



Menschen mit seelischer Behinderung im Arbeitsleben

Menschen mit seelischer Behinderung im Arbeitsleben

Tipps und Informationen für Betroffene
und Arbeitgeber, Interessenvertretungen
und Führungskräfte

Aktualisierte und ergänzte Auflage
Stand: Juni 2015

LWL-Integrationsamt Westfalen Menschen mit seelischer Behinderung im Arbeitsleben

in 2015 aktualisierte Fassung

Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland
LVR-Integrationsamt
50663 Köln

Autoren: Hans Dieter Gimbel, Systemische Beratung, Duisburg;
Kapitel 2.3. Dr. Dieter Schartmann, LVR

Redaktion: Simone Hengels (verantwortlich), Landschaftsverband Rheinland, LVR-Integrationsamt

Bearbeitung des Nachdrucks für die Schriftenreihe des LWL-Integrationsamts Westfalen:

Petra Wallmann und Susanne Wesselbaum-Ukas, LWL-Integrationsamt Westfalen

Aktualisierte und ergänzte Auflage, Stand: Juni 2015

Herstellung: Landwirtschaftsverlag GmbH, Hülsebrockstraße 2–8, 48165 Münster

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

Unser Beitrag zum Schutz der Wälder:

Diese Broschüre des LWL-Integrationsamts Westfalen ist auf FSC-zertifiziertem Papier gedruckt. Das für die Zellstoff- und Papierherstellung verwendete Holz stammt aus kontrollierten und besonders gut bewirtschafteten Wäldern.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Medizinische und lebensgeschichtliche Sichtweisen auf psychische Erkrankungen und Störungen	6
2. Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz	10
2.1 Erkennen	10
2.2 Handeln statt zögern – Unsicherheiten sind normal	11
2.3 Seelische Erkrankung, Behinderung und Schwerbehindertenausweis	13
2.4 Verantwortung und Grenzen der Verantwortung des Arbeitgebers	17
2.5 Verantwortung und Grenzen der Verantwortung des Betroffenen	19
2.6 Leitlinien für den Umgang mit Betroffenen im Betrieb	20
2.7 Informationen und Gesprächsangebote an die Kollegen im Umfeld	23
2.8 Innerbetriebliche Handlungsmöglichkeiten	24
2.9 Hilfen seitens des Integrationsamts und der Reha-Träger	27
3. Handlungsmöglichkeiten	31
3.1 Bei Mitarbeitern auf dem Weg in Krisen	31
3.2 Während einer Krise	34
3.3 Bei Rückkehr nach Krise	36
4. Viel diskutierte Phänomene und Krankheitsbilder	40
4.1 Burnout	40
4.2 Mobbing	42
4.3 Sucht	43
4.4 Wichtige Störungen und Diagnosen	45
4.5 Zahlen und Entwicklungen	48
5. Literatur und Links	52
6. Adressen und Ansprechpartner	54
LWL-Integrationsamt Westfalen	54
Integrationsfachdienste in Westfalen-Lippe	59
Örtliche Träger des Schwerbehindertenrechts in Westfalen-Lippe	61

Auszüge aus dem Vorwort des Integrationsamts des Landschaftsverbandes Rheinland

Liebe Leserin, lieber Leser,

das Thema psychischer Belastungen ist sowohl in der allgemeinen gesellschaftlichen Diskussion wie auch im Arbeitsleben Alltag geworden – und zwar vom Büro bis in den hoch bezahlten Profisport.

Die Daten der gesetzlichen Krankenkassen belegen die steigende Relevanz psychischer Erkrankungen. Seit Jahrzehnten ist die Zahl der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen deutlich angestiegen, in den letzten Jahren haben sie sich fast verdoppelt. Im Jahr 2012 wurden bundesweit 60 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen registriert. Während psychische Erkrankungen vor 20 Jahren noch nahezu bedeutungslos waren, sind sie heute zweithäufigste Diagnosegruppe für Arbeitsunfähigkeit. Dies geht aus dem BKK-Gesundheitsreport 2014 hervor.

Dabei führen Fachleute die Wachstumszahlen auch auf eine sensiblere Wahrnehmung von psychischen Krankheiten zurück, bei Betroffenen wie Fachleuten. Das gesellschaftliche Verständnis für dieses Thema scheint generell gewachsen.

Gerade am Arbeitsplatz gibt es bei diesem Thema dennoch viele Tabus und Unsicherheiten. Und die Auswirkungen psychischer Erkrankungen zeigen sich besonders deutlich am Arbeitsplatz: zum Beispiel im Umgang mit Kunden, Kollegen, mit Stress oder Herausforderung. Dadurch kann ein Arbeitsverhältnis beeinträchtigt und mitunter ernsthaft gefährdet werden. Gleichzeitig liegen im Arbeitsleben mögliche Auslöser für steigende seelische Belastungen, wie zum Beispiel Zeitdruck, schlechtes Führungsverhalten oder Arbeitsplatzunsicherheit.

Dem betrieblichen Umfeld kommt eine wichtige Rolle im Umgang mit psychischen Krankheiten und Krisen zu. Vorgesetzte, Kollegen, Betriebs- und Personalräte sowie die Schwerbehindertenvertretung nehmen Veränderungen vielfach als Erste wahr. Doch auch bei ihnen bestehen Unsicherheiten und Hemmungen, wie sie angemessen reagieren und Betroffene unterstützen können.

Aufgabe von Führungskräften oder Kollegen, von Betriebs- und Personalräten oder Vertrauenspersonen ist es nicht, die Rolle des Therapeuten zu übernehmen. Es gilt aber, Veränderungen im Verhalten am Arbeitsplatz wahrzunehmen, anzusprechen und dann professionelle Hilfe anzuregen.

Dieses Arbeitsheft gibt praxisnahe Tipps und Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen. Es liefert Hinweise zur angemessenen Kommunikation und zu externen Partnern. Denn es gilt, sich kompetente Unterstützung zu holen: Bei Fragen zum Umgang mit psychisch kranken oder behinderten Menschen im Betrieb unterstützt Sie der Integrationsfachdienst. Die entsprechenden Adressen und Kontaktdaten, Literaturhinweise und weitere Informationsquellen runden das Angebot in diesem Heft ab.

Unser Ziel als Integrationsamt ist es, das Thema der psychischen Krankheiten und Behinderungen am Arbeitsplatz weiter zu enttabuisieren und leichter besprechbar zu machen. Wir möchten Sie als betriebliche Akteure in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen, Ihnen Unsicherheiten nehmen und Handlungsorientierung für einen angemessenen, sicheren und frühzeitigen Umgang mit Betroffenen geben. Dabei legen wir den Blick besonders auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure.

Aufgrund der hohen Nachfrage wurde das Arbeitsheft in 2015 überarbeitet und aktualisiert wieder aufgelegt.

Münster, im Juni 2015
Ihr LWL-Integrationsamt Westfalen

1. Medizinische und lebensgeschichtliche Sichtweisen auf psychische Erkrankungen und Störungen

Nur „schlecht drauf“ oder krank und arbeitsunfähig? Diese Frage müssen Ärzte beantworten. Dafür orientieren sie sich an der Liste der anerkannten psychischen Störungen. Für die Arbeit und Zusammenarbeit im Betrieb hat eine Diagnose aber weniger oder gar keine Bedeutung. Dennoch nehmen psychische Beeinträchtigungen bei Mitarbeitern starken Einfluss auf ihre Situation am Arbeitsplatz. Um mit solchen Situationen besser umzugehen, kommt es auch auf den Blickwinkel an, unter dem man die Situation betrachtet.

Stimmungsschwankungen kennt jeder: Mal ist man „gut drauf“, zu anderen Zeiten wieder mehr oder weniger „down“. Manche Menschen sorgen sich häufig, ob sie den Herd wirklich ausgeschaltet haben, andere ekeln sich vor Spinnen, wieder andere vor der fremden Tastatur und den Keimen, die sich darauf befinden können. Viele Menschen kennen das Gefühl, nachts wach zu liegen und sich den Kopf zu zerbrechen. Oder dass man, wenn man Leute tuscheln sieht, denkt, dass man selbst es ist, über den sie reden oder lachen. Dies sind nur Beispiele für zahlreiche Empfindungen und „Befindlichkeitsunterschiede“, die viele Menschen aus eigener Erfahrung kennen.

Extreme Empfindungen

Wenn aber diese Empfindungen verstärkt auftreten, können daraus echte Probleme entstehen. Zum Beispiel, wenn man so „schlecht drauf“ ist, dass man tagelang nicht aus dem Bett kommt, oder wenn man sich kaum noch zu den notwendigsten Dingen aufraffen kann. Wenn selbst das morgendliche Duschen zur extremen Anstrengung wird, wenn man seinen Bus zur Arbeit immer wieder verpasst, weil man mehrmals kontrollieren muss, ob der Herd wirklich aus ist. Oder wenn man nicht mehr in die Öffentlichkeit gehen möchte, weil man Angst hat, dort eine Panikattacke zu bekommen.

Der Kontext bestimmt, wie wir eine Situation oder eine Verhaltensweise wahrnehmen.

Ein Mitarbeiter kam häufig zu spät. Da er sonst sehr korrekt war, war unklar, wieso diese Person dieses Fehlverhalten nicht ablegte. In einem vertraulichen Gespräch legte er den Hintergrund für dieses Verhalten offen: Sobald er morgens der einzige Fahrgast an seiner Straßenbahnhaltestelle war, hatte er folgenden Gedanken: „Wenn die Straßenbahn jetzt nur wegen mir hier anhält, sind die anderen Fahrgäste sauer auf mich, weil sie „nur wegen mir“ hier anhalten müssen. Also gehe ich schnell von der Haltestelle weg, damit die Bahn weiterfährt und hoffe, dass noch weitere Fahrgäste kommen, sodass die nächste Bahn nicht nur für mich halten muss.“

Nun ist die Unterscheidung schwierig, ab wann ist so etwas als Krankheit zu bewerten und hindert einen Menschen auch bei seinen Aufgaben im Betrieb? Die Aufgabe, zwischen „gesund“ und „arbeitsunfähig“ zu unterscheiden, teilweise mit weitreichenden arbeits- und sozialrechtlichen Folgen, hat die Medizin.

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

§ 2 Definition und Bewertungsmaßstäbe

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

§ 4 Verfahren zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

(1) Bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sind körperlicher, geistiger und seelischer Gesundheitszustand der oder des Versicherten gleichermaßen zu berücksichtigen. Deshalb dürfen die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und die Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung nur aufgrund ärztlicher Untersuchungen erfolgen.

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

Mit einem immer weiter differenzierten Diagnosekatalog versucht die Medizin, in diesem Fall die Psychiatrie, die Vielfalt menschlicher Verhaltensweisen und Erlebniszustände zu ordnen. Sie sucht nach Grenzl原因en, wann etwas leicht, mittelmäßig oder sehr stark abweicht von der „normalen“ Befindlichkeit, wann etwas Krankheitswert hat und mit welcher Diagnose belegt wird. So ergibt sich eine Bewertungsgrundlage dafür, ob eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) gerechtfertigt ist oder ob ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Erwerbsminderung vorliegt.

Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen ist dies keine leichte Aufgabe. Prof. Dr. Florian Holsboer, ehemaliger Direktor des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München, antwortet auf die Frage, wie die Medizin eine Depression diagnostiziert:

„Wir können uns nicht wie der Radiologe auf ein Röntgenbild, wie der Neurologe auf Hirnstromtätigkeiten oder wie der Internist auf Laborwerte stützen. Alles, was wir nach heutigem Vorgehen bei der Diagnosestellung zur Verfügung haben, sind Informationen, die wir auf der Ebene der mündlichen Kommunikation erhalten. Dabei gibt es ein bestimmtes Schema mit neun Fragen. Sind fünf davon positiv

Diagnosen in
der Psychiatrie

beantwortet, ist es eine Depression. Wenn es nur vier sind, dann ist es keine. Das zeigt ja schon die Beliebigkeit. Wir haben keine objektiven Kriterien, weshalb eine Depressionsdiagnose immer mit einer gewissen Unsicherheit versehen ist.“¹

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

ICD-10
Kapitel V

ICD-10 – Kapitel V

Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

- F00-F99 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend
- F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Allein auf „F30-39 Affektive Störungen“, wozu auch Depressionen zählen, und „F40-48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“, dies sind im Wesentlichen Angst- und Zwangsstörungen, entfallen zusammen 90 Prozent der AU-Tage wegen psychischer Störungen. Für die Betriebe sind also vor allem diese beiden Gruppen von Belang.²

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

Wenig Relevanz haben Diagnosen für die betrieblichen Akteure zum Umgang mit betroffenen Mitarbeitenden vor, während und nach Krisen. Denn psychiatrische Diagnosen sind immer mit Unwägbarkeiten behaftet. Die Ausprägungen von „Störungen“ sind individuell höchst unterschiedlich. Eine Diagnose gibt keine Hinweise darauf, welche Bedingungen im Einzelfall hilfreich oder notwendig sein können, um wieder Stabilität und Arbeitsfähigkeit zu gewinnen. Noch weniger Relevanz hat die Diagnose für die Fragen, welche Fähigkeiten vorhanden sind oder wie sich die Belastbarkeitsgrenze darstellt.

Für betriebliche Belange ist es dagegen hilfreich, mit einem stärker „lebensgeschichtlichen Blickwinkel“ auf psychische Störungen zu schauen.

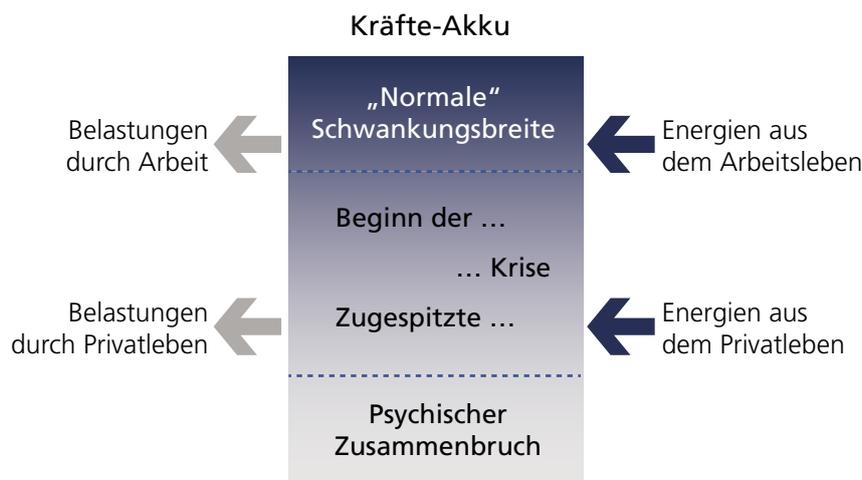
¹ MDK Forum 3/2013, S. 7

² DAK-Gesundheitsreport 2013

Das Bild eines Kräfte-Akkus veranschaulicht dies sehr deutlich: Man stelle sich vor, dass alle Menschen als Kraftquelle einen „Kräfte-Akku“ besitzen, mit dessen Hilfe sie den beruflichen und privaten Alltag bewältigen. Dieser Kräfte-Akku muss aber – wie jeder Akku – immer wieder aufgeladen werden. Sowohl das Privat- als auch das Arbeitsleben wirken mit kräfteaubenden und kräftespendenden Aspekten auf den Akku ein.

Bild des Kräfte-Akkus

Positiv auf den Akku wirken positive Erfahrungen, beispielsweise Bestätigung, gute soziale Kontakte, das Erleben der eigenen Kompetenz, regelmäßige Ruhezeiten, Partnerschaft, Familie, Freizeitaktivitäten und vieles andere mehr.



Quelle: Systemberatung Gimbel

Im Gleichgewicht sind Menschen, wenn die Energien, die ihnen aus dem Arbeits- wie Privatleben zufließen, mindestens so groß sind wie die Energien, die Arbeits- und Privatleben aufzehren. Dann ist der Kräfte-Akku im grünen Bereich. Sobald mehr Kräfte ab- als zufließen, beginnt der Mensch für eine gewisse Zeit, dies zu kompensieren. Dann lebt er gewissermaßen von seinen Reserven. Hält dieses Ungleichgewicht längere Zeit an, gerät der Mensch in den „roten Bereich“. Auf diese Situation reagieren Menschen unterschiedlich, mit mehr oder weniger heftigen körperlichen und/oder psychischen Symptomen.

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

2. Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz

2.1 Erkennen

Menschen haben viele Möglichkeiten und Strategien, nach außen zufrieden und ausgeglichen zu wirken, obwohl es in ihrem Inneren ganz anders aussieht. Dennoch gibt es Merkmale und Hinweise, die Aufschluss darüber geben, ob jemand psychische Probleme oder eine Erkrankung hat. Ungewissheiten bleiben natürlich dennoch bestehen. Hier gilt es, frühzeitig das Gespräch zu suchen.

Oft fragen sich der Vorgesetzte, die Interessenvertretung sowie die Kollegen, ob sie nicht früher etwas hätten merken müssen, wenn ein Kollege in eine psychiatrische Klinik aufgenommen wurde oder sich eine Krise zugespitzt hat.

Das Gespräch suchen

Menschen, die psychisch belastet sind, gehen sehr unterschiedlich mit ihren Problemen um. Manchen gelingt es, die Fassade aufrechtzuerhalten, sodass ihre Umgebung nichts oder nur sehr wenig bemerkt. In anderen Fällen treten die Anzeichen deutlicher nach außen. Grundsätzlich haben Führungskräfte und Interessenvertretung nur eine Chance, auf solche Situation zu reagieren: Sie müssen das Gespräch suchen.

Die wichtigste Faustregel ist, seine eigene Wahrnehmung ernst zu nehmen und hinzuschauen. Hinweise auf psychische Belastungen oder Probleme bei Mitarbeitern können sein:

Hinweise auf psychische Belastungen

Grundarbeitsfähigkeit

- Unpünktlichkeit (häufige Verspätung ohne erkennbare Gründe)
- mangelnde Disziplin oder geringes Durchhaltevermögen (zum Beispiel Arbeitsunterbrechungen, Pausen, Verlassen des Arbeitsplatzes)
- unentschuldigtes Fehlen, verspätete Abgabe von Krankmeldungen
- Häufung von Kurzerkrankungen

Leistungsbereich

- auffällige Leistungsminderung (qualitativ und quantitativ)
- Leistungsschwankungen
- Unzuverlässigkeit
- hohe Fehlerquote und leicht vermeidbare Flüchtigkeitsfehler
- große Vergesslichkeit
- häufiges Nachfragen bei bereits erlernten Arbeitsinhalten und Routinearbeiten
- wiederholte Kontrollen der ausgeführten Aufgaben
- Vermeiden von bestimmten Tätigkeiten, zum Beispiel Telefonaten und/oder Kundenkontakten

Sozialverhalten

- Rückzug: atypische Vermeidung von Kontakten zu Kollegen und Vorgesetzten in Dienstbesprechungen, Pausen oder bei Feierlichkeiten
- distanzloses Verhalten gegenüber Vorgesetzten und Kollegen
- übersteigerte Empfindlichkeit gegenüber Kritik
- übermäßiges Misstrauen und Negativerwartungen gegenüber Kollegen und Vorgesetzten
- außerordentlich heftige Kritikäußerungen oder Vorwürfe
- überzogen gereizte oder aggressive und uneinschätzbare Reaktionsweisen
- in sich versunken, abwesend, vor sich hin starrend
- andauernde Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
- Führen von Selbstgesprächen

Übergreifende Beeinträchtigungen

- Klagen über Schlaflosigkeit, Verschieben des Tag-Nacht-Rhythmus und Erschöpfung am Arbeitsplatz
- außergewöhnliche Unruhe, extreme Angespanntheit
- Vernachlässigung von Kleidung und Körperpflege
- verändertes Essverhalten/Appetitlosigkeit
- Schwierigkeiten bei der Selbstversorgung (Einkauf, Pflege der Wohnung oder Ähnliches)
- Einschränkung der Mobilität (Nichtverlassen der Wohnung, Nichtbenutzung von Verkehrsmitteln oder Ähnliches)¹

2.2 Handeln statt zögern – Unsicherheiten sind normal

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

Wenn Mitarbeiter aus Sicht des Vorgesetzten oder der Kollegen Auffälligkeiten zeigen, die sie mit psychischen Problemen in Verbindung bringen, stellen sich diese Personen häufig Fragen wie diese:

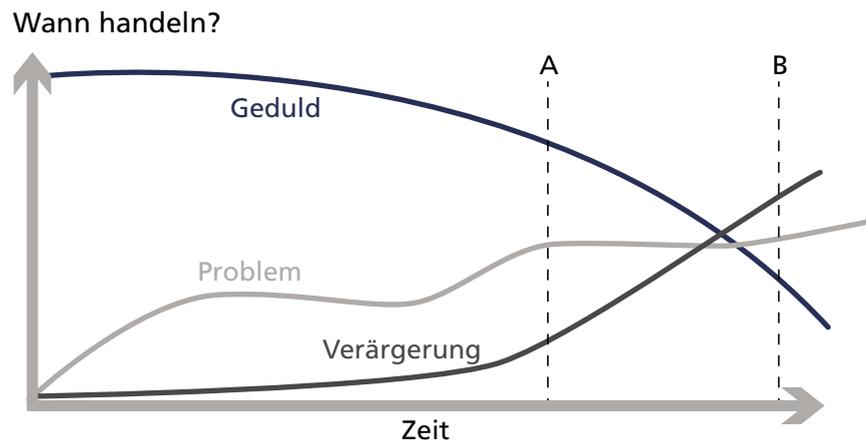
- Bilde ich mir das ein, ist das vielleicht noch „alles im grünen Bereich“?
- Habe ich das Recht, etwas zu unternehmen? Oder wäre das überzogen und unangemessen?
- Wie lange soll ich warten, bevor ich aktiv werde? Löst sich das Problem vielleicht demnächst von alleine?
- Wie kann ich die Situation ansprechen?
- Wie hoch ist die Gefahr, dass ich die Person kränke? Was, wenn sie sich im schlimmsten Fall dann etwas antut?

¹ Psychisch auffällige oder erkrankte Mitarbeiter – Handlungsleitfaden für Führungskräfte.
Hrsg.: Unfallkasse Post und Telekom

- Wie hoch ist möglicherweise die Aggressions- oder sogar Gewaltbereitschaft bei der Person? Begebe ich mich selbst in Gefahr, wenn ich die Situation anspreche?

Unsicherheit
kann „lähmen“

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



Quelle: Systemberatung Gimbel

Zunächst ist die Geduld bei Kollegen und Vorgesetzten noch vorhanden. Hält das Problem länger an – das können Tage und Monate, aber auch Jahre sein – erschöpfen sich nach und nach Geduld und Verständnis. Im Gegenzug steigt die Ungeduld, die sich über Verärgerung bis zur arbeitsrechtlich relevanten Krise steigern kann.

Unschwer nachzuvollziehen also, dass die Lösungssuche immer zu Anfang einer Situation erfolgsversprechender ist, als wenn zu lange gewartet wird.

Was beeinflusst die Geduld positiv?

Verschiedene Aspekte beeinflussen, wie sich die Geduld im betrieblichen Umfeld erhält, wenn jemand mit Problemen belastet ist. Zum Beispiel

- wenn die Zusammenarbeit mit dieser Person in der Zeit davor zuverlässig und gut war. Diese Kollegen genießen einen „Kredit“ in schwierigeren Zeiten,
- wenn Vorgesetzte und Kollegen Vorerfahrungen mit psychischen Erkrankungen haben,
- wenn die Arbeitsbedingungen erlauben, dass zusätzliche Belastungen durch die Schwierigkeiten der betroffenen Person für den Betrieb zeitweise mitgetragen werden können,
- wenn die betroffene Person selbst aktiv an der Veränderung der Situation mitarbeitet und dies auch vermittelt.

Was führt zu Ungeduld?

Verschiedene Aspekte führen zu Ungeduld im betrieblichen Umfeld, zum Beispiel

- wenn sich die Probleme der betroffenen Person auf die Gefühle der Menschen im Umfeld auswirken, zum Beispiel wenn man sich als Kollege unangemessen oder übergriffig behandelt fühlt, wenn man sich sorgt oder der Person mit Angst gegenübertritt,
- wenn der Eindruck entsteht, der Betroffene unternimmt nichts zur Lösung seiner Probleme oder verstärkt sie sogar noch durch eigene Verhaltensweisen,
- wenn Kollegen oder Vorgesetzte jede Fehlzeit oder Leistungseinschränkung mit Vertretungsarbeit und zusätzlicher Belastung auffangen müssen.

Unsicherheit ist normal und darf formuliert werden

Wann der Zeitpunkt für ein Gesprächsangebot gekommen ist, lässt sich nicht allgemein festlegen. Es gilt aber: Lieber früher als später. Und dann hilft es, die eigene Unsicherheit anzunehmen und ganz selbstverständlich damit umzugehen. Eine Möglichkeit ist es, sie als Einstieg ins Gespräch zu nutzen:

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

Beim Gesprächseinstieg sowie über das ganze Gespräch mit einer betroffenen Person hinweg ist es wichtig, dass der Vorgesetzte den Fokus auf seine eigenen Eindrücke und Beobachtungen legt. Es geht nicht darum, recht haben zu wollen mit seiner Einschätzung, sondern ein Angebot für die Klärung von eventuell unterschiedlichen Wahrnehmungen zu machen. Ob der Gesprächspartner hierauf eingeht, kann nicht erzwungen werden.

Besondere Brisanz bei seelischen Problemen

Wenn Unsicherheiten im Betrieb bestehen, ein Problem anzusprechen, kommt bei psychischen Ursachen hinzu, dass betroffene Personen Veränderungen in der Stimmung um sie herum häufig sensibel wahrnehmen und mit Zuspitzung des eigenen Verhaltens reagieren können. Im Umkehrschluss kann dies bei Kollegen oder Führungskräften zu weiterer Verärgerung oder Schuldgefühlen führen. Dementsprechend gilt: So früh wie möglich handeln.

2.3 Seelische Erkrankung, Behinderung und Schwerbehindertenausweis

Psychische Erkrankungen und Behinderungen: Begriffsbestimmungen

Am Arbeitsplatz sind psychische Erkrankungen längst keine Seltenheit mehr. Psychische Erkrankungen machten im Jahr 2014 über 16 Prozent des Gesamtkrankenzustands aus und stehen damit an zweiter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten.²

Unsicherheit
formulieren

² DAK-Gesundheitsreport 2015

Dass psychische Erkrankungen deutlich zunehmen, mag aber nicht nur mit zunehmender Belastung im Arbeits- und Alltagsleben zusammenhängen. Einen weiteren Grund sehen Fachleute darin, dass psychischen Beschwerden heute mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird – von den Betroffenen selbst wie auch von Ärzten und anderen Stellen. Hinzu kommt, dass die gesellschaftliche Akzeptanz für psychische Erkrankungen gestiegen ist. Die betroffenen Menschen werden eher ernst genommen und haben eher die Möglichkeit, professionelle Hilfe zu bekommen.

Ebenso wie die Übergänge zwischen seelisch „gesund“ und „krank“ fließend sind, sind sie es auch zwischen „seelisch krank“ und „psychisch behindert“. Gemeint ist: Ein Mensch, der als „krank“ bezeichnet wird, hat immer auch gesunde Anteile.

Und: Entwicklungen sind in beide Richtungen möglich. Jemand, der heute gesund ist, kann irgendwann psychisch krank werden und in der Folge, bei längerer Dauer, psychisch behindert. Aber auch umgekehrt gilt: Wer psychisch behindert oder krank war, kann wieder gesunden und ohne besondere Symptome und Schwierigkeiten am Leben der Gesellschaft teilnehmen.

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

Definition: Behinderung

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, ihre geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX).

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

Psychische Erkrankungen und Behinderungen: mögliche Folgen, Auswirkungen und Wechselwirkungen



Generell, unabhängig von der jeweiligen Krankheit, sprechen Fachleute von einer Episode, wenn die Krankheit bisher nur einmal im Leben eines Menschen aufgetreten ist. Bei einer erstmalig aufgetretenen Depression sprechen Experten daher von einer „depressiven Episode“.

Tritt dieselbe Krankheit jedoch zum zweiten Mal auf, wird sie als Störung bezeichnet. Meist heißt es dann, der Patient leide unter einer „depressiven Störung“. Tritt diese Krankheit für einen längeren Zeitraum auf, wird dies durch den Begriff der „anhaltenden Störung“ zum Ausdruck gebracht.

Seelische Behinderung und Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft

Dass auch eine seelische Behinderung die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises rechtfertigen, ist oft nicht bekannt. Aber ihn zu beantragen bedeutet eine noch größere Hürde als bei körperlichen Erkrankungen. Für Hilfen des Integrationsamtes sowie grundsätzlich auch die Beratung durch den IFD ist der Schwerbehindertenausweis aber unabdingbar.

Anerkannte Schwerbehinderung

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

Gesetzlich geregelt sind die Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf im Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX). Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) in Zehnergraden bis 100 festgestellt. Bei dieser Einstufung geht es um das Ausmaß der Beeinträchtigung, nicht um deren Art oder Ursache. Auch seelisch behinderte Menschen können daher zum besonders geschützten Personenkreis der schwerbehinderten Menschen gehören. Als solche können sie persönliche Nachteilsausgleiche wie zum Beispiel Steuervergünstigungen und eine Reihe von Förderleistungen des LWL-Integrationsamts Westfalen in Anspruch nehmen. Die Unterstützung durch Integrationsfachdienste kann unabhängig von der Schwerbehinderteneigenschaft in Anspruch genommen werden, wenn der im Einzelfall zuständige Träger der Rehabilitation – zum Beispiel die Arbeitsagentur oder die Deutsche Rentenversicherung – den IFD beauftragt.

Förderungen für gleichgestellte Menschen

Gleichstellung

Menschen mit einem Grad der Behinderung von 30 oder 40 können schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz bekommen können oder ihren Arbeitsplatz verlieren würden (§ 2 Absatz 3 SGB IX). Als Gleichgestellte können sie, bis auf den Zusatzurlaub und die kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr, die besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen in Anspruch nehmen (§ 68 Absatz 3 SGB IX). Damit können auch diese Menschen von den Unterstützungsmöglichkeiten des LWL-Integrationsamts Westfalen profitieren. Einen Gleichstellungsbescheid erteilt die zuständige Agentur für Arbeit auf Antrag.

Ärztliche Begutachtung ist Grundlage für Anerkennung

Kriterium im Anerkennungsverfahren:

Bewertung der Folgen der Behinderung für die Teilhabe

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

Schwierigkeiten bei der amtlichen Anerkennung der Schwerbehinderung

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

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

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

Anerkennung der Behinderung bedeutet Schutz und Förderung

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

2.4 Verantwortung und Grenzen der Verantwortung des Arbeitgebers

Arbeit darf „möglichst“ nicht psychisch krank machen. Das fordert seit 1996 das Arbeitsschutzgesetz. Die Umsetzung dieser Auflage ist nicht einfach. Gefährdungsbeurteilungen können ein Schritt hin zu diesem Ziel sein. Psychische Erkrankungen können aber so schwerwiegend und dauerhaft sein, dass eine weitere Beschäftigung im Betrieb nicht mehr möglich ist.

Gesetzliche Grundlagen der Verantwortung des Arbeitgebers

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

Fürsorgepflicht des Arbeitgebers

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

Mit dem § 84 Absatz 2 SGB IX werden Arbeitgeber zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements mit allen Mitarbeitern verpflichtet, die innerhalb der letzten 12 Monate länger als sechs Wochen arbeitsunfähig waren. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Schwerbehinderung vorliegt.

Prävention

Für schwerbehinderte Menschen wird außerdem ein weiteres präventives Handeln in § 84 Absatz 1 SGB IX gefordert: „Der Arbeitgeber schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in § 93 genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.“

Auch für die Art und Weise der Beschäftigung werden dem Arbeitgeber bei schwerbehinderten Menschen gesetzliche Auflagen erteilt (§ 81 Absatz 4 SGB IX):

Ansprüche schwerbehinderter Beschäftigter

„Die schwerbehinderten Menschen haben gegenüber ihren Arbeitgebern Anspruch auf

1. Beschäftigung, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln können
 2. Bevorzugte Berücksichtigung bei innerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung zur Förderung ihres beruflichen Fortkommens
 3. Erleichterungen im zumutbaren Umfang zur Teilnahme an außerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung
 4. Behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten einschließlich der Betriebsanlagen, Maschinen und Geräte sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit, unter besonderer Berücksichtigung der Unfallgefahr
 5. Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen.“
-

2.5 Verantwortung und Grenzen der Verantwortung des Betroffenen

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

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

Schwierig wird es, wenn Betroffene (krankheitsbedingt) trotz Krisensituation sich nicht in Behandlung begeben oder sich nicht um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kümmern. Geht ein Betroffener trotz seelischer Krisen zur Arbeit, obwohl Grundarbeitsfähigkeiten wie Pünktlichkeit, Ausdauer und Genauigkeit beeinträchtigt oder Initiative und Motivation nicht im ausreichenden Maße vorhanden sind, kann er seine Verpflichtungen aus dem Arbeitsvertrag nur unzureichend erfüllen und muss im ungünstigen Fall mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Jeder Mitarbeiter muss auch ein gewisses Maß an sozialer Integrationsbereitschaft und sozialer Sensibilität aufbringen sowie ein Mindestmaß an „normgerechtem“ Verhalten erbringen können, beispielsweise bei Kleidung, Körperpflege und bei den Umgangsformen. Ist er dazu (krankheitsbedingt) nicht in der Lage, bemüht sich aber auch nicht um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, kann die Situation für alle Beteiligten sehr belastend werden. Dies kann leicht zur Gefährdung des Arbeitsplatzes des Betroffenen führen.

Inwieweit also die „Geduld“ der Umgebung hoch und die Ungeduld oder gar Verärgerung möglichst gering bleibt, ist vom Betroffenen im gewissen Umfang mit beeinflussbar. Beispiele:

- Wer (krankheitsbedingt) keine ausreichende Kraft zur persönlichen Pflege hat und trotzdem am Arbeitsplatz auftaucht, stößt schnell auf intensive Ablehnung seiner Kollegen.
- Wer (krankheitsbedingt) sein Mitteilungsbedürfnis nicht regulieren kann oder kein ausreichendes Gefühl für Nähe und Distanz hat, wird zunehmend gemieden.

Zur Verantwortung des Betroffenen gehört es also, sich um Behandlung und Unterstützung zu bemühen, sich arbeitsunfähig zu melden, wenn er gesundheitlich den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gewachsen ist und Hinweise und Ratschläge, beispielsweise vom Vorgesetzten oder der Interessenvertretung, anzunehmen.

Bemühen um
Unterstützung

Leider wird die Übernahme von Verantwortung für Betroffene aber sehr erschwert, da die notwendigen Hilfen, wie zum Beispiel ein Besuch beim Facharzt oder Psychotherapeuten, nur unter Inkaufnahme von langen Wartezeiten erreichbar sind.

2.6 Leitlinien für den Umgang mit Betroffenen im Betrieb

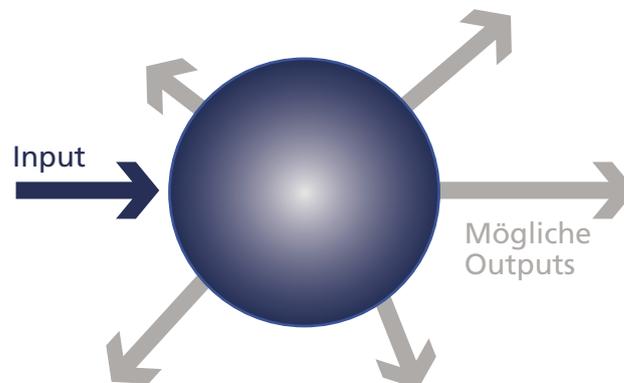
Für den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen gibt es keine Anleitung oder Checkliste. Zu individuell ist jeder einzelne Mensch und die Situation, in der er sich befindet. Aber es gibt Leitlinien, an denen man sich orientieren kann.

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

Vereinfachte
Vorstellung von
Ursache und Wirkung

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

Der Mensch ist keine Maschine



Quelle: Systemberatung Gimbel

Es gibt kein
„Allheilmittel“

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

Leitlinie 1:

Menschen in psychischen Krisen brauchen alles, was andere Menschen auch brauchen – nur noch dringender.

Menschen in seelischen Krisen brauchen gewöhnlich all das, was jedem von uns gut tut: Respekt, Wertschätzung, Kontakt, Anerkennung, Zugehörigkeit, Freundlichkeit, Sicherheit, Verlässlichkeit und Ähnliches mehr – nur eben noch etwas dringender.

Leitlinie 2:

Verhandeln statt behandeln.

Diese Forderung der Betroffenen-Bewegung richtet sich zunächst an diejenigen, die Menschen in Krisen professionell behandeln und unterstützen. Ihre Botschaft: Sprecht mit uns, hört Euch unsere Überlegungen an und teilt uns Eure Überlegungen mit. So kann verhandelt werden, was die nächsten Schritte sein können, ohne dass über ihre Köpfe hinweg entschieden wird, was gut für sie sein soll.

Diese Leitlinie lässt sich auf den betrieblichen Alltag übertragen: Im Gespräch mit dem Betroffenen ist es geraten, auf Augenhöhe alle Überlegungen zu diskutieren und gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Leitlinie 3:

Was kränkt macht krank.

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

Leitlinie 4:

Klarheit kann aufrütteln, bringt aber nicht zusätzlich aus dem Gleichgewicht.

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

Leitlinie 5:

Kommen Sie langsam schnell zum Ziel.

Am Arbeitsplatz ist die Zeit in aller Regel knapp. Aber beim Umgang mit Menschen in Krisensituationen ist es im Ergebnis häufig zeitsparender, lieber von Anfang an mehrere Termine zur Klärung einzuplanen, als im ersten Termin auf ein schnelles Ergebnis zu drängen.

Gespräche dürfen offen enden, sodass sich alle Beteiligten die besprochenen Dinge noch einmal durch den Kopf gehen lassen können. Dieses – zunächst etwas aufwendigere Vorgehen – kann verhindern, dass vor-schnelle Vereinbarungen getroffen werden, die nicht den gewünschten Effekt haben.

Leitlinie 6:

Seien Sie nicht auf die eigenen Lösungsvorstellungen fixiert.

Jeder hat seinen eigenen Blick auf eine Situation und entwickelt eigene Vorstellungen dazu, wie eine Lösung aussehen könnte. Dann passiert es häufig, dass man vehement für diesen Weg wirbt. Vom Gegenüber kann dies als starker Druck empfunden werden, diese Lösung zu akzeptieren. Deswegen ist es besser, sich und seine Ideen auch selbst zu hinterfragen. Offenheit für die Lösungsvorschläge des Betroffenen ist angezeigt.

Acht Grundregeln zum Umgang mit seelisch kranken oder behinderten Menschen

- 1. Klarheit und Transparenz der Arbeitssituation**

Die Arbeitsaufgaben und Abläufe sind klar und verständlich für die oder den Betroffene(n). Es ist besprochen, wohin sie oder er sich bei Fragen wenden kann. Bei geplanten Veränderungen wird sie oder er rechtzeitig informiert.
- 2. Personelle Kontinuität, stabile Beziehungen**

Es gibt eine feste Person, die der oder dem Betroffenen möglichst konstant als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Das kann eine Kollegin, ein Kollege, die oder der Vorgesetzte, die Vertrauensperson des Schwerbehinderten oder auch ein Mitglied des Betriebs- oder Personalrats sein. Stabile und verlässliche Beziehungen am Arbeitsplatz werden angestrebt.
- 3. Konzeptionelle Kontinuität, Klarheit über Ziele und Schritte**

Die oder der Betroffene weiß zu jeder Zeit, was geplant ist in Bezug auf die Lösung ihrer oder seiner Probleme am Arbeitsplatz. In Bezug auf die Arbeit und mögliche Lösungsschritte aus der seelischen Krise werden mit der oder dem Betroffenen klare Prioritäten und Ziele verhandelt und vereinbart. Die möglichen positiven und negativen Konsequenzen sind transparent. Faustregel: Kleine Schritte! Einvernehmen herstellen!
- 4. Beteiligung der Betroffenen, Verhandlungslösungen**

Bei der Erarbeitung von betrieblichen Lösungswegen im Umgang mit der seelischen Krise ist die oder der Betroffene immer beteiligt. Die Vorstellungen und Vorschläge der verschiedenen Akteure werden in gemeinsamen Verhandlungen abgestimmt und zu konsensuellen Lösungen weiterentwickelt. Eine Abstimmung über das Arbeitsfeld hinaus zum Vorgehen im medizinischen und privaten Bereich wird angestrebt.
- 5. Klarheit und Eindeutigkeit der Kommunikation**

Alle Beteiligten bemühen sich um transparente, klare und eindeutige Kommunikation mit der oder dem Betroffenen ohne Ironie, Anspielungen, Doppeldeutigkeiten und so weiter. Ein „ja“ bedeutet „ja“, ein „nein“ bedeutet „nein“. Alle Beteiligten achten auf einen gleichen Informationsstand der Akteure.
- 6. Vermeidung von Über- oder Unterforderungen**

Die Anforderungen an die betroffene Person werden den jeweiligen Leistungsmöglichkeiten angepasst. Dazu werden gegebenenfalls flexible Regelungen erst geschaffen und ermöglicht, eventuell zeitlich befristet. Über diese Absprachen und evtl. Grenzen der Flexibilität herrscht Klarheit bei allen Beteiligten. Alle Beteiligten bemühen sich, emotional belastende Anforderungen für die betroffene Person zu vermeiden.
- 7. Akzeptanz des Andersseins**

Das soziale Umfeld respektiert Symptome oder Verhaltensweisen von psychisch kranken oder behinderten Mitarbeiter/innen als Ausdruck individueller Eigenheit bzw. Folge der Erkrankung und vermeidet abwertende Kommentare oder sprachliche Stigmatisierungen. Andererseits haben Kolleginnen/Kollegen oder Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter auch die Möglichkeit, gegenüber der Führungskraft und gegebenenfalls auch gegenüber der betroffenen Person ihre Akzeptanzgrenzen in angemessener Form deutlich zu machen.
- 8. Aufmerksamkeit und fachliche Beratung**

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

2.7 Informationen und Gesprächsangebote an die Kollegen im Umfeld

Psychische Erkrankungen lösen auch bei den Menschen in der Umgebung starke Emotionen aus: Mitleid und Sorge, aber auch Ungeduld und Ärger. Gerade Kollegen von betroffenen Mitarbeitern brauchen Unterstützung, um angemessen mit der Situation umzugehen.

Das allgemeine Klima im Kollegenkreis und der Umgang mit dem Thema seelische Krankheit haben eine wichtige Bedeutung für die Frage nach den Arbeitsplatzperspektiven des seelisch erkrankten Mitarbeiters.

Welche Informationen erhalten die Kollegen?

Dabei geht es zunächst um die Frage der direkten Kommunikation zwischen betroffener Person und Kollegenkreis. Der Betroffene sollte mit dem Vorgesetzten oder der Interessenvertretung gemeinsam besprechen, wie viele und welche Informationen die Kollegen erhalten sollen. Leitlinie für diese Frage sollte sein, welche und wie viele Informationen beide Seiten brauchen, damit die Zusammenarbeit funktionieren kann.

Nur so viele
Informationen
wie nötig

Angemessen ist in der Regel eine sachliche Information ohne Details und ohne Diagnosen. Dies verhindert, dass Vermutungen und Gerüchte blühen, aber auch, dass die betroffene Person als „verrückt“ abgestempelt wird. Auch Vorgesetzte, Interessenvertretungen sowie andere betriebliche Akteure müssen ihre Kommunikation gegenüber den Kollegen des Betroffenen klären und die Frage der Informationsweitergabe mit ihm abstimmen (siehe dazu auch das Kapitel „Bei Rückkehr nach Krise“).

Situation im Team bei Lösungssuchen berücksichtigen

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

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

Entlastung durch Besprechbarkeit

Die Praxis zeigt, dass es wichtig ist, den Kollegen einen Raum zu geben, um ihre Unklarheiten und Unsicherheiten anzusprechen. Die strukturierte und transparente „Besprechbarkeit“ des Themas seelische Erkrankung und ihre Folgen am Arbeitsplatz wirkt fast immer entlastend für das Team. Solche Gespräche können zu verschiedenen Zeiten sinnvoll sein: Etwa, wenn sich die Situation im Betrieb verschärft, aber auch, wenn die Rückkehr eines seelisch erkrankten Mitarbeiters nach längerer Arbeitsunfähigkeit ansteht.

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

2.8 Innerbetriebliche Handlungsmöglichkeiten

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

Unternehmen, Betriebe und Verwaltungen greifen natürlich zunächst auf ihre „Bordmittel“ zur Lösung schwieriger Situationen zurück: Führungskräfte wenden sich in größeren Betrieben zum Beispiel an den Betriebsarzt oder die Sozialberatung.

Betriebs- oder Personalräte sowie Vertrauenspersonen schwerbehinderter Menschen flankieren und unterstützen die Lösungssuche und sorgen dafür, dass keine Regelungen einseitig zulasten des Betroffenen gehen.

Veränderungen am Arbeitsinhalt

Sicherlich am häufigsten angewandt werden Veränderungen am Arbeitsinhalt (zum Beispiel zeitweise Veränderung des Aufgabenzuschnitts und/oder der Menge der Aufgaben) oder an der Arbeitszeit (zum Beispiel Herausnahme aus Schichtarbeit), eventuell verbunden mit einer Versetzung an einen anderen oder Veränderung des bestehenden Arbeitsplatzes.

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

Nimmt man sich Zeit für ausführliche Gespräche mit dem Betroffenen („Langsam schnell zum Ziel kommen“) lassen sich häufig weitere Lösungen finden.

Ein guter Orientierungsfaden für Gespräche, die für diese Situationen Lösungen bringen sollen, kann das Bild des Kräfte-Akkus sein (siehe Seite 9). An diesem Bild kann besprochen werden:

- Welche Aspekte der Arbeit werden als positiv erlebt?
- Welche Kontakte wirken sich positiv/stabilisierend aus?
- Was sind die besonders kräfteaubenden Anforderungen der Arbeit oder der Kooperation am Arbeitsplatz?
- Lässt sich am Zuschnitt etwas verändern und was bedeutet das für die Kollegen?
- Lässt sich der Einsatz in einem gewünschten anderen Bereich realisieren?

Schulungen der betrieblichen Akteure

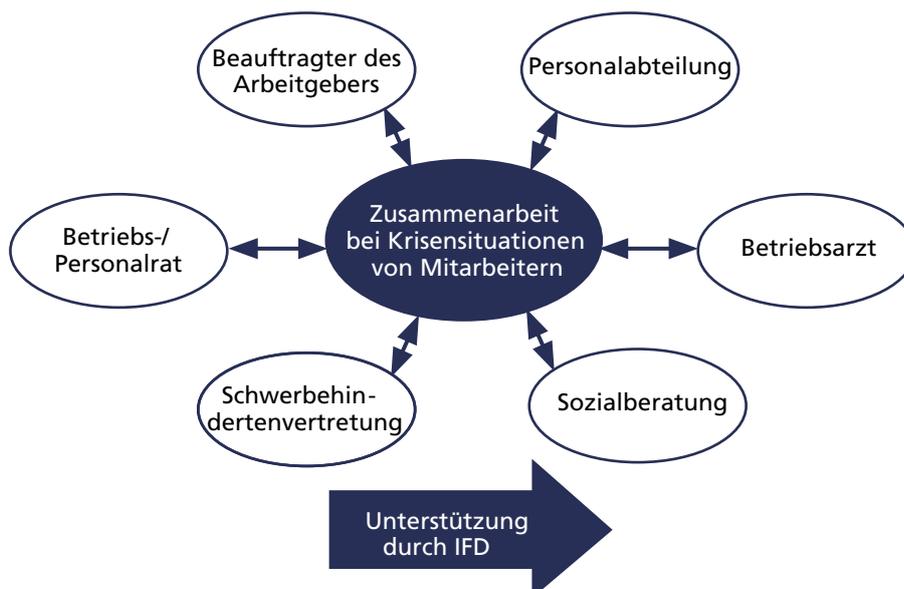
Gerade bei der Thematik psychischer Probleme, Krisen oder Erkrankungen stoßen die betrieblichen Akteure mit ihren üblichen Vorgehensweisen häufiger als bei anderen Themen an Grenzen. Sie müssen dennoch eine einheitliche Vorgehens- und Umgangsweise mit dem Betroffenen finden.

Um die Handlungsfähigkeit und die Zusammenarbeit der betrieblichen Akteure zu stärken, führt das Integrationsamt regelmäßig Seminare und Schulungen zu dieser Thematik durch, die sowohl von Arbeitgeber- wie Interessenvertretern besucht werden können. Das gilt auch für Vorgesetzte, denn auch sie sind keineswegs automatisch in der Lage, mit dieser Thematik angemessen und rechtzeitig umzugehen.

Seminare des
Integrationsamts

Weitere Informationen zu den Schulungen des LWL-Integrationsamts Westfalen finden Sie unter www.lwl-integrationsamt.de > Kursprogramm

Funktionierende Kooperation im Betrieb



Gesetzliche Verpflichtungen erfüllen

In den Betrieben und Unternehmen ist das Thema zentraler Punkt, wenn es um die Gefährdungsanalyse geht. Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet Arbeitgeber dazu, die in ihrem Unternehmen herrschenden Arbeitsbedingungen zu untersuchen und auf dieser Basis zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind (vgl. § 5 ArbSchG).

Bei dieser sogenannten „Gefährdungsbeurteilung“ sind auch psychische Belastungen der Arbeit zu berücksichtigen (vgl. § 5 Abs. 3 Ziffer 6 ArbSchG).

Gefährdungsbeurteilung

Bei der Gefährdungsbeurteilung geht es immer um die Beurteilung und Gestaltung der Arbeit. So auch bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, bei der die Beurteilung und Gestaltung der Arbeit in Bezug auf die psychische Belastung im Vordergrund steht. Nicht im Vordergrund steht die Beurteilung der psychischen Verfassung oder Gesundheit der Beschäftigten. Die Gefährdungsbeurteilung nimmt beispielsweise Arbeitsaufgaben und -abläufe sowie die sozialen Beziehungen in den Blick. So werden insbesondere psychische (Fehl-)Belastungen der Mitarbeiter identifiziert. Dann werden Maßnahmen formuliert und ergriffen, diese Belastungen auszuschließen oder zumindest zu verringern (Hinweise dazu: Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz. Ein Handlungsleitfaden der Arbeitsschutzverwaltung NRW).

2.9 Hilfen seitens des Integrationsamts und der Reha-Träger

Das Sozialgesetzbuch IX erlegt Arbeitgebern nicht nur Verpflichtungen auf, es bietet auch eine Fülle unterschiedlicher Unterstützungsleistungen. Besonders die Beratung durch den Integrationsfachdienst (IFD) ist bei Problemen durch psychische Erkrankungen hilfreich. Daneben gibt es eine Fülle anderer Leistungen, aus denen individuelle Lösungspakete gestaltet werden können, zum Beispiel auch Leistungen der Kranken- und Rentenversicherungsträger.

Die begleitende Hilfe im Arbeitsleben „soll dahin wirken, dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können sowie durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgeber befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten“ (§ 102 SGB IX).

Als wichtigstes Instrument im Zusammenhang mit dem Thema seelische Behinderung ist der Integrationsfachdienst (IFD) des Integrationsamts zu nennen, der in Westfalen-Lippe behinderungsspezifisch aufgestellt ist: Hier sind Mitarbeiter des IFD speziell nur für Menschen mit seelischen Erkrankungen zuständig und auf diesem Gebiet besonders erfahren und qualifiziert.

Integrationsfachdienst
(IFD)

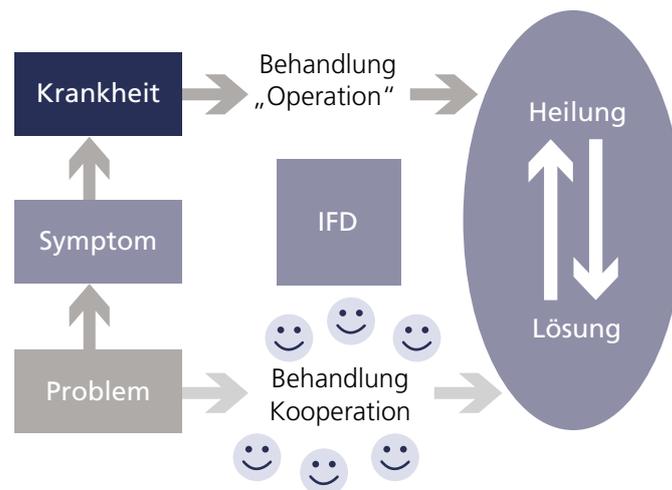
Die Hauptaufgabe des IFD ist die direkte Beratung Betroffener. Die IFD-Mitarbeiter können dabei „Lotsen“ für eine gewisse Zeit sein, die die Betroffenen unterstützen, möglichst bald einen Weg aus der Krise zu finden. Dabei sorgt der IFD immer für einen niedrighschwelligigen Zugang. Dies kann auch bedeuten, dass der IFD – zumindest zu Beginn – Betroffene im Betrieb, zu Hause oder auch in der Klinik aufsucht, sich bekannt macht und seine Beratung anbietet.

Die Beratung umfasst alles, was mit der Bewältigung der Krisensituation zusammenhängt: Zum Beispiel Einzelberatung, Gespräche mit Angehörigen, Kollegen oder Führungskräften, Vorbereitung von und Begleitung zu Gesprächen im Betrieb oder Kontaktpflege zu Stellen der medizinischen Versorgung. Sobald die Rückkehr an den Arbeitsplatz ansteht, kann der IFD diesen Prozess durch Coaching begleiten.

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

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

Beratung des Systems



Quelle: Systemberatung Gimbel

Der IFD kennt die vielfältigen Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten der Rehabilitationsträger und des Integrationsamts. Im Folgenden einige der Leistungen, die für Menschen mit Behinderungen, deren Probleme im psychischen Bereich liegen, und für deren Arbeitgeber von Bedeutung sind:

Qualifizierung

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

Arbeitsbegleitung/Jobcoaching

In manchen Fällen kann die Situation im Betrieb durch Arbeitsbegleitung gebessert werden. Beispielsweise begleitet eine Ergotherapeutin für eine bestimmte Zeit einen betroffenen Mitarbeiter am Arbeitsplatz und kann so dessen Umgang mit seiner Arbeit oder auch mit seinem Umfeld positiv beeinflussen.

Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen

Braucht eine Person mit oder nach seelischer Erkrankung auf längere Sicht verstärkt die Unterstützung durch Kollegen oder Führungskräfte (zum Beispiel zur Unterstützung bei immer wieder auftretenden Unklarheiten oder Entscheidungsschwierigkeiten), kann der Arbeitgeber eine finanzielle Leistung für diese personelle Unterstützung erhalten, die diese zeitliche Belastung zum Teil ausgleicht.

Liegt die Leistungsfähigkeit eines schwerbehinderten Menschen dauerhaft deutlich unter der eines nicht behinderten Menschen, obwohl alle Maßnahmen umgesetzt wurden, die dies ausgleichen sollten, so kann der Arbeitgeber in genau bestimmten und abgegrenzten Ausnahmefällen einen finanziellen Ausgleich bekommen. Eine solche „Minderleistung“ wird im Auftrag des Integrationsamts vom IFD festgestellt.

Behinderungsgerechte Umgestaltung des Arbeitsplatzes

Diese Leistungen des Integrationsamts kommen in der Regel vor allem bei körperlichen Einschränkungen oder Sinnesbehinderungen in Betracht. Behinderungsgerechte Umgestaltungen am Arbeitsplatz können aber auch die psychische Stabilität unterstützen – insbesondere wenn körperliche und seelische Erkrankungen oder Behinderungen zusammentreffen. Ansprechpartner ist der technische Beratungsdienst des Integrationsamts, der über das erforderliche Fachwissen verfügt.

Hilfen anderer Träger

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

Medizinische
Rehabilitation

Eine Berufliche Rehabilitation kommt in Fällen seelischer Krankheit oder Behinderung unter zwei Gesichtspunkten in Betracht. Auch hier ist die Rentenversicherung die zuständige Stelle für Antrag und Bewilligung:

- Braucht jemand nach einer schweren seelischen Krise eine längere Zeit der Stabilisierung, um in seinem bisherigen Beruf wieder arbeitsfähig zu sein, kann die Rentenversicherung eine einjährige Stabilisierungsmaßnahme in einem Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) bewilligen. Ziel ist es, die notwendige Stabilität wieder zu gewinnen. Das Arbeitsverhältnis bleibt in dieser Zeit grundsätzlich erhalten.
- Kann der bisherige Beruf aufgrund seelischer Probleme nicht mehr weiter ausgeübt werden, kann der Betroffene über eine berufliche Rehabilitation eine neue Ausbildung erlangen, die in aller Regel zwei Jahre dauert. Die Umschulung erfolgt in den Berufsförderungswerken. Sie bieten eine breite Palette an Berufen sowie Maßnahmen zur Berufsorientierung an. Hier ist es sinnvoll, mit dem Betrieb abzustimmen, ob und wie ein Einsatz nach der Umschulung erfolgen kann. Hier sind auch die örtlichen Rehabilitationsberater der Rentenversicherung Ansprechpartner.

Berufliche
Rehabilitation

Über eine berufliche Rehabilitation kann auch eine stufenweise Wiedereingliederung gefördert werden, wenn der Betroffene aus dem Krankengeldbezug bereits ausgesteuert ist. Die Wiedereingliederung erfolgt dann über die Arbeitsagentur.

Seelische Erkrankungen können in manchen Fällen so schwere Einschränkungen nach sich ziehen, dass eine Vollzeittätigkeit nicht weiter ausgeübt werden kann. In diesen Fällen kann der Betroffene einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente

Rente

(EM-Rente) stellen mit dem Ziel einer Teilrente. Kommt die Rentenversicherung zu dem Schluss, dass die Belastungsfähigkeit über drei aber unter sechs Stunden täglich liegt, wird eine Teilerwerbsminderungsrente gezahlt. Dann muss der Betroffene seine Arbeitszeit auf unter sechs Stunden reduzieren und bekommt den Einkommensverlust teilweise ersetzt. Der Arbeitgeber ist grundsätzlich verpflichtet, die Arbeitszeit entsprechend zu kürzen.

Sind die Einschränkungen durch seelische Erkrankungen noch schwerwiegender und bleibt dem Betroffenen nur eine Belastungsfähigkeit von unter drei Stunden täglich, kann er einen Antrag auf volle Erwerbsminderungsrente stellen. Eine solche Rente wird in aller Regel befristet bewilligt. Das Arbeitsverhältnis bleibt in dieser Zeit grundsätzlich bestehen, es sei denn, ein Tarifvertrag sieht eine andere Regelung vor oder der Arbeitgeber entscheidet sich für eine Kündigung.

Zum Beispiel: Margarete Menger Erwerbsminderungsrente gibt Zeit für Gesundheit

Die Ausgangslage: Margarete Menger (48) ist Verwaltungsmitarbeiterin in einer Behörde. Nach einem psychischen Zusammenbruch wird sie in einer Klinik behandelt. Im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements verabredet sie zunächst mit ihrem Arbeitgeber die Rückkehr in die Dienststelle im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung. Beide Seiten müssen jedoch feststellen, dass die Belastung noch zu hoch, die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterin krankheitsbedingt noch nicht ausreichend ist und auch über eine stufenweise Wiedereingliederung nicht gesteigert werden kann. Da die Zeit, für die Margarete Menger Krankengeld bezieht, bald abläuft, stellt sie einen Antrag auf zeitlich befristete Erwerbsminderungsrente. Mit ihrem Arbeitgeber vereinbart sie, dass sich beide Seiten rechtzeitig zusammensetzen, um nach einem geeigneten Arbeitsplatz zu suchen, wenn eine gesundheitliche Besserung die Rückkehr in den Beruf erlaubt.

3. Handlungsmöglichkeiten

3.1 Bei Mitarbeitern auf dem Weg in Krisen

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

Erste Sorgen – aber die Arbeit läuft noch

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

Wenn tragfähige persönliche Beziehungen oder zumindest die persönliche Bekanntheit bestehen, lässt sich leichter eine Gelegenheit finden, wie man den anderen anspricht. Mögliche Gesprächseinstiege können sein:

„Ich habe den Eindruck, etwas hat sich in letzter Zeit verändert. Ist etwas vorgefallen?“

„Was ist los mit Dir? Hast Du zu viel um die Ohren?“

„Sie machen den Eindruck, als ob etwas Sie stark belastet? Hat das mit der Arbeit zu tun? Kann ich irgendwie helfen?“

Mögliche
Gesprächseinstiege

Gespräch suchen statt Diagnose stellen

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

Gespräche
auf Augenhöhe

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

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

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

Aber was, wenn die Führungskraft keinen Spielraum hat, Aufgaben oder Belastungen zu verändern und auf diese Weise direkte Hilfe zu leisten? Oder die Probleme vor allem im privaten Bereich liegen?

Interne Partner
und Know-how
einbeziehen

Sofern es eine Sozialberatung, Soziale Ansprechpartner, einen Betriebsarzt oder ähnliche Stellen im Unternehmen gibt, können diese ins Boot geholt werden. In anderen Fällen kann man auf die Schwerbehindertenvertretung oder den Betriebsrat verweisen. Die Interessenvertretungen haben in manchen Betrieben besonderes Know-how in diesen Fragen entwickelt und sind daher für Betroffene in Krisensituationen ansprechbar.

Als letzte Möglichkeit bleibt noch der Hinweis auf den Hausarzt, der dem Betroffenen Unterstützung anbieten kann.

Sollte sich in einem Folgegespräch („Hat sich Ihre Situation denn geändert?“ „Sehen Sie wieder Land?“ „Na, ist bei Dir immer noch Stress angesagt. Wie sieht es aus?“) herausstellen, dass die Situation weiterhin angespannt ist oder sich sogar noch zugespitzt hat, kann die Führungskraft zum einen erneut auf die oben genannten Stellen hinweisen, zum anderen kann nun auch der IFD hinzugezogen werden. Eine beliebte Möglichkeit ist es, einen IFD-Fachberater beispielsweise zur Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen, der Sozialberatung oder dem Betriebsrat einzuladen, sodass sich der Ratsuchende dort einen ersten Eindruck verschaffen kann.

Sofern ein vertrauensvolles Klima zwischen Führungskräften und Interessenvertretungen besteht, können auch diese Akteure auf den Vorgesetzten zugehen und sich beraten.

Verantwortung der Führungskraft nicht an Interessenvertreter abgeben

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

Wenn die Interessenvertretungen diesen Auftrag unreflektiert annehmen, können daraus leicht Verwicklungen entstehen. Denn wenn sie die betreffende Person ansprechen, müssen sie offen legen, dass die Führungskraft darum gebeten hat. Dies kann unter Umständen die Situation weiter verschärfen. Wenn der Betriebs-

rat (BR)/Personalrat (PR) oder die Vertrauensperson die Bitte der Führungskraft aber nicht offen legen, ist der Fantasie des Betroffenen erst recht Tür und Tor geöffnet.

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

Mit der Führungskraft
beraten

Erleben Betriebsrat oder Schwerbehindertenvertretung selbst unmittelbar Veränderungen bei ihren Kollegen, können sie dem Betroffenen natürlich auch selbst Gesprächsangebote machen und abwarten, ob er darauf eingeht.

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

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

Wenn (erste) Probleme im Arbeitsalltag auftreten

Wenn die Situation weiter angespannt bleibt oder sich gar verschlechtert, werden Probleme im Arbeitsalltag auftreten, zum Beispiel im Umgang mit Kollegen, mit dem Vorgesetzten, mit Kunden, Fehlzeiten, Unregelmäßigkeiten, Fehler, Minderleistung oder Ähnliches. Sobald es dazu kommt, ist der Vorgesetzte verpflichtet, den Betroffenen erneut anzusprechen. Mögliche Gesprächseinstiege könnten sein:

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

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

Mögliche
Gesprächseinstiege

In dieser Situation kann die Führungskraft durchaus von ihren Besorgnissen sprechen, dass sich bei ihrem Mitarbeiter eine Überforderungssituation anbahnen könnte, die sich weiter zuspitzen könnte.

Wenn der Betroffene auf das Gesprächsangebot eingeht, kann man gemeinsam entscheiden, welche weiteren Stellen einbezogen werden und Absprachen treffen, wie man eine weitere Verschärfung verhindern könnte. Außerdem sollten Führungskraft und Betroffener bereits hier ein Folgegespräch vereinbaren.

Wenn der Betroffene das Gesprächsangebot ablehnt, bleibt der Führungskraft noch der Hinweis auf andere Gesprächspartner: „Wenn Dinge Sie belasten, die Sie mit mir als Führungskraft nicht besprechen möchten, können Sie sich auch gerne an (Sozialberatung/BR/PR/SBV und so weiter) wenden.“

Ebenso kann der Vorgesetzte ansprechen, dass er sich aus Sorge um die weitere Entwicklung selbst an andere Stellen wenden möchte, zum Beispiel an die Sozialberatung, den BR/PR oder die Schwerbehindertenvertretung. Hier kommt es darauf an, dem Betroffenen gegenüber transparent zu handeln.

Fürsorge plus arbeitsrechtliche Schritte

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

Unterstützung der Führungskraft durch betriebliche Akteure

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

In einer solchen Situation sollten die Interessenvertreter mit den Betroffenen deutlich über die Situation sprechen. Häufig erklären sich Betroffene dann bereit für ärztlichen Rat oder Behandlung.

3.2 Während einer Krise

Während der Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Krise sind die Handlungsmöglichkeiten der betrieblichen Akteure zwar begrenzt, aber durchaus vorhanden. Die Verbindung zum Betroffenen halten und feste Ansprechpartner beugen für ihn dem Gefühl vor, abgeschrieben zu sein. Insbesondere das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) kann helfen, Perspektiven für die Zukunft zu eröffnen und damit die Gesundung zu fördern.

Positive Signale wirken ermutigend

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

Besuche in der Klinik oder zu Hause sollten nur bei sehr gutem persönlichem Kontakt ins Auge gefasst werden. Im Zweifel sollte man bei dem Betroffenen auf geeignete Weise (zum Beispiel Karte/Telefonat) anfragen, ob ihm ein Besuch angenehm wäre. Auch dabei sollte man darauf achten, dass man es dem Betrof-

fenen nicht schwer macht, nein zu dieser Idee zu sagen, zum Beispiel: „möchten wir anfragen, ob wir Dich mal besuchen können oder ob Dir das eventuell noch zu früh ist.“

IFD einschalten

Wenn zu diesem Zeitpunkt der IFD noch nicht mit im Boot ist, sollte der betroffenen Person die Kontaktaufnahme empfohlen werden. Oder die Interessenvertretungen können nachfragen, ob sich der IFD seinerseits bei dem Betroffenen melden sollte. Die Begleitung durch den IFD kann in dieser Situation eine wichtige Lotsenfunktion durch die Höhen und Tiefen von wechselnden Krankheitsphasen haben. Besonders wenn ein Mitarbeiter bereits länger arbeitsunfähig ist und sich betrieblichen Stellen gegenüber völlig abkapselt, kann der IFD eine wichtige Vermittlungsrolle einnehmen.

BEM (Betriebliches Eingliederungsmanagement)

Seit 2004 ist das betriebliche Eingliederungsmanagement als Pflicht für die Arbeitgeber im Sozialgesetzbuch IX verankert. Gerade bei psychischen Erkrankungen ist die Zeit der Arbeitsunfähigkeit keineswegs nur Erholung, sondern oft geprägt von quälenden Sorgen. „Wie soll das mit der Arbeit weitergehen? Wie sieht meine Zukunft aus?“

BEM

Sechs Wochen AU-Zeit sind bei einer psychischen Erkrankung schnell erreicht. Die Einladung zum BEM kann durchaus zu einem Zeitpunkt erfolgen, zu dem Mitarbeiter noch mitten in einer relativ akuten Krankheitsphase sind und sich ein solches Gespräch (noch) nicht zutrauen.

Deswegen ist es gerade bei psychischen Erkrankungen so wichtig, dass Betroffene auch die Möglichkeit haben, das BEM unter zeitlichem Vorbehalt anzunehmen: „Ja, aber bitte später“.

Für ein erfolgreiches BEM ist es zwingend, gut zu überlegen, wer den ersten Kontakt herstellt. Dies kann die Personalabteilung oder eine Interessenvertretung sein oder eine Sozialberatung. Wenn die Zuständigkeit für den ersten Kontakt im BEM festgelegt ist, sollte diese auch in Fällen psychischer Erkrankung beibehalten werden.

Erstkontakt

Wichtig ist es, im Rahmen des ersten Kontaktes dem Betroffenen die Ziele und Absichten des BEM zu erläutern. Im Einzelfall kann es zielführend sein, den Betroffenen begleitend zur schriftlichen Einladung durch persönliche Ansprache zu informieren.

Vertrauensperson an der Seite

Wenn das erste persönliche BEM-Gespräch zustande kommt, sollte der Betroffene auf jeden Fall die Möglichkeit haben, eine Person seines Vertrauens hinzuzuziehen. Dazu kommen Mitglieder der Interessenvertretungen in Betracht oder auch Kollegen oder Angehörige.

BEM-Gespräch

Im BEM-Gespräch können gemeinsam erste Überlegungen angestellt werden, wie die Rückkehr gestaltet werden kann. Jede Form von Klarheit sowie jedes Angebot, zwischen verschiedenen Alternativen auswählen zu können („Verhandeln statt behandeln“), jeder Hinweis, sich sofort oder auch erst später sich zu bestimmten Angeboten äußern zu können, nimmt dem Betroffenen eine weitere Last von der Seele und kann seine Gesundheit unterstützen und beschleunigen.

Der Betrieb sollte aber dennoch seine eigene Position klar vertreten („Klarheit kann aufrütteln, bringt aber nicht zusätzlich aus dem Gleichgewicht“). Wenn seitens des Vorgesetzten oder der Interessenvertretung Sorgen bestehen, dass die Krise durch Überforderung an einer bestimmten Aufgabe oder Position entstanden ist, sollte dies angesprochen werden. Ebenso sollte thematisiert werden, wenn der Eindruck entstanden ist, dass der Mitarbeiter durch seine Verhaltensweisen zu der krisenhaften Zuspitzung beigetragen hat.

3.3 Bei Rückkehr nach Krise

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

Unsicherheiten der Betroffenen bei der Rückkehr

Nach einer längeren Abwesenheit wegen einer psychischen Krise oder Erkrankung ist der Gedanke an die Rückkehr an den Arbeitsplatz oft eine große Hürde für den betroffenen Mitarbeiter. Mögliche Gedanken können sein:

- „Schaffe ich die Arbeit überhaupt noch?“
- „Was hat sich während meiner Abwesenheit verändert?“
- „Wie schwer wird es, wieder auf den aktuellen Stand zu kommen?“
- „Werde ich jetzt schräg angesehen?“
- „Was sage ich den Kollegen, wenn die fragen, was ich hatte?“
- „Wie wird mein Vorgesetzter auf mich reagieren?“
- „Wollen die überhaupt, dass ich zurückkomme?“

Neuanfang langsam beginnen

Es ist auf jeden Fall sinnvoll, wenn der Betroffene sowohl inner- wie außerbetrieblich feste Ansprechpartner hat, mit denen er diese Besorgnisse besprechen kann (innerbetrieblich: Interessenvertretungen, Sozialberatung, Kollegen, Betriebsarzt, Vorgesetzte et cetera; außerbetrieblich: IFD, Ärzte, Therapeuten et cetera). Ziel ist es, die Hürde des „Neuanfangs“ in kleine, überschaubare Stufen zu gliedern und so die Motivation und Zuversicht zu vergrößern. Solche Stufen können zum Beispiel sein:

- Gespräche/Telefonate mit Sozialberatung, Betriebsrat/Personalrat oder Schwerbehindertenvertretung,
- Telefonat mit dem Vorgesetzten, um eine Rückmeldung über den Stand der Gesundheit zu geben und den Wunsch zu formulieren, ein Gespräch wegen der Modalitäten der Rückkehr zu vereinbaren (eventuell anknüpfend an Vorabgesprächen aus dem BEM oder zur Vorbereitung auf das BEM),
- ein erstes Begrüßen der Kollegen,
- ein erster Besuch am Arbeitsplatz, um sich wieder vertraut zu machen,

- ein Termin bei der Personalabteilung, um die Formalien der stufenweisen Wiedereingliederung zu klären,
- schließlich der Arbeitsbeginn (wenn möglich und sinnvoll mit stufenweiser Wiedereingliederung).

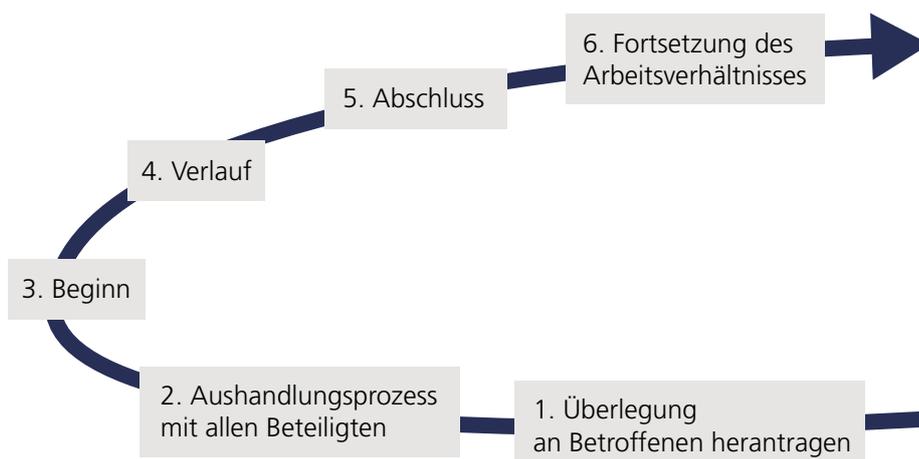
Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung kann ein sehr hilfreiches Instrument für psychisch erkrankte Mitarbeiter sein. Eine psychische Krise ist in aller Regel eine existenziell erschütternde Erfahrung. Der Betroffene erlebt, dass das scheinbar sicher geglaubte Fundament seines Denkens, Fühlens und Handelns ins Wanken gerät oder sogar weitgehend zerbricht.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung kann unterstützen, nach und nach wieder festen Boden unter den Füßen zu bekommen. Es gibt aber einige Vorbedingungen, damit dieses Instrument seine positiven Seiten entfalten kann.

Phasen der stufenweisen Wiedereingliederung



Quelle: Systemberatung Gimbel

Das Scheitern einer stufenweisen Wiedereingliederung kann eine noch größere Krise nach sich ziehen. Dementsprechend muss die stufenweise Wiedereingliederung mit großer Sorgfalt vorbereitet werden. Hier lohnt es sich, sich an der Leitlinie „Langsam schnell zum Ziel kommen“ zu orientieren. Also lieber ein Gespräch zu viel als eines zu wenig zu führen, um Misserfolge einer zu schnell durchgeführten Wiedereingliederung zu vermeiden.

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist nicht gesetzlich festgelegt. Generell gilt, je länger die Arbeitsunfähigkeit gedauert hat, desto länger kann und sollte auch die stufenweise Wiedereingliederung dauern. Die Laufzeit kann in Absprache mit dem Arzt verlängert oder verkürzt werden.

Wiedereingliederung planen

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

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

- gibt es noch Konflikte, Spannungen, Missverständnisse, Kränkungen oder Ähnliches aus der Zeit vor der Arbeitsunfähigkeit beim Betroffenen, seinen Kollegen oder seiner Führungskraft? Wie lassen sich diese Probleme eventuell aus dem Weg räumen?
- Wer hat die betroffene Person vertreten? Möchte das Umfeld gerne, dass die Vertretung bleibt? Was passiert mit dieser Person bei der erfolgreichen Rückkehr des Betroffenen? Und welche Nebenwirkungen kann das auf die stufenweise Wiedereingliederung haben?
- Wenn es keine Vertretung gab: Wie wird gewährleistet, dass die liegen gebliebene Arbeit den Rückkehrenden nicht gleich wieder „erschlägt“?

Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten

Um all diese Dinge zu klären und einen soliden Plan für die Wiedereingliederung aufzustellen, ist die Zusammenarbeit mit dem unmittelbaren Vorgesetzten eine enorm wichtige Voraussetzung.

Zwischenstand einschätzen

Wenn die Beteiligten (Betroffener und Vorgesetzter, eventuell auch Kollegen und/oder Interessenvertretungen) zustimmen, sollte der Stand und die Entwicklung der stufenweisen Wiedereingliederung regelmäßig eingeschätzt werden. Dies kann durch die Beteiligung der Sozialberatung oder des IFD geschehen, soweit er eingeschaltet wurde.

Dazu kann man beim Betroffenen zum Beispiel abfragen:

„Was läuft aus Ihrer Sicht bereits wieder gut?“

„Was oder wer hat Ihnen geholfen, diese Schritte zu erreichen?“

„Was erhoffen Sie sich von den nächsten (Tagen/Wochen) an Weiterentwicklung?“

„Woran werden Sie in nächster Zeit erkennen, dass es weiter aufwärtsgeht?“

„Was und wer könnte Ihnen helfen, diese Ziele zu erreichen?“

„Was vermuten Sie, wünschen sich Ihr Vorgesetzter/Ihre Kollegen für die nächsten Schritte?“

An die Führungskraft können folgende Fragen formuliert werden:

„Was läuft aus Ihrer Sicht bereits wieder gut?“

„Wo erhoffen Sie sich in der nächsten Zeit noch Zuwachs?“

„Gibt es bei Ihnen Besorgnisse, die angesprochen werden sollten?“

Und falls ja:

„Was müsste passieren, dass sich diese Besorgnisse erledigen?“

Zeigt sich, dass die stufenweise Wiedereingliederung den Kollegen überfordert, müssen eine Unterbrechung oder ein Abbruch offen angesprochen werden.

Information der Kollegen

Auch für die Kollegen ist die Rückkehr eines Mitarbeiters nach psychischer Krise nicht selten verunsichernd:

- „Muss ich denjenigen jetzt in Watte packen?“
- „Was kann ich im Umgang mit ihm falsch machen?“
- „Darf ich den fragen, was er hatte?“
- „Ist es unhöflich, wenn ich nicht danach frage?“

Informationen
abstimmen mit
dem Betroffenen

Um in diese Situation Klarheit zu bringen, muss mit dem betroffenen Mitarbeiter geklärt werden, welche Informationen er seinen Kollegen zu den Gründen seiner Abwesenheit und seiner Wiedereingliederung geben will und welche Informationen der Vorgesetzte oder die Interessenvertretung weitergeben darf.

Die Führungskraft muss bei der Ankündigung der Rückkehr des Mitarbeiters immer ein gewisses Maß an Informationen geben. Dabei ist zu beachten, dass auf keinen Fall Diagnosen bekannt gegeben werden. Die Situation sollte möglichst umschrieben werden, zum Beispiel mit Begriffen wie „Erschöpfungszustand“, „Krise“, „mit den Nerven am Ende gewesen“.

Wenn sich die Situation abzeichnet, dass Informationen über seelische Krisen zur Stimmungsmache genutzt werden, ist zusätzliche Vorsicht geboten.

Wenn stufenweise Wiedereingliederung abgelehnt wird

In manchen Fällen lehnen Betroffene die stufenweise Wiedereingliederung ab. Dies kann finanzielle Gründe haben; während der stufenweisen Wiedereingliederung wird weiterhin nur das Krankengeld gezahlt, es entstehen aber zusätzliche Kosten (zum Beispiel Fahrtkosten). Viele Betroffene möchten aber auch nicht durch die stufenweise Wiedereingliederung „geoutet“ werden und möchten diese Situation vermeiden.

Hier kommt die Leitlinie „Seien Sie nicht auf die eigenen Lösungsvorstellungen fixiert“ zum Tragen. Es gilt, die Entscheidung des Betroffenen zu akzeptieren. Wenn ein betroffener Mitarbeitender trotz aller Vorteile keine stufenweise Wiedereingliederung wünscht, müssen gemeinsam mit ihm Alternativen erörtert werden, die ihn bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstützen.

Sicherungen verabreden

Nach erstmaligen Erkrankungen, aber insbesondere dann, wenn Mitarbeitende wiederholt psychisch erkrankt sind, sollte berücksichtigt werden, ob – und wenn ja welche – „Frühwarnsysteme“ im betrieblichen Alltag greifen können. Das betriebliche Umfeld – Kollegen und Vorgesetzte – nimmt eventuell frühzeitig Veränderungen wahr. Wenn man gemeinsam mit dem Betroffenen dazu Absprachen trifft („Verhandeln statt behandeln“), fällt es den anderen Beteiligten leichter, problematische Entwicklungen frühzeitig anzusprechen.

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

4. Viel diskutierte Phänomene und Krankheitsbilder

4.1 Burnout

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

Unter dem Begriff Burnout fasst man die Symptome emotionaler und körperlicher Erschöpfung nach längerer Zeit ständiger Überforderung zusammen: Betroffene fühlen sich leer, stumpf und verzweifelt. Das Interesse an anderen Menschen und Freizeitaktivitäten schwindet, die Leistungsfähigkeit nimmt ab. Im beruflichen Umfeld kann sich das Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten wesentlich verschlechtern. Den beruflichen Anforderungen kommen Betroffene häufig nicht mehr zu Genüge nach.

Durch einige Prominente, die sich als Betroffene geoutet haben und deren Probleme in den Medien ausgebreitet wurden, wurden viele Diskussionen entfacht, besonders auch zum Thema Überforderung im Arbeitsleben durch veränderte Bedingungen in der Arbeitswelt. Ebenso gibt es aber auch Vertreter der Meinung, dass das Thema Burnout nur eine Modeerscheinung ist.

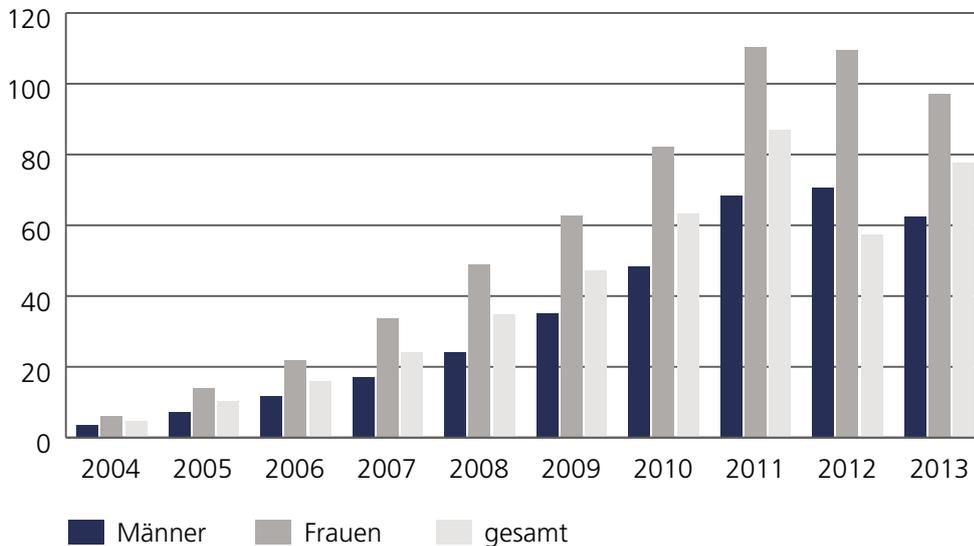
„Diagnose“ Burnout

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

Dieser Code Z73 wird erst seit 2004 von den Krankenkassen gemessen und erfasst. Der Anstieg der Zahlen in diesem Bereich in diesen wenigen Jahren bis heute ist in der Tat auffällig groß.

AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Burnout-Syndrom (Z73) im Zeitverlauf (2004 – 2013) nach Geschlecht

AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner



Quelle: BKK Gesundheitsreport 2014, S. 114

Allerdings ist das Ausmaß der AU-Tage wegen Burnout im Vergleich zu dem anderer psychischer Erkrankungen eher gering: Allein die Zahl der AU-Tage wegen Depressionen ist etwa 6- bis 8-mal so hoch.

Dazu kommt, dass der ICD-Code Z73 nur in 15 Prozent der Fälle als alleiniger Grund für die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit stand, in den restlichen 85 Prozent der Fälle aber zusammen mit anderen psychischen – schwerpunktmäßig Depressionen – oder körperlichen Erkrankungen einherging.

Schließlich ist noch zu berücksichtigen, dass die Altersgruppe 50 Jahre und aufwärts besonders stark betroffen ist. Diese Gruppe steht besonders unter Druck, was wachsende berufliche Anforderungen und gleichzeitig altersbedingtes Nachlassen der Kräfte betrifft.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Zahlen in Zukunft entwickeln. Rein diagnostisch ordnen Ärzte Symptome der Erschöpfung unterschiedlich ein (zum Beispiel als Burnout, Ermüdung, Erschöpfung, et cetera), sodass die Statistiken immer ein Stück weit ungenau sind.

4.2 Mobbing

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

Definition von Mobbing

„Unter Mobbing wird eine konfliktbelastete Kommunikation am Arbeitsplatz unter Kollegen oder zwischen Vorgesetzten und Untergebenen verstanden, bei der die angegriffene Person unterlegen ist und von einer oder einigen Personen systematisch, oft und während einer längeren Zeit mit dem Ziel und/oder dem Effekt des Ausstoßes aus dem Arbeitsverhältnis direkt oder indirekt angegriffen wird und dies als Diskriminierung empfindet.“¹

Situationen dieser Art sind für Betroffene extrem belastend und kräftezehrend. Der Weg in – häufig psychische – Dauerkrankheit ist dann vorprogrammiert. Nur in seltenen Fällen gelingt die Rückkehr in den alten Betrieb. Auch vor Gericht haben Betroffene in den meisten Fällen keine Chance, Recht zu bekommen: Mobbing kann als „psychosozialer Betriebsunfall“ gewertet werden, allerdings ohne die Möglichkeit der Unterstützung durch die Berufsgenossenschaften.

Wenn Vorgesetzte oder Interessenvertretungen herausfinden wollen, wie es denn „in Wirklichkeit“ war, wer „schuld hat“ und wer „unschuldig“ ist, wird damit häufig eingeleitet, dass schließlich die Mehrheit oder der hierarchisch höherstehende Beteiligte, Recht und der einzelne Betroffene die Schuld am Verlauf bekommt. So kann zusätzlich das Gefühl ausgelöst werden, dass ihm auch noch von höherer Stelle Unrecht geschieht und er letztlich ohnmächtig ist. Das kann zu lang andauernden psychischen Folgen führen.

Allerdings wird der Begriff „Mobbing“ nicht nur in einer solchen Situation angewandt. Es kommt auch vor, dass eine Person von den anderen als sehr belastend, unkooperativ oder streitsüchtig erlebt wird. Die Kollegen gehen dieser Person aus dem Weg oder setzen sich zur Wehr. Die betreffende Person dagegen erlebt dies als aggressives und ausgrenzendes Verhalten der Umgebung ihr gegenüber – eben als Mobbing. Vielfach ist es schwierig, zwischen Aktion und Reaktion, Täter und Opfer zu unterscheiden.

Insofern eignet sich der Begriff Mobbing nur (und nur begrenzt) für die Einzelberatung von Betroffenen, weil man ihnen damit für ihre Sichtweise Verständnis entgegenbringen kann und damit ihr Leiden anerkennt, das in aller Regel mit der Situation einhergeht.

¹ Leymann: Der neue Mobbingbericht, 1995, S. 18. Eine gesetzliche Definition von Mobbing findet sich in § 3 Absatz 3 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG)

Für innerbetriebliche Beratung ist der Begriff Mobbing eher hinderlich, denn er geht von einer „Täter-Opfer-Perspektive“ aus: Wenn jemand „gemobbt“ wird, dann steht der Vorwurf im Raum, dass andere Personen mobben. Und sofort verschärft sich der Streit. Insofern wirkt der Begriff „Mobbing“ in aller Regel als „Brandbeschleuniger“. Deshalb ist eher der Begriff der „entgleisten Konflikte“ zu empfehlen statt Mobbing.

Betriebe sind gut beraten, innerbetrieblich ein Verfahren zum Umgang mit Konflikten zu etablieren und Zuständige zu benennen, an die sich Betroffene wenden können („Konfliktberatungsstelle“ oder positiv „Kooperationsförderungsstelle“). Dieses Unterstützungsnetz kann die Menge der Konflikte verringern, die „entgleisen“ und die Gefahr von psychischen Erkrankungen der Beteiligten eindämmen.

4.3 Sucht

Bezüge und Abgrenzungen

Die Zahl der dokumentierten Arbeitsunfähigkeitstage infolge von Suchtkrankheiten ist in den letzten zehn Jahren um 17 Prozent gestiegen².

Gemeint ist in erster Linie die Einzel- oder Mehrfachabhängigkeit von sogenannten stoffgebundenen Substanzen: also Alkohol, Drogen und Medikamente. Im Folgenden geben wir eine kurze Information zum Thema „Sucht“.

Zentrales Erkennungszeichen: Kontrollverlust

Zentrales Kriterium für eine sich oft über einen längeren Zeitraum und in mehreren Stufen entwickelnde Abhängigkeit ist der sogenannte Kontrollverlust: die Unfähigkeit aus eigenem Willen wieder aufhören zu können mit dem Konsum dieser Substanz. Es gibt mehrere Anzeichen für eine sich entwickelnde Abhängigkeitserkrankung: Zum Beispiel die „Toleranzentwicklung“ – wenn die Menge der konsumierten Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente) wächst – oder wenn Entzugserscheinungen auftreten beim Absetzen des Suchtmittels. Während in den letzten Jahren das Alkoholtrinken am Arbeitsplatz leicht abgenommen hat, hat der Medikamentenmissbrauch kontinuierlich zugenommen. Die Zahlen zum Missbrauch illegaler Drogen bleiben relativ unverändert. Schätzung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): fünf Prozent sind suchtkrank, weitere zehn Prozent gefährdet. Die Auswirkungen von Sucht auf das Arbeitsleben sind gravierend, zumal es hierbei nicht nur um das Suchtverhalten am Arbeitsplatz selbst geht, sondern auch der Suchtmittelmissbrauch in der Freizeit zeigt Folgewirkungen im Arbeitsleben. Laut Informationen der DHS schätzen Experten, dass fünf Prozent aller Arbeitnehmer suchtkrank sind, weitere zehn Prozent gelten als suchtgefährdet. Modellrechnungen gehen davon aus, dass bei suchtkranken Arbeitnehmern gegenüber Mitarbeitern ohne Suchtprobleme Leistungseinbußen

² AOK-Bundesverband, 2013

von bis zu 25 Prozent festzustellen sind, sie 16-mal häufiger fehlen (Kurzerkrankungen ohne Krankschreibung), 2,5-mal häufiger aufgrund attestierter Krankheit ausfallen und 3,5-mal häufiger in Unfälle verwickelt werden.

Gesprächsanlass für Führungskräfte: sinkende Arbeitsleistung

Im betrieblichen Kontext stehen jedoch zunächst weniger Abhängigkeit und Sucht selbst im Vordergrund des Interesses. Anlass für eine Reaktion und ein Thematisieren von Vorgesetzten, Kollegen und Arbeitgebern sind in der Regel die beobachtbaren Folgen: Wenn die Qualität der Arbeit oder die Zuverlässigkeit leidet, wenn arbeitsvertragliche Pflichten ganz oder teilweise nicht mehr erfüllt werden. Zu diesen Pflichten gehört zum Beispiel auch die Beachtung von Arbeitsschutzvorschriften wie etwa ein generelles Alkoholverbot. Solche Beobachtungen liefern dann dem direkten Vorgesetzten den Anlass für ein Gespräch mit dem betroffenen Mitarbeiter beziehungsweise der betroffenen Mitarbeiterin. Betroffene sollen die Gelegenheit erhalten, sich kritisch mit dem eigenen Verhalten auseinanderzusetzen. Wenn das Suchtverhalten erkennbar stärker in den Vordergrund tritt, sollte dies auch deutlich angesprochen werden – verbunden mit dem Hinweis auf Beratungs- beziehungsweise Behandlungsmöglichkeiten, aber auch mit Hinweis auf mögliche Folgen bei ausbleibender Veränderung.

Hilfemöglichkeiten für suchtkranke Menschen

Für Menschen, bei denen die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz eindeutig vor allem auf Suchtkrankheit als Ursache zurückgehen, gibt es im Bereich Suchthilfe bekannte Anlaufstellen und Beratungsmöglichkeiten.

Auf der Internetseite der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in NRW (www.landesstellesucht-nrw.de) können lokale Beratungs- und Behandlungsstellen aufgerufen werden.

Sucht und weitere psychische Krankheiten

Häufig mischen sich die Krankheitsbilder und psychische Erkrankungen, und Suchtkrankheiten treten gemeinsam auf. So können beispielsweise Menschen, die unter einer Angstneurose leiden, in die Gefahr geraten, dass sie mithilfe von Alkohol versuchen, angstbesetzte Situationen besser durchzustehen. Ein anderes Beispiel für solche Doppelerkrankungen sind Menschen, die unter einer schizophrenen Erkrankung leiden und Alkohol trinken, um die Wahrnehmungsstörungen und Halluzinationen einzudämmen. Oder Menschen, die auf dem Hintergrund einer Drogenabhängigkeit in eine Psychose rutschen (drogeninduzierte Psychose).

Es gibt hier ein breites Spektrum differenzierter Wechselwirkungen zwischen Sucht und Psychose, welches einer sorgfältigen medizinischen und psychiatrischen Diagnose bedarf, um die entsprechenden Behandlungsschritte einleiten zu können. Damit sind medizinische Laien wie Arbeitgeber, Führungskräfte oder Kollegen sicher überfordert, und von einer Betätigung als Hobbypsychologe sollte

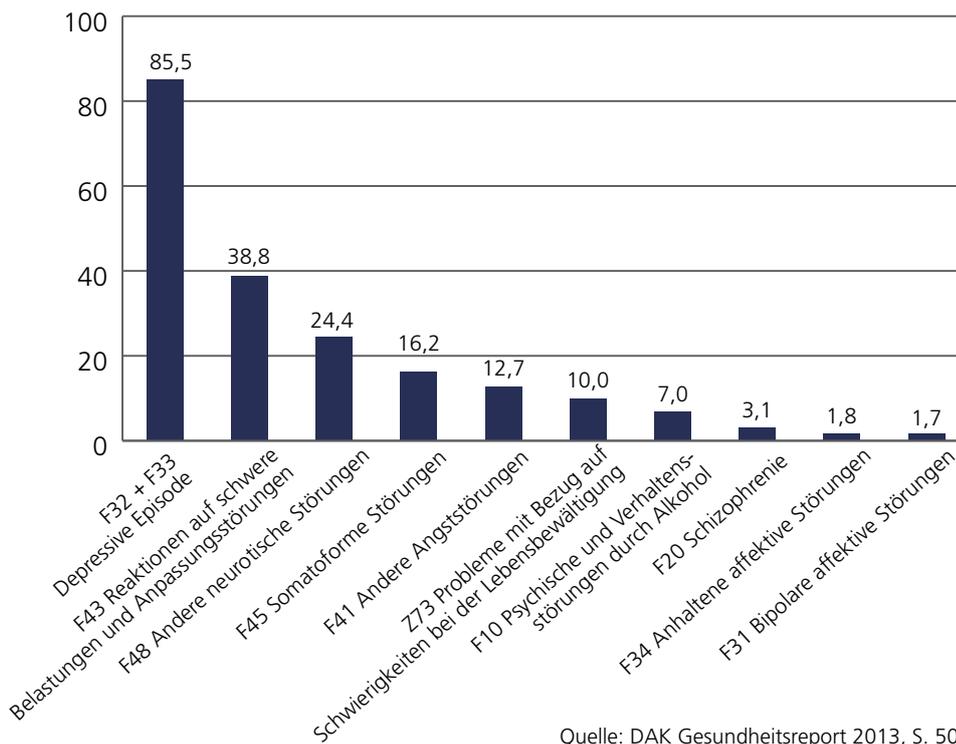
auch abgeraten werden. Konkrete Unterstützung und Beratung bieten in dieser Situation jedoch die Integrationsfachdienste (IFD), die auch für Menschen mit einer solchen sogenannten Doppeldiagnose (Sucht und Psychose) zuständig sind.

4.4 Wichtige Störungen und Diagnosen

Nachfolgend werden die fünf psychischen Störungen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen aufgeführt.

Im Folgenden werden die ersten fünf Diagnosegruppen mit dem höchsten Anteil an AU-Tagen kurz beschrieben. Dabei wird die entsprechende Beschreibung der Störung aus dem ICD 10, also dem offiziellen Verzeichnis der Diagnoseschlüssel, zitiert.

AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen – Die häufigsten Einzeldiagnosen inkl. Z73 („Burnout“)



„Depressive Episode“ (F32+F33)

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten „somatischen“ Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. (Während mit einer „Episode“ das einmalige Auftreten der Erkrankung bezeichnet wird, spricht man unter F33 von einer „rezidivierenden depressiven Störung“, wenn die Erkrankung wiederholt auftritt.)

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

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

Andere neurotische Störungen (F48.0) Neurasthenie

Im Erscheinungsbild zeigen sich beträchtliche kulturelle Unterschiede. Zwei Hauptformen überschneiden sich beträchtlich. Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Formen finden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicher-

heit. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig. Der Schlaf ist oft in der ersten und mittleren Phase gestört, es kann aber auch Hypersomnie³ im Vordergrund stehen.

Somatisierungsstörung (F45)

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

Andere Angststörungen (F41)

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

Die vorstehende Zusammenstellung stammt aus www.dimdi.de → Klassifikationen, Terminologien, Standards, ICD-10-GM

Vertiefung

Beschreibungen von psychischen Störungen und Diagnosen sowie möglichen Folgen für den Arbeitsalltag finden sie auch im Internet unter: www.psychenet.de

³ Schlafsucht/chronische Müdigkeit

4.5 Zahlen und Entwicklungen

Betrachtet man die langfristige Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens in Deutschland, fällt auf, dass in den letzten Jahrzehnten unabhängig vom Auf und Ab des gesamten Krankenstandes die psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitsfälle kontinuierlich angestiegen sind:

Psychische Erkrankungsfälle sind an der Gesamtzahl der AU-Fälle mit etwa vier bis sechs Prozent beteiligt.

Da psychische Erkrankungen zu den Erkrankungen mit der längsten Dauer pro Krankheitsfall gehören – je nach Krankenkasse zwischen 28 bis 44 Tage pro Fall – beträgt der Anteil psychischer Erkrankungen an allen AU-Tagen mittlerweile zwischen 13 und 17 Prozent, je nach Krankenkasse.

Statistiken

Der Gesundheitsreport der DAK weist für 2013 einen weiteren Anstieg der AU-Tage wie der AU Fälle auf:

„An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die psychischen Erkrankungen mit 14,6 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 212,8 AU-Tagen pro 100 Versicherte ein weiterer Anstieg der Fehltage festzustellen (2012: 203,5 AU-Tage). Auch die Erkrankungshäufigkeit mit durchschnittlich 6,2 Fällen ist gegenüber dem Vorjahr weiter angestiegen (2012: 6,1 AU-Fälle je 100 VJ).“⁴

Derzeit zeichnet sich eine Verlangsamung des Anstiegs ab. Dies könnte – bei positiver Interpretation – ein Ergebnis der Tatsache sein, dass in immer mehr Betrieben diesem Problem mehr Aufmerksamkeit zukommt und immer mehr Betriebe beim Thema BEM Fortschritte zeigen.

Dabei beziehen sich die Zahlen immer auf Statistiken über AU-Tage einzelner Krankenkassen, die jeweils in unterschiedlichen Unternehmens- bzw. Verwaltungsbereichen ihre Schwerpunkte haben. Betrachtet werden dabei eben auch nur die Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Arbeitslosengeldbezieher II sowie Versicherte in privaten Krankenkassen bleiben bei diesen Statistiken unberücksichtigt.

Auffällig ist seit Jahren, dass weibliche Beschäftigte bei AU-Tagen wegen psychischer Erkrankungen etwa um 60 – 70 Prozent über denen der Männer liegen.

Bei der Diskussion der Ursachen für diesen Unterschied werden betriebliche wie außerbetriebliche Ursachen genannt:

Geschlechterverhältnis

Frauen sind häufiger in psychisch besonders belastenden Berufen wie zum Beispiel Kranken- oder Altenpflege beschäftigt. Frauen sind häufiger als Männer in Berufen mit geringen Gestaltungsmöglichkeiten (zum Beispiel Helferinnen, telefo-

⁴ DAK-Gesundheitsreport 2013, S. 16

nistinnen) beschäftigt, in denen die Kombination aus hohem Leistungsdruck bei wenig Gestaltungsspielraum der Arbeit als psychisch besonders belastend eingeschätzt wird.

Auch die Rollenproblematik ist bei diesem Unterschied von Bedeutung: Frauen sind nach wie vor durch Hausarbeit stärker belastet als Männer, sie haben dadurch täglich längere Belastungen und geringere Erholzeiten. Auch Alleinerziehende sind in 90 Prozent der Fälle Frauen.

Schließlich wurde auch festgestellt, dass Ärzte weibliche Patienten auf die Möglichkeit psychischer Probleme viel häufiger ansprechen als männliche Patienten.

Männer sind durch ihr Rollenbild häufig noch stärker gehemmt, sich selbst oder anderen psychische Probleme oder Erkrankungen einzugestehen. Es wird außerdem diskutiert, dass das Gesundheitssystem wenig adäquate Behandlung und Sichtweisen für die männlichen Ausprägungen psychischer Störungen entwickelt habe und das Versorgungssystem für Männer besonders schwer zugänglich und annehmbar sei. So ist gerade für Männer in der Lebensmitte der Selbstmord 3- bis 4-mal so oft wie für Frauen die Konsequenz aus nicht aushaltbaren seelischen Nöten.

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

Als „gesicherte arbeitsbedingte Risikofaktoren“⁵ werden folgende Punkte benannt, die in jedem Betrieb und in jeder Branche natürlich unterschiedlich ausgeprägt sein können:

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

Arbeitsbezogene
„Risikofaktoren“

⁵ Iga-Fakten 1, Psychische Gesundheit im Erwerbsleben, Initiative Gesundheit und Arbeit

Breiten Raum nimmt dabei die Diskussion um eine Zunahme der Arbeitsbelastung, der Arbeitsverdichtung und des Stresses am Arbeitsplatz ein. Alle Untersuchungen und Befragungen der letzten Jahre ergaben immer, dass von Jahr zu Jahr die psychische Belastung zugenommen habe:

Die Arbeitnehmerkammer in Bremen hat bei einer Befragung der Betriebsräte im Raum Bremen im Frühjahr 2014 die Rückmeldung erhalten, dass 53,2 Prozent der Beschäftigten stark, 21,1 Prozent der Beschäftigten sogar sehr stark von psychischen Belastungen betroffen seien.

Außerdem nimmt die Zahl der Berufstätigen mit belastenden Faktoren im Arbeitsleben zu:

2011 arbeiteten knapp neun Millionen Menschen auch am Wochenende regelmäßig. Zehn Jahre zuvor waren es 6,7 Millionen. Die Zahl der Nachtarbeiter ist zwischen 2001 und 2011 von 2,5 Millionen auf 3,3 Millionen Beschäftigte gestiegen. Darüber hinaus ist es mittlerweile für 8,9 Millionen Menschen Alltag, auch abends zu arbeiten. Zehn Jahre zuvor waren es lediglich 6,1 Millionen. Sechs Millionen Arbeitnehmer leisteten 2011 Schichtarbeit, ein Anstieg um 24 Prozent.

Vor allem Arbeitgebervereinigungen betonten in der Vergangenheit mehr den privaten Anteil an psychischen Erkrankungen oder den Mix aus beruflichen, privaten und genetischen Faktoren.

„Die pauschale Behauptung, dass Arbeit krank mache, gehe völlig an der Realität vorbei, sagte Hauptgeschäftsführer Oliver Zander gestern. Psychische Belastungen und Stress hätten ihre Ursachen auch im individuellen Umfeld. Der Verband hat nachgerechnet, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass private Probleme die Psyche belasten. Das Ergebnis: Die Arbeitnehmer der Metall- und Elektroindustrie verbrachten rund 82 Prozent des Jahres außerhalb des Betriebs, teilte Zander mit.“⁶

In der „Gemeinsamen Erklärung Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ von DGB, BDA und Bundesministerium für Arbeit und Soziales vom Sommer 2013 wurde diese Position weiterentwickelt:

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

⁶ Märkische Allgemeine, 24.04.2013

wenn arbeitsbedingter Stress nicht nur punktuell, sondern dauerhaft auf die Beschäftigten einwirkt und die Beanspruchungsfolgen nicht ausreichend kompensiert werden können.“

5. Literatur und Links

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und behinderter Menschen, Frankfurt am Main 2010

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Frankfurt am Main 2004

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BapK e.V.), Psychisch krank. Und jetzt? Erstinformationen für Familien mit psychisch kranken Menschen; Bonn 2003

BKK Bundesverband und BApK e.V., Psychisch krank im Job. Was tun?, Bonn 2006

Dörner, Klaus; Irren ist menschlich, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2013

Lütz, Manfred: Irre! – Wir behandeln die Falschen: Unser Problem sind die Normalen – Eine heitere Seelenkunde – Mit einem Vorwort von Eckart von Hirschhausen, Goldmann Verlag 2011

LWL-Integrationsamt Westfalen: Behinderung und Ausweis, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster 2014

LWL-Integrationsamt Westfalen: Leistungen zur Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben und Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster 2014

LVR-Integrationsamt: Der besondere Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen, Landschaftsverband Rheinland, Köln 2015

LWL-Integrationsamt Westfalen: Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster 2015

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Wenn die Psyche Hilfe sucht, Münster 2010

Riechert, Ina: Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche – von der Prävention bis zur Wiedereingliederung, Springer-Verlag 2011

Rütgers, Günter/Schüchter, Wolfgang: Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz. Eine Handlungsleitlinie für Führungskräfte, Barmer-GEK, 2014

Seiler, K./Jansing, P.-J.: Erkrankungsrisiken durch arbeitsbedingte psychische Belastungen

Windemuth/Jung/Petermann: Psychische Erkrankungen im Betrieb. Eine Orientierungshilfe für die Praxis, Wiesbaden, Universum-Verlag, Juni 2014

Alle Publikationen des LWL-Integrationsamts Westfalen zum Bestellen oder als pdf im Internet: www.lwl-integrationsamt.de → Publikationen

Nützliche Links

Übersicht über alle Diagnosen: ICD 10 in der aktuellen Ausgabe für Deutschland: www.dimdi.de → **Klassifikationen, Terminologien, Standards** → **ECD-10-IM**

Informative Kurzinformationen zu psychischen Diagnosen und weiteren wichtigen Fragen rund um das Thema „Psyche“ (gut geeignet für Betroffene, die sich mit ihrer Situation auseinandersetzen wollen):

www.psychenet.de

Informationen zu Gesundheitsprävention speziell auch bei psychischen Belastungen:

www.iga-info.de

Suchmaschine für Sozialfragen im Gesundheitswesen:

www.betanet.de/betanet/portal

Ratgeber zu psychischen und anderen Krankheiten und damit zusammenhängenden sozialrechtlichen Fragen:

www.betacare.de/ratgeber.php

Studie der Bundespsychotherapeutenkammer zu Psychischen Erkrankungen und Burnout in der Arbeitswelt:

www.bptk.de → **Publikationen** → **BPtK-Studie** → **BPtK-Studie: Arbeitsunfähigkeit und psychische Erkrankungen 2012**

6. Adressen und Ansprechpartner

LWL-Integrationsamt Westfalen

Anschrift

Postanschrift: LWL-Integrationsamt Westfalen, 48133 Münster
Besucheranschrift: Von-Vincke-Straße 23–25, 48143 Münster
Telefon: 02 51 591-01 (Zentrale); Fax: 02 51 591-65 66

Leitung des LWL-Integrationsamts Westfalen

Ulrich Adlhoch
Telefon: 02 51 591-229, E-Mail: ulrich.adlhoch@lwl.org

Ansprechpersonen für Begleitende Hilfe/Kündigungsschutz

für die Städte und Kreise Bottrop, Gladbeck, Gelsenkirchen, Hagen, Herne, Bochum, Unna, Hamm, Soest, Paderborn, Höxter, Kreis Lippe, Ennepe-Ruhr-Kreis, Märkischer Kreis, Hochsauerlandkreis, Kreis Olpe, Kreis Siegen-Wittgenstein:

Katja Debus
Telefon: 02 51 591-35 75, E-Mail: katja.debus@lwl.org

für die Städte und Kreise Borken, Coesfeld, Steinfurt, Dortmund, Münster, Warendorf, Gütersloh, Bielefeld, Herford, Minden-Lübbecke, Recklinghausen:

Uschi Medding
Telefon: 02 51 591-35 62, E-Mail: uschi.medding@lwl.org

Ansprechpersonen für die Bereiche Information, Seminare und Öffentlichkeitsarbeit

Bastian Everding
Telefon: 02 51 591-81 41
E-Mail: bastian.everding@lwl.org

Frederic Heinze
Telefon: 02 51 591-37 40
E-Mail: frederic.heinze@lwl.org

Petra Wallmann
Telefon: 02 51 591-34 61
E-Mail: petra.wallmann@lwl.org

Susanne Wesselbaum-Ukas
Telefon: 02 51 591-37 73
E-Mail: susanne.wesselbaum-ukas@lwl.org
Fax: 02 51 591-65 66

Ansprechpersonen für den Bereich Integrationsprojekte

Michael Veltmann

Telefon: 02 51 591-3826

E-Mail: michael.veltman@lwl.org

Melanie Ahlers

Telefon: 02 51 591-3885

E-Mail: melanie.ahlers@lwl.org

Sina Dege

Telefon: 02 51 591-3778

E-Mail: sina.dege@lwl.org

Christian Niemand

Telefon: 02 51 591-6547

E-Mail: christian.niemand@lwl.org

Ansprechperson für den Bereich Ausgleichsabgabe

Andreas Königkamp

Telefon: 02 51 591-4729

Fax: 02 51 591-6587

E-Mail: andreas.koenigkamp@lwl.org

Ansprechpersonen im Technischen Beratungsdienst

Frank Schrappner

Telefon: 02 51 591-3580

E-Mail: frank.schrappner@lwl.org

Rainer-Ingo Annas

Telefon: 02 51 591-3772

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

Tanja Böhler

Telefon: 02 51 591-3834

E-Mail: tanja.boehler@lwl.org

Wolfgang Drillich

Telefon: 02 51 591-5720

E-Mail: wolfgang.drillich@lwl.org

Michael Rother

Telefon: 02 51 591-3561

E-Mail: michael.rother@lwl.org

Fax: 02 51 591-5998

Ansprechpersonen im Fachdienst für Menschen mit Sehbehinderung

Michael Große-Drenkpohl

Telefon: 02 51 591-4611

E-Mail:

michael.grosse-drenkpohl@lwl.org

Agnes Egbert

Telefon: 02 51 591-3788

E-Mail: agnes.egbert@lwl.org

Simone Löchte

Telefon: 02 51 591-3563

E-Mail: simone.loechte@lwl.org

Fax: 02 51 591-8119

Ansprechpersonen im Fachdienst für Menschen mit Hörbehinderung

Steffi Pöllmann

Telefon: 02 51 591-3264

E-Mail: steffi.poellmann@lwl.org

Kathleen Amshove

Telefon: 02 51 591-3866

E-Mail: kathleen.amshove@lwl.org

Wilhelm Hanning

Telefon: 02 51 591-3894

E-Mail: wilhelm.hanning@lwl.org

Fax: 02 51 591-8119

Ansprechpersonen im Präventionsfachdienst Sucht und Psyche

Anke Kirchhof-Knoch

Telefon: 052 41 502-2578

E-Mail: anke.kirchhof-knoch@lwl.org

Reinhold Heeringa

Telefon: 029 52 889-732

E-Mail: reinhold.heeringa@lwl.org

Karin Martin

Telefon: 052 41 502-2537

E-Mail: karin.martin@lwl.org

Silke Ostermann

Telefon: 052 41 502-2657

E-Mail: silke.ostermann@lwl.org

Briefadresse:

LWL-Fachdienst für betriebliche

Suchtprävention

Postfach 1263

33342 Gütersloh

Bereiche Integrationsbegleitung und Integrationsfachdienste beim LWL-Integrationsamt Westfalen

Ansprechpersonen für Integrationsfachdienst & Übergang Psychiatrie – allgemeiner Arbeitsmarkt

Petra Dreyer-Summers
Sachbereichsleitung & Koordination
Telefon: 02 51 5 91-47 24
E-Mail:
petra.dreyer-summers@lwl.org

Daniela Feye
Telefon: 02 51 5 91-30 02
E-Mail: daniela.feye@lwl.org

Susanne Harder
Telefon: 02 51 5 91-41 23
E-Mail: susanne.harder@lwl.org

Horst Kappeller
Telefon: 0 23 04 21 33 4
E-Mail: horst.kappeller@lwl.org

Gisela Lamberty-Overbeck
Telefon: 02 51 5 91-47 27
E-Mail:
gisela.lamberty-overbeck@lwl.org

Ansprechpersonen für Arbeitstraining

Claudia Daldrup
Telefon: 02 51 5 91-65 45
E-Mail: claudia.daldrup@lwl.org

Ulrike Becker
Telefon: 02 51 5 91-37 63
E-Mail: ulrike.becker@lwl.org

Katja Plettenberg
Telefon: 02 51 5 91-32 00
E-Mail: katja.plettenberg@lwl.org

Elin Prasun
Telefon: 02 51 5 91-43 25
E-Mail: elin.prasun@lwl.org

Ansprechperson für Übergang aus der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt

Dr. Monika Peters
Telefon: 02 51 591-5746
E-Mail: monika.peters@lwl.org

Ansprechpersonen für den Übergang aus der Schule auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (Projekt STAR)

Christian Krawietz
Telefon: 02 51 591-3491
E-Mail: christian.krawietz@lwl.org

Koordinator/Koordinatorinnen

Yvonne Broszkus
Telefon: 02 51 591-3830
E-Mail: yvonne.broszkus@lwl.org

Johanna Korte
Telefon: 02 51 591-3202
E-Mail: johanna.korte@lwl.org

Daniela Moser
Telefon: 02 51 591-4229
E-Mail: daniela.moser@lwl.org

Kristina Steffen
Telefon: 02 51 591-4750
E-Mail: kristina.steffen@lwl.org

Fax: 02 51 591-3272

Integrationsfachdienste in Westfalen-Lippe

Stadt Bielefeld und Kreis Gütersloh

Integrationsfachdienst
Königsweg 10, 33617 Bielefeld
Fax: 05 21 1 44-44 95

Ulf Ballstaedt

Telefon: 05 21 1 44-45 40
E-Mail: ulf.ballstaedt@ifd-westfalen.de

Städte Bochum und Herne

Integrationsfachdienst
Westring 26, 44787 Bochum
Fax: 02 34 91 33-1 88

Martina Schuster

Telefon: 02 34 91 33-1 66
E-Mail: martina.schuster@ifd-westfalen.de

Kreis Coesfeld und Borken

Integrationsfachdienst
Röntgenstraße 6, 46325 Borken
Fax: 0 28 61 80 29-1 15

Andrea Brauckhoff

Telefon: 0 28 61 80 29-3 18
E-Mail: andrea.brauckhoff@ifd-westfalen.de

Stadt Dortmund

Integrationsfachdienst
Franziskanerstraße 3, 44143 Dortmund
Fax: 02 31 58 97 84-2 9

Torsten Stern

Telefon: 02 31 58 97 84-1 8
E-Mail: torsten.stern@ifd-westfalen.de

Städte Gelsenkirchen, Bottrop, Gladbeck

Integrationsfachdienst
Bahnhofsvorplatz 4, 45879 Gelsenkirchen
Fax: 02 09 95 71 46-6 9

Nicole Goralski

Telefon: 02 09 95 71 46-1 9
E-Mail: nicole.goralski@ifd-westfalen.de

Stadt Hagen/Ennepe-Ruhr-Kreis

Integrationsfachdienst
Hochstraße 83c, 58095 Hagen
Fax: 0 23 31 91 84-5 3

Olav Kranz

Telefon: 0 23 31 91 84-0
E-Mail: olav.kranz@ifd-westfalen.de

Stadt Hamm

Integrationsfachdienst
Caldenhofer Weg 225, 59063 Hamm
Fax: 0 23 81 5 87-9 95 56

Dirk Henning

Telefon: 0 23 81 5 87-5 56
E-Mail: dirk.henning@ifd-westfalen.de

Kreis Herford

Integrationsfachdienst
Hansastraße 33, 32049 Herford
Fax: 0 52 21 1 89-7 2 5

Bärbel Krächan

Telefon: 0 52 21 1 89-6 1 95
E-Mail: b.kraechan@ifd-herford.de

Hochsauerlandkreis

Integrationsfachdienst
Schützenstraße 10, 59872 Meschede
Fax: 02 91 2 90 01 39

Axel Wohlmeiner

Telefon: 02 91 2 90 01 20
E-Mail: axel.wohlmeier@ifd-westfalen.de

Kreis Lippe

Integrationsfachdienst
Braunenbrucher Weg 18, 32758 Detmold
Fax: 0 52 31 6 403-3 3

Michael Dillenburg

Telefon: 0 52 31 6 403-4 9
E-Mail: michael.dillenburg@ifd-westfalen.de

Fortsetzung Integrationsfachdienste in Westfalen-Lippe

Märkischer Kreis

Integrationsfachdienst
Paulmannshöher Straße 19
58515 Lüdenscheid (Hellersen)
Fax: 023 51 46-3516

Andreas Schnippering

Telefon: 023 51 46-35 55
E-Mail:
andreas.schnippering@ifd-westfalen.de

Kreis Minden-Lübbecke

Integrationsfachdienst
Hermannstraße 21, 32423 Minden
Fax: 05 71 3 85 46-18

Martin Meister

Telefon: 05 71 3 85 46-12
E-Mail: martin.meister@ifd-westfalen.de

Stadt Münster

Integrationsfachdienst
Dahlweg 112, 48153 Münster
Fax: 02 51 98 62 89-15

Annemarie Stückenschneider

Telefon: 02 51 98 62 89-33
E-Mail: annemarie.stueckenschneider@
ifd-westfalen.de

Kreise Paderborn und Höxter

Integrationsfachdienst
Bahnhofstraße 1, 33102 Paderborn
Fax: 05 2 51 873 56-23

Markus Deppe

Telefon: 05 2 51 873 56-19
E-Mail: markus.deppe@ifd-westfalen.de

Kreis Recklinghausen

Integrationsfachdienst
Kaiserwall 19, 45657 Recklinghausen
Fax: 023 61 936 64-29

Werner Bogs

Telefon: 023 61 936 64-21
E-Mail: werner.bogs@ifd-westfalen.de

Kreise Siegen und Olpe

Integrationsfachdienst
Seelbacher Weg 15, 57072 Siegen
Fax: 02 71 70 32 52-59

Ralph Peya

Telefon: 02 71 70 32 52-61
E-Mail: ralph.peya@ifd-westfalen.de

Kreis Soest

Integrationsfachdienst
Cappelstraße 44, 59555 Lippstadt
Fax: 029 41 7 52-129

Eva Kemper

Telefon: 029 41 7 52-125
E-Mail: eva.kemper@ifd-westfalen.de

Kreis Steinfurt

Integrationsfachdienst
Breite Straße 10, 49477 Ibbenbüren
Fax: 05 4 51 59 48-60

Josef Wenning

Telefon: 05 4 51 59 48-0
E-Mail: josef.wenning@ifd-westfalen.de

Kreis Unna

Integrationsfachdienst
Graf-Adolf-Platz 3, 58239 Schwerte
Fax: 032 12 1 46 69 96

Karin Hörhold

Telefon: 023 04 940 78 32
E-Mail:
karin.hoerhold@ifd-westfalen.de

Kreis Warendorf

Integrationsfachdienst
Warendorfer Straße 81, 59227 Ahlen
Fax: 023 82 85 56 39-9

Matthias Wehkamp

Telefon: 023 82 85 56 39-8
E-Mail:
matthias.wehkamp@ifd-westfalen.de

Örtliche Träger des Schwerbehindertenrechts in Westfalen-Lippe

STÄDTE

Stadt Arnsberg

Behindertenhilfe
Rathausplatz 1w
59759 Arnsberg
Telefon: 02932 201-0

Stadt Bielefeld

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Niederwall 23
(Neues Rathaus)
33602 Bielefeld
Telefon: 0521 51-0

Stadt Bocholt

Fachstelle Behinderte
Menschen
Berliner Platz 1
Shopping Arkaden
46395 Bocholt
Telefon: 02871 953-0

Stadt Bochum

Fachstelle für behinderte
Menschen im Beruf
Gustav-Heinemann-
Platz 2-6
44777 Bochum
Telefon: 0234 910-0

Stadt Bottrop

Hilfen für Menschen mit
Behinderung
Berliner Platz 7
46236 Bottrop
Telefon: 02041 70-30

Stadt Castrop-Rauxel

Fach- und Beratungsstelle
für Menschen mit
Behinderung
Europaplatz 1
44575 Castrop-Rauxel
Telefon: 02305 106-1

Stadt Detmold

Örtliche Fürsorgestelle
Grabenstraße 1
32756 Detmold
Telefon: 05231 977-0

Stadt Dorsten

Sozialamt
Angelegenheiten von
Menschen mit
Behinderung
Bismarckstraße 1
46284 Dorsten
Telefon: 02362 66-0

Stadt Dortmund

Sozialamt/Behinderte
Menschen im Beruf
Hörder Bahnhofstraße 16
44263 Dortmund
Telefon: 0231 50-0

Stadt Gelsenkirchen

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Vattmannstraße 2-8
45875 Gelsenkirchen
Telefon: 0209 169-0

Stadt Gladbeck

Fachdienst Behinderte
Menschen im Beruf
Friedrichstraße 7
45964 Gladbeck
Telefon: 02043 99-0

Stadt Gütersloh

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Berliner Straße 70
33330 Gütersloh
Telefon: 05241 82-1

Stadt Hagen

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Rathaus II
Berliner Platz 22
58089 Hagen
Telefon: 02331 207-0

Stadt Hamm

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Sachsenweg 6
59073 Hamm
Telefon: 02381 17-6750

Stadt Herford

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Hansastraße 33
(Im Gebäude
der Agentur für Arbeit)
32049 Herford
Telefon: 05221 189-0

Stadt Herne

Fachstelle behinderte
Menschen im Beruf
(Wanner Einkaufszentrum)
Hauptstraße 241
44649 Herne
Telefon: 02323 16-0

Stadt Herten

Fachstelle für behinderte
Menschen im Beruf
(ehemals Knappschaft)
Kurt-Schumacher-Straße 2
45699 Herten
Telefon: 02366 303-0

Stadt Iserlohn

Fachstelle für behinderte
Menschen im Beruf
Theodor-Heuss-Ring 24
58636 Iserlohn
Telefon: 02371 217-0

Fortsetzung Örtliche Träger des Schwerbehindertenrechts in Westfalen-Lippe – Städte

Stadt Lippstadt

Fachstelle für Behinderte
Menschen im Beruf
Geiststraße 47
59555 Lippstadt
Telefon: 02941 980-0

Stadt Lüdenscheid

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Rathausplatz 2
58507 Lüdenscheid
Telefon: 02351 17-0

Stadt Lünen

Hilfe für Behinderte
im Arbeitsleben
(Fürsorgestelle)
Willy-Brandt-Platz 1
44532 Lünen
Telefon: 02306 104-0

Stadt Marl

Fachstelle für Behinderte
Menschen im Beruf
Creiler Platz 1
45768 Marl
Telefon: 02365 99-0

Stadt Minden

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Kleiner Domhof 17
32423 Minden
Telefon: 0571 89-0

Stadt Münster

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Hafenstraße 8
48153 Münster
Telefon: 0251 492-0

Stadt Paderborn

Fachstelle für Behinderte
Menschen im Beruf
Am Hoppenhof 33
33104 Paderborn
Telefon: 05251 88-0

Stadt Recklinghausen

Transferleistungen
Stadthaus A
Rathausplatz 4
45657 Recklinghausen
Telefon: 02361 500

Stadt Rheine

Soziales/Behinderte
Menschen im Beruf
Klosterstraße 14
48431 Rheine
Telefon: 05971 939-0

Stadt Siegen

Örtliche Fürsorge für
Behinderte
Rathaus Weidenau
Weidenauer Straße 215
57076 Siegen
Telefon: 0271 404-2911

Stadt Witten

Fachstelle für Behinderte
Menschen im Beruf
Marktstraße 16
58452 Witten
Telefon: 02302 581-0

Fortsetzung Örtliche Träger des Schwerbehindertenrechts in Westfalen-Lippe – Kreise

KREISE

Kreis Borken

Hilfen bei Behinderung
in Arbeit
Burloer Straße 93
46325 Borken
Telefon: 02861 82-0

Kreis Coesfeld

Fachstelle für behinderte
Menschen im Beruf
Schützenwall 16
48653 Coesfeld
Telefon: 02541 18-0

Ennepe-Ruhr-Kreis

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Hauptstraße 92
58332 Schwelm
Telefon: 02336 930

Kreis Gütersloh

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Wasserstraße 14
33378 Rheda-Wiedenbrück
Telefon: 05241 85-0

Kreis Herford

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Hansastraße 33
(Im Gebäude der Agentur
für Arbeit)
32049 Herford
Telefon: 05221 189-0

Hochsauerlandkreis

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Kreishaus Brilon
Am Rothaarsteig 1
59929 Brilon
Telefon: 02961 94-0

Kreis Höxter

Schwerbehinderung und
Arbeitsplatz
Moltkestraße 12
37671 Höxter
Telefon: 05271 965-0

Kreis Lippe

Fachstelle für behinderte
Menschen im Beruf
Felix-Fechenbach-Straße 5
32756 Detmold
Telefon: 05231 62-0

Märkischer Kreis

Fachstelle für behinderte
Menschen im Beruf
Kreishaus II
Bismarckstraße 17
58762 Altena
Telefon: 02352 9666-0

Kreis Minden- Lübbecke

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Portastraße 13
32423 Minden
Telefon: 0571 807-0

Kreis Olpe

Fürsorgestelle
Westfälische Straße 75
57462 Olpe
Telefon: 02761 81-0

Kreis Paderborn

Soziales/Behinderte
Menschen im Beruf
Aldegrevener Straße 10–14
33102 Paderborn
Telefon: 05251 308-0

Kreis Recklinghausen

Fachstelle für Behinderte
Menschen im Beruf
Kurt-Schumacher-Allee 1
45657 Recklinghausen
Telefon: 02361 53-0

Kreis Siegen- Wittgenstein

Schwerbehinderten-
angelegenheiten für
Menschen im Beruf
Koblenzer Straße 73
57072 Siegen
Telefon: 0271 333-0

Kreis Soest

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Hoher Weg 1–3
59494 Soest
Telefon: 02921 30-0

Kreis Steinfurt

Hilfen bei Behinderung
in Arbeit
Tecklenburger Straße 10
48565 Steinfurt
Telefon: 02551 69-0

Kreis Unna

Fachstelle für Behinderte
Menschen im Beruf
Friedrich-Ebert-Straße 17
59425 Unna
Telefon: 02303 27-0

Kreis Warendorf

Fachstelle Behinderte
Menschen im Beruf
Waldenburger Straße 2
48231 Warendorf
Telefon: 02581 53-0

