle Wochenarbeitszeit betrug im Durchschnitt 35,1 Stunden (SD= 8,4). Dabei variierte sie zwischen 10 und 55 Stunden. Im Gegensatz dazu lagen die Angaben zu den tatsächlichen Wochenarbeitsstunden im Mittel bei 39,7 Stunden (SD= 11,1) wobei die Spanne von 12 bis 70 Stunden reichte.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die subjektive Zufriedenheit der Patienten an ihrem Arbeitsplatz. Bei den Angaben fällt auf, dass sich ein Großteil der Patienten den Anforderungen an ihre fachlichen Kenntnisse gewachsen fühlte, während fast die Hälfte bezüglich des Arbeitspensums eher überfordert war. 37% der Patienten fühlten sich nur teilweise für ihre Tätigkeit wertgeschätzt und 24% fühlte sich nicht ausreichend wertgeschätzt.

Tabelle 3: Angaben zur subjektiven Zufriedenheit in der Arbeit, bezogen auf die letzten 12 Monate vor Ausbruch der Krankheitsepisode

| | n =81 | % |
|---|----------|----|
| Wie häufig hatten Sie das Gefühl, dass die Tätigkeit wichtig ist? | | |
| häufig | 59 | 73 |
| manchmal | 13 | 16 |
| selten | 8 | 10 |
| nie | 1 | 1 |
| Hatten Sie das Gefühl, ausreichend für Ihre Tätigkeit wertgeschätzt zu werden? | | |
| ausreichend | 32 | 40 |
| teils/teils | 30 | 37 |
| nicht ausreichend | 19 | 24 |
| Wie zufrieden waren Sie mit dem Einkommen? | | |
| sehr zufrieden | 16 | 20 |
| zufrieden | 41 | 51 |
| weniger zufrieden | 18 | 22 |
| nicht zufrieden | 6 | 7 |
| Wie zufrieden waren Sie mit den Arbeitszeiten? | | |
| sehr zufrieden | 17 | 21 |
| zufrieden | 38 | 47 |
| weniger zufrieden | 23 | 28 |
| nicht zufrieden | 3 | 4 |
| Wie zufrieden waren Sie mit der Arbeitsorganisation (Aufgabenverteilung, interne Kommunikation bei Aufgaben)? | | |
| sehr zufrieden | 15 | 19 |
| zufrieden | 34 | 42 |
| weniger zufrieden | 26 | 32 |
| nicht zufrieden | 6 | 7 |
| Fühlten Sie sich den Anforderungen an Ihre fachlichen Kenntnisse und Fertigkeiten in der Regel gewachsen, eher überfordert oder eher unterfordert? | | |
| den Anforderungen gewachsen | 54 | 67 |
| eher überfordert | 16 | 20 |
| eher unterfordert | 11 | 14 |
| Fühlten Sie sich den Anforderungen durch die Arbeitsmenge bzw. das Arbeitspensum in der Regel gewachsen, eher überfordert oder eher unterfordert? | | |
| den Anforderungen gewachsen | 35 | 43 |
| eher überfordert | 39 | 48 |
| eher unterfordert | 7 | 9 |
| Gab es zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz? | | |
| ja | 40 | 49 |
| nein | 41 | 51 |
| Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrer Arbeit? | | |
| sehr zufrieden | 16 | 20 |
| zufrieden | 42 | 52 |
| weniger zufrieden | 19 | 24 |
| nicht zufrieden | 4 | 5 |

Für 38 Patienten (47%) spielte die Arbeit eine große oder sehr große Rolle bei der Entstehung der Krankheitsperiode.

Die psychische Erkrankung machte sich am Arbeitsplatz auf unterschiedliche Weise bemerkbar. 32 Patienten (40%) schilderten ein Nachlassen der Konzentration während der Arbeit („Fehler gemacht“, „häufige Unterbrechungen der Arbeit“, „langsamer gearbeitet als sonst“ usw.). Bei 13 Personen (16%) spielte Müdigkeit und eine verminderte Leistungsfähigkeit eine Rolle. Jeweils 8 Personen (10%) gaben an, in der Arbeit geweint zu haben bzw. Angst- und Panikattacken gehabt zu haben. 8 Personen (10%) waren regelmäßig zu spät zur Arbeit gekommen, 7 Personen (9%) berichteten von sozialem Rückzug, 4 Personen (5%) zeigten aggressives Verhalten und 3 Personen (4%) konsumierten Alkohol während der Arbeitszeit.

Beinahe die Hälfte der Befragten berichtete über zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz. Am häufigsten hatte es Konflikte mit Arbeitskollegen (80%) gegeben. Von Konflikten mit Vorgesetzten berichteten 46% der Teilnehmer, seltener (18%) war es zu Konflikten mit Kunden gekommen (Mehrfachantworten waren möglich).

26 % der Befragten gab an, dass in der Vergangenheit bereits ein Wiedereinstieg an den Arbeitsplatz erfolgt war, alle Patienten waren damals über eine stufenweise Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz zurückgekehrt. Die Erfahrungen mit einer stufenweisen Wiedereingliederung beurteilte mehr als die Hälfte dieser Patienten (52%) als gut bis sehr gut.

Ängste bezüglich der Rückkehr an den Arbeitsplatz waren bei 70% der Teilnehmer sehr stark bis mittelmäßig vorhanden während nur bei 30% diesbezügliche Ängste kaum bis nicht vorhanden waren. 40% der Befragten gab an, Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes zu haben und sich dadurch unter Druck gesetzt zu fühlen möglichst bald wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren. 54% (44 Patienten) der Befragten fühlte sich aus finanziellen Gründen zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit gedrängt.

In Tabelle 4 sind Angaben der Patienten zu den Erwartungen und Ängsten hinsichtlich der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu sehen. Dabei gaben 42% der Patienten an, sich eher schlecht bis sehr schlecht auf den Wiedereinstieg in den Beruf vorbereitet zu fühlen.

Im Hinblick auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz hatten viele Patienten (32%) Angst vor der Reaktion der Arbeitskollegen.

Tabelle 4: Angaben zu den Erwartungen an den Wiedereinstieg in den Beruf

| | n=81 | % |
|--|------|----|
| Wie stark sind/wären die Ängste in Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz? | | |
| sehr stark | 18 | 22 |
| stark | 17 | 21 |
| mittelmäßig | 22 | 27 |
| kaum vorhanden | 14 | 17 |
| nicht vorhanden | 10 | 12 |
| Welche Bereiche machen Ihnen Sorgen hinsichtlich der Rückkehr an den Arbeitsplatz? (offene Frage, Auswertung der häufigsten Antworten) | | |
| Reaktion der Kollegen | 26 | 35 |
| Arbeit nicht mehr zu schaffen | 22 | 29 |
| erneut krank zu werden | 13 | 17 |
| als weniger belastbar eingeschätzt zu werden | 8 | 11 |
| Arbeit zu verlieren | 6 | 8 |
| Hat bei Ihnen früher schon einmal ein Wiedereinstieg in den Beruf nach längerer Arbeitsunfähigkeit stattgefunden? | | |
| ja | 21 | 26 |
| nein | 60 | 74 |
| Würden Sie sagen, dass Sie in Ihrem Wunschberuf gearbeitet haben oder hätten Sie lieber in einem anderen Beruf gearbeitet? | | |
| Ich arbeite im Wunschberuf | 56 | 69 |
| Ich hätte gerne in einem anderen Beruf gearbeitet | 23 | 28 |
| fehlende Antwort | 2 | 3 |
| Haben Sie vor, an Ihren Arbeitsplatz zurückzukehren? | | |
| ja | 73 | 90 |
| nein | 1 | 1 |
| vielleicht | 7 | 9 |
| Manche Patienten fühlen sich von äußeren Faktoren, wie etwa wegen Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes oder aus finanziellen Gründen sehr stark unter Druck gesetzt, möglichst bald an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Wie stark ist dieser Druck von außen bei Ihnen? | | |
| sehr stark | 11 | 14 |
| stark | 20 | 25 |
| mittelmäßig | 15 | 19 |
| kaum vorhanden | 17 | 21 |
| nicht vorhanden | 18 | 22 |
| Durch welche Faktoren fühlen Sie sich dabei besonders unter Druck gesetzt? (offene Frage) | | |
| finanzielle Gründe | 21 | 26 |
| Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes | 8 | 10 |
| beide Faktoren | 23 | 28 |
| keine Angabe | 29 | 36 |

| Wie gut fühlen Sie sich auf die Rückkehr vorbereitet? | | |
|---|----|----|
| sehr gut | 4 | 5 |
| gut | 25 | 31 |
| mittel | 18 | 22 |
| eher schlecht | 15 | 19 |
| sehr schlecht | 19 | 24 |

3.3 Interviewbefragung - 3 Monate nach Entlassung

Die Durchführung der zweiten Befragung war bei 48 Patienten (59%) der insgesamt 81 teilnehmenden Patienten möglich. Unter den telefonisch erreichbaren Personen waren 34 (71%) an ihren alten Arbeitsplatz zurückgekehrt.

Von den 14 Personen (29%) die nicht zurückgekehrten waren, hatten 3 (6%) eine neue Stelle angenommen, 5 Personen (10%) waren weiterhin bzw. erneut im Krankenstand, bei einer Person (2%) war der Wiedereinstieg abgebrochen worden und 3 (6%) waren auf der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz. Unter den Patienten, die nicht an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind, hatten 3 Patienten (6%) das Arbeitsverhältnis selbstständig beendet während weitere 3 Patienten eine Kündigung erhalten hatten.

In Tabelle 5 werden die wichtigsten Daten aus der zweiten Interviewbefragung dargestellt. Die Anzahl der fehlenden Werte ergibt sich daraus, dass bei Patienten, die nicht wieder an den Arbeitsplatz zurückgekehrt waren, nicht alle Fragen beantwortet werden konnten.

Bei der Hälfte der Patienten war die Rückkehr an den Arbeitsplatz über eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgt. Der Ablauf der stufenweisen Wiedereingliederung variierte erheblich in Bezug auf den zeitlichen Rahmen sowie der Steigerung der Stundenanzahl.

In unserer Erhebung lag die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung zwischen 4 und 12 Wochen, am häufigsten dauerte sie 6 Wochen (26%). Bei jeweils 3 Patienten (16%) verlief die stufenweise Wiedereingliederung über 4, 8 bzw. 12 Wochen und bei 2 Patienten (11%) über 5 Wochen.

Die Informationsvermittlung über Möglichkeit und Ablauf einer stufenweisen Wiedereingliederung erfolgte bei den meisten Patienten (53%) über die Sozialarbeiter. Nur

16% hatten mit ihren behandelnden Ärzten über die stufenweise Wiedereingliederung gesprochen. 3 Personen hatten über eine rehabilitative Einrichtung davon erfahren.

Ein Patient berichtete, dass eine stufenweise Wiedereingliederung vom Arbeitgeber abgelehnt wurde. Bei einer weiteren Patientin wurde die stufenweise Wiedereingliederung von der Krankenkasse abgelehnt (aufgrund des weiten Arbeitsweges wollte die Patientin statt täglich 3 Stunden nur 3 Tage in der Woche jeweils 5 Stunden arbeiten).

Seit der Rückkehr an den Arbeitsplatz war es bei 25 Patienten zu keinen Arbeitsunfähigkeitstagen gekommen. 2 Patienten waren seit dem Wiedereinstieg insgesamt 2 Tage krankgeschrieben. Zwei weitere Patienten waren seither 3 Tage im Krankenstand. Jeweils ein Patient berichtete über 5, 10 bzw. 15 Arbeitsunfähigkeitstage seit der Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Ein Viertel der befragten Patienten war im Besitz eines Schwerbehindertenausweises aufgrund einer psychischen Erkrankung oder hatte einen beantragt.

Nur wenige Patienten (27%) erhielten eine Einladung zu einem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Unter den Patienten, die eine Einladung erhalten hatten, nahmen 39% das Angebot an.

Während des stationären Klinikaufenthaltes hatte mehr als die Hälfte der Patienten (66%) Kontakt zu dem Vorgesetzten gehalten. Nur 33%, hatten Kontakt zu Kollegen gehabt. Inhalt der Gespräche mit dem Arbeitgeber waren unter anderem: der voraussichtliche Zeitpunkt der Entlassung und der Rückkehr an den Arbeitsplatz (14 Patienten), mögliche Arbeitsplatzanpassungen (4 Patienten) und Ursachen der Erkrankung (3 Patienten).

Die Patienten sollten Angaben dazu machen welchen Grund sie ihrem Vorgesetzten und ihren Kollegen für die Fehlzeit nannten. Dabei zeigt sich, dass ein Großteil der Patienten, nämlich 67%, den Arbeitgeber über die Diagnose informiert hatte. Mit den Arbeitskollegen sprachen nur 48% offen über die Diagnose, 42% nannte gegenüber den Kollegen keinen genauen Grund für die Fehlzeit. Auf die Frage, inwieweit sich das Verhältnis zu den Kollegen seit der Wiedereingliederung verändert hatte, berichteten 11% ein besseres Verhältnis zu den Kollegen zu haben bei weiteren 11% hatte sich das Verhältnis verschlechtert und 78% berichteten von einem gleichbleibenden Verhältnis.

Ein Rückkehrgespräch mit dem Vorgesetzten hatte nur bei 38% der Patienten stattgefunden. Am häufigsten (56%) hatte das Gespräch am ersten Arbeitstag nach dem Wiedereinstieg in den Beruf stattgefunden. Die Unterstützung beim Wiedereinstieg in den

Beruf durch den Betrieb/Arbeitgeber beurteilten 66% der befragten Patienten als sehr gut bis gut.

Die Vorbereitung durch die Klinik beurteilten 50% als gut bis sehr gut. Während des stationären Aufenthaltes sprachen die Patienten am häufigsten (65%) mit ihren behandelnden Ärzten über das Thema Arbeit. Die zweithäufigsten Ansprechpartner (48%) waren Sozialarbeiter. Mit einem Psychotherapeuten hatten 27% über ihre Arbeit gesprochen.

Die Patienten wurden nach den konkreten arbeitsbezogenen Themen gefragt die mit Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen in der Klinik besprochen wurden (offene Frage). 22 Patienten (45%) gaben an über die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung und die rechtlichen Aspekte gesprochen zu haben, 6 Patienten (12,5%) hatten über arbeitsplatzbezogene Belastungen gesprochen und darüber, wie sie bei Verschlechterung der Symptome am Arbeitsplatz reagieren sollen. 2 Patienten (4,2%) haben Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber erhalten und 2 Patienten (4,2%) wurden beraten eine neue Stelle anzunehmen.

In der Interviewbefragung nach der Entlassung wurden die Patienten auch nach der ambulanten Weiterbehandlung gefragt. Es zeigte sich, dass 65% der Patienten nach der Entlassung von einem Psychiater weiterbetreut wurden und 33% der Befragten in psychotherapeutischer Behandlung war. Durch den Hausarzt wurden 35% der Patienten weiterbetreut. Bei 21% wurde die ambulante Versorgung durch Klinikambulanzen geleistet und bei 4% durch sozialpsychiatrische Dienste (Mehrfachnennungen waren möglich).

Seit der Rückkehr an den Arbeitsplatz berichteten 16% über Konflikte im beruflichen Umfeld. Bei 67% dieser Befragten hatte es Konflikte mit Arbeitskollegen gegeben bei 17% hatte es Konflikte mit dem Arbeitgeber und bei weiteren 17% ist es sowohl mit Kollegen als auch mit dem Arbeitgeber zu Konflikten gekommen.

Auf die Frage, welche zusätzlichen Unterstützungsmaßnahmen sich die Patienten gewünscht hätten, kritisierten viele Patienten den schwierigen Übergang von der stationären Behandlung zurück in das Berufsleben. Gerade in der Anfangsphase des Wiedereinstiegs habe ein Ansprechpartner gefehlt. Von einigen Patienten wurde kritisiert,

dass kein Rückkehrgespräch mit dem Arbeitgeber stattgefunden hatte. 5 Patienten hätten sich gewünscht, dass die Klinik mit dem Arbeitgeber in Kontakt getreten wäre.

Tabelle 5: Befragung der Patienten nach der Entlassung aus der Klinik

| | n= 48 | % |
|--|-------|----|
| Sind Sie wieder an Ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt? | | |
| ja | 34 | 71 |
| nein | 14 | 29 |
| fehlende Werte | 0 | 0 |
| Sind Sie regulär an den Arbeitsplatz zurückgekehrt oder im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung? | | |
| stufenweise Wiedereingliederung | 19 | 40 |
| reguläre Rückkehr | 19 | 40 |
| fehlende Werte | 10 | 21 |
| Wurde Ihnen ein Betriebliches Eingliederungsmanagement angeboten? | | |
| ja | 13 | 27 |
| nein | 34 | 71 |
| fehlende Werte | 1 | 2 |
| Hat ein offizielles Rückkehrgespräch mit Ihrem Vorgesetzten stattgefunden? | | |
| ja | 18 | 38 |
| nein | 20 | 42 |
| fehlende Werte | 10 | 21 |
| Wie gut hat Sie die Klinik beim Wiedereinstieg unterstützt? | | |
| sehr gut | 11 | 23 |
| gut | 10 | 21 |
| mittel | 15 | 31 |
| eher schlecht | 3 | 6 |
| sehr schlecht | 3 | 6 |
| fehlende Werte | 6 | 13 |
| Wie gut hat Sie Ihr Betrieb/Ihr Unternehmen beim Wiedereinstieg unterstützt? | | |
| sehr gut | 12 | 25 |
| gut | 15 | 31 |
| mittel | 9 | 19 |
| eher schlecht | 4 | 8 |
| sehr schlecht | 1 | 2 |
| fehlende Werte | 7 | 15 |
| Am Wiedereinstieg beteiligte Personen im Betrieb (neben dem Arbeitgeber) | | |
| Personalrat | 8 | 17 |
| Betriebsarzt | 6 | 13 |
| Schwerbehindertenvertretung | 3 | 6 |
| Sozialpädagoge | 1 | 2 |
| fehlende Werte | 30 | 63 |

| Wurden langfristige Arbeitsplatzanpassungen vorgenommen? Wie etwa in Bezug auf... | | |
|--|----|----|
| Arbeitszeit | 6 | 13 |
| Inhalte | 5 | 10 |
| Versetzung in anderen Bereich | 5 | 10 |
| keine | 18 | 38 |
| fehlende Werte | 14 | 29 |
| Was haben Sie Ihrem Vorgesetzten als Grund für Ihre Fehlzeit genannt? | | |
| richtige Diagnose | 32 | 67 |
| „psychisches Problem“ | 5 | 10 |
| körperliche Erkrankung | 2 | 4 |
| nichts genannt („war krank“) | 5 | 10 |
| fehlende Werte | 4 | 9 |
| Was haben Sie Ihren Kollegen als Grund für Ihre Fehlzeit genannt? | | |
| richtige Diagnose | 21 | 44 |
| „psychisches Problem“ | 2 | 4 |
| körperliche Erkrankung | 2 | 4 |
| nichts genannt („war krank“) | 16 | 33 |
| fehlende Werte | 7 | 15 |

4. Diskussion

In der vorliegenden Erhebung konnte gezeigt werden, dass unter den stationären Patienten in psychiatrischen Kliniken ein sehr geringer Anteil (21%) auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt ist. Nach einem Klinikaufenthalt gelingt nur zwei Drittel der Patienten mit festem Arbeitsplatz der Wiedereinstieg innerhalb von 3 Monaten nach der Entlassung.

Viele Patienten sehen die Arbeit als Ursache bzw. als Mitverursacher für die Entstehung der Krankheitsepisode. Häufig genannte arbeitsplatzbezogene Belastungsfaktoren waren zum einen zwischenmenschliche Konflikte und zum anderen Überforderung mit der Arbeitsmenge.

Aus Patientenperspektive wird der benötigte Unterstützungsbedarf bei der Vorbereitung auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht in erforderlichem Umfang gedeckt. Auch im Hinblick auf die Umsetzung strukturierter Maßnahmen (z.B. stufenweise Wiedereingliederung etc.) bestehen Verbesserungsmöglichkeiten.

4.1 Niedrige Beschäftigungszahlen

Aus der Literatur ist bekannt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen verglichen mit der Allgemeinbevölkerung wesentlich niedrigere Beschäftigungszahlen aufweisen. Das Risiko für eine Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt, Arbeitslosigkeit und Frühverrentung ist vergleichsweise hoch (Perkins and Rinaldi 2002; Marwaha et al. 2007).

Das deckt sich mit den Ergebnissen aus unserer Querschnittserhebung in der weniger als ein Viertel der Patienten in stationär-psychiatrischen Kliniken einen laufenden Arbeitsvertrag auf dem ersten Arbeitsmarkt hatte.

Die Anzahl der berufstätigen Patienten variierte stark in Bezug auf die Hauptdiagnosen. Unter den Patienten mit Schizophrenie war der Anteil mit 9% besonders niedrig. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit einer Studie von Marwaha et al. die zeigte, dass in Deutschland nur 11,8% der Menschen mit Schizophrenie von ihrer Erwerbstätigkeit leben können (Marwaha et al. 2007). Es ist anzunehmen, dass die besonders niedrigen Beschäftigungszahlen bei Menschen mit Schizophrenie auf krankheitsspezifische

Leistungseinschränkungen (u. a. kognitive Beeinträchtigungen) zurückzuführen sind, die im Berufsleben besonders stark zu tragen kommen (Christensen 2007).

Auch zwischen den teilgenommenen Kliniken zeigten sich Abweichungen in Bezug auf die Erwerbsquote. Die Anzahl der Patienten mit einem Arbeitsvertrag am ersten Arbeitsmarkt war in den Kliniken in Pfaffenhofen und Landsberg am Lech vergleichsweise höher als in den Universitätskliniken in München und Augsburg.

Die in Universitätskliniken bestehenden erweiterten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und der Zugang zu neuesten Forschungsergebnissen hat möglicherweise eine höhere Anzahl besonders schwerer und komplexer Fälle zur Folge (Zapp and Schmidt-Rettig 2014).

Da für einen validen Vergleich zwischen den einzelnen Kliniken zusätzliche Faktoren berücksichtigt werden müssten, ist die Aussagekraft dieser Beobachtung jedoch stark limitiert.

4.2 Wiedereinstieg in den Beruf nach der stationären Behandlung

In Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz erscheint zunächst die Anzahl der an den Arbeitsplatz zurückgekehrten Patienten mit 71% relativ hoch zu sein. Berücksichtigt man jedoch den insgesamt geringen Anteil an Berufstätigen unter den stationär psychiatrisch behandelten Patienten, ist ein (zumindest vorübergehendes) Ausscheiden aus dem Arbeitsleben von fast 30% alarmierend.

Nur knapp die Hälfte der für die Studie in Frage kommenden berufstätigen Patienten war zu einer Teilnahme an der Befragung bereit. Als Grund für die Nichtteilnahme wurde lediglich „keine Einwilligung zur Teilnahme“ dokumentiert. Möglicherweise wurden gerade Patienten, bei denen ein Wiedereinstieg in den Beruf weniger wahrscheinlich war, nicht miterfasst. Da auch viele Patienten nicht zur follow-up Untersuchung (telefonische Interviewbefragung 3 Monate nach der Entlassung) erreichbar waren, wurden die Ergebnisse unter Umständen in eine positive Richtung verzerrt.

Einer beträchtlichen Anzahl an berufstätigen Patienten gelingt es nicht, nach einer stationär-psychiatrischen Behandlung wieder auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Dies ist

vor dem Hintergrund der dramatischen Folgen von Arbeitslosigkeit und eines damit verbundenen sozialen Abstiegs bzw. der eingeschränkten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben insgesamt besorgniserregend (Provencher et al. 2002) (Parkes 1988).

4.3 Arbeit als Auslöser, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz

Aus Patientensicht wird die Arbeit vielfach als Auslöser bzw. Mitauslöser für ihre aktuelle Krankheitsepisode gesehen. Aus den Einschätzungen ragen vor allem negative Bewertungen der Arbeitszeit und Arbeitsorganisation sowie Überforderung mit der Arbeitsmenge.

Diese Beobachtung deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Untersuchungen, wonach bestimmte Arbeitsbedingungen wie hohe Anforderungen und Überstunden als Risikofaktoren für die Entstehung von Depression identifiziert werden konnten (Stuke and BERPohl 2015).

Das komplexe Zusammenspiel von psychischen Erkrankungen und Arbeit ergibt sich zum Teil aus Überschneidungen von steigenden Anforderungen auf psycho-mentaler, kommunikativer und emotionaler Ebene, mit krankheitstypischen Einschränkungsmustern psychischer Störungen (Schlipfenbacher and Jacobi 2014). Hilfreich zur Verhinderung einer ungünstigen Interaktion zwischen einer psychischen Erkrankung und Arbeit wären an dieser Stelle Interventionen im Sinne einer Sekundär- bzw. Tertiärprävention (Berger et al. 2013). Dabei ist wichtig, dass Patienten Frühwarnzeichen erkennen, um schnellstmöglich darauf reagieren zu können. Arbeitgeber und Vorgesetzte sollten wiederum frühzeitig Änderungen der Arbeitsleistung erkennen und ansprechen. Ersteres ist bereits Bestandteil psychoedukativer Programme und eines strukturierten Entlassmanagements, könnte allerdings für noch mehr Patienten implementiert werden (Steffen et al. 2009). Auch spezifische Programme für Führungskräfte und Personaler zielen bereits auf die Früherkennung von psychischen Erkrankungen ab, sind aber nach wie vor nicht in der Breite implementiert (Hamann et al. 2016).

Die Verbesserung der klinischen Symptomatik eines Patienten ist nicht unbedingt mit einer kompletten Wiederherstellung der ursprünglichen Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz gleichzusetzen (Adler et al. 2006). Während der stationären Behandlung sollte daher die aktuelle Leistungsfähigkeit im Rahmen der Arbeitstherapie bzw. Ergotherapie und ggf.

mithilfe einer neuropsychologischen Diagnostik möglichst valide eingeschätzt werden (Plohmann 2008). Im Falle von Leistungseinschränkungen müssen diese entweder therapeutisch angegangen werden oder den Patienten angeboten werden, unter Hinzuziehung des Arbeitgebers z.B. zeitlich begrenzte Arbeitsanpassungen vorzunehmen.

4.4 Ängste vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz

Aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen geht hervor, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz für viele Patienten angstbesetzt ist. Die Ängste liegen zum einen an den schlechten Erfahrungen vor dem Krankenhausaufenthalt, zum anderen an der Unsicherheit, wie man von Kollegen und Vorgesetzten empfangen wird bzw. ob die geforderten Leistungen wieder erbracht werden können.

Dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz mit Ängsten und Unsicherheit verbunden sein kann ist auch aus anderen Forschungsarbeiten bekannt (Linden and Muschalla 2007; Baer 2015). Unter anderem zeigen Ergebnisse einer Arbeitskräfteerhebung in Großbritannien, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig eine Verschlechterung der klinischen Symptomatik bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz befürchten. Das betrifft besonders Patienten, die den Arbeitsplatz als Ursache oder als Mitverursacher der Krankheitsepisode ansehen (Jones et al. 2005).

Im Allgemeinen ist der Arbeitsplatz ein Ort, an dem Menschen mit vielen potenziell angstausslösenden Bedingungen und Situationen konfrontiert sind. Zu den arbeitsspezifischen Angstausslösern zählen unter anderem: Leistungsanforderungen (Angst vor Leistungsversagen), hierarchische Strukturen (z.B. Angst vor Vorgesetzten), rivalisierende Verhaltensweisen in der Belegschaft (z.B. soziale Konflikte) bis hin zur existenziellen Bedrohung im Sinne eines Arbeitsplatzverlustes (Linden and Muschalla 2007).

Angstreaktionen mit Bezug zum Arbeitsplatz entstehen nicht nur durch bestimmte Arbeitsplatzfaktoren, sondern können auch in Folge primärer psychischer Erkrankungen auftreten, welche sich u.a. auch in Bezug auf den Arbeitsplatz manifestieren. In manchen Fällen kann es auch zu unmittelbaren Wechselwirkungen kommen. Beispielsweise können

sich Insuffizienzgefühle im Rahmen einer Depression in Form von Versagensängsten am Arbeitsplatz manifestieren (Linden and Muschalla 2007).

Im Hinblick auf Ängste vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz kann das psychiatrische Hilfesystem z.B. im Rahmen der stationären Versorgung eine wichtige Rolle in der Vorbereitung der Patienten spielen. Angstbesetzte Themen aus dem Kontext Arbeit sollten bereits frühzeitig thematisiert und therapeutisch angegangen werden. Dazu geeignet wären sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien zur Besserung von Selbstwirksamkeit, Angstabbau und Belastungsbewältigung (B. Muschalla et al., 2009).

4.5 Konflikte am Arbeitsplatz

Auffallend viele Patienten berichteten über zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz die zum Teil auch Sorgen im Hinblick auf den Wiedereinstieg bereiteten.

Die Bedeutung von sozialen Beziehungen im Arbeitskontext sind wissenschaftlich gut belegt (Holz et al. 2004) (Nixon et al. 2011) (Schwarzer et al. 2010) (Cornelius et al. 2011) . Eine Studie von Hagemeister et al. zeigte, dass soziale Konflikte am Arbeitsplatz zu einer Reduktion der Arbeitszufriedenheit führen und das allgemeine Wohlbefinden reduzieren (Hagemeister and Volmer 2018).

Im Gegensatz dazu kann soziale Unterstützung (z.B. durch Arbeitgeber und Kollegen) zu einer Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten beitragen und einen schnelleren Wiedereinstieg in den Beruf begünstigen (Cornelius et al. 2011).

Die Bedeutung von sozialen Beziehungen in Hinblick auf psychische Belastung am Arbeitsplatz schlägt sich auch in den Empfehlungen der GDA (Gemeinsame deutsche Arbeitsstrategie) zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz nieder. In der aktuellen Ausgabe von 2022 sind unter anderem folgende Merkmale definiert, die mit einer Gefährdung der psychischen Gesundheit assoziiert sind: mangelnde soziale Unterstützung (z. B. fehlende Hilfeleistung, kein Zuspruch) häufige Streitigkeiten/Konflikte, verbale Aggressionen und Gewalt, destruktives Verhalten (u.a. Herabwürdigung, Bloßstellen, soziale Ausgrenzung, Diskriminierung) und Zulassen von destruktivem Verhalten (GDA 2022).

Das Führungsverhalten kann die Qualität sozialer Beziehungen am Arbeitsplatz maßgeblich beeinflussen. Ein Führungsverhalten das von Aufgaben- und Rollenklarheit sowie Mitarbeiterorientierung geprägt ist kann gesundheitsförderliche Auswirkungen haben (Montano et al. 2016).

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass soziale Konflikte insgesamt ein häufiges Phänomen sind und nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch in anderen wichtigen Lebensbereichen auftreten. Hinzu kommt, dass zwischenmenschliche Konflikte bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ggf. auch Ausdruck oder Folge krankheitsbedingter Einschränkungsmuster in der sozialen Interaktion sein können. In der vorliegenden Untersuchung kann nicht geklärt werden inwieweit die von den Studienteilnehmern berichteten Konflikte am Arbeitsplatz mit der psychischen Erkrankung in Zusammenhang stehen. Angesichts der großen Relevanz des Themas erscheint es jedoch sinnvoll Konflikte am Arbeitsplatz bei der Vorbereitung auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz (z.B. im stationären Setting im Rahmen von psychoedukativen Gruppentherapien) stärker zu berücksichtigen.

4.6 Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten

Aus der Literatur ist bekannt, dass die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Erkrankungen verglichen mit anderen Erkrankungen deutlich länger ist. Psychische Störungen sind damit auch zu einem großen Teil Ursache von Langzeiterkrankungen (Krankenstand länger als 6 Wochen) (Badura et al. 2015).

Entsprechend lange Arbeitsunfähigkeitszeiten zeigen sich auch in unseren Untersuchungsergebnissen. Die Angaben der ersten Interviewbefragungen ergaben, dass befragte Patienten im Durchschnitt bereits länger als 2 Monate krankgeschrieben waren.

Da lang andauernde Arbeitsunfähigkeit mit einem erhöhten Risiko für Arbeitsplatzverluste und Frühberentungen einhergeht, ist die Planung von Zeitpunkt und Ablauf des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben von besonderer Bedeutung (Linden and Weidner 2005).

Besonders lange Arbeitsfähigkeitszeiten führen auch dazu, dass Patienten die Zuversicht verlieren den erforderlichen Leistungsanforderungen am Arbeitsplatz nach wie vor

gewachsen zu sein. Infolge kann es zu Resignation bis hin zu Angst vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz und Vermeidungsverhalten kommen. Erfolgt der Wiedereinstieg in den Beruf zu früh besteht wiederum die Gefahr einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes mit Folge einer erneuten Krankschreibung (Linden and Muschalla 2007).

4.7 Auswirkungen von Arbeitszeiten, Überstunden und Schichtarbeit

Aus den Angaben der Patienten ist zu entnehmen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Befragten (24%) im Schichtdienst arbeitet. Die Patienten gaben an im Durchschnitt 4 Stunden über die vertragliche Wochenarbeitszeit hinaus zu arbeiten.

Die Auswirkungen von langen und versetzten Arbeitszeiten auf die psychische und körperliche Gesundheit sind vielgestaltig und stehen immer häufiger im Mittelpunkt der arbeitswissenschaftlichen Forschung und werden auch in der Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen in Bezug auf psychische Belastungen berücksichtigt.

In Arbeitszeitstudien ist zu beobachten, dass die Arbeitszeiten zunehmend von typischen Arbeitszeitregelungen (5 Tage, 8 Stunden am Tag) abweichen (Groß 2010).

In Bezug auf Nacht- und Schichtarbeit sind sowohl körperliche als auch psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen wissenschaftlich belegt (Costa 2003) (Angerer and Petru 2010).

Lange Arbeitszeiten verringern die Erholungsmöglichkeiten und führen zu einer erhöhten Ermüdung und Erschöpfung, was langfristig zu Beeinträchtigungen der Gesundheit und der Funktionsfähigkeit führen kann (BAuA 2020). Im Sinne des Arbeitsschutzes ist darauf zu achten, dass ausreichend störungsfreie Pausen-, Ruhe- und Erholungszeiten sichergestellt sind und dass diese für die Beschäftigten vorhersehbar und planbar sind, um auch die Bedürfnisse der Beschäftigten in Bezug auf Vereinbarkeit mit Arbeit und Familie zu berücksichtigen (GDA 2022).

In Verbindung mit den Veränderungen der Arbeitswelt sind Arbeitsplatzflexibilisierungen zunehmend in den Fokus präventiver Zielsetzungen geraten. Um einen protektiven Effekt für den Arbeitnehmer zu haben erfordern entsprechende Maßnahmen einen Gestaltungsspielraum und eine Vorhersehbarkeit der Arbeitszeit (Janßen and Nachreiner

2004). Bei vorwiegend unternehmensbestimmten Arbeitsflexibilisierungsmaßnahmen ohne Einflussmöglichkeit der Mitarbeiter ist eher von einer negativen Bewertung der Arbeitssituation und einem Beeinträchtigungserleben auszugehen (Janßen and Nachreiner 2004).

4.8 Umsetzung strukturierter Unterstützungsmaßnahmen

Den Erhebungsdaten ist zu entnehmen, dass strukturierte Ansätze des Wiedereinstiegs in die Arbeit (z.B. Betriebliches Eingliederungsmanagement, offizielle „Rückkehrgespräche“) nach wie vor nicht regelhaft umgesetzt werden.

Nur wenige Studienteilnehmer hatten eine Einladung zu einem Betrieblichen Eingliederungsmanagement erhalten. Ursächlich dafür sind wahrscheinlich beide Seiten: Arbeitgeber, indem Instrumente wie BEM nicht regelhaft angeboten werden, Patienten, indem sie derartige Angebote häufig nicht anstoßen oder sogar ablehnen (Freigang-Bauer and Gröben 2011). Das seltene Angebot vom BEM ist womöglich auch dem Umstand geschuldet, dass die Wiedereingliederung von psychisch erkrankten Arbeitnehmern von den Unternehmern als besonders schwierig empfunden wird und häufig ein Verbesserungsbedarf beim betrieblichen Eingliederungsmanagement betreffender Mitarbeiter gesehen wird (Fulton et al. 2016). Die gesetzliche Regelung gibt lediglich Ziele- und Rahmenbedingungen eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements vor. Die inhaltliche Gestaltung und Organisation obliegen dabei dem Arbeitgeber. Das hat den Vorteil, dass das Verfahren auf die unterschiedlichen betrieblichen Gegebenheiten angepasst werden kann. Jedoch ist es möglich, dass daraus Schwierigkeiten bei der Planung und Gestaltung von BEM-Gesprächen für die betrieblichen Verantwortlichen resultieren. Um die Akzeptanz der Mitarbeiter für das betriebliche Eingliederungsmanagement zu erhöhen, sollten diese bereits im Vorfeld über die Ziele und den Ablauf eines entsprechenden Angebotes informiert werden (Freigang-Bauer and Gröben 2011).

Unsere Befragungen zeigten, dass nur wenige Patienten ein Rückkehrgespräch mit dem Vorgesetzten hatten. Die Wirksamkeit von Rückkehrgesprächen wird in der Literatur kontrovers diskutiert. In erster Linie zielen Rückkehrgespräche darauf ab die Ursachen für

die Fehlzeit zu ermitteln und gemeinsamer Lösungen zu erarbeiten. Gleichzeitig dienen sie der Bekundung von Interesse und Wertschätzung und können die Kommunikation zwischen Arbeitgeber und Mitarbeiter stärken. Gegenteilige Effekte sind zu erwarten wenn Rückkehrgespräche dazu genutzt werden Mitarbeiter unter Druck zu setzen (Ulich and Wülser 2018).

Aufgrund der Wechselwirkungen zwischen bestimmten Arbeitsbedingungen und psychischen Erkrankung wären häufig Arbeitsanpassungen notwendig. Entsprechend kann ein Rückkehrgespräch zu Beginn der Wiederaufnahme des Berufes eine Plattform bieten (abseits des betrieblichen Eingliederungsmanagements), wo Anpassungen der Arbeit (z.B. in Bezug auf Arbeitsorganisation oder Arbeitsinhalte) an die Belastbarkeit des Mitarbeiters diskutiert werden können.

Da häufig weder ein Rückkehrgespräch noch ein betriebliches Eingliederungsmanagement stattfindet wird gleichzeitig die Möglichkeit von Arbeitsplatzanpassungen verpasst.

4.9 Probleme der Anschlussversorgung nach einer stationären Behandlung

In der 2. Interviewbefragung 3 Monate nach der Entlassung aus der Klinik kritisierten viele Patienten den schwierigen Übergang zu einer ambulanten Behandlung im Anschluss an den stationären Aufenthalt. Zum Zeitpunkt der 2. Interviewbefragung waren einige Patienten weder in eine psychiatrische- noch eine psychotherapeutische ambulante Behandlung eingebunden. Insbesondere in der Zeit der Wiedereingliederung in den Beruf habe aus Sicht der Patienten häufig die notwendige fachliche Beratung und Begleitung gefehlt.

Die deutsche Bundespsychotherapeutenkammer weist seit Jahren auf die Problematik von unzumutbar langen Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung hin. Eine 2018 veröffentlichte Studie der Bundespsychotherapeutenkammer ergab, dass die Wartezeit auf einen Therapieplatz für Richtlinienpsychotherapie im Durchschnitt beinahe 20 Wochen betrug (BPTk 2018). Trotz der insgesamt steigenden Anzahl niedergelassener Psychiater und

Psychotherapeuten sind die Wartezeiten auf eine ambulante Behandlung nicht gesunken (Brieger 2019).

Lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz führen dazu, dass eine unmittelbare psychiatrisch und psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt häufig nicht gewährleistet werden kann (Kuhn et al. 2019). Das kann zur Folge haben, dass ein Teil der Patienten eine Therapie gar nicht erst beginnt (Issakidis and Andrews 2004). Gleichzeitig steigt das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, verlängern oder chronifizieren. Das kann besonders für berufstätige Patienten, die sich im Wiedereingliederungsprozess befinden schwerwiegende berufliche Konsequenzen nach sich ziehen (Berger et al. 2013).

4.10 Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return-to-Work)

Angesichts des erhöhten Risikos während bzw. im Anschluss an eine psychiatrische Behandlung den Arbeitsplatz zu verlieren wird deutlich, dass das Thema Berufstätigkeit als integraler Bestandteil des stationären Behandlungs- und Rehabilitationskonzeptes etabliert werden muss (Winter et al. 2015). Im stationären Routinebetrieb vieler psychiatrischer Kliniken kommt die Vorbereitung berufstätiger Patienten auf den Wiedereinstieg an den Arbeitsplatz bisher jedoch zu kurz (Jäckel et al. 2020).

Ein dahingehender Verbesserungsbedarf zeichnet sich auch aus den Beobachtungen der vorliegenden Studie ab. In der Interviewbefragung kurz vor der Entlassung fühlte sich die Hälfte der Patienten durch die Klinik eher schlecht auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz vorbereitet. Arbeitsplatzbezogene Themen, die in der Klinik mit Ärzten, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern besprochen wurden konzentrierten sich vielfach auf rechtliche Grundlagen und z.B. die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung. In nur wenigen Fällen gaben die Patienten an über Belastungen am Arbeitsplatz gesprochen zu haben oder darüber, wie sie bei einer Verschlechterung der Symptomatik reagieren sollten.

International ist das Thema Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return-to-Work) bereits seit vielen Jahren deutlich besser erforscht als in Deutschland. In zahlreichen Meta-Analysen konnte etablierten Return-to-Work Programmen eine Effektivität nachgewiesen werden

(Mikkelsen and Rosholm 2018). Aufgrund der länderspezifischen Rahmenbedingungen (u.a. bezogen auf das Arbeits- und Sozialrecht) ist die Vergleichbarkeit bzw. Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem nicht unmittelbar möglich.

Mit Return-to-Work (RTW) sind alle Strukturen, Maßnahmen und Aktivitäten gemeint, die Personen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz infolge einer verringerten Arbeitsfähigkeit (z.B. aufgrund einer psychischen Erkrankung) unterstützen. Dafür ist es notwendig, dass betriebliche und überbetriebliche Maßnahmen zur Unterstützung bei der Rückkehr ineinandergreifen und aufeinander abgestimmt werden.

Die erforschten Return-to-Work-Programme können grundsätzlich in patientenbezogene Interventionen, arbeitsplatzbezogene Interventionen sowie Interventionen, die sich auf die Versorgungsstruktur beziehen, unterschieden werden. Wobei die Maßnahmen häufig miteinander kombiniert werden.

Beispiele für patientenbezogene Interventionen sind psychoedukative Ansätze, (arbeitsplatzfokussierte) kognitive Verhaltenstherapie oder Gruppentherapien (Blank et al. 2021). Beispielsweise wurden in einer Studie von Nieuwenhuijsen et al. therapeutische Ansätze hinsichtlich des Wiedereinstiegs an den Arbeitsplatz bei Menschen mit Depression untersucht (Nieuwenhuijsen et al. 2014). Die dabei eingeschlossenen Interventionsansätze umfassten arbeitsfokussierte Strategien, welche im Vergleich zur üblichen Behandlung positive Effekte auf die Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen aufweisen konnten.

Auch ein Gruppentherapieprogramm zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz in einer psychosomatischen Klinik zeigte günstige Effekte auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Die entsprechende Therapiegruppe enthielt unter anderem Module zum beruflichen Wohlbefinden und Motivation, Module mit Bezug auf das Sozialverhalten in der Arbeitswelt (Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten), Stressbewältigungsstrategien (z.B. Detektion überhöhter Anspruchshaltungen an die eigene Leistungsfähigkeit) und Module zur Selbsteinschätzung und Arbeitsbewältigung (Koch et al. 2006).

Für die Umsetzung arbeitsplatzbezogener Maßnahmen werden sogenannte RTW-Experten eingesetzt, welche die Patienten während des Rückkehrprozesses begleiten und als Koordinator zwischen den beteiligten Akteuren fungieren (z.B. arbeitsplatzbezogenes Case-Management) (Blank et al. 2021).

Die Etablierung entsprechender Return-to-Work-Interventionen im deutschen Versorgungssystem lässt ähnliche positive Wirkungseffekte erwarten. Wie bereits erwähnt müssten dabei die landesspezifischen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden und ggf. weitere Anpassungen erfolgen oder neue, auf den eigenen Versorgungsbedarf abgestimmte Return-to-Work-Maßnahmen entwickelt werden (Brucks et al. 2021). Insbesondere im Hinblick auf den stationären psychiatrischen Versorgungsbereich fehlen derzeit regelhaft implementierte Konzepte zur Unterstützung beim beruflichen Wiedereinstieg. Frühzeitige Interventionen, die bereits am Beginn der psychischen Krise ansetzen, könnten sowohl der Erkrankungsverlauf als auch die Rückkehr an den Arbeitsplatz positiv beeinflussen (Gühne et al. 2017). In diesem Kontext könnten auch die von den Studienteilnehmern genannten Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (Ängste, Konflikte, Umgang mit hohen Arbeitsbelastungen etc.) zeitnahe in das therapeutische Behandlungskonzept integriert werden.

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass in Tagkliniken mehr Patienten berufstätig sind als auf offenen Stationen und deutlich mehr als in beschützten Stationen. Der Bedarf an speziellen, arbeitsbezogenen Unterstützungsmaßnahmen scheint also in Tagkliniken besonders hoch zu sein. Andererseits werden gerade Patienten mit schweren psychiatrischen Diagnosen (z.B. Schizophrenie) in den erforschten Interventionsprogrammen bereits heute zu wenig berücksichtigt, wenngleich in dieser Patientengruppe das Risiko eines Arbeitsplatzverlustes oder einer Erwerbsminderungsrente besonders hoch ist (Kortmann et al. 2016).

4.11 Konsequenzen für Betriebe

Psychische Erkrankungen müssen frühzeitig erkannt und behandelt werden, um Arbeitsausfälle zu reduzieren und einen weiteren Anstieg von Arbeitsplatzverlusten und Frühberentungen aufzuhalten. Es ist offensichtlich, dass das psychiatrische Versorgungssystem diese Aufgabe nicht allein bewältigen kann.

Die Wechselwirkungen von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz und psychischen Erkrankungen und nicht zuletzt die häufige Manifestation am Arbeitsplatz macht deutlich, dass ein wichtiger Punkt in der Prävention und Frühintervention auf betrieblicher Ebene liegt. Dazu zählen Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes, welche bisher allerdings nur zögerlich umgesetzt werden (Parchmann et al. 2019).

Besonders wichtig sind Schulungen von Führungskräften mit dem Ziel, Frühwarnsymptome (Verhaltensänderung, Leistungsabfall) rechtzeitig erkennen zu können, in der richtigen Weise anzusprechen und Betroffene zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe zu motivieren (Ulich and Wülser 2018). Auch betriebsinterne Gesundheitskampagnen und Gesundheitszirkel zum Thema psychische Gesundheit sind geeignete präventive Maßnahmen.

Darüber hinaus kann die Bereitstellung betrieblicher Ansprechpartner bzw. psychologischer Beratungsstellen in Betrieben dazu beitragen, dass psychische Erkrankungen bereits in einem frühen Stadium erkannt und adäquat behandelt werden können (Rothermund et al. 2016).

4.12 Stärken und Schwächen der Arbeit

Als Stärke unserer Untersuchung ist der Versuch einer Vollerhebung in psychiatrischen Kliniken (Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt ja/nein) und das große untersuchte Versorgungsgebiet zu sehen. Damit ist es wahrscheinlich, dass unsere Ergebnisse nah an der Versorgungsrealität sind. Zudem liegen unserer Erkenntnis nach bisher kaum konkreten Daten dazu vor wie viele Menschen mit einer manifesten psychischen Erkrankung über einen festen Arbeitsvertrag am ersten Arbeitsmarkt verfügen.

Die Studie ist dadurch limitiert, dass viele Patienten, welche die Teilnahmekriterien für die Interviewbefragungen erfüllt haben, nicht in die Befragung eingewilligt haben und ein erheblicher Anteil nicht mehr für die follow-up Untersuchung (telefonische Interviewbefragung 3 Monate nach Entlassung) erreichbar waren. Dadurch kommt es möglicherweise zu einer Verzerrung der Ergebnisse in eine zu positive Richtung. Eine

weitere Schwäche der Studie ist, dass ausschließlich Angaben von Patientenseite erhoben wurden und die Sicht der Arbeitgeber keinen Niederschlag fand.

4.13 Fazit

Unsere Studie zeigt, dass nur wenige stationär-psychiatrisch behandelten Patienten am ersten Arbeitsmarkt beschäftigt sind. In vielen Fällen kehren berufstätige Patienten nach einer stationären Behandlung nicht mehr an ihren Arbeitsplatz zurück.

Die Gründe dafür sind vielseitig, was eine individuelle Unterstützung und Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in den Beruf erforderlich macht und die Notwendigkeit integrativer Versorgungskonzepte für die Behandlung psychischer Erkrankungen verdeutlicht.

Während des psychiatrischen Klinikaufenthaltes sollten arbeitsplatzbezogene Ängste und Belastungen frühzeitig thematisiert werden, um die Patienten während des Wiedereinstiegsprozesses bestmöglich begleiten zu können und weitere Arbeitsplatzverluste aufzuhalten. Psychiatrische Kliniken sollten dazu geeignete Konzepte erarbeiten, die sich auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz fokussieren.

Insbesondere am Übergang von der stationären Behandlung in den beruflichen Wiedereinstieg ist es notwendig, dass betroffene Patienten ausreichend Unterstützung erhalten. Das zwar hochspezialisierte, allerdings in viele Schnittstellen zergliederte Versorgungssystem in Deutschland kann diese Aufgabe bisher nur unzureichend erfüllen (Stengler et al. 2021). Dabei kann ein erfolgreicher Rückkehrprozess erneute Krankschreibungen sowie langfristig Erwerbsunfähigkeit verhindern und ein gelingender Wiedereinstieg in den Berufsalltag den Genesungsprozess positiv beeinflussen.

5. Literaturverzeichnis

- Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Hong C, Leueen L, M, Debra L (2006) Job Performance Deficits Due to Depression. *Am J Psychiatry* 163:1569–1576. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1569>
- Angerer P, Petru R (2010) Schichtarbeit in der modernen Industriegesellschaft und gesundheitliche Folgen. *Somnologie - Schlafforschung Schlafmedizin* 14:88–97. <https://doi.org/10.1007/s11818-010-0462-0>
- ArbSchG § 4 ArbSchG, Allgemeine Grundsätze. Paragraph 4 Arbeitsschutzgesetz. <https://arbschg.net/paragraph-4> (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (2015) Fehlzeiten-Report 2015: Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Springer Berlin Heidelberg
- Baer N (2015) Probleme bei Arbeitsplatzverlust und Wiedereingliederung – Grundlagen und Interventionsmöglichkeiten in der Behandlung. *PSYCH Up2date* 9:369–386. <https://doi.org/10.1055/s-0041-103193>
- BAuA (2020) Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Dortmund
- Beck D, Schuller K, Schulz-Dadaczynski A (2017) Aktive Gefährdungsvermeidung bei psychischer Belastung: Möglichkeiten und Grenzen betrieblichen Handelns. *Prävention und Gesundheitsförderung* 12:302–310. <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0615-0>
- Berger M, Gravert C, Schneller C, Maier W (2013) Prävention und Behandlung psychischer Störungen am Arbeitsplatz: Gestuftes Aufgabenspektrum. *Der Nervenarzt* 84:1291–1298. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3839-z>
- BfArM ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Blank D, Brieger P, Hamann J (2021) Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung – Ein Scoping Review. *Psychiatrische Praxis* 48(03):119–126. <https://doi.org/10.1055/a-1310-2591>
- BPtK (2013) Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Bundespsychotherapeutenkammer. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20140128_BPtK-

Studie_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)

- Brieger P (2019) Psychiatrische Versorgung in Deutschland – ein Überblick. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 62:121–127. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2861-5>
- Brieger P, Hoffmann H (2012) Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit?: „Supported employment“ vs. „pre-vocational training.“ Der Nervenarzt 83:840–846. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3470-9>
- Brucks A, Blank D, Kohl M, Riedl L, Lang A, Brieger P, Hamann J (2021) Entwicklung einer Intervention zur Unterstützung von stationär-psychiatrisch behandelten Patienten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz im Rahmen der RETURN-Studie. Gesundheitswesen a-1690-7136. <https://doi.org/10.1055/a-1690-7136>
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2019) Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess: Arbeitshilfe, Ausgabe 2019. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt am Main
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019) Psychische Gesundheit im Betrieb – Arbeitsmedizinische Empfehlungen. Ausschuss für Arbeitsmedizin
- Buruck G, Tomaschek A, Wendsche J, Ochsmann E, Dörfel D (2019) Psychosocial areas of worklife and chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskeletal Disorders 20:480. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2826-3>
- Busner J, Targum SD (2007) The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. Psychiatry (Edgmont) 4(7):28–37
- Christensen TØ (2007) The influence of neurocognitive dysfunctions on work capacity in schizophrenia patients: a systematic review of the literature. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 11:2, 89–101. <https://doi.org/10.1080/13651500600969061>
- Cornelius LR, van der Klink JJJ, Groothoff JW, Brouwer S (2011) Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. Journal of Occupational Rehabilitation 21:259–274. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9261-5>
- Corrigan PW, Watson AC (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry 1(1):16–20
- Costa G (2003) Shift work and occupational medicine: an overview. Occupational Medicine 53:83–88. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg045>
- DAK-Gesundheit (2020) Gesundheitsreport 2020 - Stress in der modernen Arbeitswelt. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 33). <https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2020-pdf-2366094.pdf> (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)

- DAK-Gesundheit (2013) DAK -Gesundheitsreport 2013, retrieved April 11, 2023, from: <https://www.dak.de/dak/download/vollstaendiger-bundesweiter-gesundheitsreport-2013-2120160.pdf> (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- DRV (2022) Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2022. Deutsche Rentenversicherung DRV-Schriften Band 22. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.html (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Freigang-Bauer I, Gröben F (2011) Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. Gesundheit und Qualität der Arbeit Arbeitspapier 224. Hans Böckler Stiftung Düsseldorf https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-004920 (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Fulton S, Clohesy D, Wise FM, Woolley K, Lannin N (2016) A goal-directed woodwork group for men in community rehabilitation - A pilot project. Australian Occupational Therapy Journal 63:29–36. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12242>
- GDA (2022) Arbeitsschutz in der Praxis. Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung. Empfehlungen zur Umsetzung in der betrieblichen Praxis. GDA-Arbeitsprogramm Psyche. <https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Psychische-Belastung-Gefaehrdungsbeurteilung-4-Auflage.html> (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Giesert M, Wendt-Danigel C (2011) Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement. Gesundheit und Qualität der Arbeit Arbeitspapier 199. Hans Böckler Stiftung Düsseldorf https://www.betriebliche-eingliederung.de/fileadmin/betriebliche_eingliederung/dokumente/links/handlungsleitfaden_BEM-.pdf (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Groß H (2010) Vergleichende Analyse der Arbeits- und Betriebszeitentwicklung im Zeitraum von 1987 bis 2007. Beiträge aus der Forschung Band 176. Sozialforschungsstelle Dortmund. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-322538> (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Gühne U, Stein J, Schwarzbach M, Riedel-Heller S (2017) Der Stellenwert von Arbeit und beruflicher Beschäftigung in der Behandlung psychisch kranker Menschen: Ergebnisse einer qualitativen Studie. PPMp - Psychother · Psychosom · Med Psychol 67(11):457–464. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104855>
- Hagemeister A, Volmer J (2018) Do social conflicts at work affect employees' job satisfaction? The moderating role of emotion regulation. International Journal of Conflict Management 29:213–235. <https://doi.org/10.1108/IJCMA-11-2016-0097>
- Hamann J, Mendel R, Reichhart T, Rummel-Kluge C, Kissling W (2016) A “Mental-Health-at-the-Workplace” Educational Workshop Reduces Managers' Stigma

- Toward Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 204(1):61–63. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000423>
- Hamann J, Parchmann A, Mendel R, Bühner M, Reichhart T, Kissling W (2013) Verständnis des Begriffs Burnout in Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt* 84:838–843. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3804-x>
- Henderson C, Williams P, Little K, Thornicroft G (2013) Mental health problems in the workplace: Changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006-2010. *The British Journal of Psychiatry* 202:s70–s76. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112938>
- Hipes C, Lucas J, Phelan JC, White RC (2016) The stigma of mental illness in the labor market. *Social Science Research* 56:16–25. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.001>
- Issakidis C, Andrews G (2004) Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109:426–433. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00264.x>
- Jäckel D, Siebert S, Baumgardt J, Leopold K, Bechdorf A (2020) Arbeitsbezogene Teilhabebeeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf von Patienten in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung. *Psychiatrische Praxis* 47:235–241. <https://doi.org/10.1055/a-1112-5519>
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85:77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H (1933) *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit.* S. Hirzel, Leipzig
- Janßen D, Nachreiner F (2004) Flexible Arbeitszeiten. Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht 1025 <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/Forschungsberichte/2004/Fb1025.html> (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Jones J, Huxtable C, Hodgson J (2005) Self-reported work-related illness in 2004/2005: results from the Labour Force Survey. *Health and Safety Executive*
- Karasek RA (1979) Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 24:285. <https://doi.org/10.2307/2392498>

- Kissling W, Mendel R, Förstl H (2014) Das Burnout-Syndrom: Prävalenz, Symptome, Differenzialdiagnose und Therapie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139:2587–2596. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387388>
- Koch S, Hedlund S, Rosenthal S, Hillert A (2006) Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie* 16:7–15. <https://doi.org/10.1159/000091332>
- Korczak D, Huber B, Kister C (2010) Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Schriftreihe Health Technology Assessment (HTA). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information Köln. https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta278_bericht_de.pdf (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Kortmann L-M, Müller D, Simic D, Civello D, Stock S (2016) Erwerbsminderung bei Schizophrenie – eine empirische Analyse der Folgekosten. *Psychiatrische Praxis* 44:93–98. <https://doi.org/10.1055/s-0042-104089>
- Krasselt A, Stengler K, Steinberg H (2020) Berufliche Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: gestern und heute eine Herausforderung. *Psychiatrische Praxis* 47:273–280. <https://doi.org/10.1055/a-1123-0562>
- Kroll L, Lampert T (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE Kompakt. Robert-Koch-Institut Berlin https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_1_Arbeitslosigkeit_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Kuhn J, Brieger P, Härter M (2019) Brücken statt Mauern: Kooperation in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 62:119–120. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2876-y>
- Lang A, Rüscher N, Brieger P, Hamann J (2020) Disclosure Management When Returning to Work After a Leave of Absence Due to Mental Illness. *Psychiatric Services* 71:855–857. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900617>
- Lännerström L, Wallman T, Holmström IK (2013) Losing independence – the lived experience of being long-term sick-listed. *BMC Public Health* 13:745. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-745>
- Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, Vasseur Bacle S, Van Audenhove C, Van Weeghel J, Reneses B, Germanavicius A, Economou M, Lanfredi M, Ando S, Sartorius N, Lopez-Ibor J, Thornicroft, G (2013) Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *The Lancet* 381:55–62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61379-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61379-8)

- LASI (2009) Integration psychischer Belastungen in die Beratungs- und Überwachungspraxis der Arbeitsschutzbehörden der Länder. LASI-Veröffentlichung 52. Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik.
- Lerner D, Adler DA, Chang H, Lapitsky L, Hood MY, Perissinotto C, Reed J, McLaughlin TJ, Berndt ER, Roger WH (2004) Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees With Depression. *Psychiatric Services* 55:1371–1378. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.12.1371>
- Linden M, Muschalla B (2007) Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. *Der Nervenarzt* 78:39–44. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2196-6>
- Linden M, Weidner C (2005) Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 76:1421–1431. <https://doi.org/10.1007/s00115-005-1996-4>
- Lohmann-Haislah A (2012) Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
- Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, Azorin J-M, Kilian R, Hansen K, Toumi M (2007) Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry* 191:30–37. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020982>
- Mendel R, Hamann J, Kissling W (2010) Vom Tabu zum Kostenfaktor - warum die Psyche plötzlich ein Thema für Unternehmen ist. *Wirtschaftspsychologie aktuell* 2010 2:23-27
- Mikkelsen MB, Rosholm M (2018) Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occupational and Environmental Medicine* 75:675–686. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105073>
- Montano D, Reeske-Behrens A, Franke F (2016) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Führung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2016. <https://doi.org/10.21934/BAUA:BERICHT20160713/2A>
- Netterstrom B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, Stansfeld S (2008) The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. *Epidemiologic Reviews* 30:118–132. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn004>
- Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees H, Verhoeven AC, Van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U (2014) Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub3>

- OECD (2021) Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies. Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/a0815d0f-en>.
- OECD (2012) Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work. Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>.
- OECD (2015) Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work. Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264228283-en>.
- Oexle N, Müller M, Kawohl W, Xu Z, Viering S, Wyss C, Vetter S, Rüschi N (2018) Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 268:209–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>
- Parchmann A-M, Hamann J, Kissling W (2019) Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung am Arbeitsplatz – (k)ein Thema für Krankenhäuser? *Nervenheilkunde* 38:490–495. <https://doi.org/10.1055/a-0915-7556>
- Parkes KR (1988) *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford Science Publications, Oxford University Press: Oxford. 1987. *Psychological Medicine* 18:511–513. <https://doi.org/10.1017/S0033291700008060>
- Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 74:264–282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Perkins R, Rinaldi M (2002) Unemployment rates among patients with long-term mental health problems: A decade of rising unemployment. *Psychiatric Bulletin* 26:295–298. <https://doi.org/10.1192/pb.26.8.295>
- Plohmann AM (2008) Relevanz neuropsychologischer Gutachten zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Integrität. *Epileptologie* 2008; 25:182-190.
- Provencher HL, Gregg R, Mead S, Mueser KT (2002) The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26:132–144. <https://doi.org/10.2975/26.2002.132.144>
- Rau R, Henkel D (2013) Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen: Review der Datenlage. *Der Nervenarzt* 84:791–798. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3743-6>
- Richter D, Berger K (2013) Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis* 40:176–182. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1333060>
- Riedel-Heller SG, Luppá M, Seidler A, Becker T, Stengler K (2013) Psychische Gesundheit und Arbeit: Konzepte, Evidenz und Implikationen für Forschung und Praxis. *Der Nervenarzt* 84:832–837. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3726-z>

- Rothermund E, Gündel H, Rottler E, Hölzer M, Mayer D, Rieger M, Kilian R (2016) Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. *BMC Public Health* 16:891. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3567-y>
- Rüsch N (2010) Reaktionen auf das Stigma psychischer Erkrankung: Sozialpsychologische Modelle und empirische Befunde. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 58:287–297. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000039>
- Rüsch N, Corrigan PW, Waldmann T, Staiger T, Bahemann A, Oexle N, Wigand M, Becker T (2018) Attitudes Toward Disclosing a Mental Health Problem and Reemployment: A Longitudinal Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 206:383–385. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000810>
- Schlipfenbacher C, Jacobi F (2014) Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz. *Public Health Forum* 22:2–5. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.012>
- Schneider W (2011) Psychosoziale Herausforderungen der Arbeitswelt in der postmodernen Gesellschaft. *Psychotherapeut* 56:8–15. <https://doi.org/10.1007/s00278-010-0792-1>
- Shaw Trust (2010) Mental Health: The last workplace taboo? <https://trajectorypartnership.com/wp-content/uploads/2013/09/Mental-Health-Report.pdf> (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Siegrist J (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1:27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Sockoll I (2008) Psychische Gesundheit im Erwerbsleben. Iga-Fakten 1. Initiative Gesundheit und Arbeit. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Fakten/Dokumente/Publikationen/iga-Fakten_1_Psychische_Gesundheit_Erwerbsleben.pdf (zuletzt aufgerufen am 11.04.2023)
- Steffen S, Kösters M, Becker T, Puschner B (2009) Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 120:1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01373.x>
- Stengler K, Bechdorf A, Becker T, Döring A, Höhl W, Jäckel D, Kilian H, Theiβing A, Torhorst A, Wirtz G, Zeidler R, Riedel-Heller S (2021) Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland: Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. *Der Nervenarzt* 92:955–962. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01038-0>
- Stengler K, Riedel-Heller SG, Becker T (2014) Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt* 85:97–107. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3846-0>

- Stuke H, Bempohl F (2015) Welche Arbeitsbedingungen begünstigen die Entwicklung einer depressiven Störung? *Psychiatrische Praxis* 43:245–252. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552769>
- Sverke M, Hellgren J, Näswall K (2002) No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology* 7:242–264. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.7.3.242>
- Tapfumaneyi A, Johnson S, Joyce J, Major B, Lawrence J, Mann F, Chisholm B, Rahaman N, Wooley J, Fisher HL (2015) Predictors of vocational activity over the first year in inner-city early intervention in psychosis services. *Early Intervention in Psychiatry* 9:447–458. <https://doi.org/10.1111/eip.12125>
- Ulich E, Wülser M (2018) *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektive*. Springer Gabler, Wiesbaden
- van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI (2014) Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine* 71:730–736. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>
- Walter U, Krugmann CS, Plaumann M (2012) Burn-out wirksam prävenieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumbezogener und kombinierter Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55:172–182. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1412-0>
- Winter L, Kraft J, Boss K, Kahl K (2015) Rückkehr ins Erwerbsleben: Ein Arbeitsplatz-bezogenes Modul zur Integration in die kognitiv-behaviorale Therapie bei psychischen Erkrankungen. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 65:321–326. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1545312>
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization, Genf.
- Zapp W, Schmidt-Rettig B (eds) (2014) *Krankenhausmanagement: Organisatorischer Wandel und Leadership*. Kohlhammer, Stuttgart

6. Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Übersichtsdarstellung zeitlicher Ablauf der Studie | 21 |
| Abbildung 2: Inhaltliche Zusammenfassung Screeningfragebogen | 24 |
| Abbildung 3: Inhaltliche Zusammenfassung Interviewbefragung t0 | 25 |
| Abbildung 4: Inhaltliche Zusammenfassung Interviewbefragung t1 | 27 |
| Abbildung 5: Berufstätigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt bei stationär-psychiatrischen Patienten (n=815)..... | 29 |

7. Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-------|
| Tabelle 1: Übersicht der Ergebnisse aus den Screeningdaten | 31 |
| Tabelle 2: Soziodemographische Daten der Studienteilnehmer | 32 |
| Tabelle 3: Angaben zur subjektiven Zufriedenheit in der Arbeit..... | 34 |
| Tabelle 4: Angaben zu den Erwartungen an den Wiedereinstieg in den Beruf..... | 36/37 |
| Tabelle 5: Befragung der Patienten nach der Entlassung aus der Klinik | 40/41 |