

Evaluationsbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Medizinische Hochschule Hannover
Förderkennzeichen:	01NVF19010
Akronym:	RTW-PIA
Projekttitel:	Intensivierte Return to Work (RTW)-Nachsorge in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) von Versorgungskliniken
Autorinnen und Autoren:	Dr. Uta Wegewitz, MPH (Projektleitung Evaluation) Alexandra Sikora, M. Sc. (Projektkoordination Evaluation) Fiona Starke, M. Sc. (Wirksamkeits- und Prozessevaluation) Prof. Dr. Johannes Zimmermann (Statistische Expertise und Beratung Wirksamkeitsevaluation) Ralf Stegmann, Dipl. Soz.-Wiss. (Qualitative Evaluation) Prof. Dr. Claudia Buntrock (Gesundheitsökonomische Evaluation) Prof. Dr. Matthias Berking (Gesundheitsökonomische Evaluation) Yvonne Martin (Projektmitarbeit) Eva Schmitz (Projektmitarbeit) Laura Seufert (Projektmitarbeit) Luisa Rippstein (Projektmitarbeit)
Förderzeitraum:	01.01.2021 – 30.06.2025
Ansprechpartner:	Dr. Uta Wegewitz, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Nöldnerstr. 40-42, 10317 Berlin, wegewitz.uta@baua.bund.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt RTW-PIA wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF19010 gefördert. Die Darstellungen im Evaluationsbericht sind das Ergebnis der unabhängigen Evaluation zur neuen Versorgungsform.

Zusammenfassung

Hintergrund: Psychische Erkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten Ursachen krankheitsbedingter Fehlzeiten und zeichnen sich oft durch chronische Verläufe bzw. ein hohes Rückfallrisiko aus. Multimodale klinische und arbeitsbezogene Interventionen zur Förderung einer nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit sind nach wie vor unterrepräsentiert und ihre Wirksamkeit und Implementierung noch wenig erforscht. Dieser Bericht beschreibt die Evaluation der (Kosten-)Effektivität und des Implementierungsprozesses der 18-monatigen intensivierten klinischen Return to Work (RTW)-Nachsorge „RTW-PIA“.

Methodik: Es wurde eine multizentrisch-randomisierte, kontrollierte Studie mit fünf psychiatrischen Institutsambulanzen durchgeführt, die 484 krankgeschriebene Beschäftigte mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen umfasste. Die Interventionsgruppe (IG, N=240) erhielt RTW-PIA zusätzlich zur Regelversorgung und die Kontrollgruppe (KG, N=244) ausschließlich die Regelversorgung. Die Datenerhebung fand zu Studienbeginn sowie nach 6, 12, 18 und 24 Monaten statt. Primärer Endpunkt war die nachhaltige Rückkehr zur Arbeit. Zu den sekundären Endpunkten zählten u.a. die gesundheitsbezogene Lebensqualität, mentale Funktionalität, RTW-Selbstwirksamkeit und Arbeitsfähigkeit. Die Intention-to-treat-Analyse erfolgte mittels logistischer Regression und Wachstumskurvenmodellierung. Die Kosten-Nutzwert-Analyse erfolgte aus gesellschaftlicher, GKV- und arbeitgeberbezogener Perspektive. Ergänzend wurde eine qualitative Evaluation mit Vorher-Nachher-Interviews (IG N=20 IG, KG N=10) durchgeführt. Die Prozessevaluation untersuchte Schlüsselindikatoren aus Teilnehmenden- und Behandler*innenperspektive.

Ergebnisse: RTW-PIA zeigte keinen signifikanten Effekt in Hinblick auf die nachhaltige Rückkehr zur Arbeit (IG: 67,3 % vs. KG: 60,0 %), die Sekundäroucomes durchgehend nichtsignifikante Trends in die jeweils intendierte Richtung. RTW-PIA wirkte effektiver im Vergleich zur Regelversorgung bei Personen ohne anerkannten Schwerbehinderungsgrad, mit gering erlebter Unterstützung am Arbeitsplatz oder mit F32/F33-Diagnosen. RTW-PIA zeigte keine dosisabhängige Wirkung. RTW-PIA war hinsichtlich der nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit nicht kosteneffektiv, zeigte jedoch durch QALY-Gewinne aus GKV- und gesellschaftlicher Perspektive moderate bis hohe Wahrscheinlichkeiten, kosteneffektiv zu sein. Aus Arbeitgebersicht war RTW-PIA bei Einzelabrechnungen der Leistungen wirtschaftlich. Unabhängig von der Rückkehr wurde der RTW-PIA-Nutzen von den Teilnehmenden der qualitativen Studie als gut bis sehr gut eingeschätzt. RTW-PIA wird von jenen mit nachhaltiger Rückkehr als Impulsgeber für die Rückkehr beschrieben, fördert den Wechsel von Problemanalyse zu -lösung, unterstützt den Erwerb neuer Sichtweisen, stärkt Selbstvertrauen und verringert soziale Verunsicherung. Weitere qualitative Ergebnisse zeigen, dass RTW-PIA insbesondere bei fehlender betrieblicher Unterstützung während bzw. nach der Rückkehr und bei Teilnehmenden mit komplexen Problemlagen unzureichend wirkt. Die Prozessevaluation zeigte, dass RTW-PIA seitens der IG und der RTW-Begleiter*innen gut bewertet wurde, jedoch verschiedene Kontextfaktoren die Implementierung einzelner Module erschwerten.

Diskussion: Aufgrund der fehlenden Dosis-Wirkungs-Beziehung und den Hinweisen auf Kosteneffektivität empfehlen wir, RTW-PIA zukünftig in einer flexibleren, bedarfsgerechteren Dosis anzubieten. Weiterführende Studien sollten RTW-PIA in einer speziell auf Teilnehmende mit F32/F33-Diagnosen zugeschnittenen Version evaluieren, die gleichzeitig die Arbeitsplatzbegleitung stärker integriert.

Schlagnworte: Psychische Erkrankungen, nachhaltige Rückkehr zur Arbeit, Return to Work, Intervention, Beschäftigte, Gesundheitsökonomische Evaluation, Qualitative Evaluation

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	5
II	Abbildungsverzeichnis	6
III	Tabellenverzeichnis	7
1	Ziele der Evaluation	8
1.1	Aktuelle Situation in der Versorgung	8
1.2	Potenziale für deren Verbesserung	8
1.3	Versorgungsziele	8
1.4	Fragestellungen	9
2	Darstellung des Evaluationsdesigns	10
2.1	Studiendesign	10
2.1.1	Setting	10
2.1.2	Interventionen	11
2.2	Zielpopulation	13
2.3	Fallzahlplanung (ursprüngliche und angepasste Fallzahlen)	14
2.4	Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung	15
2.4.1	Ablauf der Rekrutierung	15
2.4.2	Randomisierung und Verblindung	16
2.5	Endpunkte	16
2.5.1	Allgemeiner Aufbau der Datenerhebung	16
2.5.2	Primäre Zielvariable: Erreichen einer nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit	17
2.5.3	Sekundäre Zielvariablen	18
2.5.4	Mögliche Einflussfaktoren (für Wirksamkeits- und gesundheitsökonomische Evaluation)	20
2.5.5	Soziodemografische Informationen	21
2.5.6	RTW-bezogene Variablen (für Wirksamkeitsevaluation)	22
2.5.7	Gesundheitsökonomische Evaluation	22
2.6	Auswertungsmethoden	24
2.6.1	I. Wirksamkeitsevaluation	24
2.6.2	II. Gesundheitsökonomische Evaluation	26
2.6.3	III. Qualitative Evaluation	27
2.6.4	IV. Prozessevaluation	29
2.7	Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte	30
2.7.1	Interventionszeitraum	30
2.7.2	Beobachtungszeitraum	30
2.7.3	Messzeitpunkte	30
2.8	Darstellung der Methoden zur Prozessevaluation und gesundheitsökonomischen Evaluation	31

2.9	Änderungen aufgrund der Corona-Pandemie in der Methodik	31
3	Ergebnisse der Evaluation	31
3.1	Rekrutierungsablauf und Studienverlauf.....	31
3.2	Beschreibung der Stichprobe	34
3.3	I. Wirksamkeitsevaluationsergebnisse	36
3.3.1	Primäre Zielvariable.....	36
3.3.2	Sekundäre Zielvariablen	37
3.3.3	Moderatoren des Interventionseffekts.....	38
3.3.4	Sensitivitätsanalysen	40
3.3.5	Explorative Analysen	42
3.4	II. Gesundheitsökonomische Evaluationsergebnisse	44
3.4.1	Effekte	44
3.4.2	Kosten.....	44
3.4.3	Kosten-Wirksamkeits-Analyse (nachhaltige Rückkehr).....	46
3.4.4	Kosten-Nutzwert-Analyse (QALYs)	46
3.4.5	Arbeitgeber Perspektive.....	52
3.5	III. Qualitative Evaluationsergebnisse.....	52
3.5.1	Beschreibung der IG: Rückkehrer*innen und Nicht-Rückkehrer*innen	52
3.5.2	Förderliche und hemmende Bedingungen der Rückkehr in der IG.....	55
3.5.3	Erleben und Nutzen der Intervention	61
3.5.4	Beschreibung der KG: Rückkehrer*innen und Nicht-Rückkehrer*innen	69
3.5.5	Förderliche und hemmende Faktoren der Rückkehr in der KG	72
3.5.6	Erleben der Regelversorgung in der PIA und/oder einer ambulanten Therapie und der Kontextbedingungen	76
3.5.7	Qualitativer Vergleich der RTW-Verläufe in IG und KG.....	77
3.6	IV. Prozessevaluationsergebnisse.....	79
3.6.1	Manualtreue in den Gruppensitzungen (Modul 3)	79
3.6.2	Interventionsdosis	81
3.6.3	Kontakt zum Arbeitgeber und/oder betrieblichen Schlüsselakteur*innen	84
3.6.4	Zufriedenheit der Teilnehmenden	85
3.6.5	Erfahrungen der RTW-Begleiter*innen	88
3.6.6	Kontextfaktoren & Rahmenbedingungen der Studienzentren	89
4	Diskussion der Projektergebnisse	90
5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators	95
IV	Literaturverzeichnis.....	96
V	Anlagen.....	99

I Abkürzungsverzeichnis

AQoL-6D	Assessment of Quality of Life-6D-scale
AU	Arbeitsunfähigkeit
B	Regressionskoeffizient (Schätzwert)
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BSI-18	Brief Symptom Inventory-18
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
<i>d</i>	Cohen's <i>d</i> (Effektstärkemaß für Mittelwertsunterschiede)
DRKS	Deutsches Register Klinischer Studien
F-SozU K-6	Fragebogen zur sozialen Unterstützung
FIML	Full Information Maximum Likelihood
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HLQ	Health and Labour Questionnaire
ICD-10	10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO
IG	Interventionsgruppe
IKER	inkrementelles Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis
ITT	Intention-to-treat
KG	Kontrollgruppe
KI	Konfidenzintervall
KUSIV3	(Interpersonelles Vertrauen)
LGCM	latente Wachstumskurvenmodelle (Latent Growth Curve Models)
MAR	missing at random
MICE	Multiple Imputation by Chained Equations
NFAS	Norwegian Function Assessment Scale
OR	Odds Ratio
<i>p</i>	<i>p</i> -Wert (Signifikanzniveau eines statistischen Tests)
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PP	per protocol
Q	Quartal
QALYs	qualitätsadjustierte Lebensjahre
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
ROI	Return-on-Investment
RTW	Return to Work
RTW-SE	Return to Work-Self Efficacy
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
SE	Standardfehler
SGB	Sozialgesetzbuch
SIBAR	Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation
STWE	Stufenweise Wiedereingliederung
T0	Messzeitpunkt der Online-Befragung zu Baseline
T1	Messzeitpunkt der Online-Befragung sechs Monate nach Baseline
T2	Messzeitpunkt der Online-Befragung zwölf Monate nach Baseline

T3	Messzeitpunkt der Online-Befragung achtzehn Monate nach Baseline
T4	Messzeitpunkt der Online-Befragung vierundzwanzig Monate nach Baseline
t0	Qualitativer Messzeitpunkt Vorher-Interview zu Baseline
t1	Qualitativer Messzeitpunkt Nachher-Interview 18 Monate nach Baseline
TiC-P	Trimbos and Institute of Medical Technology Assessment Cost Questionnaire for Psychiatry
TIDieR	Template for Intervention Description and Replication
TN	Teilnehmende der qualitativen Stichprobe
WAS	Work Ability Score
WTP	Willingness-to-Pay (Zahlungsbereitschaft)
z	z-Wert (Standardwert)
ZUF-8	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau und Ablauf der neuen Versorgungsform RTW-PIA in Versorgungskliniken.....	13
Abbildung 2: Quantitative Erhebungszeitpunkte der Online-Befragungen.....	17
Abbildung 3: CONSORT Studienverlauf.....	33
Abbildung 4: Geschätzte bedingte Wahrscheinlichkeiten für die primäre Zielvariable	37
Abbildung 5: Modellimplizierte mittlere Verläufe der sekundären Zielvariablen (^a sollte sich in der IG stärker erhöhen, ^b sollte sich in der IG stärker verringern)	38
Abbildung 6: Moderation des Interventionseffekts durch Grad des Schwerbehindertenstatus (absent vs. present)	39
Abbildung 7: Moderation des Interventionseffekts durch soziale Unterstützung durch Kolleg*innen (low, average, high).....	39
Abbildung 8: Moderation des Interventionseffekts durch soziale Unterstützung durch Vorgesetzte (low, average, high)	40
Abbildung 9: Auswirkungen von RTW-PIA auf die subjektiv gute bis sehr gute Arbeitsfähigkeit (7-10).....	43
Abbildung 10: GKV-Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Interventionskosten: je absolvierter Sitzung pro Modul).....	46
Abbildung 11: GKV-Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (Interventionskosten je absolvierter Sitzung pro Modul).....	47
Abbildung 12: GKV-Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Interventionskosten: pauschale Interventionskosten)	47
Abbildung 13: GKV-Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (pauschale Interventionskosten)	47
Abbildung 14: GKV-Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Winsor-Transformation)	48
Abbildung 15: GKV-Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (Winsor-Transformation).....	48
Abbildung 16: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Interventionskosten: je absolvierter Sitzung pro Modul)	49
Abbildung 17: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (Interventionskosten je absolvierter Sitzung pro Modul)	49

Abbildung 18: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Osterhaus-Methode)	49
Abbildung 19: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Interventionskosten: pauschale Interventionskosten)	50
Abbildung 20: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (pauschale Interventionskosten, Osterhaus-Methode).....	50
Abbildung 21: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Winsor-Transformation).....	50
Abbildung 22: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (Osterhaus-Methode)	51
Abbildung 23: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (pauschale Interventionskosten)	51
Abbildung 24: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (pauschale Interventionskosten, Osterhaus-Methode).....	51
Abbildung 25: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (Winsor-Transformation).....	52
Abbildung 26: Erreichte Mindestinterventionsdosis in der RTW-PIA-Intervention nach Studienprotokoll	83
Abbildung 27: Erreichte angepasste Mindestinterventionsdosis in der RTW-PIA-Intervention, gebildet aus der Summe absolvierter Modul 2- und Modul 3-Termine	84

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der wichtigsten untersuchten Konstrukte, der dazugehörigen Messinstrumente, deren Quellen und Erhebungszeitpunkte	18
Tabelle 2: Gesundheitsökonomische Evaluation: Bewertung der berücksichtigten Kostenkategorien.....	23
Tabelle 3: Übersicht Schlüsselprozessindikatoren der Prozessevaluation	29
Tabelle 4: Gruppenspezifische Unterschiede zwischen Studienpopulation und Nichtteilnehmer*innen.....	34
Tabelle 5: Merkmale der untersuchten Stichprobe, stratifiziert nach IG und KG	35
Tabelle 6: Totale (unstandardisierte) Effekte von RTW-PIA auf sekundäre Endpunkte über den gesamten Beobachtungszeitraum (mittels LGCM).....	37
Tabelle 7: Durchschnittliche Kosten pro Patient*in innerhalb des Beobachtungszeitraums..	45
Tabelle 8: Überblick über Rückkehr (n= 15) / Nicht-Rückkehr (n=5): IG zu t1.....	54
Tabelle 9: Überblick über Rückkehr (n=7) / Nicht-Rückkehr (n=2): KG zu t1.....	71
Tabelle 10: Übersicht Erleben Regelversorgung in der KG	76
Tabelle 11: Übersicht Qualitativer Vergleich IG und KG	79

1 Ziele der Evaluation

1.1 Aktuelle Situation in der Versorgung

Nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Erkrankungen des Atemwegssystems sind psychische Störungen die dritthäufigste Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit, bezogen auf die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr [1]. Sie führen zu den durchschnittlich längsten AU-Zeiten [2, 3], können langfristig in die Arbeitslosigkeit münden und verursachen mit 42 % fast jede zweite Frühverrentung [4].

Weiterhin haben psychische Störungen häufig einen wiederkehrenden Verlauf. So liegt beispielsweise die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs bei Menschen mit einer Major Depression im Zeitraum von fünf Jahren bei 42 % [5]. Der Umgang mit psychischen Störungen stellt somit sowohl die Betroffenen als auch die Betriebe und die Gesellschaft vor große Herausforderungen [6].

Zu den Erfolgsfaktoren einer Rückkehr zur Arbeit (Return to Work, RTW) gehört die Kombination von klinischen und arbeitsbezogenen Maßnahmen [7-9]. Dies beinhaltet sowohl individuelle Faktoren (z. B. Einstellung zur Arbeit) als auch betrieblich-soziale Faktoren (z. B. stufenweise Wiedereingliederung, soziale Unterstützung) und die Zusammenarbeit (über-)betrieblicher Akteur*innen [10]. RTW ist daher nach aktuellem Verständnis ein Prozess, der bereits mit der Behandlung beginnt und bei der die Arbeit bzw. die Rückkehr zur Arbeit integraler Bestandteil der Therapie sein sollte [11-13].

Neben grundsätzlich bestehenden Barrieren und Versorgungslücken bei Menschen mit psychischen Störungen im deutschen Versorgungssystem [14] wurde die Rückkehr zur Arbeit und die nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben in der Vergangenheit jedoch nicht regelhaft in die Therapie psychischer Störungen einbezogen [15].

1.2 Potenziale für deren Verbesserung

Zukünftig sollte daher ein stärkerer Fokus auf der vernetzten und nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit nach erfolgter Behandlung liegen. Dazu müssen vernetzte Behandlungs- und Rückkehrkonzepte in der Versorgungspraxis etabliert werden, die ein koordiniertes und abgestimmtes Vorgehen an der Schnittstelle zwischen medizinisch-therapeutischem und betrieblichem System ermöglichen und somit eine nachhaltige Rückkehr durch eine intensivierete Nachsorge fördern.

Mit RTW-PIA wurde ein neues Versorgungskonzept entwickelt und getestet, welches ein koordiniertes und abgestimmtes Vorgehen an der Schnittstelle zwischen medizinisch-therapeutischem und betrieblichem System ermöglicht und somit eine nachhaltige Rückkehr durch eine intensivierete Nachsorge fördert.

1.3 Versorgungsziele

Übergeordnetes Ziel der Studie war es, ein neues Versorgungskonzept an der Schnittstelle der medizinisch-therapeutischen Behandlung und der betrieblichen Organisation für die Wiedereingliederung bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) für Menschen mit psychischen Störungen zu etablieren und zu evaluieren. Es beinhaltete eine komplexe Intervention zur Wiederherstellung und zum Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der betroffenen Beschäftigten im Sinne einer nachhaltigen Rückkehr. Diese Ziele sollten durch die folgenden Kernelemente der Intervention „RTW-PIA“ erreicht werden: konsequenter Arbeitsplatzbezug und individuelle RTW-Begleitung als integraler Bestandteil zur bestehenden Regelversorgung in der psychiatrischen

Institutsambulanz (PIA), verbesserte Vernetzung während der gesamten Rückkehr zwischen den beteiligten klinischen und betrieblichen Schlüsselakteur*innen, frühzeitige Wiederherstellung und Stärkung der individuellen Arbeitsfähigkeit und RTW-Selbstwirksamkeit sowie längere und kontinuierlichere Selbstfürsorge.

1.4 Fragestellungen

Es wurde untersucht, ob durch die neue Versorgungsform RTW-PIA, die zusätzlich zur bestehenden Regelversorgung in der PIA angeboten wurde, mehr Teilnehmende eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit erreichten als in der Kontrollgruppe mit ausschließlicher Regelversorgung. Des Weiteren wurde ermittelt, ob RTW-PIA hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der bestehenden Regelversorgung überlegen war. Außerdem wurde evaluiert, welche Teilnehmenden-Gruppen aus welchen Gründen am stärksten von der neuen Versorgungsform RTW-PIA profitiert haben und wie die neue Versorgungsform in den Kliniken umgesetzt wurde.

Die folgenden vier Forschungsfragen und Hypothesen wurden im Rahmen der Evaluation der neuen Versorgungsform RTW-PIA untersucht:

- I. Wie wirksam ist RTW-PIA zusätzlich zur Regelversorgung in Hinblick auf die Erreichung einer nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit im Vergleich zur Regelversorgung allein? (quantitativ)

*Hypothese: Es wurde erwartet, dass bei Patient*innen mit einer diagnostizierten psychischen Störung, die eine PIA-Nachsorgebehandlung in einer Versorgungsklinik benötigen, durch die Teilnahme an der neuen Versorgungsform RTW-PIA im Vergleich zur bestehenden Regelversorgung die Inzidenz einer nachhaltigen Rückkehr erhöht werden kann.*

- II. Ist RTW-PIA zusätzlich zur Regelversorgung im Vergleich zur Regelversorgung allein hinsichtlich der Kosteneffizienz und der gewonnenen qualitätsadjustierten Lebensjahre überlegen? (gesundheitsökonomisch)

Hypothese: Es wurde erwartet, dass die neue Versorgungsform RTW-PIA hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis der bestehenden Regelversorgung überlegen ist. In der neuen Versorgungsform RTW-PIA wurden höhere Kosteneinsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung, Betriebe und Gesellschaft prognostiziert als in der bestehenden Regelversorgung.

- III. Wie verläuft der Rückkehrprozess aus der Perspektive der Teilnehmenden? Was erleben sie in diesem Prozess als stabilisierende bzw. destabilisierende Faktoren? Wie erleben und beschreiben sie in diesem Sinne eine nachhaltige Rückkehr und die neue Versorgungsform RTW-PIA? (qualitativ)

Hypothese: In der qualitativen Studie wurde zusätzlich angenommen, dass die Teilnehmenden von der neuen Versorgungsform RTW-PIA in unterschiedlichem Maße profitieren, abhängig vom Erleben, Verhalten und Handeln der Zurückkehrenden. Je nach individueller Handlungsorientierung, Typus und weiteren Kontextbedingungen werden die Maßnahmen unterschiedlich wahrgenommen, eingeschätzt und genutzt, so die weitergehende Annahme.

- IV. Wie und in welchem Umfang wurde RTW-PIA zusätzlich zur Regelversorgung in den teilnehmenden PIAs in Bezug auf die vordefinierten Schlüsselprozessindikatoren umgesetzt? (qualitativ und quantitativ)

Hypothese: In der begleitenden Prozessevaluation wurde angenommen, dass die Implementierung von RTW-PIA in den teilnehmenden PIAs im Hinblick auf die vordefinierten Schlüsselprozessindikatoren in einem überwiegend hohen Maß erfolgt.

Primärer Endpunkt dieser Studie war die nachhaltige Rückkehr zur Arbeit (selbstberichteter Verbleib bei der Arbeit ohne längere Ausfallzeiten > 6 Wochen innerhalb von 12 Monaten nach der vollständigen Rückkehr zur Arbeit). Sekundäre Endpunkte waren die jeweils aktuelle Arbeitsfähigkeit, RTW-Selbstwirksamkeit, mentale Funktionalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Arbeitszufriedenheit, und Symptomschwere zu den einzelnen Befragungszeitpunkten.

2 Darstellung des Evaluationsdesigns

Um die Studie „RTW-PIA“ angemessen zu evaluieren, wurde ein umfassendes, multimethodisches Evaluationsdesign gewählt, welches aus

- I. einer Wirksamkeitsevaluation,
- II. einer gesundheitsökonomischen Evaluation,
- III. einer qualitativen Evaluation und
- IV. einer Prozessevaluation

bestand. Der Einsatz qualitativer Methoden sowie mehrerer Datenquellen im Rahmen der Prozessevaluation sollte eine erweiterte Interpretation und Nachvollziehbarkeit der quantitativ gewonnenen Erkenntnisse erlauben. Die Anwendung eines langfristigen Beobachtungszeitraums mit einer Gesamtdauer von zwei Jahren sollte die Bewertung der Nachhaltigkeit der Rückkehr zur Arbeit ermöglichen.

2.1 Studiendesign

Die vorliegende Studie wurde als multizentrische randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit einer Interventionsgruppe (IG) und einer Kontrollgruppe (KG) konzipiert. Die Teilnehmenden wurden im Verhältnis 1:1 randomisiert und entweder der IG zugeteilt, welche die neue Versorgungsform RTW-PIA in Kombination mit der bestehenden Regelversorgung erhielt, oder der KG, die ausschließlich die bestehende Regelversorgung erhielt (siehe Abschnitt 2.1.2 Interventionen). Im Folgenden wird der Begriff RTW-PIA bzw. IG verwendet, um die neue Versorgungsform und Intervention zu bezeichnen. Das Ethikvotum für die Studie wurde am 11. August 2021 von der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover erteilt (Nr. 9824_BO_S_2021). Die Studie wurde am 1. September 2021 prospektiv im Deutschen Register Klinischer Studien registriert (DRKS00026232).

2.1.1 Setting

Die Studie fand in fünf deutschen PIAs statt, die entweder in Allgemein- oder Fachkrankenhäusern angesiedelt sowie mit Fachabteilungen vernetzt waren (Berlin, Hamburg, Hannover, Rinteln und

Bad Berleburg). Die PIAs wurden vor Studienbeginn mittels Convenience Sampling ausgewählt und verteilten sich auf vier deutsche Bundesländer. Drei der PIAs befanden sich in Großstädten, die anderen zwei in ländlichen Regionen. Alle teilnehmenden PIAs gehörten zu kommunalen psychiatrischen Krankenhäusern, mit Ausnahme der PIA in Hannover, die Teil eines universitären medizinischen Zentrums war. Jedes Studienzentrum bestand aus einem interdisziplinären Behandlungsteam (z. B. Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Psychiater*innen, Ergotherapeut*innen). Zudem waren alle Kliniken gemäß § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung autorisiert, wie im Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt [16]. Detailliertere Informationen zu den Studienzentren finden sich gebündelt in Anlage 1: Steckbriefe der teilnehmenden Studienzentren.

2.1.2 Interventionen

In Abbildung 1 ist der Aufbau der neuen Versorgungsform RTW-PIA dargestellt. Die Teilnehmenden der IG und der KG erhielten Zugang zur bestehenden Regelversorgung, das heißt zu den aktuellen therapeutischen Versorgungsstandards, die bedarfsorientiert von einem interdisziplinären Team in der jeweiligen PIA erbracht wurden. Die Teilnehmenden der IG erhielten darüber hinaus zusätzlich RTW-PIA zur bestehenden Regelversorgung. Es bestanden keine Einschränkungen hinsichtlich begleitender Behandlungen, außer hinsichtlich der Aufnahme bzw. Weiterführung einer ambulanten Psychotherapie. Dies lag begründet in den Eingangskriterien für die Behandlung in der PIA (vgl. Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 SGB V [16]). Dieses Ausschlusskriterium wurde ab Dezember 2021 verworfen (u. a. aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten von Teilnehmenden), sofern die PIAs die Aufnahme bzw. Weiterführung einer externen ambulanten Psychotherapie zusätzlich zur PIA ermöglichen konnten. Die Behandlung in IG und KG erfolgte durch separate Teams.

Vor Randomisierung wurde allen potenziell teilnahmeberechtigten Patient*innen aus ethischen Gründen ein initiales psychoedukatives Modul (Modul 1 „Arbeit und Gesundheit“) angeboten. Nach Einwilligung und Erfüllung der Einschlusskriterien wurden die Teilnehmenden 1:1 in IG oder KG randomisiert.

2.1.2.1 Bestehende Regelversorgung

Die bestehende Regelversorgung in der PIA wurde individuell an die jeweilige Störung der Teilnehmenden, den Schweregrad sowie die damit verbundenen Beeinträchtigungen angepasst. Da der Umfang der Regelversorgung je nach Bedarf der Teilnehmenden variierte, wurde die Gesamtdauer der Behandlung auf mindestens sechs Monate festgelegt. Die Anzahl der Kontakte innerhalb von drei Monaten lag üblicherweise zwischen drei und fünf Terminen, davon ein bis drei ärztliche Konsultationen sowie zwei bis vier weitere Termine, beispielsweise Beratungen durch Sozialarbeiter*innen oder Termine bei Psycholog*innen zur Koordination nicht-medizinischer Behandlungsoptionen (z. B. sportliche Aktivitäten, Ergotherapie, psychologische Beratung und Gruppentherapie). Im Gegensatz zu RTW-PIA fokussierte sich die Regelversorgung nicht spezifisch auf Arbeit, Arbeitsfähigkeit und die Rückkehr zur Arbeit.

2.1.2.2 RTW-PIA

Die IG erhielt zusätzlich zu der bestehenden Regelversorgung die multimodale, 18-monatige, klinische und arbeitsorientierte Intervention RTW-PIA. RTW-PIA bestand aus drei Kernmodulen, die systematisch aufeinander aufbauten (siehe auch Abbildung 1):

- **Modul 2:** Einzelsitzungen zur Begleitung der Wiedereingliederung (3-8 Einzelsitzungen in den ersten 6 Monaten)
- **Modul 3:** Gruppensitzungen zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen (6-9 Gruppensitzungen in den ersten 12 Monaten)
- **Modul 4:** Online-Angebot zur Rezidivprophylaxe (1-3 Videositzungen zwischen 6 und 18 Monaten)

Anlage 2 beschreibt die RTW-PIA-Kernmodule entsprechend der TIDieR-Checkliste (Template for Intervention Description and Replication) [17]. Die Module wurden von geschulten, interdisziplinären psychotherapeutischen Behandlungsteams organisiert und durchgeführt, die an den jeweiligen PIAs beschäftigt waren.

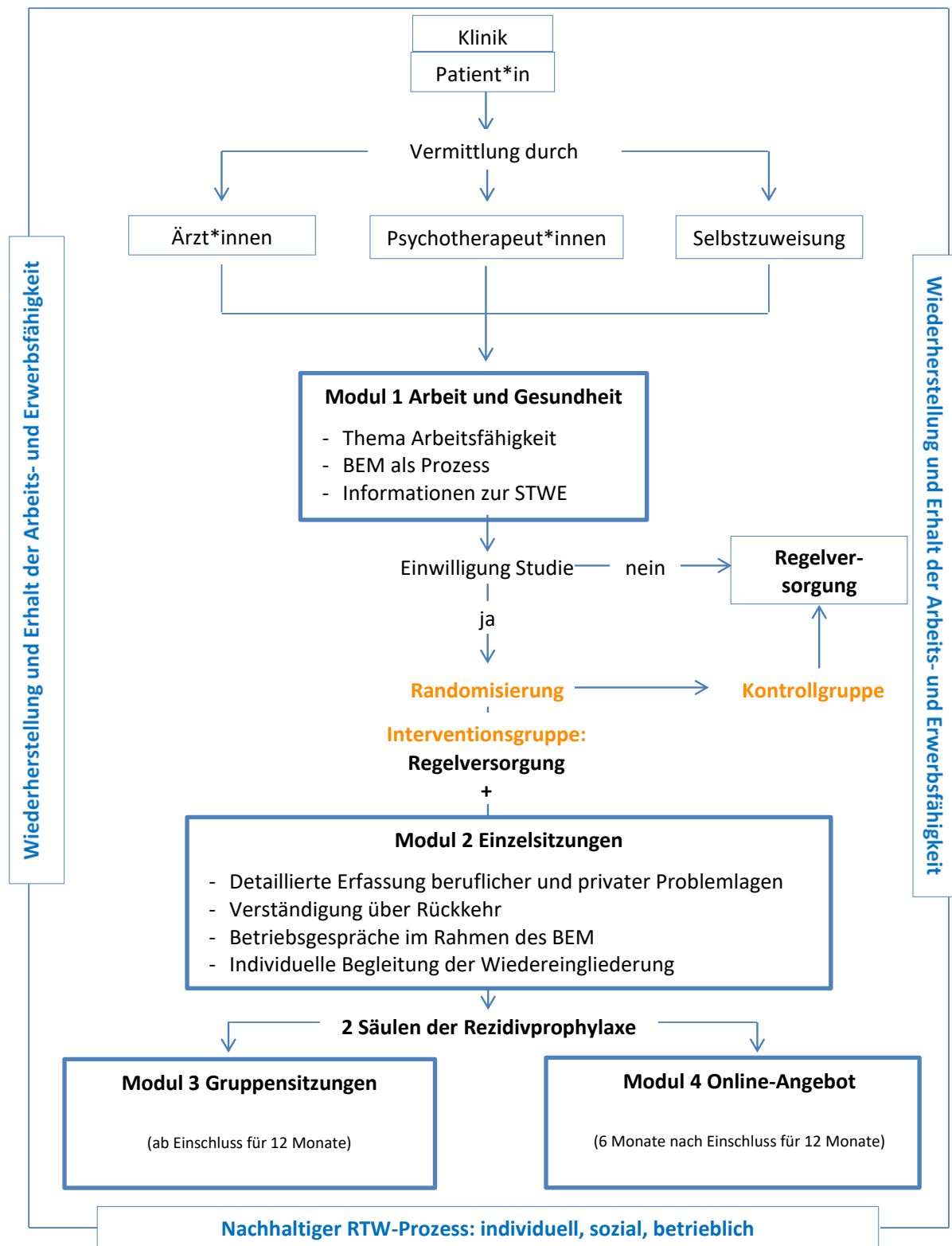


Abbildung 1: Aufbau und Ablauf der neuen Versorgungsform RTW-PIA in Versorgungskliniken

2.2 Zielpopulation

Die Beurteilung der Teilnahmeeignung aller Patient*innen erfolgte anhand einer Checkliste mit den Ein- und Ausschlusskriterien durch die behandelnden Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen.

Um in die Studie **eingeschlossen** zu werden, mussten die Patient*innen folgende Einschlusskriterien erfüllen: Sie mussten zwischen 18 und 60 Jahre alt sein, zum Zeitpunkt der Rekrutierung seit mindestens sechs Wochen arbeitsunfähig (basierend auf Selbstangabe) und mit mindestens 15 Wochenstunden auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt sein. Zudem musste bei ihnen eine aktuelle Hauptdiagnose einer psychischen Störung gemäß der 10. Version der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10) vorliegen, und zwar aus mindestens einem der folgenden Kapitel:

- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2),
- affektive Störungen (F3),
- neurotische, belastungsbezogene und somatoforme Störungen (F4),
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5),
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (F6).

Darüber hinaus mussten alle weiteren Zugangsvoraussetzungen für eine Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V erfüllt sein.

Patient*innen wurden unter folgenden Bedingungen von der Teilnahme **ausgeschlossen**:

- wenn bei ihnen eine aktuelle Hauptdiagnose einer psychischen Störung gemäß ICD-10 aus einem der Kapitel F00 bis F19 vorlag,
- wenn sie unter einer akuten schweren somatischen Erkrankung litten,
- wenn eine Schwangerschaft bestand, oder
- wenn sie eine bewusste Entscheidung gegen die Rückkehr ins Arbeitsleben getroffen haben.

2.3 Fallzahlplanung (ursprüngliche und angepasste Fallzahlen)

Für die Fallzahlplanung wurde angenommen, dass ein 15 %-Unterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der Erreichung des Primäroucomes vorliegt und mit 80 % Power entdeckt werden soll. Folgende Daten und Quellen wurden zugrunde gelegt:

Anhand einer ähnlichen, etwas „gesünderen“ Stichprobe wurden die Rückkehrzeiten und die nachhaltige Rückkehr in zwei der Kooperationskliniken vor Beginn des Projektes in einer damals noch laufenden Beobachtungsstudie der BAuA getestet [18, 19]. Dabei sind 93 % (n=146) der Teilnehmenden der akutpsychiatrischen Gruppe (n=157) innerhalb des 18-monatigen Beobachtungszeitraums vollständig zur Arbeit zurückgekehrt und 73 % dieser Gruppe (n=115) haben es außerdem geschafft, 12 Monate nach der vollen Rückkehr auch bei der Arbeit zu verbleiben. Unter Berücksichtigung, dass diese Stichprobe anhand enger Einschlusskriterien eher einer „gesünderen“ Stichprobe entsprach (healthy entrance bzw. worker effect [20]), wurde für die Gruppe der Regelversorgung ohne gezielte RTW-Unterstützung ein geringerer 12-Monats-Verbleib bei der Arbeit erwartet.

In Zusammenarbeit mit der Fachgruppe „Biometrie und Statistische Methoden in Epidemiologie und Biometrie“ der BAuA wurde für die spätere Auswertung der Effektmaße eine Fallzahlplanung mithilfe der Software nQuery Advisor 7.0 durchgeführt:

α	0.05
1- or 2-sided test	2
Group 1 proportion π_1	0.6
Group 2 proportion π_2	0.75
Odds ratio = $\pi_2 (1 - \pi_1) / [\pi_1 (1 - \pi_2)]$	2.0
Power (%)	80
n per group	152

Um den 15 %-Wahrscheinlichkeitsunterschied zwischen den beiden Gruppen (Odds ratio (OR)=2) mit einer Power von 80 % bei zweiseitigem Signifikanzniveau von 5 % nachzuweisen („RTW-PIA“ (IG) vs. Regelversorgung (KG) (75 % vs. 60 % nachhaltige Rückkehr als dichotomes Primäroutcome)), ergab die Fallzahlkalkulation, dass bei einem 1:1 Randomisierungsverhältnis mindestens 304 Teilnehmende (152 Personen pro Gruppe) erforderlich sind. Unter Berücksichtigung einer Dropoutrate von 40 % in Anlehnung an Rothermund et al. [21], strebten wir eine Gesamtfallzahl von 506 zu rekrutierenden Personen an.

Verzögerungen in der Rekrutierung im Jahr 2021/22 haben dazu geführt, dass die vorab angestrebte Fallzahlberechnung mit dem Statistiker Prof. Dr. Zimmermann noch einmal überarbeitet und angepasst wurde. Für die Verlängerung der Rekrutierung bis März 2023 wurde berechnet, dass insgesamt 445 Teilnehmende in die Studie eingeschlossen werden können. Mit einer Dropoutrate von 40 % verblieben in diesem Fall 267 Teilnehmende in der Studie. Mit einer Power von 80 % bei zweiseitigem Signifikanzniveau von 5 % kann bei 267 Teilnehmenden noch eine Differenz zwischen 60 % und 75,95 % (15,95 %-Wahrscheinlichkeitsunterschied zwischen den beiden Gruppen) nachgewiesen werden (entspricht einem Treatment-Effekt von OR = 2,11). Für die Entdeckung der ursprünglich anvisierten Differenz zwischen 60 % und 75 % (15 %-Wahrscheinlichkeitsunterschied zwischen den beiden Gruppen, OR = 2) liegt die Power in diesem Szenario noch bei 74,7 %.

2.4 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Potenziell infrage kommende Patient*innen wurden über die fünf beteiligten Studienzentren in Berlin, Hamburg, Niedersachsen (Hannover und Rinteln) sowie Nordrhein-Westfalen (Bad Berleburg) rekrutiert. Somit erfolgte die Rekrutierung ausschließlich über die beteiligten Klinik-Konsortialpartner, welche die Ansprache potenzieller Teilnehmenden durch die räumliche Nähe am besten gewährleisten konnten. Zugleich wurde der Rekrutierungsprozess engmaschig von den evaluierenden Stellen begleitet, um die geplante Fallzahlerreichung sicherzustellen. Die Rekrutierung fand im Zeitraum von insgesamt 18 Monaten zwischen Q3 2021 und Q1 2023 statt.

2.4.1 Ablauf der Rekrutierung

Patient*innen, die im Rekrutierungszeitraum stationär, ambulant oder tagesklinisch in psychiatrischen Kliniken oder PIAs behandelt wurden, wurden von geschulten Behandlungsteams der jeweiligen Studienzentren auf die Passung der Einschlusskriterien gescreent. Vor Aufnahme in die Studie wurden alle potenziell geeigneten Patient*innen zum einmaligen Aufnahmemodul „Arbeit und Gesundheit“ eingeladen. Am Ende des Moduls wurden die Patient*innen über die Studie RTW-PIA informiert und nach ihrer Bereitschaft zur Teilnahme gefragt. Patient*innen, die im Anschluss ihre schriftliche Einverständniserklärung abgegeben haben, wurden daraufhin zur ersten Online-Befragung (T0, Baseline) eingeladen. Nach erfolgreichem Abschluss der T0-Befragung wurden die Patient*innen randomisiert der IG oder KG zugewiesen (siehe Abschnitt 2.4.2 Randomisierung und Verblindung).

Um die Erreichbarkeit aller Teilnehmenden über den gesamten Erhebungszeitraum sicherzustellen, wurden zu Beginn explizit die präferierten Kontaktierungskanäle abgefragt, welche für die Erinnerung zur Studienteilnahme vonseiten der evaluierenden Stellen genutzt werden konnten.

Alle Teilnehmenden erhielten eine Aufwandsentschädigung für ihre Mitwirkung an der Studie (10 Euro für jede teilgenommene Online-Befragung (T0-T4, in Summe maximal 50 Euro) sowie 20 Euro für jedes durchgeführte qualitative Interview (Vorher-/Nachher-Interview, in Summe maximal 40 Euro).

2.4.2 Randomisierung und Verblindung

Die Patient*innen wurden nach dem Zufallsprinzip im Verhältnis 1:1 der IG oder KG zugewiesen, wobei eine permutierte Blockrandomisierung mit unterschiedlichen Größen, gestaffelt nach Studienzentren, verwendet wurde. Vor Beginn der Rekrutierung wurden fünf Randomisierungslisten über einen Online-Randomisierungsdienst [22] von einer unabhängigen Forscherin der evaluierenden Stelle erstellt, die keine Kenntnis von den Studienbedingungen hatte.

Um eine angemessene Verblindung der Zuordnung zu gewährleisten, wurden die erstellten Listen anschließend sicher an eine unabhängige administrative Arbeitsgruppe übermittelt, zu der die Evaluator*innen, klinischen Behandler*innen und Teilnehmenden während der Rekrutierung keinen Zugang hatten. Die T0-Befragung fand vor der Gruppenzuteilung statt, um Berichts- und Selektionsverzerrungen zu minimieren. Nach Abschluss der T0-Befragung wurden alle Teilnehmenden entsprechend ihrer chronologischen Reihenfolge der Teilnahme an der Umfrage randomisiert. Das jeweilige Randomisierungsdatum gilt als Aufnahmedatum in die Studie.

Eine Verblindung der Studienteilnehmenden und der Behandler*innen war vor, während und nach der Studie nicht möglich. Es gab jedoch unterschiedliche Behandlungsteams für die Teilnehmenden der IG und KG. Aufgrund des Fragebogendesigns mit Fragen zu den einzelnen Interventionsmodulen wurden auch die Evaluator*innen nicht verblindet. Für die evaluierenden Stellen wurden die Aufgaben und Rollen im Zuge der Datenerhebung, -aufbereitung und -analyse klar aufgeteilt und voneinander getrennt. Neben einer neutralen Stelle zur Überwachung der Randomisierung wurden die Einverständniserklärungen der Teilnehmenden ebenfalls an einer gesonderten Stelle gesichert und datenschutzkonform aufbewahrt, dazu wurden im Datenschutzkonzept alle notwendigen Bedingungen festgelegt und anschließend umgesetzt.

2.5 Endpunkte

2.5.1 Allgemeiner Aufbau der Datenerhebung

Über einen Gesamtbeobachtungszeitraum von 24 Monaten wurden regelmäßig Daten der Teilnehmenden zur Rückkehr und zum Verbleib bei der Arbeit erhoben. Die 24-monatige Studiendauer pro Studienteilnehmer*in umfasste neben der Baseline-Onlinebefragung (zu T0) vier weitere Folge-Online-Befragungen: nach 6 Monaten (T1), 12 Monaten (T2), 18 Monaten (T3) und 24 Monaten (T4) (siehe Abbildung 2). Der Fragebogenkatalog umfasste schwerpunktmäßig die in Tabelle 1 dargestellten soziodemographischen, individuellen und arbeitsbezogenen Faktoren. Bei der Entwicklung des Fragebogens wurde auf validierte Befragungsinstrumente oder Skalen zurückgegriffen, ansonsten erfolgte die Formulierung eigener Items. Alle Online-Befragungen erfolgten über das Online-Befragungstool „LimeSurvey“ und dauerten je Erhebungszeitpunkt ca. 30-45 Minuten. Bei Nichtteilnahme zu einem Messzeitpunkt wurden die Teilnehmenden erst per Mail und anschließend

durch die Klinik erinnert und zuletzt angerufen. Bei dem Anruf wurde bei Einverständnis kurz das Primärou Outcome anhand eines Interviewleitfadens erfragt.

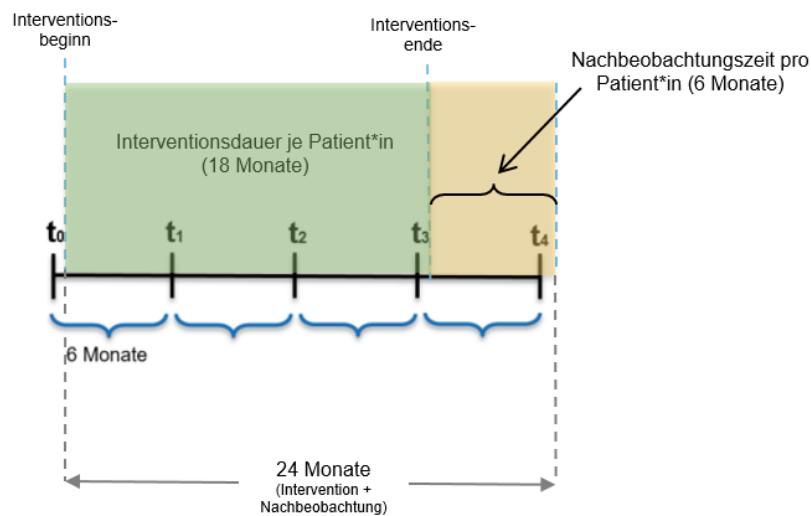


Abbildung 2: Quantitative Erhebungszeitpunkte der Online-Befragungen

2.5.2 Primäre Zielvariable: Erreichen einer nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit

Der Primäre Endpunkt der Wirksamkeitsevaluation war die Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer*innen zur *Erreichung einer nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit*. Die nachhaltige Rückkehr wurde erreicht, wenn Studienteilnehmer*innen angaben, dass sie innerhalb von 12 Monaten nach der vollständigen Rückkehr nur maximal bis zu sechs Wochen der vertraglich vereinbarten Arbeitstage erneut arbeitsunfähig waren. Die Operationalisierung des Endpunktes erfolgte in Anlehnung an die Definitionen von Nielsen et al. [23] und Young et al. [24, 25].

Der Zeitraum von 12 Monaten, in dem das Sechs-Wochen-Kriterium für das primäre Outcome gemessen wurde, begann genau am Tag der **vollständigen Rückkehr** an die Arbeit, d.h. erst nach Abschluss aller Maßnahmen im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung (STWE). Somit stellte bei einer STWE der erste Tag der Rückkehr den ersten Tag der STWE dar und der Tag nach dem Ende der STWE, also der Beginn der regulären Arbeit, den Tag der vollständigen Rückkehr. Es wurde das genaue Datum der vollen Rückkehr zur Arbeit sowie die Zeiträume einer stattgefundenen STWE erfasst, um so den Beginn des 12-Monats-Zeitraums des Primärou Outcomes bestimmen zu können.

Die Erfassung der Arbeitsunfähigkeitstage erfolgte zu jeweils vier Messzeitpunkten (T1-T4) mittels einer adaptierten Version des TiC-P (Trimbo and Institute of Medical Technology Assessment Cost Questionnaire for Psychiatry; deutsch: Fragebogen zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen) [26, 27] und somit über Selbstbericht von den Studienteilnehmer*innen¹.

Mittels des adaptierten TiC-P wurden die Studienteilnehmer*innen gebeten, die Gesamtanzahl ihrer Arbeitsunfähigkeitstage seit der letzten Befragung (vor sechs Monaten) numerisch anzugeben. Die genaue Grenze an Arbeitsunfähigkeitstagen pro Person orientierte sich an deren Arbeitstagen pro Woche. Bei einer 5-Tage-Woche bildeten über 30 AU-Tage die Grenze, ab der eine Person nicht nachhaltig zurückkehrte. Bei einer 4-Tage-Woche waren es über 24 AU-Tage. Die 12 Monate mussten vollständig innerhalb des Beobachtungszeitraums der Studie liegen, dabei war jedoch irrelevant, ob

¹ Zu Baseline (T0) wurden die Studienteilnehmer*innen gebeten, ihre Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten 12 Monaten anzugeben.

die Person bereits vorher nicht erfolgreiche Rückkehrversuche unternommen hatte. Anschließend wurde zur Absicherung der Primärou Outcome-Eingabe die zusätzliche Frage gestellt „Waren Sie nach Ihrer Rückkehr ins Berufsleben insgesamt länger als sechs Wochen krank zu Hause oder haben sich krankgemeldet?“ mit der Antwortmöglichkeit „Ja“ oder „Nein“.

Studienteilnehmer*innen, die zum Messzeitpunkt T2, T3 oder T4 mit „Mein erster Arbeitstag liegt mehr als 12 Monate zurück“ bestätigt hatten, dass ihre Rückkehr in den Beruf länger als 12 Monate zurücklag, wurden direkt nach dem primären Outcome gefragt: „Sind Sie in den ersten 12 Monaten nach Ihrer Rückkehr zur Arbeit insgesamt länger als 6 Wochen krank zuhause geblieben bzw. haben Sie sich krankgemeldet?“, mit der Antwortmöglichkeit „Ja“ und „Nein“. Alle Teilnehmenden, die diese Frage mit „Nein“ beantworteten, hatten das Primärou Outcome, die nachhaltige Rückkehr, erreicht.

2.5.3 Sekundäre Zielvariablen

In Tabelle 1 sind die wichtigsten untersuchten Konstrukte sowie die dazugehörigen Messinstrumente mit Quellen und Erhebungszeitpunkten aufgelistet. Für die **Wirksamkeitsevaluation** wurden für den Beobachtungszeitraum folgende sechs Sekundärou Outcomes festgelegt: (1) die gesundheitsbezogene Lebensqualität (AQoL-6D=Assessment of Quality of Life-6D-scale), (2) die mentale Funktionalität (NFAS=Norwegian Function Assessment Scale), (3) die Arbeitszufriedenheit (COPSOQ=Copenhagen Psychosocial Questionnaire), (4) die RTW-Selbstwirksamkeit (RTW-SE=Return To Work-Self Efficacy Scale), (5) das Auftreten eines Rückfalls bzw. Rezidivs anhand der Symptomschwere (BSI-18=Brief Symptom Inventory-18), und (6) die Arbeitsfähigkeit (WAS=Work Ability Score). Weitere erhobene Variablen waren Depressivität (PHQ-9=Patient Health Questionnaire), Interpersonelles Vertrauen (KUSIV3=Kurzskala Interpersonelles Vertrauen), Subjektive RTW-Prognose (SIBAR=Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation, nur zu T0 erfasst), Soziale Unterstützung (F-SozU K-6=Fragebogen zur sozialen Unterstützung), soziodemografische Informationen, der RTW-Verlauf, sowie die Bewertung der Intervention (ZUF-8=Fragebogen zur Patientenzufriedenheit).

Tabelle 1: Übersicht der wichtigsten untersuchten Konstrukte, der dazugehörigen Messinstrumente, deren Quellen und Erhebungszeitpunkte

Konstrukt und Messinstrument	Quelle	Anzahl Items	Erhebungszeitpunkte				
			T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
Primärouitcome für die Wirksamkeitsevaluation							
Nachhaltige Rückkehr zur Arbeit							
Return to Work	selbstentwickelt	variierend*	-	x ¹	x ¹	x ¹	x ¹
AU-Tage nach Rückkehr zur Arbeit (TiC-P)	[27]	variierend*	-	x ¹	x ²	x ²	x ²
Sekundärouitcomes							
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (AQoL-6D)	[28]	20	x	x	x	x	x
Mentale Funktionalität (NFAS)	[29] [30]	13	x	x	x	x	x
Arbeitszufriedenheit (COPSOQ)	[31]	1	x	x ¹	x ¹	x ¹	x ¹
RTW-Selbstwirksamkeitserwartung (RTW-SE)	[32]	11	x	x	x	x	x
Symptomschwere (BSI-18)	[33]	18	x	x	x	x	x
Arbeitsfähigkeit (WAS)	[34]	1	x	x	x	x	x

<i>Hauptoutcomes für gesundheitsökonomische Evaluation</i>						
Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (TiC-P)	[27]	variierend*	x	x	x	x
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (AQoL-6D)	[28]	20	x	x	x	x
<i>Mögliche Einflussfaktoren (für Wirksamkeits- und gesundheitsökonomische Evaluation)</i>						
Depressivität (PHQ-9)	[35]	9	x	x	x	x
Interpersonelles Vertrauen (KUSIV3)	[36]	3	x	x	x	x
Subjektive RTW-Prognose (SIBAR)	[37]	1	x	-	-	-
Soziale Unterstützung (F-SozU K-6)	[38]	6	x	x	x	x
Bewertung der Intervention (ZUF-8)	[39]	8		x	x	x
Soziodemografische Informationen	Mehrere, selbstentwickelt	variierend*	x	-	-	-
<i>RTW-bezogene Variablen (für Wirksamkeitsevaluation)</i>						
Arbeitsmerkmale und RTW-bezogene Maßnahmen	selbstentwickelt	variierend*	-	x	x	x

* variierend = Basierend auf individuellem Antwortverhalten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Produktivitätsverlusten am Arbeitsplatz ergaben sich unterschiedlich viele Subfragen. Es gab eine Vielzahl an Pfaden, auf denen man sich durch den TiC-P bewegen kann.

¹⁾ Frage wurde nur gestellt, wenn Teilnehmende bestätigt hatten, bereits zurückgekehrt zu sein.

²⁾ Frage wurde nur gestellt, wenn Teilnehmende angaben, dass ihre Rückkehr zur Arbeit länger als 12 Monate zurücklag.

Sekundäroutcomes - Erhebungsinstrumente bzw. Datenquellen

2.5.3.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mithilfe des Assessment of Quality of Life-6D (AQoL-6D) gemessen, welches sich aus sechs Domänen (unabhängiges Leben, Beziehungen, psychische Gesundheit, Bewältigung, Schmerz, Sinne) zusammensetzt [28]. Der AQoL-6D verfügt über 4- bis 6-stufige Antwortskalen, wobei höhere Werte eine Beeinträchtigung der Lebensqualität bedeuten. Zum Messzeitpunkt T0 enthielt die Online-Befragung zusätzliche Informationen für Personen, die sich ggf. noch in stationärer Behandlung befanden („Stellen Sie sich bei einigen Fragen bitte vor, Sie wären zu Hause, wenn Sie sich derzeit im Krankenhaus befinden.“). Für die Auswertung wurde der ungewichtete Gesamtscore über alle Dimensionen hinweg genutzt.

2.5.3.2 Mentale Funktionalität

Die mentale Funktionalität wurde mit der 7-Punkte-Skala „Managing“ und der 6-Punkte-Skala „Cooperation/Communication“ der Norwegian Function Assessment Scale (NFAS) gemessen [30]. Der NFAS verfügt über eine 5-stufige Antwortskala von 1 (keine Schwierigkeiten) bis 5 (konnte ich nicht ausüben), wobei niedrige Werte eine gute mentale Funktionalität bedeuten. In Übereinstimmung mit Jankowiak et al. [29] wurde eine sechste Antwortkategorie hinzugefügt „trifft nicht zu, Tätigkeit nicht ausgeübt“ und als fehlender Wert kodiert. Für die Auswertung wurde aufgrund der Ergebnisse einer konfirmatorischen Faktorenanalyse der Itemantworten zu T0 der Gesamtscore aus den beiden Skalen verwendet.

2.5.3.3 Allgemeine Arbeitszufriedenheit

Die allgemeine Arbeitszufriedenheit wurde mit der folgenden Einzelfrage der Arbeitszufriedenheitsskala des Copenhagen Psychosocial Questionnaires (COPSOQ) [31] gemessen: „Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?“. Die Einzelfrage verfügt über eine 5-stufige Antwortskala mit den Antwortoptionen „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „unzufrieden“, „sehr unzufrieden“ und „nicht relevant“. Die letzte Antwortoption wurde von uns entfernt und „teilweise“ als dritte Antwortoption zwischen den beiden Optionen hinzugefügt, um den Teilnehmenden eine neutrale Antwort zu ermöglichen, ohne eine positive oder negative Antwort zu erzwingen. Die Punktzahl der Einzelfrage wurde auf einen Wertebereich von 100 bis 0 skaliert, wobei höhere Werte eine höhere Arbeitszufriedenheit bedeuten.

2.5.3.4 Selbstwirksamkeitserwartung

Die Selbstwirksamkeitserwartung bei der Rückkehr zur Arbeit wurde mit der RTW-Selbstwirksamkeitsskala (RTW-SE) [32] erfasst, die in einer früheren Studie [19] übersetzt wurde. Die RTW-SE-Skala umfasst 11 Items und verfügt über eine 6-stufige Antwortskala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 6 (stimme voll und ganz zu). Aus dem Mittelwert aller 11 Items wurde der Gesamtwert der RTW-SE-Skala berechnet, wobei höhere Werte eine höhere wahrgenommene Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit bedeuten.

2.5.3.5 Symptomschwere

Die Symptomschwere wurde anhand von drei 6-Item-Skalen (Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit) des Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18) [33] gemessen. Der BSI-18 verfügt über eine 5-stufige Antwortskala von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark). Die Werte der drei BSI-18-Skalen reichen von 0 bis 24. Der Gesamtwert des BSI-18, der sogenannte Global Severity Index, reicht von 0 bis 72, wobei höhere Werte auf eine stärkere Symptomschwere hinweisen [40]. Der Global Severity Index wurde für die Auswertung genutzt.

2.5.3.6 Arbeitsfähigkeit

Die Arbeitsfähigkeit wurde anhand des Work Ability Score (WAS) [34] gemessen. Der WAS besteht aus einem Item: „Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?“ und verfügt über eine 11-stufige Antwortskala von 0 (völlig arbeitsunfähig) bis 10 (die beste jemals erreichte Arbeitsfähigkeit).

2.5.4 Mögliche Einflussfaktoren (für Wirksamkeits- und gesundheitsökonomische Evaluation)

2.5.4.1 Depressivität

Depressive Symptome wurden mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ-9) gemessen [35]. Der PHQ-9 hat eine 4-stufige Antwortskala, die von 0 (überhaupt nicht) bis 3 (beinahe jeden Tag) reicht. Der Gesamtwert reicht von 0 bis 27, wobei höhere Werte einen höheren Schweregrad der depressiven Symptome anzeigen.

2.5.4.2 Interpersonelles Vertrauen

Interpersonelles Vertrauen wurde mit der Kurzsкала Interpersonales Vertrauen (KUSIV3) [36] gemessen. Die KUSIV3 besteht aus drei Items und hat eine 5-Punkte-Antwortsкала, die von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) reicht. Der Gesamtwert reicht von 3 bis 15, wobei höhere Werte ein höheres interpersonelles Vertrauen anzeigen.

2.5.4.3 Subjektive RTW-Prognose

Die RTW-Prognose wurde mit einem Einzelitem aus dem Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR) erhoben [37]. Die Frage wurde leicht an das studienspezifische Setting zu Baseline angepasst („Wann glauben Sie angesichts Ihres Gesundheitszustandes nach Ihrer Entlassung wieder arbeiten zu können?“). Der SIBAR hat eine 7-stufige Antwortsкала mit den Antwortmöglichkeiten: „sofort“, „innerhalb von 1 Monat“, „innerhalb von 3 Monaten“, „innerhalb von 6 Monaten“, „innerhalb von 9 Monaten“, „innerhalb eines Jahres oder später“ und „überhaupt nicht mehr“. Die Antworten des einzelnen SIBAR Items wurden in eine „positive RTW-Prognose (≤ 3 Monate)“ und eine „negative RTW-Prognose (> 3 Monate)“ dichotomisiert.

2.5.4.4 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung wurde mit der Kurzversion des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU K-6) gemessen [38]. Der F-SozU K-6 hat sechs Items und eine 5-stufige Antwortsкала, die von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) reicht. Der Gesamtwert reicht von 6 bis 30, wobei höhere Werte ein höheres Niveau der allgemeinen wahrgenommenen sozialen Unterstützung anzeigen.

2.5.4.5 Bewertung der Intervention

Die Zufriedenheit mit der gesamten RTW-PIA-Behandlung sowie mit den einzelnen RTW-PIA-Modulen wurde anhand einer angepassten Version des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) [39] erfasst. Der ZUF-8 verfügt über eine vierstufige Antwortsкала von 1 (trifft nicht zu) bis 4 (trifft voll und ganz zu). Die Antwortkategorie „trifft nicht zu, ich habe nicht teilgenommen“ wurde nachträglich hinzugefügt, um sozial erwünschte Antworten zu vermeiden. Die Bewertung dieser Antwortkategorie bedeutet, dass Daten aufgrund der Nichtteilnahme fehlen. Darüber hinaus wurden die Fragen hinsichtlich des jeweiligen Moduls leicht angepasst (z. B. „Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zu den RTW-PIA Gruppengesprächen auf Sie zutreffen“; (1) „Die Gruppengespräche, an denen ich bisher teilgenommen habe, hatten eine hohe Qualität“). Wie bereits zuvor wurden die Fragen in Statements umformuliert, um innerhalb der ZUF-8-Skala [41] konstante Antwortkategorien zu gewährleisten. Der Gesamtwert der ZUF-8-Skala reicht von 8 bis 32 Punkten, wobei höhere Werte eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung bedeuten.

2.5.5 Soziodemografische Informationen

Soziodemografische Daten wurden zu Beginn der Studie, zum Messzeitpunkt T0, mit mehreren Items erhoben. Die Teilnehmenden machten Angaben zu Geschlecht, Alter, Bildung, Familienstand, Zusammenleben, Wohnort (Bundesland), Gesamtzahl der Personen im eigenen Haushalt (zusätzliches Item, das nach der Anzahl der Personen unter 14 Jahren im Haushalt fragt), beruflicher Status, Unternehmenssektor, monatliches Brutto-Haushaltseinkommen, Grad der Behinderung, ethnische

Zugehörigkeit, Migration sowie physische Entfernungen zur z. B. psychologischen Psychotherapiepraxis oder zu anderen Behandlungen in km (z. B. hausärztlichen Praxis, Psychiater*in, Nervenärzt*in, Neurolog*in oder Fachärzt*in für Psychosomatik). Die Daten zum Brutto-Haushaltseinkommen wurden zu allen fünf Messzeitpunkten (T0-T4) für die gesundheitsökonomische Evaluation erhoben.

2.5.6 RTW-bezogene Variablen (für Wirksamkeitsevaluation)

Zu den fünf Messzeitpunkten (T0-T4) wurden die Teilnehmenden gebeten, Fragen zu Arbeitsmerkmalen [selbst entwickelte und 42, 43] zu beantworten, um ihren aktuellen Arbeitsstatus (vertraglich vereinbarte Wochenarbeitszeit und Arbeitstage/Woche, Arbeitsplatzwechsel, Arbeitslosigkeit usw.) kontinuierlich zu erfassen und mögliche Anpassungen/Änderungen im Arbeitsstatus bewerten zu können. Weitere Informationen hinsichtlich der Rückkehr (z. B. Rückkehr zum vorherigen Arbeitgeber (ja/nein); Rückkehr zum vorherigen Arbeitsplatz (ja/nein) (falls nichtzutreffend, Grund und Datum für den Unternehmenswechsel)), der STWE und des Prozesses des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) wurden erhoben. Die Arbeit von Sikora et al. [19] diente als Orientierung für die Gestaltung der Fragen.

2.5.7 Gesundheitsökonomische Evaluation

Zur Erhebung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Patienten- und Familienkosten sowie Produktivitätsverlusten wurde der an das Studiensetting angepasste Trimbos Institute and Institute of Medical Technology Questionnaire for Costs Associated with Psychiatric Illness (TiC-P) [26, 27] eingesetzt, ein retrospektiver Fragebogen mit einer 3-monatigen Erinnerungsperiode. Die Berechnung der Gesundheitsversorgungskosten basierte auf zwei deutschen Leitlinien [44, 45]. Die Bewertungsgrundlage der berücksichtigten Kostenkategorien ist in Tabelle 2 dargestellt. Die Kosten für verschriebene Medikamente wurden auf Basis der LAUER-TAXE ermittelt. Patienten- und Familienkosten wurden direkt von den Studienteilnehmenden erfragt. Reisekosten wurden mit 0.30 € pro Kilometer geschätzt. Produktivitätsverluste durch unbezahlte Arbeit (z. B. Hausarbeiten, Einkaufen, Kinderbetreuung), ehrenamtliche Tätigkeiten und informelle Pflege wurden mithilfe des Substitutionskostenansatz bewertet. Die Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit wurden gemäß des Humankapitalansatzes berechnet. Verlorene Arbeitstage aufgrund von Fehlzeiten wurden auf Basis des Bruttodurchschnittseinkommens der Teilnehmenden pro Tag berechnet. Verlorene Arbeitstage aufgrund von Präsentismus (d. h. reduzierter Effizienz während der Arbeit) wurden anhand der Health and Labour Questionnaire (HLQ)-Methode bzw. der Osterhaus-Methode berechnet [46]. Die Kosten wurden in Euro angegeben und von 2020 auf das Jahr 2023 anhand des deutschen Verbraucherpreisindex (Indexfaktor 1,17) indexiert [47]. Da Kosten und Nutzen in einem Zeitraum angefallen sind, die länger als 1 Jahr dauern, wurden sie nach dem 1. Jahr mit einer identischen konstanten Rate von 3 % pro Jahr auf den aktuellen Zeitraum diskontiert [48].

Tabelle 2: Gesundheitsökonomische Evaluation: Bewertung der berücksichtigten Kostenkategorien

Kostenart	Bewertungsgrundlage	Preis (Euro) 2020	Preis (Euro) 2023 ²
Interventionskosten (je absolvierter Sitzung pro Modul)	eigene Kalkulation		
Modul 2			404,25
Modul 3			245,00
Modul 4			145,70
Interventionskosten (Gesamtkosten pro Teilnehmenden pro Modul [Pauschale])			
Modul 2			3234,00
Modul 3			2205,00
Modul 4			415,90
Ambulante ärztliche Versorgung	Standardisierter Bewertungssatz ¹		
Hausärzte		25,69	30,06
Fachärztliche Internisten		73,13	85,56
HNO-Ärzte		38,30	44,81
Nervenärzte		60,66	70,97
Psychotherapeuten		102,92	120,42
Orthopäden		31,79	37,19
Frauenärzte		41,36	48,39
Augenärzte		51,93	60,76
Psychiatrische Institutsambulanz	Niedersächsische Krankenhausgesellschaft	-	
1-2 Behandlungstage			266,20
3-4 Behandlungstage			372,37
Ab 5 Behandlungstage			453,07
Krankenhaus – vollstationär	Standardisierter Bewertungssatz ¹		
Allgemeine – Normalstation		1.011,72	1183,71
Psychiatrie		429,84	502,91
Krankenhaus – teilstationär	Standardisierter Bewertungssatz ¹		
Allgemeine – Normalstation		657,62	769,41
Psychiatrie		326,97	
Rehabilitation	Standardisierter Bewertungssatz ¹		
Ambulant		74,95	382,56
Stationär		184,81	216,23
Heilmittel	Standardisierter Bewertungssatz ¹		
Physiotherapie		21,45	25,10
Ergotherapie		54,21	63,43
Informelle Pflege	Standardisierter Bewertungssatz ¹		
Substitutionskostenansatz		30,26	35,40

¹Muntendorf et al. (2024); ²Konsumerpreis Index 1,17

2.6 Auswertungsmethoden

Die geplanten Auswertungsmethoden wurden im Studienprotokoll [49] sowie im vorab auf dem Open Science Framework veröffentlichten statistischen Analyseplan (<https://osf.io/fyhzt>) ausführlich beschrieben. Abweichungen oder Ergänzungen werden im Folgenden transparent gemacht.

2.6.1 I. Wirksamkeitsevaluation

Für die Wirksamkeitsevaluation wurden die Effekte der IG (vs. KG) auf die primären und sekundären Zielvariablen in der Intention-to-treat (ITT) Population geschätzt. Hier wird die Annahme zugrunde gelegt, dass Werte auf den primären und sekundären Zielvariablen zufällig fehlen („missing at random“; MAR). Damit ist gemeint, dass das Auftreten fehlender Werte zwar von anderen gemessenen Variablen abhängen kann, aber zufällig ist, sobald die Information aus diesen Variablen berücksichtigt wird. Nur unter dieser Bedingung bleibt der geschätzte Effekt der Intervention von der Verzerrung durch Ausfälle („attrition bias“) unberührt. Um die Annahme von MAR plausibel zu machen, berücksichtigten wir bei der Schätzung der Effekte entsprechend Hilfsvariablen. Hierzu standen uns insgesamt 41 zu T0 gemessene Variablen zur Verfügung (inklusive der Baseline-Messungen der 6 sekundären Zielvariablen). Für die Prüfung der fokalen Parameter legten wir generell ein Signifikanzniveau von 5 % zu Grunde und berechneten entsprechende 95 %-Konfidenzintervalle (KI). Alle Analysen wurden mit der Statistikplattform R 4.2.3 durchgeführt.

Primäre Zielvariable

Für die Wirksamkeitsevaluation hinsichtlich der primären Zielvariable (d. h. Erreichen der nachhaltigen Rückkehr) berücksichtigten wir die Hilfsvariablen mit Hilfe von multipler Imputation. Genauer gesagt verwendeten wir einen „fully conditional specification“ Ansatz wie er im R-Paket mice implementiert ist [50]. Hierzu spezifizierten wir ein Imputationsmodell für die primäre Zielvariable mit allen 41 Hilfsvariablen als Prädiktoren und führten den Imputationsprozess separat in IG und KG durch. Grundlage war ein bayesianisches logistisches Regressionsmodell mit indirekt integrierter LASSO Regulierung [51]. Insgesamt wurden durch diesen Prozess 200 imputierte Datensätze generiert.

Zur Schätzung des Interventionseffekts wurden in den 200 imputierten Datensätzen das Erreichen der nachhaltigen Rückkehr anhand der Behandlungsgruppe (IG vs. KG) mittels logistischer Regression vorhergesagt und die 200 Regressionsgewichte anschließend aggregiert. Als Effektstärke berechneten wir basierend auf dem aggregierten Regressionsgewicht das OR. Zur Prüfung der Robustheit des Effekts führten wir eine zusätzliche logistische Regression durch, bei der wir den Effekt der Studienzentren sowie weiterer Hilfsvariablen, bei denen trotz Randomisierung Unterschiede zwischen IG und KG auftraten, statistisch kontrollierten.

Sekundäre Zielvariablen

Für die Wirksamkeitsevaluation hinsichtlich der Veränderungen in den sekundären Zielvariablen berücksichtigten wir die Hilfsvariablen im Rahmen der Schätzung von latenten Wachstumskurvenmodellen (LGCM). Um die Anzahl der Hilfsvariablen zu reduzieren, verwendeten wir für jedes LGCM jeweils nur diejenigen Hilfsvariablen, die in der IG oder KG sowohl mit der Ausprägung als auch mit dem Fehlen der Zielvariable zu einem bestimmten Messzeitpunkt signifikant zusammenhängen ($p < .05$). Das waren konkret jeweils 8 bis 16 Hilfsvariablen. Diese Variablen wurden bei der Schätzung der LGCM mittels Full Information Maximum Likelihood (FIML) als saturierte Korrelate [52] basierend auf den R-Paketen lavaan [53] und semTools [54] berücksichtigt.

Die Schätzung des Interventionseffekts bezüglich der Veränderung in den 6 sekundären Zielvariablen bezog Daten zu fünf Zeitpunkten ein (T0-T4) und basierte auf einem sogenannten „latent basis model“ für zwei Gruppen [55]. Dieses Modell ist eine weniger restriktive Variante des linearen LGCM, d. h. es enthält einen latenten Intercept für individuelle Unterschiede zu Beginn und einen latenten Slope für individuelle Unterschiede in der Veränderung über den gesamten Zeitraum, kann aber auch nichtlineare Formen der Veränderung abbilden. Die Residualvarianzen wurden zwischen den Behandlungsgruppen und Zeitpunkten auf einen Parameter fixiert. Der fokale Test bezog sich jeweils auf die Differenz der mittleren latenten Slopes zwischen den Behandlungsgruppen. Zur (explorativen) Bestimmung einer standardisierten Effektstärke im Sinne von d teilten wir diese Differenz durch die geschätzte Standardabweichung der Zielvariablen zu T4 in der KG. Um mögliche Abweichungen von einer Normalverteilung der Zielvariablen zu berücksichtigen, verwenden wir skalierte Teststatistiken und robuste Standardfehler.

Moderatoren des Interventionseffekts

Um zu prüfen, ob der Effekt der IG (vs. KG) von der Ausprägung bestimmter Variablen abhing, testeten wir Interaktionseffekte mit den oben erwähnten 41 zu T0 gemessenen Variablen. Für die primäre Zielvariable fügten wir hierzu die jeweilige Variable sowie ihren Interaktionsterm mit der Behandlungsgruppe als Prädiktor in die logistische Regression ein und bestimmten den Interaktionseffekt durch Aggregation über die 200 Modelle in den imputierten Datensätzen. Für die sekundären Zielvariablen fügten wir die jeweilige Variable als Prädiktor des latenten Intercepts und Slopes in beiden Behandlungsgruppen ein und testeten, ob sich der Effekt auf den latenten Slope zwischen den Behandlungsgruppen unterscheidet.

Sensitivitätsanalysen

Zusätzlich zu den Analysen, die sich auf die ITT-Population beziehen, führten wir Analysen in ausgewählten Subgruppen durch. Erstens schätzten wir die Interventionseffekte für die per protocol (PP) Population, also für diejenigen, die an der Intervention in angemessener Form teilgenommen haben. A priori definierten wir diese Subgruppe als diejenigen, die mindestens 3 von 8 Sitzungen von Modul 2 (Einzelsitzungen), 6 von 9 Sitzungen von Modul 3 (Gruppensitzungen) sowie 1 von 3 Videokonferenzsitzungen innerhalb von Modul 4 (Online-Angebot) besucht haben. Post hoc verwendeten wir zudem eine weniger strenge Definition, nämlich diejenigen die mindestens 9 Termine aus Einzel- und Gruppensitzungen wahrgenommen haben. Zweitens schätzten wir die Interventionseffekte basierend auf einer complete case Analyse, also für diejenigen, die ihre Daten bei allen Messzeitpunkten (T0-T4) bereitgestellt haben. Drittens schätzten wir die Interventionseffekte für verschiedene Diagnosegruppen, nämlich für Personen mit einer F32 -Diagnose sowie für Patienten mit einer F33 -Diagnose. Die übrigen Diagnosen waren nicht häufig genug um separate Subgruppenanalysen durchzuführen.

Explorative Analysen

Zusätzlich zu den im Studienprotokoll oder statistischen Analyseplan festgelegten Analysen führten wir ausgewählte explorative Analysen durch. Erstens untersuchten wir Zusammenhänge zwischen Prozessvariablen wie der Interventionsdosis sowie der Bewertung der Intervention und den primären und sekundären Zielvariablen in der IG. Zweitens testeten wir den Effekt der IG (vs. KG) auf die Veränderung in der Wahrscheinlichkeit, eine sehr gute Arbeitsfähigkeit zu erreichen [56]. Hierzu wurde der WAS-Score dichotomisiert in die Gruppe derjenigen mit einer guten bis sehr guten Arbeitsfähigkeit (7-10) vs. alle anderen (0-6). Drittens untersuchten wir Zusammenhänge zwischen der Dosis sowie der Bewertung der Intervention und den primären und sekundären Zielvariablen in der IG.

2.6.2 II. Gesundheitsökonomische Evaluation

Die Analysen erfolgten aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie aus Arbeitgeberperspektive. Bei der gesellschaftlichen Perspektive wurden sämtliche Kosten (d. h. Gesundheitsversorgungskosten, Patienten- und Familienkosten sowie Produktivitätskosten) unabhängig vom Kostenträger oder Begünstigten berücksichtigt. Aus Sicht der GKV flossen ausschließlich Interventions- und Gesundheitsversorgungskosten sowie ggfs. Krankengeld in die Analyse ein. Bei Anwendung der Arbeitgeberperspektive wurden nur für Arbeitgeber relevante Kosten und wirtschaftliche Vorteile (d. h. Produktivitätskosten) sowie Interventionskosten einbezogen, wobei letztere als vom Arbeitgeber finanziert angenommen wurden. Im Rahmen der Kosten-Wirksamkeits-Analyse stellte die nachhaltige Rückkehr den primären Ergebnisparameter dar (ja/nein). Für die Kosten-Nutzwert-Analyse wurden qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs) auf Basis des AQoL-6D-Instruments als gesundheitsbezogener Ergebnisparameter herangezogen. Der AQoL-6D generiert patientenpräferenzbasierte Nutzwerte auf einer Skala von 0 (Tod) bis 1 (perfekte Gesundheit) unter Anwendung der Time-Trade-Off-Methode [57]. QALYs wurden durch Berechnung linear interpolierter AQoL-6D-Nutzwerte zwischen den Erhebungszeitpunkten über den gesamten Beobachtungszeitraum (area under the curve) ermittelt.

Fehlende Werte wurden mittels gruppenweiser hierarchischer multipler Imputation (multiple imputation of chained equations, MICE) unter Verwendung von Predictive Mean Matching imputiert, um der schiefen Verteilung der Kostendaten Rechnung zu tragen [50, 58]. Die nachfolgend beschriebenen Analysen wurden für jeden Datensatz separat durchgeführt, und die Ergebnisse wurden unter Anwendung der Rubin'schen Regeln gepoolt. Zwei Mehrebenenmodelle für Kosten und Effekte wurden unter Berücksichtigung der Datenhierarchie verwendet. Effekte wurden mit 95 % KIs und Kosten mit nicht-parametrischen Bootstrapping (2.500 Replikationen) geschätzt [59, 60]. Über alle Studiengruppen hinweg wurden die Durchschnittskosten und die Effekte verglichen. Basierend auf der Annahme, dass eine Korrelation zwischen dem Effektmaß und den Kosten besteht, wurde ein Mehrgleichungsmodell (engl. Seemingly unrelated regression models, SUR) herangezogen. Die statistische Unsicherheit der Schätzungen der Kosten-Effektivitäts-Relation wurde mit Hilfe der nicht-parametrischen Bootstrapping-Methode auf Kosten-Effektivitäts-Diagrammen abgebildet. Darüber hinaus wurden Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven geschätzt, die die Akzeptanzwahrscheinlichkeit der neuen Versorgungsform in Abhängigkeit verschiedener Zahlungsbereitschaften darstellt [61]. Für die Arbeitgeberperspektive wurden Analysen mit den Kennzahlen Netto-Nutzen und Return-on-Investment (ROI) durchgeführt. Kosten wurden als reine Interventionskosten definiert, Nutzen als die Differenz der Produktivitätskosten zwischen IG und KG. Die Kennzahlen wurden anhand von 2 500 Bootstrap-Simulationen linearer Regressionsmodelle geschätzt. Die Wahrscheinlichkeit eines positiven finanziellen Ergebnisses wurde als Anteil der Simulationen mit Netto-Nutzen > 0 € bzw. ROI > 0 % angegeben.

Sensitivitätsanalysen

Um die Robustheit der Ergebnisse zu prüfen, wurden im Rahmen einer umfassenden Sensitivitätsanalyse mehrere alternative Annahmen und Verfahren getestet. Erstens erfolgte die Umstellung von kosten-differenzierten Interventionskosten auf pauschale Interventionskosten, d. h. auf Gesamtkosten je Teilnehmenden pro Modul. Zweitens wurden die Patienten- und Familienkosten sowie die Produktivitätsverluste nach der Osterhaus-Methode ermittelt und in die Kosten-Nutzwert-Analysen einbezogen. Drittens wurden potenzielle Kostenausreißer identifiziert und mittels Winsor-Transformation behandelt. Hierbei wurde für jede Kostenkategorie das 95. Perzentil

bestimmt; Werte, die diesen Schwellenwert überschritten, wurden nicht aus der Stichprobe entfernt, sondern auf das 95. Perzentil begrenzt.

2.6.3 III. Qualitative Evaluation

Um die Forschungsfrage III zu beantworten, wurde eine qualitative Evaluation durchgeführt. Ziel war es, zu beschreiben, wie die Intervention von den Teilnehmenden genutzt wurde und wie sie davon profitiert haben, wie die Intervention ihre Erfahrungen und Handlungen im RTW-Prozess beeinflusst haben, welche Kontextfaktoren die Rückkehr bzw. Nicht-Rückkehr beeinflusst haben und welche typischen Verläufe in diesem Zusammenhang rekonstruiert werden können. Zu diesem Zweck wurden sowohl das implizite als auch das explizite Wissen der Teilnehmenden rekonstruiert und erfasst.

Für die qualitative Teilstichprobe wurden interessierte Teilnehmende (N=30) anhand der folgenden Merkmale aus der oben rekrutierten Studienpopulation ausgewählt:

- IG und KG: 20 Teilnehmende aus der IG und 10 Teilnehmende aus der KG (Verhältnis 2:1),
- Geschlechtsspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten: Ziel war es Männer und Frauen in einem Verhältnis von 1:1 pro Gruppe zu interviewen,
- Hauptdiagnose nach ICD-10: Proportional wurden die häufigsten psychischen Erkrankungen aus der Gesamtstudienpopulation ausgewählt sowie
- unterschiedliche subjektive RTW-Prognosen.

2.6.3.1 Qualitative Datenerhebung und -analyse

Die leitfadengestützten Interviews (siehe Anlage 3: Interviewleitfäden) wurden digital aufgezeichnet, verschriftlicht und pseudonymisiert. Sie umfassten einen narrativen Hauptteil sowie einen reflexiv bewertenden Teil. Es wurden pro Person jeweils ein Vorher- und Nachher-Interview geführt. Das erste Interview fand zu Beginn der Intervention statt und das zweite Interview wurde 18 Monate später nach Abschluss der Intervention durchgeführt.

In den Vorher-Interviews zu t0 wurden folgende Themen schwerpunktmäßig behandelt:

(a) Erleben der Krise und Auslöser, (b) Umgang mit Stress, individuelle, soziale und betriebliche Ressourcen (c) Erleben des Klinikaufenthalts & Umgang mit der Erkrankung (d) Rückkehr zur Arbeit: förderliche und hemmende Faktoren, (e) Nutzen des Klinikaufenthalts und Erwartungen an die Intervention und Nachsorge, (f) Einschätzung zur privaten und betrieblichen Unterstützung und (g) Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit.

In den Nachher-Interviews zu t1 wiederum wurden folgende Schwerpunktthemen behandelt:

(a) Erleben der Zeit nach dem ersten Interview und der Rückkehr bzw. Nicht-Rückkehr zur Arbeit, (b) Umgang mit Stress, individuelle, soziale und betriebliche Ressourcen, (c) Erleben der Intervention oder der PIA-Nachsorge bzw. einer ambulanten Therapie, (d) Nutzen der Intervention, PIA-Nachsorge bzw. einer ambulanten Therapie, (e) Einschätzung zu förderlichen und hemmenden Faktoren der Rückkehr, (f) Einschätzung zur privaten und betrieblichen Unterstützung sowie (g) Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit.

Die Vorher- und Nachher-Interviews wurden mit der dokumentarischen Methode der Interpretation nach Bohnsack [62] ausgewertet. Für alle Interviewten wurde je eine Fallbeschreibung im Umfang von 20 Seiten angefertigt.

Das Besondere der Interviewanalyse nach der dokumentarischen Methode ist, dass sie den Zugang zu zwei Formen von Wissen ermöglicht:

- Zugang zum expliziten Wissen (zu bewussten, kommunizierbaren Fähigkeiten, Kompetenzen, Meinungen, Bewertungen und Einschätzungen) sowie
- Zugang zum impliziten Wissen (verinnerlichtes Können, Orientierungen und Wissen auf der Basis von Erfahrungen)

Das *implizite Wissen* ist den Akteur*innen in der Regel kaum reflexiv zugänglich und kann nicht ohne weiteres in Worte gefasst werden. Es ist aber ein Wissen, dass die Handlungspraxis der Akteur*innen leitet und strukturiert. Grundlage des impliziten Wissens sind milieuspezifische Erfahrungen, die sich im konjunktiven Erfahrungsraum [63] herausbilden. Das heißt, implizites Wissen wird in der Praxis und durch das erfahrungsgebundene Handeln erworben. Aufgrund dieser Erfahrungen bilden sich individuelle milieu-, geschlechts-, alters- und organisationsspezifische Handlungsorientierungen. Diese beeinflussen das alltägliche Handeln, indem sie Auswirkungen auf das individuelle Erleben und die Selbstwirksamkeit haben bzw. im Wechselspiel mit ihnen stehen. Demnach ist das Erleben einer psychischen Krise und deren Bewältigung sowohl von dem jeweiligen konjunktiven Erfahrungsraum des Einzelnen abhängig, aber auch von den gemachten Erfahrungen und deren individueller impliziter Interpretation im Wiedereingliederungsprozess.

Explizites bzw. kommunikatives Wissen ist theoretisches Wissen, das den Akteur*innen reflexiv zugänglich ist. Dies äußert sich bspw. in Meinungen, Bewertungen, theoretischen Erörterungen und dem Vermitteln von theoretischem Wissen.

Bezogen auf den RTW-Prozess bietet dieser Erkenntnisansatz einen großen Gewinn, denn die Erforschung des Prozesses nähert sich dem Gegenstand auf zwei Ebenen:

- a) auf der impliziten Ebene. Dies ist die Ebene der erlebten Praxis und Erfahrung im RTW-Prozess, die nicht ohne weiteres reflektiert werden kann und
- b) auf der expliziten Ebene. Dies ist die Ebene der reflektierenden Auseinandersetzung mit den gemachten Erfahrungen, der analysierten Unterscheidung bspw. zwischen fördernden und hemmenden Faktoren auf der Verständnisebene.

Der Vergleich der Interviews verschiedener Personen sowie der Vergleich zu zwei Zeitpunkten ermöglicht es, aufgrund der Identifikation von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Handlungspraxis, individuell übergreifende Kategorien herauszuarbeiten, die die Auseinandersetzung mit der Krise, das Erleben der Intervention oder der PIA-Nachsorge sowie die Rückkehr in den Betrieb beeinflussen.

Folgende Analyseschritte wurden dabei im RTW-PIA Projekt in Anlehnung an die dokumentarische Methode der Interpretation vorgenommen:

1. Erstellung eines thematischen Verlaufs pro Interview (nach Themen der Interviews)
2. Identifizierung erzählerisch dichter Interviewpassagen
3. Formulierende Interpretation zu den Passagen (Zusammenfassung des objektiven Sinngehalts, was wird zu dem jeweiligen Thema gesagt)
4. Reflektierende Interpretation der Interviewpassagen (Rekonstruktion des Handlungsrahmens, wie wird das jeweilige Thema bearbeitet)
5. Erstellung einer Fallbeschreibung (Darstellung und Zusammenfassung des impliziten und expliziten Wissens)

6. Fallvergleiche und Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten bzw. Unterschieden mit Fokus auf die Intervention, die Nachsorge, die Rückkehr und die Kontextfaktoren der Rückkehr bzw. Nicht-Rückkehr zur Arbeit.

Die Interpretationen und Analysen wurden im qualitativen Forschungsteam diskutiert, um einen Konsens zu erreichen.

2.6.4 IV. Prozessevaluation

Ziel der umfassenden Prozessevaluation war es, die kontextuellen Faktoren, den Implementierungsprozess, die Rahmenbedingungen von RTW-PIA sowie die Zufriedenheit der Teilnehmenden und die Erfahrungen der RTW-Begleitungen im Rahmen von RTW-PIA zu bewerten. Die Prozessevaluation orientiert sich an den vorgeschlagenen Schlüsselprozessindikatoren aus dem theoretischen Rahmen von Steckler und Linnan [64], die an den Studienkontext von RTW-PIA angepasst wurden (siehe Tabelle 3).

2.6.4.1 Prozessdatenerhebung und -analyse

Die quantitative Datenerhebung zur Prozessevaluation erfolgte für alle Teilnehmenden der IG in pseudonymisierter Form während der gesamten 18-monatigen RTW-PIA-Interventionsdauer. Eine Übersicht über die wichtigsten Prozessindikatoren und deren Datenerhebung ist in Tabelle 3 dargestellt. Die bereits oben erwähnten Vorher-Nachher-Interviews mit den Teilnehmenden aus der qualitativen Evaluation ergänzten die Ergebnisse der Prozessevaluation.

Spezifische Informationen zur Rekrutierung, Manualtreue und (Mindest-)Interventionsdosis wurden von den Studienzentren erhoben und an die evaluierenden Stellen übermittelt. Die Erfahrungen sowie Zufriedenheit mit RTW-PIA wurden von den IG-Teilnehmenden mittels der Fragebögen und der Nachher-Interviews erhoben. Darüber hinaus wurden während der Interventionsphase drei qualitative Fokusgruppen mit beteiligten RTW-Begleitungen aus jedem Studienzentrum per Videokonferenz durchgeführt. Die leitfadengestützten Fokusgruppen (siehe Anlage 4: Fokusgruppenleitfäden) dienten dazu, hinderliche und förderliche Faktoren in Bezug auf die Interventionserbringung zu erfassen. Zusätzliche Kontextfaktoren wurden mit Hilfe der Fokusgruppen und schriftlicher Steckbriefe erfasst, bewertet und aufbereitet.

Alle Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet, pseudonymisiert transkribiert und anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz [65] thematisch analysiert. Die quantitativen Daten wurden mittels deskriptiver Statistik (z. B. Häufigkeiten, Mittelwerte, summierte Bewertungen) analysiert.

Tabelle 3: Übersicht Schlüsselprozessindikatoren der Prozessevaluation

Prozessindikator	Level	Operationalisierung	Datenerhebung
Rekrutierung Verfahren zur Ansprache und Gewinnung von Teilnehmenden; Anzahl der eingeladenen Patient*innen; Gründe für die Nichtteilnahme	Studienzentren	Beschreibung der Ansätze	• Logbuch • Wöchentliche Rekrutierungsbögen • Fokusgruppen • Anonyme Nichtteilnahme-Fragebögen

Manualtreue Einhaltung des Manuals bei der Durchführung von Modul 3	RTW-Begleiter*innen	Aussagen (Bewertungen, Ja/Nein), Gründe für Abweichungen vom Manual, Vorschläge für manuelle Verbesserungen	- Evaluationsbögen (Modul 3) - Fokusgruppen
(Mindest)Interventionsdosis Inwieweit die einzelnen Module (2-4) tatsächlich gemäß Interventionsplan erbracht wurden	RTW-Begleiter*innen	Anzahl, Datum und Dauer jeder Modul-Sitzung	- Laufzettel - Technische Protokolldatei (Modul 4)
Zufriedenheit der Teilnehmenden mit RTW-PIA Modulen (2-4) und Gesamtintervention	IG-Teilnehmende	Zufriedenheitswerte, Anregungen/Verbesserungsvorschläge, Erfahrungen	Onlinefragebögen (T1-T3)
Zufriedenheit und Erfahrungen der RTW-Begleiter*innen mit Umsetzung von RTW-PIA	RTW-Begleiter*innen	Erfahrungen	Fokusgruppen
Kontextfaktoren , die sich auf die Wirksamkeit der Intervention auswirken	RTW-Begleiter*innen	Beschreibung der Hindernisse und förderlichen Faktoren	- Fokusgruppen - Steckbriefe
Kontextfaktoren , die sich auf die Wirksamkeit der Intervention auswirken	Qualitative Teilstichprobe	Beschreibung der Hindernisse und förderlichen Faktoren	Vorher und Nachher - Interviews

2.7 Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte

2.7.1 Interventionszeitraum

Der geplante Studienzeitraum vom Einschluss der ersten Teilnehmenden bis zum Interventionsabschluss der letzten Teilnehmenden dauerte 36 Monate (Q3 2021 – Q3 2024). Die geplante Interventionsdauer je Teilnehmer*in betrug 18 Monate.

2.7.2 Beobachtungszeitraum

Der geplante Nachbeobachtungszeitraum fand von Q1 2023 – Q1 2025 statt. Die Nachbeobachtungsdauer je Teilnehmer*in betrug 6 Monate nach Ende der Intervention.

Die gesamte geplante Beobachtungsdauer je Teilnehmer*in (Intervention + Nachbeobachtung) betrug somit 24 Monate.

2.7.3 Messzeitpunkte

Zu I. und II.)

Für alle Teilnehmenden fanden insgesamt fünf quantitative Messzeitpunkte als Online-Befragung statt: zu Baseline (T0), nach 6 Monaten (T1), nach 12 Monaten (T2), nach 18 Monaten (T3) und nach 24 Monaten (T4). Die quantitativen Erhebungszeitpunkte für die Wirksamkeits- und gesundheitsökonomische Evaluation dienten dazu, regelmäßige Informationen zur Rückkehr, dem

Prozess, zum Verbleib bei der Arbeit, der nachhaltigen Rückkehr sowie zu den jeweiligen entstandenen Kosten zu erlangen.

Zu III.)

Für 20 Personen der Interventionsgruppe und 10 Personen der Kontrollgruppe fanden zusätzlich qualitative Vorher-Nachher-Interviews zu T0 und T3 per Telefon oder Videoanruf statt.

Zu IV.)

Zusätzlich zu den selbstberichteten Daten der Interventionsteilnehmenden (I. sowie III.) fanden drei Fokusgruppen (zu Beginn (T0), in der Mitte (T1), sowie zum Ende der Intervention (T2)) mit den RTW-Begleitungen der fünf Studienzentren statt, um zusätzliche Kontextfaktoren im Laufe des Studienzeitraums systematisch zu erfassen.

2.8 Darstellung der Methoden zur Prozessevaluation und gesundheitsökonomischen Evaluation

Die Methoden zur Prozessevaluation und gesundheitsökonomischen Evaluation wurden bereits unter 2.6 Auswertungsmethoden in eigenen Abschnitten (II. und IV.) beschrieben.

2.9 Änderungen aufgrund der Corona-Pandemie in der Methodik

Da die geplanten Fallzahlen über eine Verlängerung des Rekrutierungszeitraums erreicht wurden, haben wir lediglich eine zusätzliche Sensitivitätsanalyse aufgrund der Corona-Pandemie durchgeführt, nämlich bzgl. der erhaltenen Interventionsdosis. Dazu haben wir zusätzlich zur geplanten Mindestdosis-Analyse noch eine angepasste Interventionsdosis berechnet (Summe aus Modul 2- und Modul 3-Sitzungen ohne die Berücksichtigung von Modul 4).

Auf Basis des Evaluationskonzeptes wurde die Methodik weiter konkretisiert und im Studienprotokoll veröffentlicht [49].

3 Ergebnisse der Evaluation

3.1 Rekrutierungsablauf und Studienverlauf

Abbildung 3 stellt den CONSORT-Studienverlauf dar. Die Patient*innen wurden über einen Zeitraum von 19 Monaten, zwischen September 2021 und März 2023, in verschiedenen Abteilungen der fünf teilnehmenden Studienzentren rekrutiert, einschließlich stationärer, tagesklinischer und ambulanter Einrichtungen. Wöchentliche Rekrutierungslisten der Kliniken wurden der evaluierenden Stelle vorgelegt. Insgesamt wurden N=9177 Patient*innen gescreent, von denen N=1622 (17,7 %) die Einschlusskriterien erfüllten und N=7555 (82,3 %) nicht.

Bei N=4269 Fällen war der Arbeitsvertrag der häufigste Nichtteilnahmegrund, gefolgt vom Alter bei N=1378 Fällen. Weitere Gründe betrafen die PIA-Eingangskriterien (N=341) sowie sonstige individuelle oder organisatorische Gründe (N=811). In N=694 Fällen war die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (AU-Dauer) ausschlaggebend, während N=62 Patient*innen aufgrund der ICD-10-Diagnose nicht teilnehmen konnten.

Die N=1622 Patient*innen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden zu 54,6 % aus den Tageskliniken, 36,3 % aus stationärer Behandlung, 6,0 % aus ambulanter Versorgung (PIA) und 3,1 % aus sonstigen Bereichen rekrutiert. Ebendiese rekrutierte Stichprobe wurde von den Behandler*innen zu dem Modul 1 „Arbeit und Gesundheit“ eingeladen, wovon 71,2 % (N=1155) teilnahmen. Zum Ende des Moduls entschieden sich N=633 gegen eine Studienteilnahme oder waren noch unentschieden, während N=522 Patient*innen durch Unterzeichnung der Einwilligungserklärung ihre Teilnahme zusagten. Von den N=633 Patient*innen hatten 51,3 % (N=325) über Nichtteilnahmebögen ihre Gründe gegen eine Studienteilnahme berichtet (siehe nächster Abschnitt). Jene N=522 Patient*innen, die in die Studie eingewilligt hatten, erhielten kurz darauf einen Link zur ersten Online-Befragung (T0, Baseline). N=38 Patient*innen wurden dann noch ausgeschlossen, weil sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten, nicht an der Online-Befragung teilnahmen, kein Interesse mehr hatten oder ihre Studieneinwilligung zurückzogen. Insgesamt nahmen N=484 erfolgreich an der ersten Online-Befragung teil und wurden anschließend per 1:1-Zuteilung randomisiert (siehe Abschnitt 2.4.2). N=240 Personen wurden der IG (RTW-PIA zusätzlich zur Regelversorgung) und N=244 der KG (Regelversorgung) zugeteilt. Über den 24-monatigen Datenerhebungszeitraum gab es in der IG insgesamt N=74 Lost to follow up², N=43 Behandlungsabbruchfälle³ und N=20 Dropouts⁴; in der KG gab es N=24 Dropouts⁴ und N=64 Lost to follow up-Fälle².

Gründe für Nichtteilnahme an der Studie

Von den N=325 ausgefüllten Nichtteilnahmebögen enthielten N=288 Angaben zu den Gründen der Nichtteilnahme. Am häufigsten wurde angegeben, dass kein Bedarf, Nutzen oder Interesse besteht (N=57). Weitere Nichtteilnahmegründe waren eine zu große Entfernung (N=42), Überforderung, Belastung oder Stress (N=41) sowie eine vorhandene ambulante Psychotherapie (N=41). Zeitliche (N=32), arbeitsbedingte (N=18) sowie gesundheitliche Gründe (N=9) wurden ebenso genannt. Bei insgesamt N=8 Fällen lag eine Arbeitslosigkeit vor, bei N=6 Patient*innen war die Rückkehr zur Arbeit entweder noch nicht relevant oder nicht vorgesehen und in N=5 Fällen lag keine Intention vor, zur Arbeit zurückzukehren. Darüber hinaus wurden unter „verschiedene Gründe“ (N=31) weitere Einzelfaktoren zusammengefasst, die aufgrund ihrer geringen Häufigkeit (jeweils N < 5) nicht gesondert kategorisiert wurden.

² Die Teilnehmer*innen brachen ihre Studienteilnahme nicht ab, antworteten aber nicht mehr auf die jeweiligen Einladungen zu den Folgebefragungen (online/telefonisch).

³ Die Teilnehmer*innen, die die Intervention abgebrochen hatten, sind hier aufgeführt, unabhängig davon, ob sie weiterhin an den Folgebefragungen teilgenommen hatten; n=14 hatten sich auch von der Teilnahme an den Folgebefragungen zurückgezogen und sind ebenfalls unter „Abbrecher*innen“ aufgeführt.

⁴ Die Teilnehmer*innen, die ihre Studienteilnahme zurückzogen, erhielten keine Einladungen mehr zu den Folgebefragungen (für die Interventionsgruppe: je nach Zeitpunkt des Studienabbruchs wurde auch die Behandlung abgebrochen).

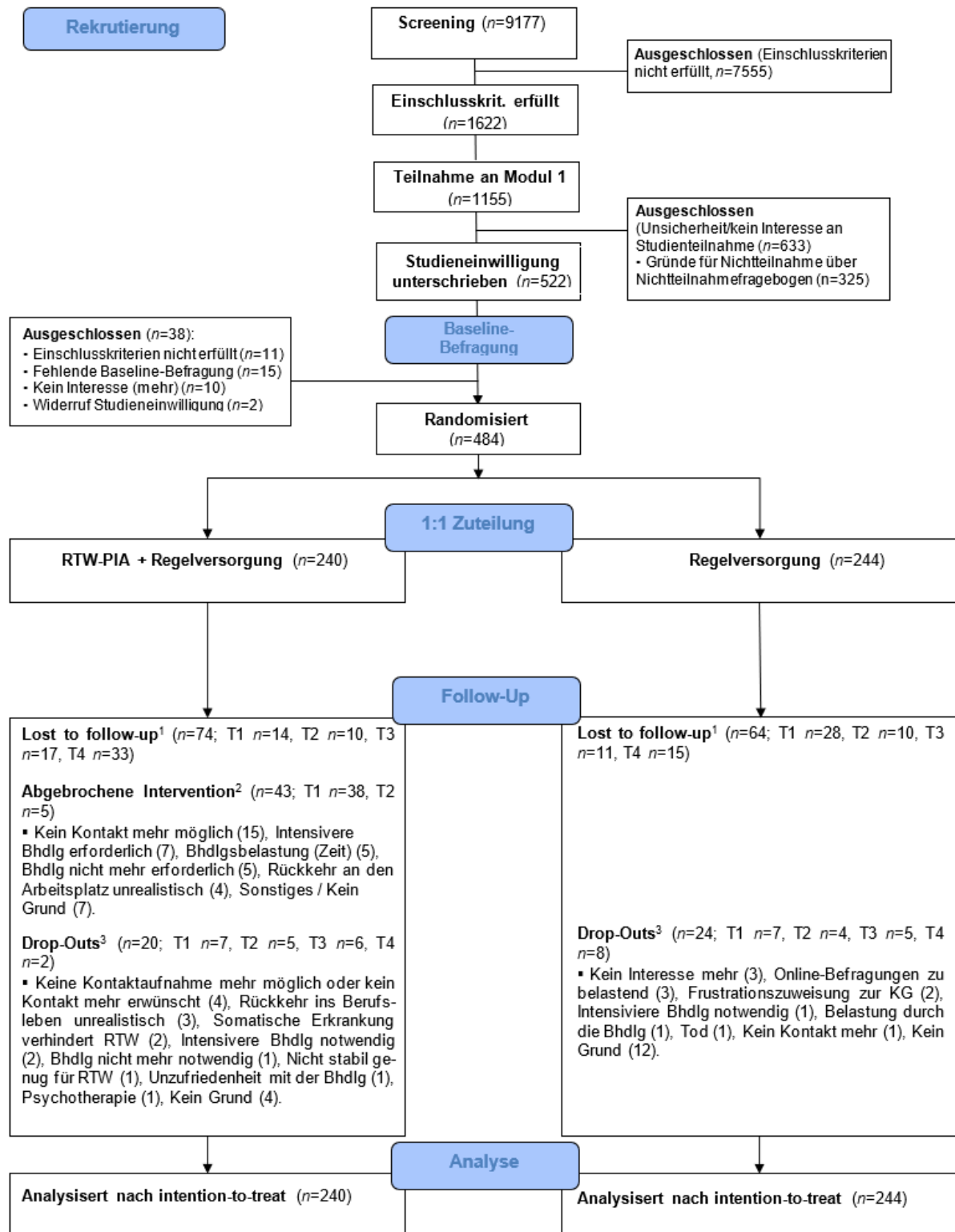


Abbildung 3: CONSORT Studienverlauf

T0: Messzeitpunkt der Online-Befragung zu Baseline (vor Studieneinschluss und Randomisierung); T1: Messzeitpunkt der Online-Befragung sechs Monate nach Baseline; T2: Messzeitpunkt der Online-Befragung zwölf Monate nach Baseline, T3: Messzeitpunkt der Online-Befragung achtzehn Monate nach Baseline, T4: Messzeitpunkt der Online-Befragung vierundzwanzig Monate nach Baseline; ¹ Die Teilnehmer*innen brachen ihre Studienteilnahme nicht ab, antworteten aber nicht mehr auf die jeweiligen Einladungen zu den Folgebefragungen (online/telefonisch). ² Die Teilnehmer*innen, die die Intervention abgebrochen hatten, sind hier aufgeführt, unabhängig davon, ob sie weiterhin an den Folgebefragungen teilgenommen hatten; n=14 hatten sich auch von der Teilnahme an den Folgebefragungen zurückgezogen und sind ebenfalls

unter „Abbrecher*innen“ aufgeführt.³ Die Teilnehmer*innen, die ihre Studienteilnahme zurückzogen, erhielten keine Einladungen mehr zu den Folgebefragungen (für die Interventionsgruppe: je nach Zeitpunkt des Studienabbruchs wurde auch die Behandlung abgebrochen).

Tabelle 4: Gruppenspezifische Unterschiede zwischen Studienpopulation und Nichtteilnehmer*innen

	Studienpopulation (N=484)	Nichtteilnehmer*innen (N=325)	p
Geschlecht, N (%)			0.438
Weiblich	283 (58.5)	179 (55.1)	
Männlich	200 (41.3)	146 (44.9)	
Divers	1 (0.2)	/	
Alter, N (%) ^a			< 0.001
< 20 Jahre	/	2 (0.6)	
20-29 Jahre	75 (15.5)	52 (16.0)	
30-39 Jahre	123 (25.4)	77 (22.7)	
40-49 Jahre	117 (24.2)	69 (21.2)	
50-59 Jahre	163 (33.7)	115 (35.4)	
≥ 60 Jahre	6 (1.2)	9 (2.8)	
Subjektive RTW Prognose, N (%) ^{b *}			< 0.001
sofort	53 (11.0)	36 (11.1)	
innerhalb von 1 Monat	168 (34.7)	53 (16.3)	
innerhalb von 3 Monaten	138 (28.5)	76 (23.4)	
innerhalb von 6 Monaten	72 (14.9)	30 (9.2)	
innerhalb von 9 Monaten	16 (3.3)	2 (0.6)	
innerhalb von 1 Jahr oder später	27 (5.6)	6 (1.8)	
überhaupt nicht mehr	10 (2.1)	25 (7.7)	

^a n=1 missing in Nichtteilnahmekohorte.

^b n=97 missing in Nichtteilnahmekohorte.

* Die Antworten zu „Subjektive RTW-Prognose“ wurden in eine positive RTW-Prognose (≤ 3 Monate) und eine negative RTW-Prognose (>3 Monate) unterteilt.

Gruppenspezifische Unterschiede wurden mittels Chi-Quadrat-Tests überprüft.

Tabelle 4 zeigt die gruppenspezifischen Unterschiede zwischen der RTW-Studienpopulation und der Nichtteilnehmer*innen. Wie auch in der RTW-PIA-Studienpopulation war die Mehrheit der Nichtteilnehmer*innen weiblich (58,5 % vs. 55,1 %; $p = 0.438$) und zwischen 50-59 Jahre alt (vs. 33,7 % vs. 35,4 %). Beim Vergleich der Studienpopulation mit der Nichtteilnahmepopulation zeigten sich keine gruppenspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts. Das Alter sowie die RTW-Prognose unterschieden sich jedoch signifikant zwischen den beiden Gruppen ($p < 0.001$). Die RTW-PIA-Studienpopulation war tendenziell etwas jünger, während in der Nichtteilnehmerpopulation mehr Patient*innen im höheren Alter („50-59 Jahre“ (33,7 % vs. 35,4 %) und „≥ 60 Jahre“ (1,2 % vs. 2,8 %)) vertreten waren. Über die Hälfte der Nichtteilnehmer*innen (50,8 %) hatten eine positive RTW-Prognose, d. h. sie erwarteten, innerhalb der nächsten drei Monate zur Arbeit zurückzukehren – diese Erwartung war mit 74,2 % deutlich ausgeprägter in der RTW-PIA-Studienpopulation. Im Vergleich zur RTW-PIA-Studienpopulation gaben deutlich mehr Patient*innen der Nichtteilnahmepopulation an, gar keine Rückkehr zur Arbeit zu planen (2,1 % vs. 7,0 %).

3.2 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 5 stellt die Merkmale der ITT-Stichprobe, stratifiziert nach Gruppenzugehörigkeit (IG vs. KG), zu Baseline (T0) dar. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden lag bei etwa 42 Jahren, wobei

mehr als die Hälfte der Teilnehmenden zu den unteren Einkommensgruppen (Bruttohaushaltseinkommen ≤ 2.999 €) zählte. In beiden Gruppen war die Mehrheit weiblich - der Anteil in der IG jedoch mit 62,1 % etwas höher als in der KG (54,9 %). Im Vergleich zur KG hatte die IG etwas häufiger das Abitur als höchsten absolvierten allgemeinen Schulabschluss (44,6 % vs. 38,5 %) sowie einen Hochschul-/Universitätsabschluss als höchsten absolvierten beruflichen Abschluss (25,0 % vs. 20,9 %). Darüber hinaus war in der IG der Anteil der Teilnehmenden mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung deskriptiv um ca. sechs Prozentpunkte höher als in der KG (57,5 % vs. 51,6 %), während der Anteil der Teilnehmenden mit einer Diagnose einer depressiven Episode in der IG um ca. sechs Prozentpunkte niedriger war (27,9 % vs. 34,0 %). Über die Stichprobe hinweg zeigte sich ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied: die KG wies einen höheren Anteil an Teilnehmenden mit Migrationshintergrund auf als die IG (5,4 % vs. 12,7 %, $p = 0.005$). Insgesamt wies die ITT-Stichprobe moderate depressive Symptome, eine geringe RTW-Selbstwirksamkeit und eine schlechte Arbeitsfähigkeit auf. Die Mehrheit der Teilnehmenden in beiden Gruppen war in Großbetrieben festangestellt und in Vollzeit tätig.

Tabelle 5: Merkmale der untersuchten Stichprobe, stratifiziert nach IG und KG

	IG (N=240)	KG (N=244)	p
<u>Soziodemografische Daten</u>			
Geschlecht (weiblich), N (%) [*]	149 (62.1)	134 (54.9)	0.098
Alter (Jahre), M $\pm$ SD	42.91 $\pm$ 11.06	42.25 $\pm$ 10.96	0.510
Ehe/feste Partnerschaft (ja), N (%)	117 (48.8)	113 (46.3)	0.591
Höchster allgemeinbildende Schulabschluss , N (%) ¹			0.205
Schule ohne Abschluss beendet	3 (1.3)	3 (1.2)	
Grundschul-/Sekundarschulabschlu�zeugnis	18 (7.5)	22 (9.0)	
	71 (29.6)	81 (33.2)	
Mittlere Reife, Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule			
Fachhochschulreife/Fachoberschule	38 (15.8)	39 (16.0)	
Abitur (Hochschulreife), Erweiterte Oberschule mit Abschluss 12.	107 (44.6)	94 (38.5)	
Klasse, Berufsausbildung mit Abitur			
Höchster beruflicher Abschluss , N (%) ²			0.163
Keinen Ausbildungsabschluss	9 (3.8)	11 (4.5)	
	86 (35.8)	100 (41.0)	
Abschluss einer beruflich-betrieblichen Ausbildung (Lehre)			
Abschluss einer beruflich-schulischen Ausbildung (Berufsfach- oder Handelsschule)	30 (12.5)	37 (15.2)	
Abschluss an einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	25 (10.4)	22 (9.0)	
Fachhochschulabschluss	21 (8.8)	18 (7.4)	
Hochschul-/Universitätsabschluss	60 (25.0)	51 (20.9)	
Personen < 14 Jahren im Haushalt , M $\pm$ SD ³	1.39 $\pm$ 0.57	1.58 $\pm$ 0.58	0.931
Krankenversicherung , N (%)			0.409
gesetzlich	224 (93.3)	232 (95.1)	
privat	16 (6.7)	12 (4.9)	
Monatliches Bruttoeinkommen , N (%) ⁴			0.316
< €1,000	2 (0.8)	5 (2.0)	
€1,000–1,999	42 (17.5)	41 (16.8)	
€2,000–2,999	81 (33.8)	83 (34.0)	
€3,000–3,999	61 (25.4)	40 (16.4)	
€4,000–4,999	24 (10.0)	31 (12.7)	
> €5,000	16 (6.7)	26 (10.7)	
Gedanken an/ bereits gestellter Rentenantrag aus Gesundheitsgründen (Erwerbsminderungsrente) (ja), N (%)	27 (11.3)	28 (11.5)	0.938
Migrationsstatus (ja), N (%)	13 (5.4)	31 (12.7)	0.005
<u>Gesundheitsangaben</u>			
Primäre ICD-10 Diagnose , N (%)			0.483
Depressive Episode (F32)	67 (27.9)	83 (34.0)	

Rezidivierende depressive Störung (F33)	138 (57.5)	126 (51.6)	
Phobische Störung (F40)	18 (7.5)	20 (8.2)	
Andere	17 (7.1)	15 (6.1)	
Depressivität [Wertebereich 0-27], M $\pm$ SD ^a	11.89 $\pm$ 5.69	12.44 $\pm$ 5.68	0.282
Arbeitsfähigkeit [Wertebereich 0-10], M $\pm$ SD ^b	4.02 $\pm$ 2.10	3.73 $\pm$ 2.18	0.140
	3.36 $\pm$ 1.05	3.30 $\pm$ 1.09	0.504
RTW-Selbstwirksamkeitserwartung [Wertebereich 1-6], M $\pm$ SD ^b			
<u>Angaben zum Klinikaufenthalt</u>			
Art der Behandlung (vor Studienteilnahme), N (%)			0.270
vollstationär	53 (22.1)	45 (18.4)	
teilstationär (Tagesklinik)	136 (56.7)	131 (53.7)	
ambulant (Psychiatrische Institutsambulanz)	43 (17.9)	57 (23.4)	
<u>Angaben zur Arbeitssituation</u>			
Stufenweise Wiedereingliederung wurde empfohlen , N (%)	144 (60.0)	138 (56.6)	0.443
Unbefristeter Arbeitsvertrag , N (%)	223 (97.1)	233 (95.5)	0.223
Berufliche Stellung , N (%)			0.278
Arbeiter*in	31 (12.9)	36 (14.8)	
Angestellte*r	194 (80.8)	200 (82.0)	
Beamte*in	15 (6.3)	8 (3.3)	
Arbeitsstunden pro Woche , M $\pm$ SD	35.0 $\pm$ 6.38	35.3 $\pm$ 6.34	0.691
Betriebsgröße , N (%)			0.227
Kleinstunternehmen (1-9 Mitarbeiter*innen)	18 (7.5)	13 (5.3)	
Kleinunternehmen (10-49 Mitarbeiter*innen)	32 (13.3)	30 (12.3)	
	78 (32.5)	65 (26.6)	
Mittelständisches Unternehmen (50-499 Mitarbeiter*innen)			
Großbetrieb (250 oder mehr Mitarbeiter*innen)	112 (46.7)	136 (55.7)	
Leitung- /Führungsfunktion , N (%)	29 (12.1)	31 (12.7)	0.836
Betriebsart , N (%)			0.237
Öffentlicher Dienst	76 (31.7)	78 (32.0)	
Industrie	30 (12.5)	43 (17.6)	
Handwerk	17 (7.1)	15 (6.1)	
Handel	15 (6.3)	21 (8.6)	
Sonstige Dienstleistungen	61 (25.4)	61 (25.0)	
Anderer Bereich	41 (17.1)	26 (10.7)	

IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Summen von Anzahlen und Prozentwerte in Spalten müssen aufgrund von gerundeten oder fehlenden Werten nicht dem totalen Wert entsprechen; Fett gedruckte Werte kennzeichnen $p < 0.05$.

* N=1 divers, Wert wurde auf fehlend gesetzt

¹ N=8 mit anderem Schulabschluss [N=3 in IG; N=5 in KG]

² N=14 mit anderem Ausbildungsabschluss [N=9 in IG; N=5 in KG]

³ N=333 erhielten die Frage, da mit > 1 Person im Haushalt; N=239 mit N=0 Personen im Haushalt < 14 Jahren wurden ausgeschlossen.

⁴ N=32 machten keine Angabe zum monatlichen Bruttoeinkommen [N=15 in IG; N=17 in KG]

^a Höhere Werte = negativ/unerwünscht; ^b höhere Werte = positiv/erwünscht

3.3 I. Wirksamkeitsevaluationsergebnisse

3.3.1 Primäre Zielvariable

RTW-PIA führte im Vergleich zur Regelversorgung im Durchschnitt nicht zu einer signifikant größeren Chance, eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit zu erreichen (OR = 1,38; 95 %-KI = 0,894 – 2,116; $p = 0.148$). Die geschätzten bedingten Wahrscheinlichkeiten für eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit betrugen 60,0 % (95 %-KI = 52,4 – 67,1) in der KG und 67,3 % (95 %-KI = 60,4 – 73,6) in der IG (siehe Abbildung 4). Zur Prüfung der Robustheit des Effekts kontrollierten wir neben der Stratifizierung nach Klinikstandort statistisch für mögliche konfundierende Variablen, die sich trotz der Randomisierung signifikant zwischen den beiden Bedingungen unterschieden (Migrationsstatus, soziale Unterstützung von Kolleg*innen sowie Bewertung durch die Vorgesetzten, jeweils $p < 0,05$). Hier ergab sich eine ähnliche nicht-signifikante Effektgröße (OR = 1,23; 95 %-KI = 0,775 – 1,948; $p = 0.382$).

Für den primären Endpunkt wurden in der Interventionsgruppe N=65 und in der Kontrollgruppe N=81 fehlende Werte mittels Imputation ersetzt.

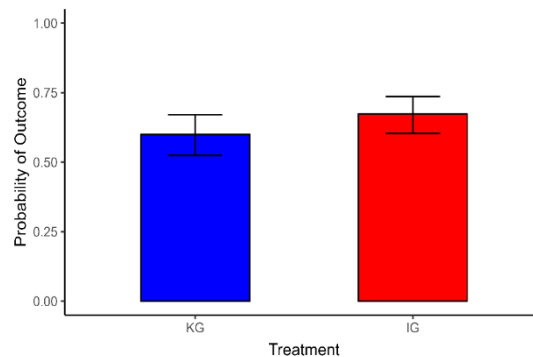


Abbildung 4: Geschätzte bedingte Wahrscheinlichkeiten für die primäre Zielvariable

3.3.2 Sekundäre Zielvariablen

Die Unterschiede in der Veränderung über die 24 Monate zwischen KG und IG hinsichtlich der sechs sekundären Zielvariablen sind in Tabelle 6 zusammengestellt und in Abbildung 5 veranschaulicht.

Tabelle 6: Totale (unstandardisierte) Effekte von RTW-PIA auf sekundäre Endpunkte über den gesamten Beobachtungszeitraum (mittels LGCM)

Sekundäre Zielvariablen	B	SE	z	Zwischengruppen-Effektstärke (Cohen's d) (95%-KI)	p
Symptomschwere	-2,430	1,384	-1,756	- 0,170 (-5,142 – 0,282)	0.079
Mentale Funktionalität	-0,114	0,076	-1,495	- 0,147 (-0,263 – 0,035)	0.135
RTW-Selbstwirksamkeits- erwartung	0,199	0,134	1,485	0,149 (-0,064 – 0,461)	0.138
Arbeitszufriedenheit	1,775	3,536	0,502	0,066 (-5,156 – 8,705)	0.616
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	2,025	1,262	1,604	0,124 (-0,449 – 4,498)	0.109
Arbeitsfähigkeit	0,352	0,284	1,243	0,129 (-0,203 – 0,908)	0.214

Bezüglich keiner der sechs Zielvariablen gab es signifikante Unterschiede zwischen den Veränderungen in den beiden Bedingungen ($p > 0.079$). Die Effektstärken waren allerdings deskriptiv alle in der erwarteten Richtung: In der IG verbesserten sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität ($d = 0,124$), die Arbeitszufriedenheit ($d = 0,066$), die RTW-Selbstwirksamkeitserwartung ($d = 0,149$) und die Arbeitsfähigkeit ($d = 0,129$) etwas stärker und verringerten sich Beeinträchtigungen in der mentalen

Funktionalität ($d = -0,147$) sowie die psychische Symptomschwere ($d = -0,170$) etwas stärker als in der KG.

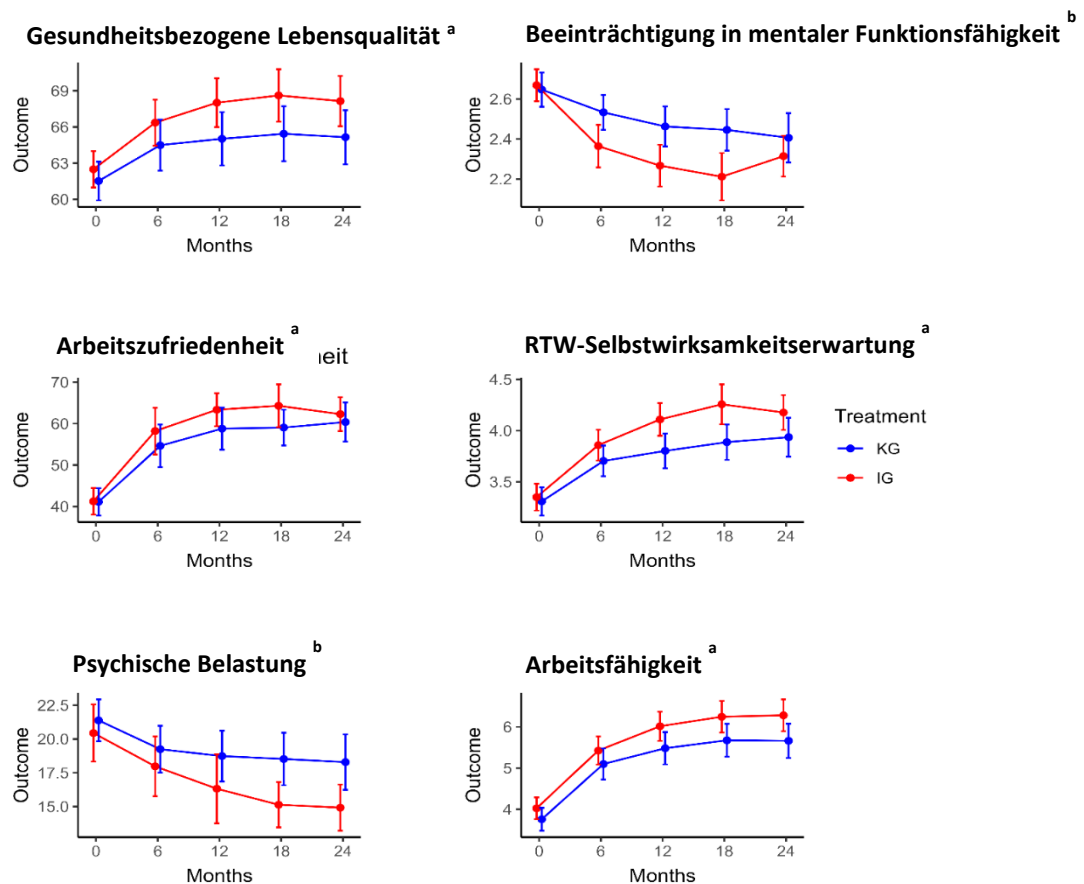


Abbildung 5: Modellimplizierte mittlere Verläufe der sekundären Zielvariablen (^a sollte sich in der IG stärker erhöhen, ^b sollte sich in der IG stärker verringern)

3.3.3 Moderatoren des Interventionseffekts

Die Ergebnisse der Testung von Interaktionseffekten mit Baseline-Variablen hinsichtlich der primären Zielvariable deuten darauf hin, dass RTW-PIA für das Erreichen einer nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit bei bestimmten Subgruppen effektiver ist als die Regelversorgung: Von 41 Tests waren insgesamt 4 (9,8 %) signifikant. Die Wirksamkeit von RTW-PIA wurde durch den anerkannten Behinderungsgrad, die soziale Unterstützung durch Kolleg*innen, die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte sowie die Art der Krankenversicherung moderiert.

Hinsichtlich des Behinderungsstatus unterschied sich die Wirkung von RTW-PIA signifikant zwischen IG-Teilnehmenden mit und ohne anerkannten Schwerbehinderungsgrad ($p = 0.025$). Die Chance, eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit zu erreichen, war in der IG unter denjenigen ohne anerkannten Schwerbehinderungsgrad $OR = 1,73$ -mal höher ($p = 0.024$), im Vergleich zu jenen in der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 6).

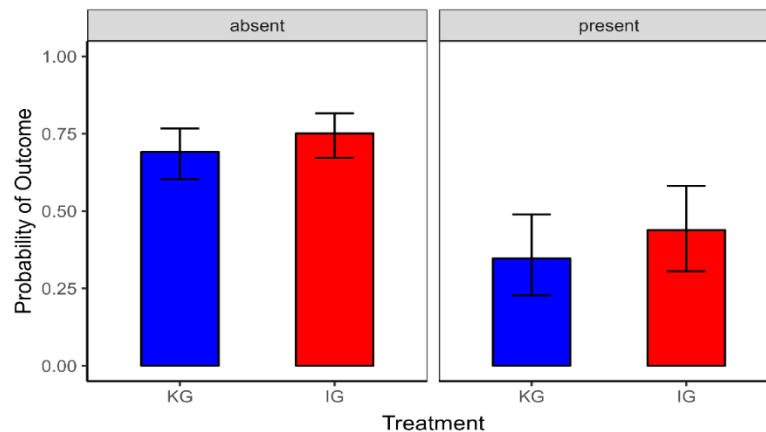


Abbildung 6: Moderation des Interventionseffekts durch Grad des Schwerbehindertenstatus (absent vs. present)

Bei der sozialen Unterstützung durch Kolleg*innen unterschied sich die Wirkung von RTW-PIA signifikant zwischen verschiedenen Ausprägungsgraden in der Unterstützung ($p = 0.033$). Personen, die eine relativ geringe soziale Unterstützung durch Kolleg*innen angaben (-1 SD), erreichten OR = 2,08-mal eher ($p = 0.015$) mittels RTW-PIA eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit, als diejenigen, die nur die Regelversorgung erhielten (siehe Abbildung 7).

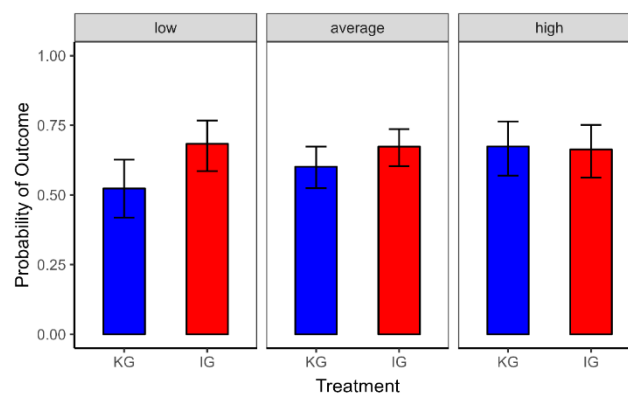


Abbildung 7: Moderation des Interventionseffekts durch soziale Unterstützung durch Kolleg*innen (low, average, high)

Bei der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte erwies sich die Wirkung von RTW-PIA als statistisch signifikant abhängig vom Ausprägungsgrad der Unterstützung ($p = 0.047$). Personen, die eine geringe soziale Unterstützung durch Vorgesetzte angaben, erreichten OR = 1,97-mal eher ($p = 0.026$) mittels RTW-PIA eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit, als diejenigen, die nur die Regelversorgung erhielten (siehe Abbildung 8).

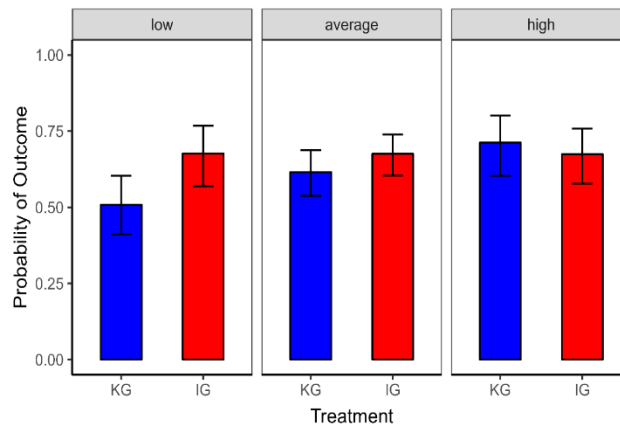


Abbildung 8: Moderation des Interventionseffekts durch soziale Unterstützung durch Vorgesetzte (low, average, high)

Schließlich wurde ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen der Art der Krankenversicherung und der Behandlungsgruppe ($p = 0.031$) beobachtet, was darauf hindeutet, dass die Wirkung von RTW-PIA in Abhängigkeit der Krankenversicherung variierte. Allerdings erreichte der Behandlungseffekt innerhalb dieser Untergruppen (privat versichert: $OR = 0,16$, $p = 0.113$; gesetzlich versichert: $OR = 1,50$, $p = 0.072$) nicht die statistische Signifikanz.

Die Ergebnisse der Testung von Interaktionseffekten der Baseline-Variablen bezüglich der Veränderung in den sekundären Zielvariablen deuten darauf hin, dass sich die Effektivität von RTW-PIA im Vergleich zur Regelversorgung hier weniger deutlich zwischen Subgruppen unterscheidet: Von 234 Tests waren insgesamt nur 16 (6,8 %) signifikant, was kaum über dem per Zufall zu erwartendem Wert von 5,0 % liegt. Die relevantesten Moderatoren sind möglicherweise Art der Krankenversicherung und F33-Diagnose, die beide bei drei verschiedenen sekundären Zielvariablen den Behandlungseffekt signifikant moderierten. Konkret war bei Personen mit F33-Diagnose RTW-PIA signifikant wirksamer hinsichtlich mentaler Funktionalität, psychischer Symptomschwere und Arbeitsfähigkeit als bei Personen mit anderen Diagnosen ($p < 0,016$).

3.3.4 Sensitivitätsanalysen

Zusätzlich zu den Analysen, die sich auf die gesamte ITT-Population beziehen, führten wir Analysen in ausgewählten Subgruppen durch.

Erstens schätzten wir die Interventionseffekte für die PP Population, also für diejenigen, die an der Intervention in angemessener Form teilgenommen haben. A priori definierten wir diese Subgruppe als diejenigen, die mindestens 3 von 8 von Modul 2 (Einzelsitzungen), 6 von 9 Sitzungen von Modul 3 (Gruppensitzungen) sowie 1 von 3 Videokonferenzsitzungen innerhalb von Modul 4 (Online-Angebot) besucht hatten. Insgesamt erreichten $N = 59$ von 240 Teilnehmenden der IG (24,6 %) diese Mindestinterventionsdosis über alle Module. In dieser Gruppe, die die RTW-PIA Gesamtintervention erhalten hatte, führte RTW-PIA im Vergleich zur Regelversorgung im Durchschnitt zu einer größeren Chance, eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit zu erreichen ($OR = 2,03$, 95 %-KI = $1,023 - 4,018$,

$p = 0.044$). Nach Adjustierung für die Stratifizierung sowie für potentiell konfundierende Variablen (allgemeine soziale Unterstützung (F-SozU K-6), Personenhaushalt, Sozioökonomischer Status, Schulabschluss, Ausbildung, Krankenversicherung, Arbeitsverhältnis und Migrantenstatus) war der Effekt abgeschwächt und statistisch nicht mehr bedeutsam ($OR = 1,62$, 95 %-KI = $0,746 - 3,512$, $p = 0.224$). Bei den Veränderungen in den sekundären Outcomes zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen KG und IG. Allerdings erzielte die IG bei allen vier Messzeitpunkten nach Baseline (T1-T4) deskriptiv durchweg bessere Ergebnisse in den sekundären Outcomes als die KG.

Die bereits oben geschilderte geringe Exposition der Gesamtinterventionsdosis ($N = 59$) führten zur Entscheidung im Evaluationsteam, die Mindestinterventionsdosis in einer Sensitivitätsanalyse anzupassen und Modul 4 für diese Anpassung auszuschließen. Außerdem wurde für diese Sensitivitätsanalyse das Verhältnis zwischen Einzel- und Gruppensitzungen flexibilisiert (siehe nähere Ausführung für Gründe im Prozessevaluationsergebnisteil). Somit wurde in der Sensitivitätsanalyse die Mindestinterventionsdosis auf die Summe von neun Terminen in Modul 2 und Modul 3 festgelegt, unabhängig davon, wie viele Termine als Einzel- und/oder Gruppensitzung stattgefunden haben. Diese angepasste Mindestinterventionsdosis erreichten somit $N = 159$ der 240 Teilnehmenden der IG (66,3 %). In dieser Gruppe verfehlte der Effekt von RTW-PIA im Vergleich zur Regelversorgung auf die nachhaltige Rückkehr zur Arbeit knapp das Signifikanzniveau ($OR = 1,60$, 95 %-KI = $0,989 - 2,574$, $p = 0.057$). Nach Adjustierung für die Stratifizierung sowie für potentiell konfundierende Variablen (Ausbildung, Einfluss auf der Arbeit, Unterstützung durch Kolleg*innen, Unterstützung durch Vorgesetzte, Migrantenstatus) war der Effekt abgeschwächt ($OR = 1,22$, 95 %-KI = $0,728 - 2,044$, $p = 0.452$). Bei den Veränderungen in den sekundären Outcomes zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen KG und IG ($p > 0,089$). Deskriptiv erzielte die IG durchweg bessere Ergebnisse in den sekundären Outcomes als die KG.

Zweitens schätzten wir die Interventionseffekte basierend auf einer complete case Analyse, also für diejenigen, die ihre Daten bei allen Messzeitpunkten (T0-T4) bereitgestellt haben. Insgesamt lagen von $N = 116$ von 484 Teilnehmenden (24,0 %) Daten zu allen Messzeitpunkten vor. In dieser Gruppe war der Effekt von RTW-PIA im Vergleich zur Regelversorgung auf die nachhaltige Rückkehr zur Arbeit nicht signifikant ($OR = 1,08$, 95 %-KI = $0,256 - 4,529$, $p = 0.919$). Nach Adjustierung für die Stratifizierung sowie für potentiell konfundierende Variablen (Personenhaushalt, Ausbildung) war der Effekt ebenfalls nicht signifikant ($OR = 0,87$, 95 %-KI = $0,160 - 4,719$, $p = 0.871$). Bei den Veränderungen in den sekundären Outcomes zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen KG und IG ($ps > 0,07$). Deskriptiv erzielte die IG durchweg bessere Ergebnisse in den sekundären Outcomes als die KG.

Drittens schätzten wir die Interventionseffekte (in der ITT-Population) für verschiedene Diagnosegruppen, nämlich für Personen mit einer F32-Diagnose (depressive Episode) sowie für Patienten mit einer F33-Diagnose (rezidivierende depressive Störung).

Bei jenen mit einer diagnostizierten depressiven Episode führte RTW-PIA im Vergleich zur Regelversorgung im Durchschnitt nicht zu einer größeren Chance, eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit zu erreichen ($OR = 1,81$, 95 %-KI = $0,841 - 3,916$, $p = 0.131$). Nach Adjustierung für die relevanten Kovariaten (gesundheitsbezogene Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit, Depressivität, Krankenversicherung und allgemeine soziale Unterstützung (F-SozU K-6) und Stratifizierung, war der

Effekt nach wie vor statistisch nicht bedeutsam und abgeschwächt ($OR = 1,21$, 95 %-KI = $0,493 - 2,985$, $p = 0.676$). Bei den sekundären Outcomes zeigte sich lediglich ein signifikanter Effekt: Im Vergleich zu jenen aus der KG zeigten Personen mit einer depressiven Episode unter RTW-PIA signifikante Verbesserungen hinsichtlich der allgemeinen Arbeitszufriedenheit ($p = 0.048$).

Bei jenen mit einer diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung führte RTW-PIA im Vergleich zur Regelversorgung im Durchschnitt nicht zu einer größeren Chance, eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit zu erreichen ($OR = 1,58$, 95 %-KI = $0,887 - 2,812$, $p = 0,122$). Nach Adjustierung für die Kovariaten (soziale Unterstützung von Vorgesetzten und Migrantenstatus) und Stratifizierung, war der Effekt nach wie vor statistisch nicht bedeutsam ($OR = 1,60$, 95 %-KI = $0,858 - 2,975$, $p = 0.141$). Bei den sekundären Outcomes zeigten sich einige signifikante Effekte: Im Vergleich zu jenen aus der KG zeigten Personen mit einer rezidivierenden depressiven Störung unter RTW-PIA signifikante Verbesserungen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($p < 0.001$), Beeinträchtigungen in der mentalen Funktionsfähigkeit ($p = 0.017$), RTW-Selbstwirksamkeitserwartung ($p = 0.048$), des Schweregrads der psychischen Erkrankung ($p = 0.012$) und der Arbeitsfähigkeit ($p = 0.005$).

3.3.5 Explorative Analysen

Die qualitativen Analysen lieferten Hinweise darauf, dass die Patientenzufriedenheit mit den einzelnen Modulen eine bedeutsame Rolle für den Interventionserfolg spielen könnte. Während in quantitativen Analysen üblicherweise die Interventionsdosis berücksichtigt wird, deutete das vorliegende qualitative Material darauf hin, dass die subjektive Bewertung der vermittelten Inhalte ein ebenso relevanter Prädiktor sein könnte.

Die IG-Teilnehmende hatten in der Regel alle Items der Zufriedenheitsskala zwischen T1 und T3 beantwortet, sodass davon ausgegangen werden konnte, dass diese Einschätzungen relativ vollständig vorlagen. Eine hohe Zufriedenheit könnte in diesem Kontext als ein Proxy für die wahrgenommene Passung und Nützlichkeit des RTW-PIA-Angebots verstanden werden – also dafür, ob die Teilnehmer*innen den Eindruck hatten, „das bekommen zu haben, was sie gebraucht hatten“. Vor diesem Hintergrund erschien es sinnvoll, in ergänzenden explorativen Analysen nicht nur die Interventionsdosis, sondern auch die Interventionszufriedenheit mit aufzunehmen. Dadurch ließ sich prüfen, ob eine höhere Zufriedenheit mit den Modulen die Wahrscheinlichkeit eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit erhöhte und ob eine subjektive Bewertung der Inhalte möglicherweise einen Teil der Wirkung erklärt. Insgesamt wurden folgende Prozessvariablen berücksichtigt: Arbeitsplatzwechsel zwischen T1-T4, außerhalb der PIA erhaltene Zusatzbehandlung(en) in Bezug auf die psychische Erkrankung zwischen T0-T3, hohe Patient*innenzufriedenheit mit Modul 2, hohe Patient*innenzufriedenheit mit Modul 3, hohe Patient*innenzufriedenheit mit Modul 2 und 3, sowie per protocol Mindestinterventionsdosis (Modul 2, 3 und 4). Mittels eines Korrelationstests sowie LGCMs wurde geprüft, ob es eine statistische Beziehung zwischen diesen Prozessvariablen und dem Erreichen einer nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit sowie den Sekundäroutcomes in der IG gab.

Der Korrelationstest zeigte keine signifikante lineare Beziehung zwischen den Prozessvariablen (inklusive der Zufriedenheitswerte) und dem primären Outcome. In der LGCMs zu den sekundären Outcomes zeigte eine hohe Patient*innenzufriedenheit mit Modul 2, Modul 3 sowie beiden Modulen eine signifikant positive Assoziation mit der Verbesserung gesundheitsbezogener Lebensqualität sowie

mentaler Funktionalität. Dies deutet daraufhin, dass eine hohe Interventionszufriedenheit mit den einzelnen RTW-PIA Modulen mit einem Anstieg gesundheitsbezogener Lebensqualität sowie mentaler Funktionalität verbunden war. Somit lässt sich zusammenfassen, dass innerhalb der IG zwischen der Verbesserung in mehreren sekundären Outcomes ein Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Interventionserbringung bestand, aber nicht mit der erhaltenen Dosis.

In den qualitativen Interviewauswertungen zeigte sich, dass jene Teilnehmende, die im qualitativen Material als „stabil zurückgekehrt“ beschrieben wurden, im quantitativen Datensatz durchgängig gute bis sehr gute Werte der Arbeitsfähigkeit (Skalenbereich des WAS-Score 7–10) erreichten und über den weiteren Verlauf hinweg halten konnten. Diese Übereinstimmung zwischen qualitativer Einschätzung und quantitativem Verlauf legt nahe, dass der entsprechende Skalenbereich 7-10 (gute bis sehr gute Arbeitsfähigkeit) einen sinnvollen Indikator für eine erfolgreiche und stabile Rückkehr zur Arbeit darstellen könnte. Daher wurde der dichotomisierte WAS-Score (Gruppe derjenigen mit einer guten bis sehr guten Arbeitsfähigkeit (7-10) vs. alle anderen (0-6)) als weiteres sekundäres Outcome in die Auswertungen aufgenommen, um zu prüfen, ob sich anhand dieses empirisch begründeten Schwellenwertes Unterschiede im Verlauf oder in den Interventionseffekten noch differenzierter abbilden lassen. Für diese Analyse wurde ein hierarchisches (multilevel) logistisches Regressionsmodell mit logarithmisch transformierter Zeit eingesetzt. Unsere Hypothese war, dass die Wahrscheinlichkeit eine gute bis sehr gute Arbeitsfähigkeit zu erreichen über den Verlauf der Studienzeit in der IG stärker ausgeprägt sein würde als in der KG.

In Abbildung 9 ist ein positiv zunehmender Trend in der Wahrscheinlichkeit, eine gute bis sehr gute Arbeitsfähigkeit, zu beobachten. Dieser Trend zeigte sich besonders in der IG, bei der eine gute bis sehr gute Arbeitsfähigkeit eher erreicht wurde als in der KG. Die Interaktion zwischen logarithmischer Zeit und der Intervention zeigte 24 Monate nach Studieneinschluss signifikante Ergebnisse (Estimate = 0,074, SE = 0,027, $z = 2,792$, $p = 0.005$). Dies deutet darauf hin, dass RTW-PIA bis zum fünften Messzeitpunkt (T4) das Erreichen einer guten bis sehr guten Arbeitsfähigkeit signifikant verstärkt hat. Die explorative Auswertung lässt also vermuten, dass mit Hilfe von RTW-PIA mit höherer Wahrscheinlichkeit eine gute bis sehr gute Arbeitsfähigkeit erreicht werden kann als mit der Regelversorgung.

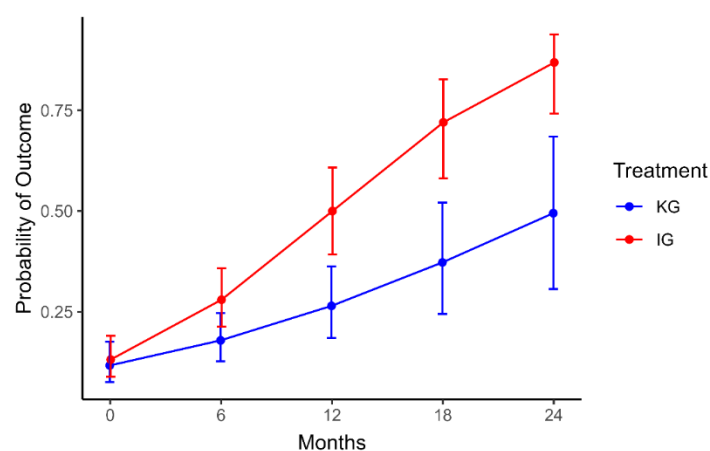


Abbildung 9: Auswirkungen von RTW-PIA auf die subjektiv gute bis sehr gute Arbeitsfähigkeit (7-10)

3.4 II. Gesundheitsökonomische Evaluationsergebnisse

Fehlende Werte in den gesundheitsökonomischen Outcomes (Kosten und QALYs) wurden mittels multipler Imputation ($m = 50$) unter der Annahme des Missing-at-Random-Mechanismus (MAR) ersetzt; in der Interventionsgruppe waren 99 Fälle (41,3 %) und in der Kontrollgruppe 107 Fälle (43,9 %) betroffen.

3.4.1 Effekte

Wie die Wirksamkeitsevaluation belegt, zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied in der nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit zwischen den beiden Studiengruppen. Die durchschnittlich erreichten qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALYs) waren in der Interventionsgruppe höher (1,227 QALYs; 95 %-KI = 1,170 – 1,283) als in der Kontrollgruppe (1,124 QALYs; 95 %-KI = 1,064 – 1,184). Der daraus resultierende inkrementelle Unterschied von 0,103 QALYs zugunsten der Interventionsgruppe war statistisch signifikant ($\Delta = 0,103$ QALYs; 95 %-KI = 0,022 – 0,183; $p = 0.013$). Die Differenz zu Baseline in Nutzwerten zwischen den Studienbedingungen war statistisch nicht signifikant ($p = 0.39$).

3.4.2 Kosten

Auf Basis der Baseline-Erhebung lagen die durchschnittlichen Kosten in der Interventionsgruppe (IG) bei 22.889 € (95 %-KI = 19.409 – 26.370 €), während sie in der Kontrollgruppe (KG) 18.958 € (95 %-KI = 15.506 – 22.410) betrugen; die inkrementelle Differenz von 3.932 € (95 %-KI = -971 – 8.834; $p = 0.12$) war statistisch nicht signifikant. Die durchschnittlichen Interventionskosten betrugen 3.292 € (95 %-KI = 3.170 – 3.413) bei individueller Abrechnung der einzelnen Sitzungen der Interventionsmodule, während bei Anwendung einer pauschalen Vergütung für die gesamte Intervention pro Teilnehmenden ein Betrag von 5.855 € zugrunde lag. Die imputierten durchschnittlichen kumulierten Gesamtkosten pro Teilnehmenden für die verschiedenen Kostenkategorien sind in Tabelle 7 dargestellt. Die Hauptkostentreiber der kumulierten Gesamtkosten waren die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sowie Produktivitätsverluste, die zusammen ca. 70 % der gesamtgesellschaftlichen Kosten ausmachten. Im Vergleich zur KG waren die Kosten für Produktivitätsverluste in der IG ($p = 0.03$) sowie für Patienten- und Familienkosten ($p = 0.03$) signifikant niedriger. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beliefen sich die durchschnittlichen Gesamtkosten in der IG – basierend auf den tatsächlich abgeschlossenen Sitzungen der Interventionsmodule – auf 28.406 € (95 %-KI = 18.664 – 38.149), während sie in der KG 25.139 € (95 %-KI = 16.049 – 34.230) betrugen; die inkrementelle Differenz von 3.267 € (95 %-KI = -5.526 – 11.863) favorisierte die KG, jedoch ohne statistische Signifikanz. Wird ein pauschaler Interventionskostenansatz verwendet, erhöht sich die inkrementelle Differenz auf 5.756 € (95 %-KI = -3.057 – 14.353) zugunsten der KG, jedoch auch in diesem Fall ohne statistische Signifikanz. Bei einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive, in der die individuelle Abrechnung der einzelnen Sitzungen der Interventionsmodule sowie Produktivitätsverluste nach der HLQ-Methode berücksichtigt wurden, lagen die durchschnittlichen Gesamtkosten in der IG bei 54.161 € (95 %-KI = 43.932 – 64.390) und in der KG bei 58.214 € (95 %-KI = 47.878 – 68.550). Die daraus resultierende inkrementelle Differenz von 4.053 € (95 %-KI = -14.331 – 6.068) favorisierte die IG, blieb jedoch nicht signifikant. Bei Verwendung pauschaler Interventionskosten verringerte sich die Differenz weiter auf 1.564 € (95 %-KI = -11.851 – 8.560). Die Sensitivitätsanalysen zeigten, dass bei Berechnung der gesamtgesellschaftlichen Kosten unter Verwendung der Osterhaus-Methode und einer individuellen Abrechnung der einzelnen Interventionsmodule die inkrementelle Differenz 2.155 € (95 %-KI = -12.413 – 8.007) zugunsten der IG

ausfiel. Wurde hingegen ein pauschaler Interventionskostensatz zugrunde gelegt, kehrte sich das Ergebnis um: Die inkrementelle Differenz betrug dann 333 € (95 %-KI = -9.929 – 10.495) zugunsten der KG.

Tabelle 7: Durchschnittliche Kosten pro Patient*in innerhalb des Beobachtungszeitraums

Kosten (in €)	IG (n=240) (95%-KI)	KG (n=244) (95%-KI)	Mittelwertdifferenz (95%-KI)
Intervention, je Sitzung	3292 (3170 - 3413)	-	
Intervention, Pauschale	5855	-	
Hausärztliche Versorgung	372 (324 - 421)	402 (359 - 446)	-30 (-97 - 36)
Ambulante psychiatrisch- psychotherapeutische Versorgung	20624 (10972 - 30276)	19611 (10632 - 28590)	1013 (-12596 - 14622)
Arzneimittel	1432 (1107 - 1759)	1469 (1179 - 1760)	-37 (-477 - 404)
Krankenhaus	902 (404 - 1400)	1257 (726 - 1788)	-355 (-1091 - 380)
Rehabilitation	1240 (536 - 1944)	1867 (945 - 2790)	-627 (-1822 - 530)
Heilmittel	630 (445 - 815)	461 (305 - 617)	169 (-73 - 411)
Haushaltshilfe (GKV)	10 (-28 - 48)	71 (13 - 130)	-61 (-130 - 8)
Patienten- und Familienkosten (HLQ)	8708 (7289 - 10127)	11110 (9581 - 12638)	-2402 (-4532 - -271)
Patienten- und Familienkosten (Osterhaus- Methode)	7717 (6464 - 8969)	10051 (8551 - 11550)	-2334 (-4304 - -364)
Produktivitätsverluste (HLQ)	17056 (14414 - 19698)	22036 (18498 - 25574)	-4980 (-9368 - -591)
Produktivitätsverluste (Osterhaus-Methode)	20303 (17470 - 23135)	23452 (20328 - 26577)	-3150 (-7425 - 1126)
...Absentismus	13683 (11170 - 16196)	17326 (14383 - 20270)	-3643 (-7491 - 204)
...Präsentismus (HLQ)	3373 (2337 - 4410)	4710 (3088 - 6332)	-1337 (-3133 - 460)
...Präsentismus (Osterhaus- Methode)	6620 (5337 - 7903)	6126 (5009 - 7243)	494 (-1233 - 2221)
GKV-Perspektive, ind. Interventionskosten	28406 (18664 - 38149)	25139 (16049 - 34230)	3267 (-5.526 - 11.863)
GKV-Perspektive, pauschale Interventionskosten	30895 (21150 - 40641)	25139 (16049 - 34230)	5756 (-3057 - 14353)
Gesellschaftliche Perspektive (ind. Interventionskosten, HLQ)	54161 (43932 - 64390)	58214 (47878 - 68550)	-4053 (-14331 - 6068)
Gesellschaftliche Perspektive (pauschale Interventionskosten, HLQ)	56649 (46419 - 66880)	58214 (47876 - 68551)	-1564 (-11851 - 8560)
Gesellschaftliche Perspektive (ind. Interventionskosten Osterhaus-Methode)	56416 (45895 - 66937)	58571 (48592 - 68550)	-2155 (-12413 - 8007)

Gesellschaftliche Perspektive (pauschale Interventionskosten Osterhaus-Methode)	58905 (48382 - 69427)	58571 (48591 - 68551)	333 (-9.929 - 10.495)
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------

3.4.3 Kosten-Wirksamkeits-Analyse (nachhaltige Rückkehr)

Aufgrund des nicht signifikanten Unterschieds sowohl bei den gesamtgesellschaftlichen als auch bei den GKV-Kosten sowie bei der nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit zwischen IG und KG wurde von einer Berechnung des inkrementellen Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses (IKER) abgesehen.

3.4.4 Kosten-Nutzwert-Analyse (QALYs)

3.4.4.1 GKV-Perspektive

Die Intervention führte zu einem zusätzlichen Gewinn an QALYs, war jedoch mit höheren Kosten verbunden; das durchschnittliche IKER betrug 31.719 € pro zusätzlich gewonnenem QALY. Im Kosten-Nutzwert-Diagramm lagen 69 % der Paare im nordöstlichen Quadranten, wodurch die IG einen höheren gesundheitlichen Nutzen, jedoch auch höhere Kosten im Vergleich zur KG verursachte. 30 % der simulierten Kosten-Nutzwert-Paare befanden sich im südöstlichen Quadranten, das heißt, die IG dominierte die KG – sie erzielte mehr QALYs bei gleichzeitig geringeren Kosten (vgl. Abbildung 10). Die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention als kosteneffektiv gegenüber der Regelversorgung eingestuft wird, ist abhängig von der festgelegten Zahlungsbereitschaft (Willingness-to-Pay (WTP)). Bei einer WTP-Schwelle von 20.000 €/QALY, betrug die Wahrscheinlichkeit 43 % (vgl. Abbildung 11). Steigt die WTP auf 80.000 €/QALY, erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit auf 72 %, dass die Intervention als kosteneffektiv gilt. Unter Annahme der pauschalen Interventionskosten betrug die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention als kosteneffektiv eingestuft wird, 30 % bei einer Zahlungsbereitschaft von 20.000 €/QALY. Diese Wahrscheinlichkeit erhöhte sich auf 62 %, wenn die WTP 80.000 €/QALY betrug (vgl. Abbildung 12 und 13). Wurde die Winsor-Transformation angewandt, lag die Wahrscheinlichkeit für Kosten-Effektivität der IG gegenüber der KG bei 49 % bei einer WTP von 20.000 €/QALY und bei 81 % bei einer WTP von 80.000 €/QALY (vgl. Abbildung 14 und 15).

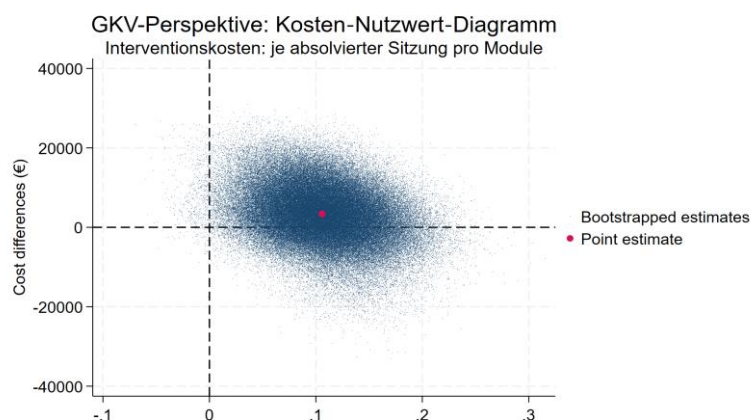


Abbildung 10: GKV-Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Interventionskosten: je absolvierter Sitzung pro Modul)

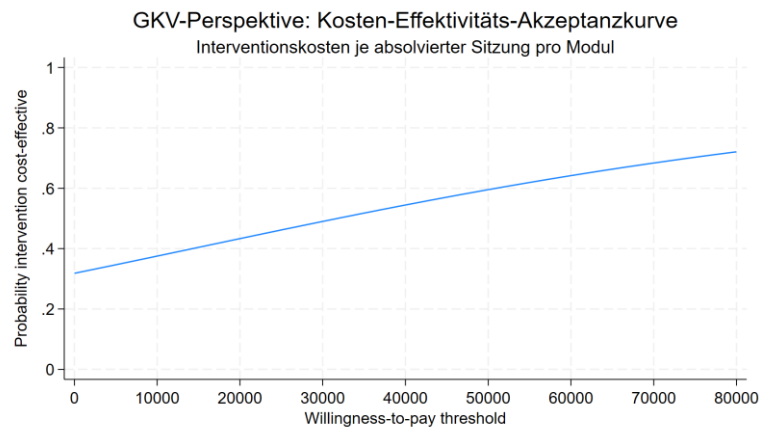


Abbildung 11: GKV-Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (Interventionskosten je absolvierter Sitzung pro Modul)

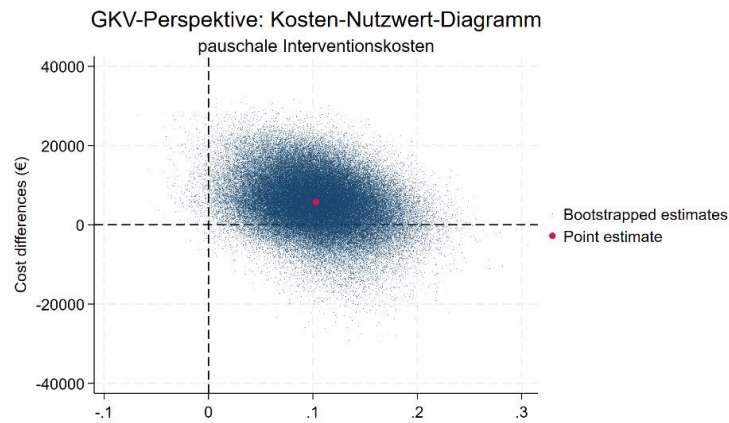


Abbildung 12: GKV-Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Interventionskosten: pauschale Interventionskosten)

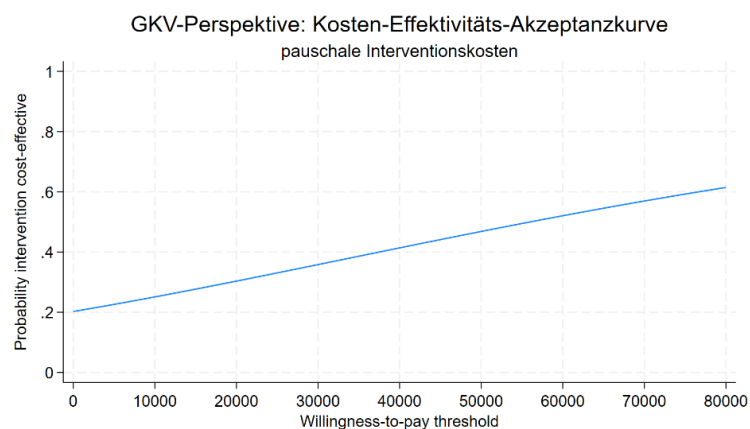


Abbildung 13: GKV-Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (pauschale Interventionskosten)

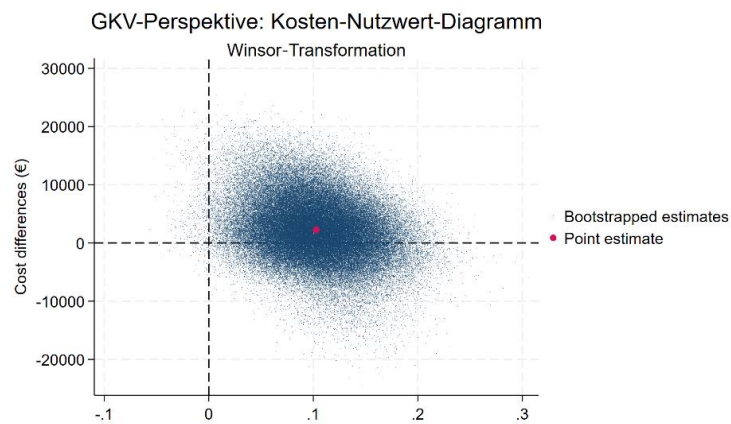


Abbildung 14: GKV-Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Winsor-Transformation)

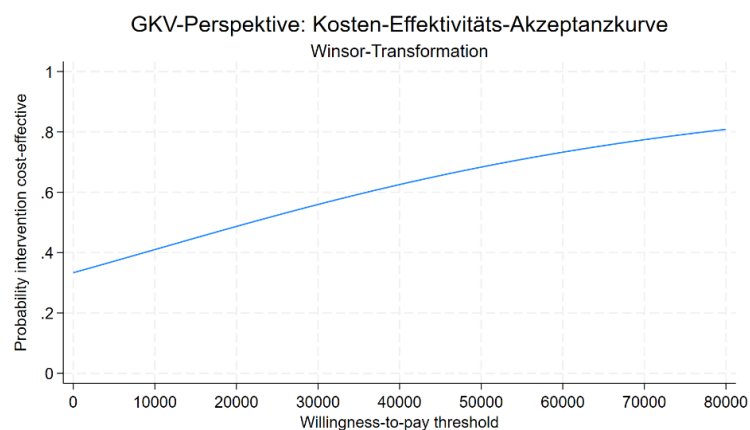


Abbildung 15: GKV-Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (Winsor-Transformation)

3.4.4.2 Gesamtgesellschaftliche Perspektive

Die Kosten-Nutzwert-Analyse aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive lieferte Ergebnisse, die denen aus Sicht der GKV ähneln, jedoch hinsichtlich der Kosteneffizienz der neuen Versorgungsform im Vergleich zur Regelversorgung günstiger ausfallen. Unter dieser Perspektive zeigte sich eine 71 %-ige Wahrscheinlichkeit, dass die IG die KG dominiert (vgl. Abbildung 16). Bei einer Zahlungsbereitschaft von 20.000 € pro zusätzlich gewonnenem QALY betrug die Wahrscheinlichkeit, dass die IG im Vergleich zur KG als kosteneffektiv eingestuft wird, 78 %. Steigt die Zahlungsbereitschaft auf 80.000 €/QALY, erhöhte sich diese Wahrscheinlichkeit auf 91 % (vgl. Abbildung 17). Sensitivitätsanalysen zeigten, dass die zentrale Aussage – die IG wird gegenüber der Regelversorgung als kosteneffektiv eingestuft – nicht durch die Wahl einer alternativen Kostenerfassungsmethode (Osterhaus-Methode bzw. pauschale Interventionskosten pro Teilnehmenden) oder durch die Behandlung von Kostenausreißer (Winsor-Transformation) substantiell verändert wird (vgl. Abbildung 18, 19, 20 und 21). Die Wahrscheinlichkeit variierte zwar (Osterhaus-Methode: 62 %; pauschale Interventionskosten: 68 % pauschale Interventionskosten und Osterhaus-Methode: 59 %, bzw. Winsor-Transformation: 81 % bei 20.000 €/QALY), blieb jedoch im Bereich, der eine plausible Kosteneffektivität der Intervention unterstützt. Die angegebenen Wahrscheinlichkeiten bei einer Zahlungsbereitschaft von 80.000 €/QALY (Osterhaus-Methode: 87 %; pauschale Interventionskosten: 85 %, pauschale Interventionskosten und

Osterhaus-Methode: 80%, bzw. Winsor-Transformation: 96 %) verdeutlichen, dass eine Erhöhung der Zahlungsbereitschaft die Bewertung weiter zugunsten der Intervention verschiebt (vgl. Abbildung 22, 23, 24 und 25).

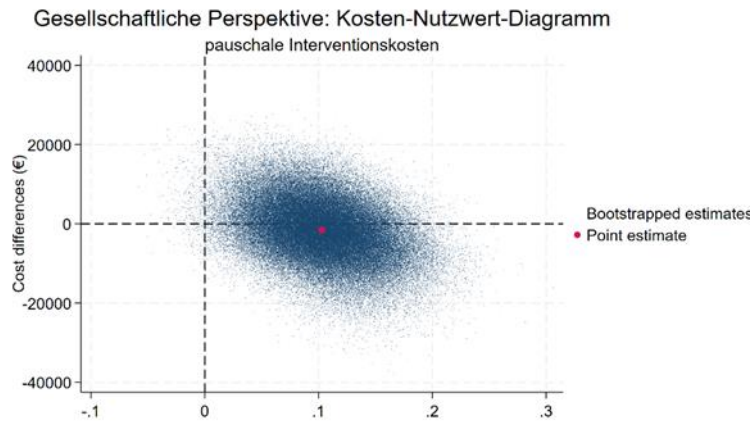


Abbildung 16: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Interventionskosten: je absolvierter Sitzung pro Modul)

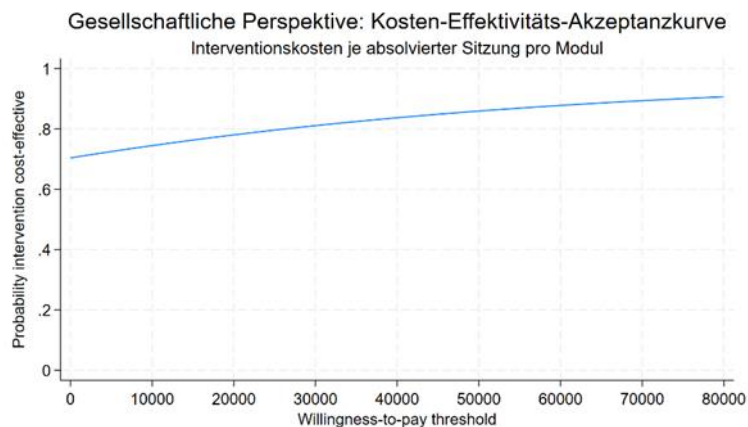


Abbildung 17: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (Interventionskosten je absolvierter Sitzung pro Modul)

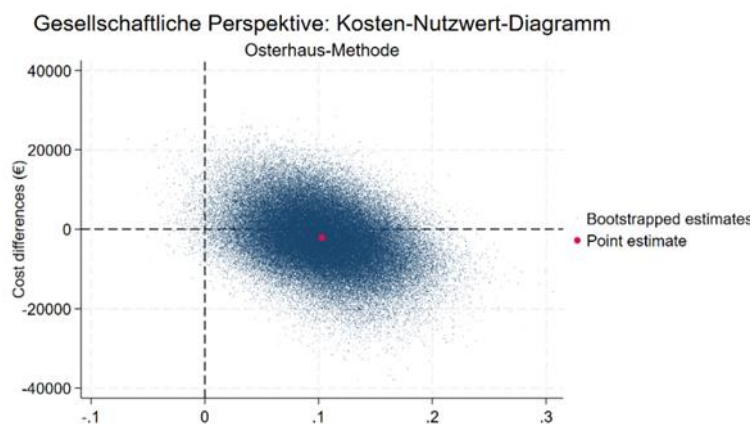


Abbildung 18: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Osterhaus-Methode)

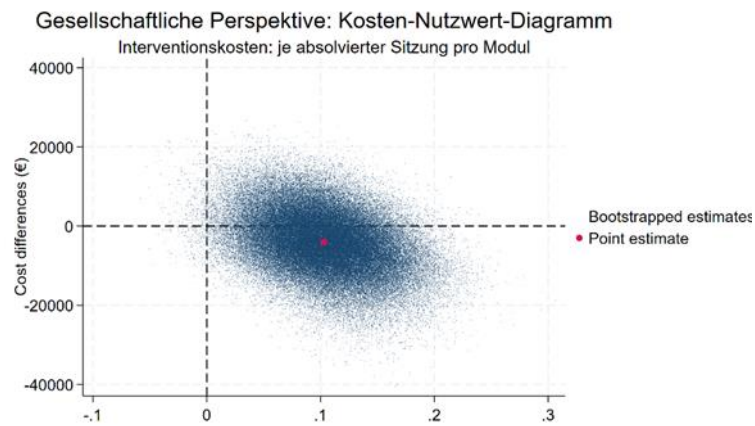


Abbildung 19: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Interventionskosten: pauschale Interventionskosten)

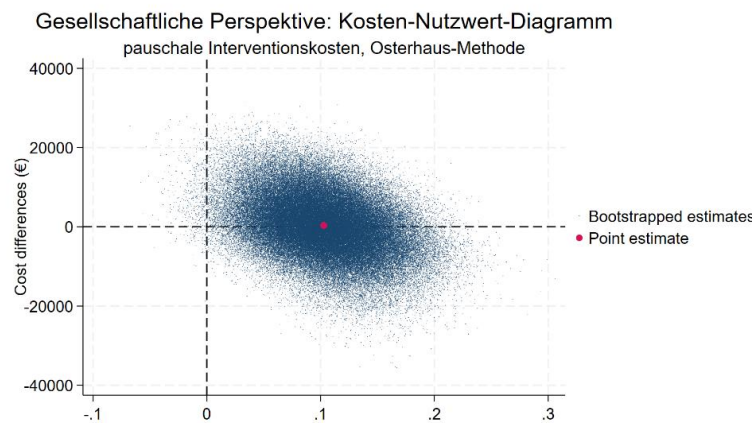


Abbildung 20: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (pauschale Interventionskosten, Osterhaus-Methode)

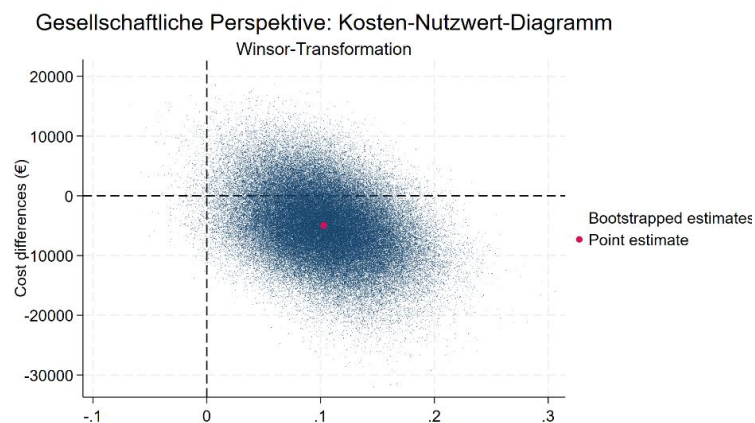


Abbildung 21: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Nutzwert-Diagramm (Winsor-Transformation)

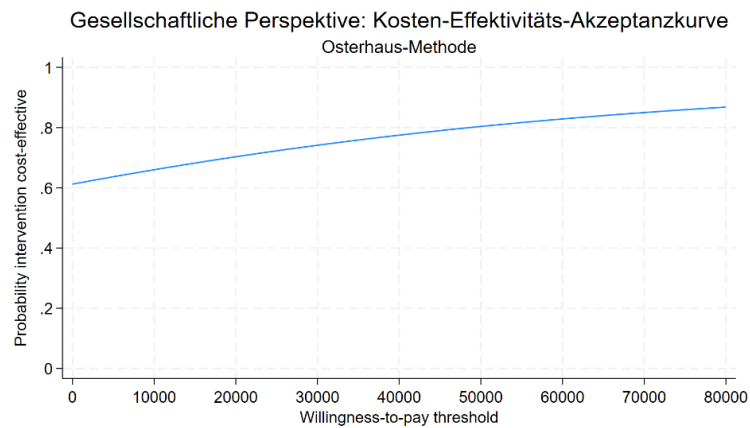


Abbildung 22: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (Osterhaus-Methode)

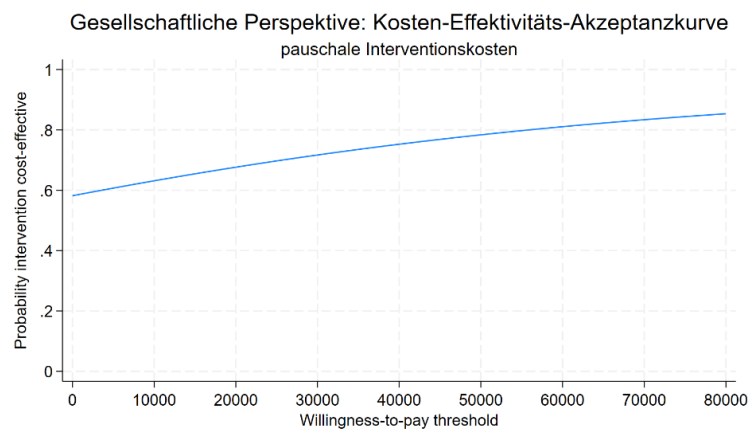


Abbildung 23: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (pauschale Interventionskosten)

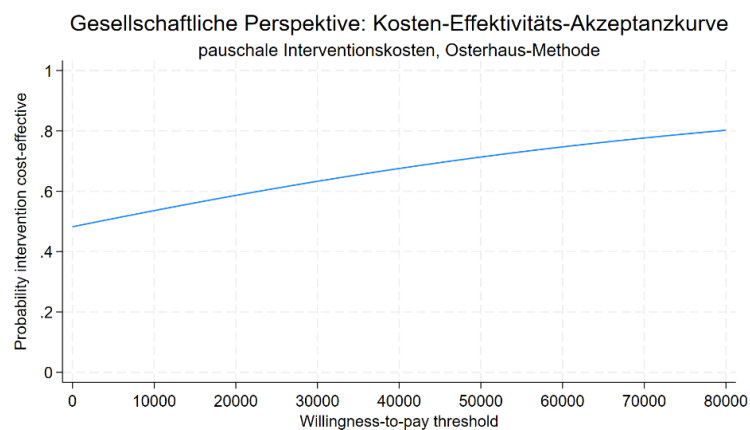


Abbildung 24: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (pauschale Interventionskosten, Osterhaus-Methode)

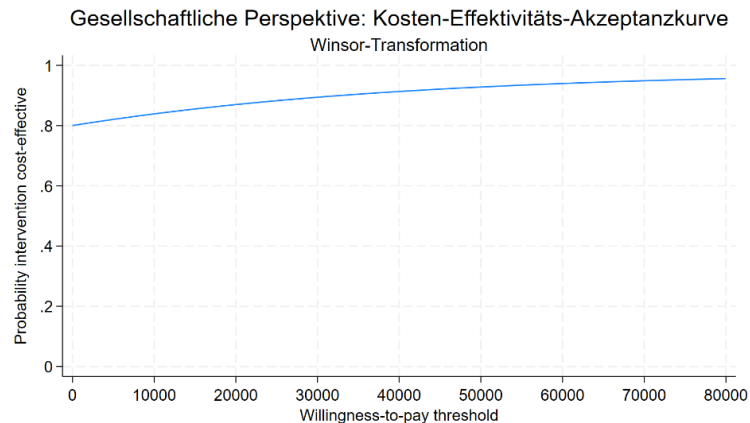


Abbildung 25: Gesellschaftliche Perspektive: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (Winsor-Transformation)

3.4.5 Arbeitgeber Perspektive

Bei einer individuellen Abrechnung der einzelnen Interventionsmodule erzielte die neue Versorgungsform pro Teilnehmenden einen Netto-Nutzen von 1.688 € (95 %-KI = -1.446 – 5.184). Das Nutzen-zu-Kosten-Verhältnis (Benefit-to-Cost-Ratio) lag bei 1,51 (95 %-KI = 0,58 – 2,67). Der Return-on-Investment (ROI) betrug 51 % (95 %-KI = -42 – 167). Die Wahrscheinlichkeit eines positiven ROI (ROI > 0 %) betrug 84 %. Wird stattdessen ein pauschaler Interventionskostensatz zugrunde gelegt, beträgt der Netto-Nutzen pro Teilnehmenden -875 € (95 %-KI = -3.851 – 2.440). Das Nutzen-zu-Kosten-Verhältnis reduziert sich auf 0,85 (95 %-KI = 0,34 – 1,42). Der durchschnittliche ROI ist negativ (-15 %, 95 %-KI = -66 – 42). Die Wahrscheinlichkeit eines positiven ROI lag in diesem Szenario bei 24 %.

3.5 III. Qualitative Evaluationsergebnisse

Teil I Interventionsgruppe (IG)

3.5.1 Beschreibung der IG: Rückkehrer*innen und Nicht-Rückkehrer*innen

Die qualitative Teilstichprobe der IG umfasste 20 Teilnehmende (TN). Zu den beiden qualitativen Messzeitpunkten t0 (Baseline) und t1 (18 Monate später) wurden jeweils 20 Interviews realisiert. Insgesamt konnten 40 von 40 möglichen Interviews in der IG geführt werden.

In die Auswertung wurden 20 TN mit je einem Vorher- und Nachher-Interview eingeschlossen. Davon waren 13 Personen weiblich und 7 Personen männlich. 11 Personen hatten eine selbsteingeschätzte positive RTW-Prognose und 9 Personen eine negative RTW-Prognose (weitere Informationen zur RTW-Prognose unter 2.5.4.3).

Von den 20 TN waren 15 Personen zu t1 zurückgekehrt und 5 Personen nicht. Von den 15 Rückkehrer*innen hatten 8 eine positive und 7 eine negative RTW-Prognose. Von den 5 Nicht-Rückkehrer*innen hatten 3 eine positive und 2 eine negative RTW-Prognose (siehe Übersicht Tabelle 8).

Von den 15 TN, die bis zu t1 zurückgekehrt sind, waren 10 Personen stabil, 4 fragil stabil und 1 Person instabil zurückgekehrt. Von den 5 TN, die bis zu t1 nicht zurückgekehrt sind, waren 2 Personen in einem fragil stabilen und 3 Personen instabilen Zustand.

Diese Differenzierung nach stabil, fragil stabil und instabil wurde im Rahmen von Fallvergleichen anhand der Schilderungen von

- arbeitsbezogenen,
- personenbezogenen,
- medizinisch-therapeutischen,
- sozialen und
- sonstigen Kontextbedingungen vorgenommen.

Aus qualitativer Sicht ist die Prognose einer nachhaltigen Rückkehr davon abhängig, wie stabil die TN zu t1 erscheinen. Nur bei einer stabilen Rückkehr zu t1 kann von einer nachhaltigen Rückkehr ausgegangen werden, bei einer fragil stabilen Rückkehr konnte zu t1 abschließend nicht eingeschätzt werden, ob die Interviewten in dem 24-monatigen Beobachtungszeitraum nachhaltig zurückgekehrt sein werden. Im Falle einer instabilen Rückkehr ist aus qualitativer Sicht zu t1 von einer nicht nachhaltigen Rückkehr auszugehen. Eine detaillierte Beschreibung der Differenzierung nach stabiler und fragil stabiler Rückkehr ist in Anlage 5 zu finden.

Diese Differenzierung korrespondiert mit der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0 (gar nicht arbeitsfähig) bis 10 (derzeit beste Arbeitsfähigkeit), die jeweils am Ende des Interviews abgefragt wurde. Personen, die ihre Arbeitsfähigkeit mit 7 bis 10 einschätzten waren in einem stabilen Zustand. Personen mit einer Arbeitsfähigkeit von 4 bis 6 befanden sich in einem fragil stabilen Zustand und Personen mit einer Arbeitsfähigkeit 0 bis 3 in einem instabilen Zustand.

3.5.1.1 Die Gruppe der Rückkehrer*innen

Die 10 Personen, die zu t1 stabil zurückgekehrt waren, erlebten und beschrieben sich als relativ selbstbestimmt, selbstwirksam und vertrauten wieder in ihre beruflichen Fähigkeiten, fühlten sich den beruflichen Anforderungen gewachsen, beschrieben sich als stressresistent bzw. belastungsfähig, fühlten sich von ihrem privaten Umfeld und/oder von ihrem Arbeitsumfeld gut unterstützt. Sie waren motiviert, gingen wieder gerne zur Arbeit und haben für sich eine neue Balance zwischen Arbeit und Privatleben gefunden.

Die 4 Personen, die zu t1 fragil stabil zurückgekehrt waren, erlebten und beschrieben sich zwar als relativ selbstbestimmt, selbstwirksam und vertrauten auch wieder in ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten, beschrieben aber nach wie vor belastende Bedingungen bei der Arbeit und/oder im Privaten. In diesem Kontext erlebten sie sich nicht ausreichend stressresistent und belastungsfähig, berichteten von Phasen der Überforderung und Erschöpfung, in Einzelfällen auch von erneuten AU-Zeiten und von Kipppunkten, die mit der Angst einhergingen, wieder in eine Krise zu geraten. Trotzdem waren sie motiviert und gingen gerne zur Arbeit. Die Belastungsfähigkeit blieb fragil und verlangte einen hohen Aufwand an Ausgleichsarbeit, um die Erholungsfähigkeit aufrechtzuerhalten.

Die einzige Person, die zu t1 instabil zurückgekehrt war, erlebte und beschrieb sich wenig bis gar nicht belastbar. Sie schilderte ein belastendes privates und berufliches Umfeld. Sie ermüdete schnell, konnte sich nur schwer konzentrieren und fühlte sich nicht wirklich arbeitsfähig. Sie versuchte durchzuhalten, bis zu ihrem nächsten Klinikaufenthalt, der bald anstand.

3.5.1.2 Die Gruppe der Nicht-Rückkehrer*innen

Alle 5 Personen, die zu t1 noch nicht zurückgekehrt oder ihre Rückkehr abgebrochen und wieder arbeitsunfähig waren, berichteten von belastenden Arbeitsbedingungen zu t0, die sich in Einzelfällen im Zeitraum von t0 zu t1 tendenziell noch verschlechtert hatten.

2 von den 5 Personen benannten explizit die Arbeitsbedingungen als alleinigen Auslöser für ihre psychische Erkrankung und machten diese auch für das Scheitern der Rückkehr verantwortlich.

4 von 5 Personen berichteten darüber hinaus von einer angespannten und belastenden Situation im privaten Bereich (Erkrankung von Partner*innen, Trennung von Partner*innen, Tod von Partner*innen, wenige soziale Kontakte bzw. soziale Isolation).

4 von 5 Personen berichteten davon, dass sie vorher schon ein- oder mehrmals in Behandlung wegen ihrer psychischen Erkrankung waren, implizit deuteten sie also eine Chronifizierung der Erkrankung an. Einzelne berichteten darüber hinaus von weiteren Erkrankungen.

1 Person berichtete von mehreren Krankenhausaufenthalten in dem Zeitraum zwischen t0 und t1, so dass sie die Angebote im Rahmen der Intervention nicht wirklich nutzen konnte. Sie hat zu t1 eine befristete EM-Rente erhalten.

3 weitere Personen haben bis zu t1 einen Antrag auf EM-Rente gestellt, ein Antrag war zu t1 bewilligt, 2 waren noch nicht abschließend entschieden. 1 Person hat einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt.

Diese Gruppe war nach qualitativer Einschätzung zu t1 nicht nachhaltig zurückgekehrt.

Bei diesen Interviewten ist meist von sehr **komplexen Problemlagen** auszugehen: Sie berichteten von privaten Problemen, Problemen bei der Arbeit, sozialer Isolation, zusammen mit einer hohen Symptomlast sowie geringer Konzentrations- und Belastungsfähigkeit. In dieser Gruppe berichteten die Interviewten überwiegend von schwierigen Beziehungen zu Kolleg*innen und Vorgesetzten, aber auch von schwierigen Beziehungen zu Menschen außerhalb der Arbeit. Sie hatten große Schwierigkeiten, Situationen angemessen einzuschätzen, fühlten sich wenig wertgeschätzt und ausgegrenzt. Sie reagierten darauf entweder mit Rückzug oder lehnten sich dagegen auf und verstrickten sich in Konflikte, die sie selbst nicht lösen konnten. Sie erlebten und beschrieben sich ihrer Situation gegenüber ohnmächtig und fühlten sich ihr ausgeliefert (externale Kontrollüberzeugung) bzw. fühlten sich durch ihre Lebensumstände von den äußeren Bedingungen abhängig und fremdbestimmt. Das galt insbesondere für die Personen, die zu t1 instabil waren und eine selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit von 0 bis 3 angegeben haben.

Diese Personengruppe braucht vor allem eine intensivierte medizinisch-therapeutische Unterstützung, um sich körperlich und emotional zu stabilisieren und die Symptome der anhaltenden psychischen Krise bewältigen zu können. Erst dann scheint, wenn überhaupt, eine Rückkehr zur Arbeit möglich.

Tabelle 8: Überblick über Rückkehr (n= 15) / Nicht-Rückkehr (n=5): IG zu t1

ID	Rückkehr zu t1	Abgleich quantitativ	AF zu t1	Prognose	Geschlecht
1	stabil	nachhaltig	10	negativ	weiblich
2	stabil	nachhaltig	8	positiv	männlich
3	stabil	nachhaltig	7	negativ	männlich
4	stabil	nachhaltig	9	positiv	weiblich
5	stabil	nachhaltig	9	negativ	männlich
6	stabil	nachhaltig	8,5	positiv	männlich
7	stabil	nachhaltig	10	positiv	männlich
8	stabil	nachhaltig	8,5	positiv	weiblich

9	stabil	nachhaltig	7-8	negativ	weiblich
10	stabil	nachhaltig	7-8	positiv	weiblich
11	fragil	nicht n.	6-7	positiv	weiblich
12	fragil	nachhaltig	3-5	positiv	weiblich
13	fragil	nachhaltig	6	negativ	weiblich
14	fragil	nicht n.	4-5	negativ	weiblich
15	instabil	nicht n.	3	negativ	weiblich
	Nicht-Rückkehr				
16	instabil	nicht n.	1-2	negativ	männlich
17	instabil	nicht n.	1-2	negativ	weiblich
18	fragil	nicht n.	5-6	positiv	weiblich
19	fragil	nicht n.	4	positiv	weiblich
20	instabil	k. Angabe	3	positiv	männlich

3.5.1.3 Fazit

Vergleicht man die beiden Gruppen der stabil und fragil stabil zurückgekehrten Interviewten legt dieser Vergleich nahe, dass die Anschlussfähigkeit der Arbeitsbedingungen und -beziehungen an die Intervention einen relevanten Einfluss auf die Nachhaltigkeit der Rückkehr haben. Im Vergleich der Rückkehrer*innen und Nicht-Rückkehrer*innen deutet sich an, dass sich die Gruppe der Nicht-Rückkehrer*innen vor allem in Bezug auf die Komplexität der Problemlagen und der Schwere der Erkrankung von der Gruppe der Rückkehrer*innen unterscheidet und beides in seiner Wechselwirkung dazu beiträgt, dass eine Rückkehr unter den gegebenen Bedingungen nicht möglich war.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen lassen sich in der Summe drei zentrale Faktoren benennen, die sich negativ auf die Rückkehr auswirken. Dazu zählen aus qualitativer Sicht:

- kritische Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen bei der Arbeit und im Privaten.
- Schweregrad der Erkrankung (insbesondere durch Chronifizierung)
- unzureichende Handlungsoptionen der Interviewten im Umgang mit ihren Mitmenschen und sich selbst.

Die Einschätzung einer stabilen und nachhaltigen Rückkehr nach 18 Monaten im Rahmen der qualitativen Analysen, wird durch den Abgleich mit den quantitativen Daten des qualitativen Subsamples hinsichtlich des Primäroutcomes einer nachhaltigen Rückkehr zu 100 Prozent bestätigt. Insgesamt sind in dem 24-monatigen Beobachtungszeitraum 12 Personen unter Berücksichtigung des quantitativen Primäroutcomes nachhaltig zurückgekehrt. Das sind 60 Prozent der TN der IG. Diese berichten überwiegend von günstigen Kontextfaktoren (siehe auch nächster Abschnitt).

Die anderen 8 Personen, die in dem 24-monatigen Beobachtungszeitraum unter Berücksichtigung des quantitativen Primäroutcomes nicht nachhaltig zurückgekehrt sind, berichten hingegen von weniger günstigen Kontextfaktoren. Das sind 40 Prozent der TN der IG.

3.5.2 Förderliche und hemmende Bedingungen der Rückkehr in der IG

Die förderlichen und hinderlichen Faktoren, die von den Interviewten genannt und beschrieben wurden, lassen sich in folgende Kategorien differenzieren:

- arbeitsbezogene,
- personenbezogene,

- soziale,
- medizinisch-therapeutische und
- sonstige Faktoren.

Bei den **arbeitsbezogenen Faktoren** handelt es sich um Faktoren, die die Arbeitsbedingungen und -beziehungen betreffen. Hier wiederum gibt es Faktoren, welche direkt die Wiedereingliederung betreffen, wie z. B. die stufenweise Wiedereingliederung, das Feedback und die Unterstützung der Vorgesetzten und Kolleg*innen während der Rückkehr. Darüber hinaus werden zusätzliche Faktoren benannt und beschrieben, die die nachhaltige Rückkehr beeinflussen, z. B. die Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz oder ein interner oder externer Stellenwechsel, die Belastungs- und Beanspruchungssituation vor, während und nach der Rückkehr, insbesondere auch das Arbeits- und Betriebsklima.

Förderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt und beschrieben werden sind z. B.

- Erfolgserlebnisse während der Rückkehr,
- unterstützendes Arbeitsklima,
- Verständnis von Vorgesetzten und Kolleg*innen,
- interner bzw. externer Stellenwechsel,
- konstruktives Feedback,
- stufenweise Wiedereingliederung,
- spezifische Vereinbarungen im Rahmen des BEM (Arbeitszeit, Schichtdienst),
- Reduktion der Aufgaben,
- weniger Stress bei der Arbeit sowie
- Unterstützung durch betriebliche Akteur*innen wie z. B. die Schwerbehindertenvertretung.

Hinderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt und beschrieben werden sind z. B.

- Konflikte und Mobbing,
- schlechtes Arbeits- und Betriebsklima,
- zu hohe Arbeitsanforderungen, zu viel Stress bei der Arbeit,
- schwierige Klientel bei der Arbeit mit Menschen,
- Verhalten der Teamleitung, der Vorgesetzten,
- fehlende Wertschätzung,
- Kommunikation mit Arbeitgeber in Bezug auf die stufenweise Wiedereingliederung,
- Wünsche und Vorschläge im BEM wurden nicht berücksichtigt sowie
- Ablehnung von Teilzeitarbeit durch den Arbeitgeber.

Bei den **personenbezogenen Faktoren**, die von den Interviewten beschrieben werden, handelt es sich in der Regel um Faktoren, die mit den arbeitsbezogenen Faktoren korrespondieren und vielfache Wechselwirkungen entfalten. Im Mittelpunkt stehen hier Faktoren wie die Verausgabungsbereitschaft, das Verantwortungs- und Pflichtgefühl gegenüber Kolleg*innen und dem Arbeitgeber, der Stellenwert der Arbeit für die Interviewten, der eigene Anspruch an die Arbeit, die Distanz zur Arbeit, die Balance zwischen Arbeit und Privatleben, die individuelle Stressresistenz, die Selbstwirksamkeitserwartungen und arbeitsbezogene Selbstsicherheit sowie der Umgang mit Ängsten vor, während und nach der Wiedereingliederung.

Förderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt und beschrieben werden sind z. B.

- offene Auseinandersetzung mit Ängsten,
- achtsamer Umgang mit Stress,
- achtsamer Umgang mit Verausgabungsbereitschaft,
- angemessener Umgang mit Konflikten,

- Nein-Sagen-Lernen,
- Toleranz gegenüber Fehlern,
- Verantwortung für Fehler nicht nur bei sich selbst sehen,
- eigene Bedürfnisse & Interessen wahrnehmen und im Alltag berücksichtigen,
- Reflexion des Stellenwerts der Arbeit im Leben – Balance zwischen Arbeit & Privatleben finden,
- Ausgleich zur Arbeit – z. B. Sport und Entspannungsübungen,
- Entspannungstechniken im Arbeitsalltag zur Stressreduktion,
- Glaube an sich selbst, Zuversicht, Selbstvertrauen und Selbstsicherheit sowie
- proaktives soziales Handeln – Hilfe suchen und annehmen.

Hinderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt und beschrieben werden sind z. B.

- übermäßige Verausgabungsbereitschaft, ständiges Arbeiten am Limit,
- übermäßiges Pflichtgefühl gegenüber Arbeitgeber und Kolleg*innen,
- Arbeit als einziger Lebensinhalt,
- übermäßiges Perfektionsstreben,
- Ängste & Selbstzweifel,
- geringe Konfliktfähigkeit,
- geringe Stressresistenz,
- Erleben von Stress als Kontrollverlust
- Nicht-Wahrnehmung & ignorieren eigener Belastungs- und Beanspruchungsgrenzen sowie
- zu hohe Selbstwirksamkeitserwartungen.

Bei den **sozialen Faktoren** handelt es sich um Faktoren, die die sozialen Beziehungen im privaten und arbeitsbezogenen Kontext betreffen. Im Mittelpunkt steht hier die soziale Unterstützung, die sie durch die Familie, Partner*in, Kinder und Freund*innen erfahren, aber auch die Fähigkeit zur Abgrenzung gegenüber den Erwartungen und Bedürfnissen von Partnern und Kindern.

Förderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt und beschrieben werden sind z. B.

- Unterstützung durch Familie und Freunde*innen,
- Unterstützung durch Partner*in,
- stabiles soziale Umfeld,
- gute Beziehung zu Kindern,
- stabiles familiäres Umfeld,
- Lösung aus toxischer Partnerschaft.

Hinderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt und beschrieben werden sind z. B.

- Konflikte in der Familie, in der Partnerschaft,
- Pflege und/oder Tod von Angehörigen,
- fehlendes Verständnis und wenig bis keine Unterstützung,
- zu wenig Bezugspersonen,
- soziale Isolation.

Ein wichtiger Aspekt der sozialen Unterstützung ist in diesem Zusammenhang das Verständnis für die Erkrankung und die Situation, die Übernahme von Aufgaben zur Entlastung der Situation sowie das Gefühl, „die stehen hinter einem“, können zuhören und helfen einem, sich selbst und die Situation zu reflektieren. Soziale Faktoren werden in der Regel überwiegend positiv beschrieben, außer wenn es Konflikte gibt oder wenn wesentliche Bezugspersonen fehlen, weil die Interviewten aufgrund ihrer Biografie ein großes Misstrauen gegenüber ihren Mitmenschen entwickelt haben und tendenziell sozial isoliert leben.

Bei den **medizinisch-therapeutischen Faktoren**, die von den Interviewten genannt und beschrieben werden, handelt es sich um Faktoren, die die Unterstützung durch die Intervention, die Auswirkungen der Erkrankung sowie den Umgang mit der Erkrankung betreffen.

Förderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt und beschrieben werden sind z. B.

- die Intervention insgesamt,
- die RTW-Begleiter*innen,
- die Einzelsitzungen in Bezug auf die Vorbereitung der Wiedereingliederung und die Selbstsicherheit,
- die Gruppensitzungen,
- die Klinikaufenthalte,
- Vereinbarkeit von Arztterminen mit der Arbeit sowie
- das Verstehen der Erkrankung und der Umgang damit.

Hinderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt und beschrieben werden sind z. B.

- die Schwere der Erkrankung (Erkrankung als roter Faden im Leben, biografisch verortet),
- geringe Belastbarkeit durch die Schwere der Erkrankung,
- große körperliche Erschöpfung,
- zu geringe klinische Betreuung (Reha wäre noch erforderlich gewesen),
- zu viele Klinikaufenthalte sowie
- zu lange Arbeitsunfähigkeitsdauer.

Die hinderlichen medizinisch-therapeutischen Faktoren spielen vor allem bei der Gruppe eine wesentliche Rolle, die zu t1 nicht zurückgekehrt ist. Sie betonen einerseits den Nutzen der Intervention auf der individuellen Ebene, auch wenn diese nicht zur Rückkehr an den Arbeitsplatz geführt hat. Andererseits beschreiben sie vor allem medizinisch-therapeutische Faktoren, insbesondere die Schwere der Erkrankung und die geringe Belastbarkeit und große Erschöpfung, die sich negativ auf die Rückkehr auswirkt. Gleichzeitig korrespondieren diese hinderlichen therapeutischen Faktoren mit hinderlichen personenbezogenen und sozialen Faktoren, die durch den „roten Faden“ miteinander verwoben sind.

Die Schwere der Erkrankung und die Verortung der Erkrankung in der Kindheit, die mit traumatischen Erlebnissen assoziiert wird und mit Enttäuschungen über wichtige Bezugspersonen verbunden ist, führen im weiteren Leben zu großem Misstrauen gegenüber Menschen und meist zu sozialer Isolation, was sich wiederum auf die Entwicklung von sozialen Kompetenzen auswirkt. Diese Faktoren wirken im Kontext der Bewältigung der Erkrankung und der Intervention hinderlich und verstärken sich gegenseitig, wodurch die Intervention ihr Ziel einer nachhaltigen Rückkehr nicht erreichen kann (vgl. Abschnitt Erleben und Nutzen der Intervention).

Darüber hinaus wurden noch zwei **sonstige Faktoren** genannt, ein Faktor bezieht sich auf die schwierige finanzielle Situation durch die lange AU und der zweite auf den Umstand der Arbeitslosmeldung durch Wegfall des Krankengeldes.

Diese Differenzierung der Faktoren lässt sich nun in einem weiteren Schritt anhand der stabilen, fragil stabilen Rückkehr bzw. Nicht-Rückkehr weiter aufschlüsseln (vgl. Übersicht Tabelle 8).

3.5.2.1 Gruppe I: stabile und nachhaltige Rückkehr

Von den 10 Personen, die zu t1 stabil und nachhaltig zurückkehrten, wurden 75 förderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

26	arbeitsbezogene Faktoren
23	personenbezogene Faktoren
14	soziale Faktoren
12	therapeutische Faktoren
0	sonstige Faktoren

Von der gleichen Gruppe wurden hingegen nur 22 hinderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

7	arbeitsbezogene Faktoren
12	personenbezogene Faktoren
2	soziale Faktoren
1	therapeutische Faktoren
0	sonstige Faktoren

Von dieser Gruppe wurden deutlich mehr förderliche als hinderliche Faktoren genannt und beschrieben – 75 förderliche Faktoren im Vergleich zu 22 hinderlichen Faktoren. Auffällig ist dabei, dass in den ersten beiden Kategorien „arbeits- und personenbezogene Faktoren“ jeweils über 20 förderliche Faktoren genannt werden und in den darauffolgenden zwei Kategorien „soziale und therapeutische Faktoren“ jeweils über 10 förderliche Faktoren genannt werden.

Es dominieren also vor allem arbeits- und personenbezogene Faktoren, die als förderlich im Rückkehrprozess erlebt und beschrieben werden, aber auch eine hohe Zahl sozialer und therapeutischer Faktoren wirken sich günstig auf die Rückkehr aus. Die Relevanz förderlicher therapeutischer Faktoren, deckt sich mit der positiven Einschätzung des Nutzens und des Erlebens der Intervention dieser Gruppe.

Bei den hinderlichen Faktoren stehen mit 12 von 22 die personenbezogenen Faktoren im Vordergrund. Die zurückkehrenden Interviewten sehen also vor allem im eigenen Verhalten und Handeln Faktoren, die sich ungünstig auf die Rückkehr auswirken, danach werden vor allem arbeitsbezogene, hinderliche Faktoren genannt.

3.5.2.2 Gruppe II: fragil stabile Rückkehr

Von den 4 Personen, die fragil stabil zurückgekehrt sind, wurden 19 förderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

5	arbeitsbezogene Faktoren
6	personenbezogene Faktoren
1	soziale Faktoren
7	therapeutische Faktoren
0	sonstige Faktoren

Von der gleichen Gruppe wurden hingegen 25 hinderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

17	arbeitsbezogene Faktoren
4	personenbezogene Faktoren
2	soziale Faktoren
0	therapeutische Faktoren
2	sonstige Faktoren

Von der Gruppe, die fragil stabil zurückgekehrt ist, wurden im Vergleich zur Gruppe der stabil und nachhaltig zurückgekehrten Interviewten mehr hinderliche als förderliche Faktoren genannt – 19 förderliche im Vergleich zu 25 hinderlichen Faktoren. Dabei dominieren bei den hinderlichen Faktoren eindeutig die arbeitsbezogenen, die die Rückkehr erschweren bzw. belasten und die zurückgekehrten Interviewten beanspruchen. Hinzu kommen an zweiter Stelle personenbezogene Faktoren, die in der Regel mit den arbeitsbezogenen Faktoren korrespondieren (z. B. hohe Arbeitsanforderungen in Verbindung mit einer übermäßig hohen Verausgabungsbereitschaft und/oder einer zu geringen Distanz zur Arbeit).

Es muss also davon ausgegangen werden, dass die arbeits- und personenbezogenen Faktoren wesentlich zum fragilen Zustand zu t1 beigetragen haben – vor allem die hinderlichen arbeitsbezogenen Faktoren scheinen aus der qualitativen Perspektive eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und insofern eine nachhaltige Rückkehr verhindert zu haben.

3.5.2.3 Gruppe III: instabil und keine Rückkehr

Von den 5 Personen, die zu t1 instabil und nicht zurückgekehrt sind, wurden 12 förderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

2	arbeitsbezogene Faktoren
1	personenbezogene Faktoren
3	soziale Faktoren
6	therapeutische Faktoren
0	sonstige Faktoren

Von den 5 Personen, die zu t1 instabil und nicht zurückgekehrt sind, wurden 31 hinderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

9	arbeitsbezogene Faktoren
6	personenbezogene Faktoren
4	soziale Faktoren
11	therapeutische Faktoren
1	sonstige Faktoren

Im Vergleich zu den Gruppen I und II nehmen die genannten und beschriebenen förderlichen Faktoren weiter ab, während die hinderlichen Faktoren weiter zunehmen – es werden 12 förderliche und 31 hinderliche Faktoren genannt. Allein die Dokumentation der hinderlichen und förderlichen Faktoren und das damit verbundene zunehmende bzw. abnehmende Verhältnis macht deutlich, dass es sich hier um eine extrem belastete Gruppe handelt.

Es dominieren hier vor allem die hinderlichen medizinisch-therapeutischen Faktoren (Schwere der Erkrankung, Symptomlast) und schwierige arbeitsbezogene Bedingungen (Konflikte bei der Arbeit, hohe Arbeitsanforderungen, toxisches Arbeitsklima, keine Unterstützung und Wertschätzung durch AG), aber auch personenbezogene und soziale Faktoren (Tod von wichtigen Bezugspersonen, wenig soziale Kontakte und Unterstützung) spielen eine zentrale Rolle.

Die Probleme dieser Gruppe sind so vielfältig, dass die Intervention mit ihrem Ziel der nachhaltigen Rückkehr nicht ausreichend wirken kann.

3.5.3 Erleben und Nutzen der Intervention

3.5.3.1 Erleben der Einzelsitzungen

Die Einzelsitzungen wurden mehrheitlich als hilfreich, gut bis sehr gut und unterstützend eingeschätzt. Sie wurden als ein klar abgegrenzter Bereich erlebt, in dem der Fokus auf der Arbeit lag. Sie tragen dazu bei, sich mit sich selbst und der damit verbundenen Situation mit Blick auf die Rückkehr zur Arbeit zu beschäftigen.

In einem ersten Schritt ging es darum, Probleme zu erkennen und zu schauen, wie man damit umgehen kann – sich zu fragen, wie es zu der Krise gekommen ist, woran es gelegen hat, was man anders machen kann, um dann im weiteren Verlauf zu schauen, was jetzt besser läuft und was noch besser laufen sollte.

In diesem Kontext wurden die Einzelsitzungen als ein Raum beschrieben, in dem die Bedingungen und Ressourcen thematisiert werden, die für die Rückkehr wichtig sind. Folgende Themen wurden hier beschrieben:

Der Umgang

- mit Kolleg*innen und Vorgesetzten,
- mit stressigen Arbeitssituationen,
- mit hohen Ansprüchen und wie man sich davor schützen kann,
- mit Ängsten und Selbstzweifeln,
- mit krisenverstärkenden Verhaltens- und Handlungsmustern

sowie

- die Herausarbeitung der positiven Aspekte der Arbeit,
- die Abwägung, ob eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz oder ein Arbeitsplatzwechsel sinnvoll erscheint,
- eine positive Selbstwahrnehmung,
- eine Verständigung über persönliche Frühwarnzeichen,
- eigene Ziele, Wünsche und Bedürfnisse mit Blick auf die Rückkehr und
- die Unterstützung durch das private Umfeld.

Der nächste Schritt im Rahmen der Einzelsitzungen konzentrierte sich dann vermehrt auf die Vorbereitung von BEM-Gesprächen, Bewerbungsgesprächen und auf die stufenweise Wiedereingliederung und deren Begleitung durch Teilnahme an BEM-Gesprächen sowie Feedbackrunden zum Verlauf der BEM-Gespräche und der STWE. Hier wurde u. a. die Lösungsorientierung der Einzelsitzungen betont, der Weg von der Problemanalyse zur Problembewältigung bzw. -lösung sowie die Analyse von Stärken und Schwächen, die im Zusammenhang mit der Rückkehr stehen.

Ziele, die im Zusammenhang mit der Rückkehr in den Einzelsitzungen implizit erlebt und beschrieben wurden, sind u. a.

- eine tragfähige RTW-Strategie zu entwickeln, die „Probleme löst, ohne welche zu schaffen“,
- Sicherheit zu schaffen, um sich den eigenen Standpunkt klar zu machen,
- den Ablauf der Rückkehr zu klären

und bei der Umsetzung

- Arbeitsbedingungen so zu verändern⁵, dass sie sich positiv auf die Rückkehr auswirken,
- ein gesundes Mittelmaß mit krisenverstärkenden Verhaltensweisen zu finden, ohne sich vollständig „umzukrempeln“ (hohe Verausgabungsbereitschaft, hoher Anspruch, Umgang mit Stress, Distanz zur Arbeit, Nein-Sagen-Lernen),
- zu reflektieren, was läuft gut und was noch besser laufen sollte.

In Einzelfällen wurde überdies die Unterstützung bei Anträgen thematisiert. Hierzu zählen Anträge auf Feststellung einer Schwerbehinderung oder wenn eine Rückkehr an den Arbeitsplatz für unwahrscheinlich oder schwierig eingeschätzt wurde, die Unterstützung bei Anträgen auf eine EM-Rente. Dies beschränkte sich allerdings auf Interviewte, die zu t1 nicht an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind bzw. die Wiedereingliederung abgebrochen haben.

Die Einzelsitzungen wurden insgesamt von den Interviewten mehrheitlich als eine strukturierende und stabilisierende Maßnahme erlebt, in denen auf ihre individuelle Situation flexibel eingegangen wurde. Entsprechend wurden die Sitzungen als motivierend, bestärkend und konstruktiv kritisch beschrieben und von einem Interviewten in diesem Sinne als „kompakte Unterstützung“ charakterisiert.

Besonders hervorgehoben wurde in diesem Zusammenhang eine empathische RTW-Begleitung. Die RTW-Begleiter*innen wurden als wichtige Vertraute beschrieben, die spontan, aber strukturiert und sachlich vorgehen, die positiv verstärken, die problematischen Vorgehensweisen und auch Grenzen des Machbaren thematisieren. Die Interviewten fühlten sich dabei in ihrer Individualität wahrgenommen und verstanden und entsprechend gut unterstützt.

Mit Blick auf den **Nutzen** der RTW-Begleitung im Rahmen der Einzelsitzungen wurden vor diesem Hintergrund folgende Aspekte thematisiert:

RTW-Begleiter*in

- wird als wichtige Vertrauensperson beschrieben, die einen geschützten Raum schafft, in dem offen über alles gesprochen werden kann.

RTW-Begleitung

- eröffnet durch Begleitung auf Augenhöhe neue Perspektiven im Umgang mit Problemen der Rückkehr und erweitert so den eigenen Verhaltens- und Handlungsspielraum,
- schafft so Voraussetzungen für nachhaltige Einstellungs- und Verhaltensänderungen und vermittelt einen Eindruck davon, was sich ändern könnte bzw. sollte,
- führt durch eine empathisch, kritisch-konstruktive Unterstützung zu mehr Achtsamkeit und Selbstfürsorge,
- motiviert durch eine wohlwollende Begleitung dazu, mit den Herausforderungen der Rückkehr zuversichtlich umzugehen.

Dieses Vorgehen ermöglichte Orientierung im RTW-Prozess, schaffte Zuversicht, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen und -wirksamkeit, löste soziale Verunsicherung und führte so zu einer positiven Selbstwahrnehmung, zeigte Stärken und Ressourcen auf. Die RTW-Begleitung macht es den TN

Bei 9 von 20 Interviewten kommt diese positive Veränderung der Arbeitsbedingungen durch einen Wechsel des Arbeitsplatzes zustande, verbleiben die Interviewten hingegen an ihrem Arbeitsplatz wird kaum von positiven und langfristigen Veränderungen berichtet, eher von einer Verschlechterung bzw. Verhärtung, die sich wiederum negativ auf die Effekte der Intervention auswirkt.

möglich, sich gut auf die Rückkehr vorzubereiten und trug im günstigsten Fall zu einer stabilen und nachhaltigen Rückkehr bei.

Die Einzelsitzungen haben in diesem Sinne folgende zentrale Veränderungen mit angestoßen:

- Jobwechsel mit besseren Arbeitsbedingungen,
- einen selbstsichereren Umgang mit Kolleg*innen und Vorgesetzten,
- eine bessere Wahrnehmung eigener Kompetenzen, Fertigkeiten, Stärken & Grenzen,
- mehr Fokus auf eigene Ziele, Wünsche und Bedürfnisse,
- Einstellungs- und Verhaltensänderungen im Umgang mit Stress und hohen Ansprüchen,
- eine Neuausrichtung der Bedeutung von Arbeit im Leben der Interviewten,
- eine Stärkung individueller und sozialer Ressourcen,
- einen proaktiven Umgang mit Frühwarnzeichen,
- eine emotionale Stabilisierung, weniger Ängste und Selbstzweifel.

Kritisch wurde von einzelnen Interviewten die begrenzte Anzahl der Einzelsitzungen angemerkt - das traf insbesondere bei Interviewten zu, die mit besonders kritischen Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen bei der Arbeit konfrontiert waren.

Von den 20 Personen beschrieben und erlebten 19 Personen die Einzelsitzungen positiv. Das galt auch für die 5 Personen, die nicht zurückkehrten waren – sie beschrieben die Einzelsitzungen vor allem auf der persönlichen Ebene als emotional stabilisierend und wertschätzend. Nur eine Person fühlte sich im Rahmen der Einzelsitzungen nicht verstanden. Einschränkend muss hier allerdings angemerkt werden, dass sich dieses Gefühl nicht verstanden zu werden, durch beide Interviews zieht und in den Schilderungen zum familiären, sozialen und betrieblichen Umfeld ein zentrales Thema der interviewten Person darstellt.

3.5.3.2 Erleben der Gruppensitzungen

14 Interviewte erlebten und beschrieben die Gruppensitzungen als nützlich. Der Nutzen wird von gut bis sehr gut, von hilfreich bis sehr hilfreich, von positiv bis sehr positiv, hoch bis sehr hoch eingeschätzt. Auffällig ist, dass sich diese positive Einschätzung überwiegend auf den Austausch zwischen den TN der Gruppensitzungen bezog. Die Inhalte der Gruppensitzungen wurden kaum thematisiert und erinnert.

Nur 3 Interviewte, die die Gruppensitzungen positiv erlebten und beschrieben, thematisierten die Inhalte als gut, konnten sich aber nicht an konkrete Inhalte der Sitzungen erinnern. Diese 3 Personen, die die Inhalte erwähnten und als positiv beschrieben, sind allerdings nicht zurückgekehrt und zwei davon gehörten zu den Personen mit komplexen Problemlagen, die einen Antrag auf EM-Rente gestellt haben.

5 Interviewte schätzten den Nutzen der Gruppensitzungen als nicht unterstützend ein. Im Mittelpunkt stand hier die nicht passende Zusammensetzung der Gruppen – die Gruppen wurden als suboptimal beschrieben, d. h. die TN fühlten sich nicht gut aufgehoben bzw. fühlten sich am falschen Platz.

Überdies erlebten und beschrieben 4 der 5 Interviewten die Inhalte als zu wenig individuell, als langweilig, als zu frontal oder unverständlich.

Der Austausch in den Gruppensitzungen, der als der größte Nutzen erlebt und beschrieben wurde, wirkte dabei in dreierlei Hinsicht. Er half dabei,

- sich selbst und
- die Arbeitssituation besser einzuschätzen und trug dazu bei,
- das eigene Verhalten und Handeln im Verlauf der Rückkehr zu reflektieren und besser zu steuern.

In einem ersten Schritt half der Austausch in den Gruppensitzungen sich selbst realistischer einzuschätzen, sich von negativen Gedanken und Selbstvorwürfen frei zu machen und eine unausgesprochene Selbststigmatisierung zu überwinden – das durch die Krise brüchig gewordene Selbstbild wurde im Verlauf des Austausches in der Gruppe, durch den gemeinsam erlebten Erfahrungshintergrund sozusagen normalisiert.

Die Interviewten beschrieben diesen Prozess als ein Herauslösen der psychischen Krise aus dem bisher nur individuell erlebten Kontext und der Überführung in einen sozialen Raum, in dem die eigene Krise mit den Erfahrungen der anderen verglichen werden konnte.

Sie erlebten ähnliche Wege in die Krise, ähnliche Selbstzuschreibungen und Ängste sowie damit zusammenhängende Probleme und Herausforderungen und fühlten sich in diesem Prozess, ohne sich groß erklären zu müssen, verstanden, was sie wiederum als befreiend und entlastend beschrieben.

Durch diesen Vergleich konnten sie sich selbst und ihre Arbeitssituation besser einschätzen, was in der Regel zu mehr Selbstsicherheit und Selbstvertrauen führte. Meist wurde die Selbsteinschätzung individuell tendenziell negativer bewertet als sie im Austausch mit den anderen wahrgenommen und eingeschätzt wurde. Diese positive Erfahrung wiederum sensibilisierte für vorhandene Ressourcen, die bisher so nicht wahrgenommen wurden.

In einem zweiten Schritt ging es dann darum, die Erfahrungen und Einschätzungen der anderen durch einen gemeinsamen Reflexionsprozess für die eigene Rückkehr zu nutzen, indem man sich damit auseinandersetzte, wie andere mit Problemen und Herausforderungen umgingen und wie man das damit verbundene Wissen für die eigene Rückkehr nutzen konnte. Die anderen TN gaben Tipps und Anregungen, unterstützten, bestärkten und machten Mut, Neues auszuprobieren. Dies schaffte mehr Selbstsicherheit und Selbstvertrauen im Umgang mit sich selbst, aber auch mit anderen – mit Kolleg*innen und Vorgesetzten.

Zwei Interviewte beschrieben die Kommunikation in der Gruppe explizit als einen besonderen Nutzen der Gruppensitzungen. Der Austausch in den Gruppensitzungen verdeutlichte ihnen, wie wichtig es ist, miteinander zu kommunizieren, eigene Bedürfnisse deutlich zu machen, Ängste und Irritationen anzusprechen, um frühzeitig aktiv werden zu können und unnötigen Stress zu vermeiden.

Sie wollten vor diesem Hintergrund mehr auf ihre Kolleg*innen zugehen und relevante, vor allem zwischenmenschliche Aspekte auf der Beziehungsebene ansprechen und nach Lösungen suchen, bevor daraus Probleme erwuchsen.

Zusammenfassend wirkten die Gruppensitzungen vor allem in folgender Hinsicht:

- sie normalisieren durch den Erfahrungsaustausch das Verhältnis zu sich selbst,
- sie tragen zu einer realistischeren und positiveren Einschätzung der Arbeitssituation bei,
- sie sensibilisieren für vorhandene individuelle, soziale und betriebliche Ressourcen, die für die Rückkehr genutzt werden können,
- sie entlasten und stabilisieren das Selbstwertgefühl, das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeitserwartungen,
- die unterschiedlichen Perspektiven und der gemeinsame Erfahrungshintergrund geben Impulse für das eigene Verhalten und Handeln im Rückkehrprozess und unterstützen die eigene Problembewältigung und -lösung im RTW-Verlauf.

Insgesamt lässt sich sagen, dass diese Wirkungen vor allem in relativ homogenen Gruppen erzielt wurden, in denen sich die TN mit ihren Problemen und Herausforderungen wiedererkannten. Überdies erschien der Austausch in den Gruppen wichtiger und produktiver als die Vermittlung psychoedukativer Inhalte.

Der Austausch in den Gruppensitzungen hat in diesem Sinne folgende Veränderungen mit angestoßen:

- er trägt dazu bei, die Krise und Erkrankung besser zu verstehen und einzuordnen, in dem sie über den gemeinsamen Erfahrungshintergrund in ihrer sozialen Dimension verstanden wird und sensibilisiert so für vorhandene bzw. für zu aktivierende Ressourcen,
- er bietet den Raum neue Verhaltens- und Handlungsoptionen und -strategien zu entwickeln,
- er schafft mehr Selbstsicherheit, -vertrauen und stärkt die Selbstwirksamkeitserwartungen,
- er ermutigt dazu, Veränderungen anzugehen, insbesondere auch den Job zu wechseln.

Diese Effekte wurden nicht erzielt, wenn sich die TN in der Gruppenzusammensetzung mit ihren Problemen und Erfahrungen nicht wiederfanden. Dies war aus der Perspektive der Interviewten vor allem dann der Fall, wenn die vorhandene Diagnose und die damit verbundenen Probleme und Herausforderungen zu sehr von denen der anderen TN abwich – z. B. berichtete eine Person von einem Posttraumatischen Belastungssyndrom, die in einer Gruppe von Menschen mit Depressionen war und die Erfahrungen und Probleme, die dort geschildert wurden, nicht ihren Erfahrungen entsprachen. Darüber hinaus traten Probleme auf, wenn sich einzelne TN der Gruppe in einer ganz anderen Phase der Rückkehr befanden. Eine Person berichtete z. B., dass sie sich nach dem Abbruch der stufenweisen Wiedereingliederung mit ihren Problemen in der Gruppe nicht mehr wiedergefunden hat.

Außerdem gab es eine Gruppe von Personen, die besonders von den Gruppensitzungen profitierte und eine Gruppe, die kaum erreicht wurde. Die erste Gruppe von Personen lässt sich als eine Gruppe charakterisieren, die in ihrem normalen Alltag zu wenig Möglichkeiten haben, sich mit anderen auszutauschen. Dazu zählen bspw. alleinerziehende Frauen, die zeitlich durch die Doppelbelastung Beruf und Familie zu sehr eingebunden sind und kaum Möglichkeiten zum Austausch haben. Die andere Gruppe von Personen, die durch die Gruppensitzungen kaum erreicht wurde, sind Menschen, die sich generell mit größeren Gruppen schwertun, die sozial eher zurückgezogen leben und nur wenige Kontakte zu anderen Menschen haben.

3.5.3.3 Erleben des Online-Angebots

11 von 20 Personen haben das Online-Angebot genutzt. Drei aus dieser Gruppe schätzten den Nutzen gut ein, die acht weiteren Personen haben den Nutzen als eher gering eingeschätzt.

Positiv hervorgehoben wurde die Möglichkeit, sich in stressigen Situationen durch die Übungen wieder fokussieren zu können. Eine Person betonte in diesem Zusammenhang die „erinnernde Funktion“ der Übungen. Eine andere Person fand die Videos gut, die sie sich angeschaut hat, wenn sie gestresst war. Sie beschrieben in diesem Sinne eine Reduktion des Stresserlebens durch die Übungen. Eine Person äußerte sich sehr positiv in Hinblick auf das inhaltliche Angebot, die Themen haben den „Nagel auf den Kopf getroffen und unheimlich gut gepasst“.

8 Personen haben das Angebot wenig bis kaum genutzt und haben sich mit den Übungen schwergetan. Als Gründe für die geringe Nutzung des Angebots wurden folgende Aspekte thematisiert:

- ein zu hoher zeitlicher Aufwand,
- erfordert sehr viel Konzentration und ermüdet dadurch schnell,
- zu viel zu lesen,
- Übungen waren nicht passend.

Vor diesem Hintergrund machten einzelne Interviewte Verbesserungsvorschläge in Bezug auf Nutzerfreundlichkeit des Angebots. Aus ihrer Perspektive wäre es sinnvoll, wenn die Übungen überwiegend in einem Audioformat zur Verfügung stehen würden. Dadurch könnte das Angebot flexibler genutzt werden, auch in Pausen, z. B. auf Spaziergängen. Zuhören wurde in diesem Zusammenhang als angenehmer, weniger anstrengend und ermüdend beschrieben. Das Audioformat würde überdies die Konzentrationsanforderungen senken, so die Einschätzung der Nutzer*innen. Als

weitere Anregung wurden unterschiedliche „Varianten/Pfade“ empfohlen, die vermehrt die individuelle Situation der Zurückkehrenden berücksichtigen. In der bisherigen Variante liegt nach Einschätzung einer Person der Schwerpunkt zu sehr auf die Personen, die schon zurückgekehrt sind. Diese Person selbst hatte aber die Wiedereingliederung abgebrochen und viele Fragen des Online-Angebots gingen darauf überhaupt nicht ein.

9 von 20 Personen haben das Online-Angebot überhaupt nicht genutzt. Für die Nicht-Nutzung des Angebots führten sie folgende Gründe an:

- zu wenig Zeit,
- zu wenig Verbindlichkeit,
- Umgang mit Computern nicht gewohnt,
- technische Überforderung,
- technische Ausstattung,
- andere Angebote genutzt,
- zu viele Krankenhausaufenthalte.

Auffällig ist, dass fünf der acht Personen zum Zeitpunkt t1 schon stabil und nachhaltig zurückgekehrt waren. Möglicherweise ist hier der Bedarf der Unterstützung nicht mehr so hoch wie bei Menschen, die ihren Zustand fragil oder instabil beschrieben haben. Diese beiden Gruppen nutzten das Angebot mehr als die erste Gruppe. Durch eine nutzerfreundlichere Gestaltung des Angebots, die eine flexiblere und technisch weniger aufwändige Nutzung möglich machen würde, könnten hier gegebenenfalls bessere Effekte erzielt werden.

Aus Sicht der Interviewten lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass das Angebot in seiner gegenwärtigen Form zu wenig genutzt wurde und die Effekte bzw. Wirkung kaum beschrieben werden können. Nur zwei Personen machten explizit deutlich, dass ihnen die Übungen im Umgang mit stressigen Situationen hilfreich waren. Bedenkt man, dass alle Interviewten des qualitativen Samples ihren Umgang mit stressigen Situationen als mehr oder weniger problematisch beschrieben haben, könnte hier durch eine nutzerfreundlichere Variante des Online-Angebots durchaus positive und nachhaltige Effekte erzielt werden. Dazu bedarf es allerdings einer vollständigen Überarbeitung des Online-Angebots (siehe auch Kapitel zur Prozessevaluation).

3.5.3.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Erleben und Umgang mit der Intervention

Der Nutzen der Intervention, insbesondere die Einzelsitzungen und in diesem Kontext die RTW-Begleitung wurden als gut bis sehr gut eingeschätzt. Die Einzelsitzungen und die damit verbundene Begleitung bildeten im günstigsten Fall die Grundlage für:

- eine neue Selbstsicherheit bzw. Selbstgewissheit,
- eine individuelle RTW-Strategie,
- Einstellungs- und Verhaltensänderungen sowie
- eine Verbesserung der Arbeitssituation und der privaten Situationen.

(1) Am besten gelang dies den Personen, die zu t1 **stabil und nachhaltig** zurückgekehrt waren. Sie beschreiben und erleben sich als relativ selbstbestimmt, selbstwirksam und vertrauen wieder in ihre beruflichen Fertigkeiten, fühlen sich den beruflichen Anforderungen wieder gewachsen, beschreiben sich stressresistent bzw. wieder belastungsfähig und fühlen sich in ihrem Arbeitsteam gut aufgehoben und wertgeschätzt. Sie sind motiviert, gehen gerne zur Arbeit, haben Spaß an der Arbeit und für sich eine neue Balance zwischen Arbeit und Privatleben gefunden. Die förderliche Situation bei der Arbeit haben sie überwiegend durch einen Stellenwechsel erreicht.

Die Interviewten, die schon in der Klinik **reflektiert und erkenntnisorientiert** mit ihrem Weg in die Krise, den Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen im Vorfeld der Arbeitsunfähigkeit umgegangen sind, die ihre Erkrankung akzeptiert und verstanden haben sowie sich offensiv mit ihren krisenverstärkenden Verhaltens- und Handlungsmustern auseinandergesetzt haben, beschrieben ihre Erkrankung und den Umgang damit vornehmlich als eine **Zäsur**.

Dies führte dazu, dass sie sich im weiteren RTW-Verlauf und insbesondere durch die Einzelsitzungen und die RTW-Begleitung ermutigt fühlten, eine für sie umfassende RTW-Strategie zu entwickeln, die auf eine Verbesserung der oben genannten Spiegelstriche abzielte. Sie erlebten sich dabei zunehmend selbstwirksam, handelten proaktiv und folgten dabei einer internalen Kontrollüberzeugung. Sie veränderten sich selbst und schafften es in der Regel auch ihr Arbeitsumfeld und ihr privates Umfeld positiv zu gestalten. Diese positiven Entwicklungen führten in der Konsequenz dazu, dass sie sich wieder belastungsfähig erlebten und ihnen ihre Arbeit wieder Spaß machte. Besonders wichtig waren auf diesem Weg die positiven Erfahrungen in ihrem Arbeitsumfeld, dies wurde immer wieder von den Interviewten betont.

(2) Personen, die sich hingegen zu t1 weiter in einem **fragilen Zustand** befanden, gelang dieser Prozess der Selbstvergewisserung und der positiven Gestaltung der arbeitsbezogenen Kontextbedingungen nicht so durchgehend wie der ersten Gruppe. Sie beschreiben sich zwar auch als relativ selbstbestimmt und selbstwirksam, erleben sich aber weniger stressresistent und belastungsfähig, fühlen sich öfters erschöpft und berichten vor allem von kritischen Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen bei der Arbeit, die es ihnen schwer machen, für sich und ihre Situation eine stabile Basis zu schaffen. Sie berichten vereinzelt von neuen Krankheitsphasen und davon, dass sie Sorge haben, wieder in „alte Muster“ zu verfallen und erneut in eine psychische Krise zu geraten. Sie erleben und beschreiben sozusagen, einen erneuten Ressourcenverlust, insbesondere ein Nachlassen der therapeutischen Effekte der Intervention durch die kritischen Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen bei der Arbeit.

Auffällig war in diesem Kontext, dass diese Gruppe der Interviewten ihren Umgang mit sich und ihrer Situation nicht als Zäsur erlebten, sondern eher einen **pragmatischen Umgang** mit ihrer Erkrankung und der Rückkehr in den Betrieb beschrieben. Dieser pragmatische Umgang war weniger grundsätzlich und bezog sich vermehrt auf konkrete Probleme und Herausforderungen im Prozess der Wiedereingliederung für die sie vor allem während der (stufenweisen) Wiedereingliederung nach angemessenen Lösungen suchten. Die RTW-Begleitung unterstützte sie dabei, einen zielführenden Umgang mit den Problemen und Herausforderungen zu finden. Im Mittelpunkt standen ganz spezifische Fragen: Wie gehe ich mit meinen Kolleg*innen während der Rückkehr um, wie bereite ich mich optimal auf das BEM-Gespräch vor, wie kann ich mich gut auf die stufenweise Wiedereingliederung vorbereiten, wie kann ich in konkreten Situationen besser mit Stress umgehen, wie schaffe ich es Grenzen zu ziehen und adäquat zu formulieren?

In dieser Gruppe zeigte sich zwar auch, dass sie reflektiert und erkenntnisorientiert mit ihrer Erkrankung und ihrer Situation umgingen, aber überwiegend individuelle Verhaltens- und Handlungsstrategien im Rahmen ihrer RTW-Strategie verfolgten, während sie gleichzeitig ihre Arbeitsbedingungen als wenig veränderbar erlebten und einschätzten. Trotz dieser Einschätzung kehrten sie an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurück und wurden dort mit den Belastungen und Beanspruchungen konfrontiert, die sie zu t0 als mitauslösend für ihre psychische Krise beschrieben haben. Dieses Verhalten und Handeln stand im Gegensatz zu der Gruppe, die sich zu t1 als stabil beschrieben haben. Sie gestalteten ihre arbeitsbezogenen Kontextbedingungen überwiegend durch einen internen oder externen Stellenwechsel und schafften so gute, unterstützende arbeitsbezogene Bedingungen, die sich günstig auf eine nachhaltige Rückkehr auswirkten.

Vor diesem Hintergrund dokumentiert sich bei den Interviewten, die sich zu t1 in einem instabilen Zustand befanden, auf der individuellen Ebene die Überzeugung das eigene Verhalten und Handeln selbstständig steuern zu können (internalen Kontrollüberzeugung). In Bezug auf die Arbeitsbedingungen und deren Veränderbarkeit fand sich in ihren Schilderungen implizit die Einschätzung, diese durch ihr Verhalten und Handeln wenig beeinflussen zu können (externale Kontrollüberzeugung). Einerseits erlebten sie sich bis zu einem gewissen Grad handlungsfähig, andererseits beschreiben sie teilweise sehr detailliert, wie die Arbeitsbedingungen ihre Bemühungen untergraben und fühlen sich ohnmächtig im Umgang mit der bestimmenden Situation bei der Arbeit. Es gelang ihnen weder sich gesundheitsförderlich abzugrenzen noch fanden sie Unterstützung bei der Veränderung der kritischen Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen bei der Arbeit.

Eine passive Hinnahme der belastenden arbeitsbezogenen Kontextbedingungen – zu viele Aufgaben, zu wenig Zeit, ein schlechtes Arbeitsklima, Konflikte mit Vorgesetzten, geringe Wertschätzung (siehe dazu auch Kapitel 4 förderliche und hinderliche Bedingungen der Rückkehr) – führten in der Konsequenz dazu, dass die positiven Effekte der Intervention aufgezehrt wurden und eine nachhaltige Rückkehr durch erneute Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht gelang.

(3) Personen, die zu t1 in einem instabilen Zustand waren, gelang es durch die Intervention nicht, eine neue Selbstsicherheit bzw. Selbstgewissheit zu erlangen, eine tragfähige RTW-Strategie zu entwickeln, ihr Verhalten und Handeln positiv zu gestalten sowie eine Verbesserung der Arbeitssituation und/oder der privaten Situation zu erreichen.

Sie erleben und beschreiben sich selbst als überwiegend fremdbestimmt und wenig selbstwirksam. Sie kämpfen weiterhin mit einer hohen Symptomlast, können sich nur schlecht konzentrieren und erschöpfen sehr schnell. Dementsprechend fühlen sie sich den beruflichen Anforderungen nicht gewachsen, beschreiben sich als wenig stressresistent und kaum belastungsfähig. Sie fühlen sich oftmals nicht verstanden und wenig wertgeschätzt. Bei der Einschätzung der Situation dominieren Ängste und Gefühle der Überforderung, die aus ihrer Sicht die Rückkehr nicht möglich erscheinen lassen. Gleichzeitig beschreiben sie überwiegend Konflikte am Arbeitsplatz, die zu t0 zu ihrer Krise beigetragen und für die sie mit Blick auf die Rückkehr keine Lösungen haben. Sie sind davon überzeugt, dass sie die Bedingungen ihrer Rückkehr und eine erfolgreiche Wiedereingliederung nicht selbst steuern und bewältigen können (externale Kontrollüberzeugung). Sie fühlen sich ohnmächtig und der Situation ausgeliefert. Die Beschreibung und Einschätzung ihrer Situation ist implizit geprägt, durch die komplexen Problemlagen mit denen sie zu kämpfen haben und die ihren Alltag dominieren. Die komplexen Problemlagen sind gleichermaßen der Grund dafür, dass die Intervention und insbesondere die Einzelsitzungen keine grundsätzlich stabilisierende Wirkung zeigt. Die Unterstützung für diese Gruppe kommt eigentlich zu früh, da die Schwere der Erkrankung, das Maß an Chronifizierung und die hinderlichen arbeitsbezogenen, personenbezogenen und sozialen Kontextbedingungen zu vielschichtig sind, um sie in der Kürze der Zeit im Rahmen der Intervention bearbeiten und bewältigen zu können. Vor diesem Hintergrund ist es dann auch nicht verwunderlich, dass diese Gruppe vor allem Exit-Strategien verfolgt – insbesondere dadurch, dass sie einen Antrag auf EM-Rente stellen.

3.5.3.5 Umgang mit stressigen Situationen bei der Arbeit: Vor der Krise und während der Rückkehr

Im Weiteren konnten wir durch die Analysen herausarbeiten, dass der Umgang mit Stress sowohl mit Blick auf den Weg in die Krise als auch mit Blick auf die Rückkehr in den Betrieb im Verlauf der RTW-Begleitung wesentlich dazu beiträgt, ob die Rückkehr zur Arbeit nachhaltig sein kann.

Interviewte, die sich im Verlauf der Krise, also schon vor dem Klinikaufenthalt, als selbstwirksam und selbstbestimmt, stressresistent und belastungsfähig erlebt und beschrieben haben und aktiv mit

Herausforderungen umgegangen sind, verhalten sich auch in der Klinik entsprechend diesen Schilderungen, sie gehen reflexiv und achtsam kritisch mit ihrer Situation um, reflektieren ihre Verhaltens- und Handlungsmuster, die ihre Krise mitausgelöst haben, sehen diese in Verbindung mit ihren Belastungen und Beanspruchungen bei der Arbeit und nutzen entsprechend die Intervention und RTW-Begleitung, um diese Bedingungen aktiv zu verändern.

Interviewte, die sich vor dem Klinikaufenthalt als wenig selbstwirksam und selbstbestimmt, stressresistent und belastungsfähig erlebt und beschrieben haben und eher passiv, d. h. tendenziell ängstlich auf Herausforderungen und Probleme reagiert haben und sich im Falle hoher Anforderungen sozial zurückgezogen haben, um nicht aufzufallen, fällt es schwer in der Klinik aktiv mit ihrer Situation umzugehen. Erleben sie sich bis zu einem gewissen Grad selbstbestimmt, gibt es durch die Intervention und die RTW-Begleitung gute Ansatzpunkte deren Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung zu stärken, sie stressresistenter und belastungsfähiger zu machen und sie so auf dem Weg zurück zur Arbeit zu unterstützen, indem sie sich zutrauen, auch die arbeitsbezogenen Kontextbedingungen positiv zu beeinflussen. Wenn sie sich allerdings völlig fremdbestimmt erleben, ist es schwer sie durch die Intervention und RTW-Begleitung zu unterstützen.

Teil II Kontrollgruppe (KG)

3.5.4 Beschreibung der KG: Rückkehrer*innen und Nicht-Rückkehrer*innen

Die qualitative Teilstichprobe der KG umfasste 10 TN. Zu t0 wurden 10 Interviews realisiert, während zu t1 (18 Monate später) 9 Interviews geführt werden konnten. Ein Interview konnte zu t1 nicht realisiert werden. Insgesamt konnten 19 von 20 möglichen Interviews in der KG geführt werden. In die Auswertung wurden daher 9 TN mit je einem Vorher- und Nachher-Interview eingeschlossen.

Davon waren 5 Personen weiblich und 4 Personen männlich. 4 Personen hatten eine selbsteingeschätzte positive RTW-Prognose und 5 eine negative RTW-Prognose.

Von den 9 TN waren 7 Personen zu t1 zurückgekehrt und 2 Personen nicht. Von den 7 Rückkehrer*innen hatten 4 eine positive und 3 eine negative RTW-Prognose. Die zwei Personen, die zu t1 nicht zurückgekehrt sind, hatten beide eine negative RTW-Prognose.

Von den 7 TN, die zu t1 zurückgekehrt sind, waren 5 Personen stabil und 2 Personen fragil stabil zurückgekehrt. Von den zwei TN, die zu t1 nicht zurückgekehrt sind, war 1 Person in einem fragil stabilen und die andere in einem instabilen Zustand (siehe Übersicht Tabelle 9).

Diese Differenzierung nach stabil, fragil stabil und instabil korrespondierte bei 7 von 9 Personen mit der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die jeweils am Ende des Interviews abgefragt wurde. Von den 7 Personen, die zu t1 zurückgekehrt sind, haben alle eine selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit von 7 bis 10 angegeben – in zwei Fällen korrespondierte diese Einschätzung allerdings nicht mit den Schilderungen in den Interviews zu t1. Anhand der Interview-Schilderungen ist tendenziell von einem fragil stabilen Zustand auszugehen.

3.5.4.1 Die Gruppe der Rückkehrer*innen

Die fünf Personen der KG, die zu t1 stabil zurückgekehrt sind, erlebten sich selbstwirksamer als zuvor, hatten mehr Selbstvertrauen und Spaß an der Arbeit und waren zufrieden mit ihrer Arbeit. Maßgeblich dazu beigetragen hat ein interner oder externer Stellenwechsel, die medizinisch-therapeutische Unterstützung, die sie erfahren haben und die damit einhergehenden Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Sie haben ihr Verhalten und Handeln in stressigen Situationen reflektiert, sich im Einzelfall u. a. mit ihren Ängsten, ihrer hohen Verausgabungsbereitschaft und bspw. ihrer Null-

Fehler-Toleranz therapeutisch auseinandergesetzt und ihr Verhalten verändert bzw. waren noch dabei.

Gleichzeitig beschrieben sie ihr Arbeitsumfeld überwiegend als unterstützend, wertschätzend und erlebten es im Einzelfall sogar als Ressource. Vor diesem Hintergrund kamen sie mit den alltäglichen Anforderungen gut klar und im Einzelfall zu dem Schluss, dass ihre Tätigkeit ihren Fähigkeiten und Interessen entsprach.

Die zwei Personen der KG, die zu t1 fragil stabil zurückgekehrt sind, schilderten, dass sich ihre Situation im Vergleich zu t0 nicht substantiell verbessert hat, bei einer Person hat sich die Situation eher noch verschlechtert. Beide maßen ihrer Arbeit einen relativ hohen Stellenwert bei. Sie berichteten entweder von Problemen bei der Arbeit oder im privaten Bereich, die ihre gesundheitliche Situation fragil stabil erscheinen ließ. Beide fühlten sich durch ihre Kolleg*innen unterstützt. Eine von beiden Personen fühlte sich durch ein sehr angespanntes Verhältnis zur direkten Vorgesetzten extrem belastet und brachte diese Situation in Verbindung mit ihrer beruflichen Unzufriedenheit. Darüber hinaus äußerte sie eine generelle Unzufriedenheit mit ihrem Leben. Die andere Person beschrieb und erlebte die Personalknappheit und die geringe Unterstützung bei ihrer Arbeit als besonders belastend. Sie arbeitete zu viel, hatte zu viele Aufgaben übernommen und arbeitete am Limit. Gleichzeitig fühlte sie sich in ihrem privaten Umfeld nicht wertgeschätzt und unterstützt. Beide beschrieben ihr Arbeitsumfeld als belastend, fanden aber individuell auch keinen angemessenen Umgang mit der Situation. Therapeutisch gingen sie mit dieser Situation überhaupt nicht um, bei einer Person ist therapeutisch nur die Ehe ein Thema, die andere Person hat weder die Regelversorgung noch eine ambulante Therapie wahrgenommen.

3.5.4.2 Die Gruppe der Nicht-Rückkehrer*innen

Da von den neun Personen der KG nur zwei Personen nicht zurückgekehrt sind, kann man hier im eigentlichen Sinne nicht von einer Gruppe sprechen – vor allem auch deshalb, weil sich die beiden Personen in ihren Kontextbedingungen deutlich unterscheiden.

Eine der beiden Personen zeichnete sich durch ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit aus, reflektierte ihre Situation kritisch, bewältigte diese therapeutisch und war sozial gut eingebettet. In diesem Sinne war sie davon überzeugt, dass sie ihre Situation durch ihr eigenes Verhalten und Handeln steuern konnte (internale Kontrollüberzeugung) – dass sie zu t1 noch nicht zurückgekehrt war, lag vor allem daran, dass sie betriebsbedingt gekündigt wurde und sie sich in einer Übergangsphase in eine neue Beschäftigung befand. Erschwerend hinzu kamen „toxische Verhaltensweisen“, die sie als mitauslösend für ihre Krise beschrieben hat. Sie sprach in diesem Zusammenhang von einem „hohen Funktionsmodus“, in dem man wie eine Maschine funktioniert und jegliches Gefühl für Belastungsgrenzen verliert und sich permanent überfordert. Dieser Mechanismus hat dazu beigetragen, dass sie während der Arbeit vor Erschöpfung zusammengebrochen ist und erst dann akzeptieren konnte, dass es nicht mehr geht. Menschen, die sich in diesem Maß überfordern, brauchen in der Regel länger, bis sie wieder anfangen zu arbeiten. Personen mit ähnlichen Verhaltensmustern, das zeigen die Fallvergleiche, finden sich normalerweise in der Gruppe der stabil und nachhaltig zurückgekehrten Beschäftigten, auch wenn sie vereinzelt länger benötigen, um zurückzukehren.

Für die zweite Person traf genau die gegenteilige Beschreibung zu. Sie lässt sich der Gruppe der Personen zuordnen, die komplexe Problemlagen aufweisen. Sie war wenig selbstwirksam, konnte ihre Situation therapeutisch nicht bewältigen, fühlte sich ihrer Situation ausgeliefert, stand ihr ohnmächtig gegenüber, hatte kein Vertrauen in ihr soziales Umfeld, besaß wenig Problemlösungskompetenzen

und verstrickte sich zunehmend in Konflikte mit ihrem sozialen Umfeld, die sich zusehends verhärteten, eine immense Belastung und in der Konsequenz eine dauerhafte Überforderung darstellten, die Ausdruck einer langanhaltenden akuten Krise war. Wie die überwiegende Mehrheit der Nicht-Rückkehr*innen hat diese Person ebenfalls einen Antrag auf EM-Rente gestellt, der sich zu t1 im Widerspruchsverfahren befand.

Tabelle 9: Überblick über Rückkehr (n=7) / Nicht-Rückkehr (n=2): KG zu t1

ID	Rückkehr zu t1	Abgleich quantitativ	AF zu t1	Prognose	Geschlecht
1	stabil	keine Angabe	8	positiv	männlich
2	stabil	nachhaltig	8 - 9	positiv	männlich
3	stabil	keine Angabe	9-10	negativ	weiblich
4	stabil	nicht nachhaltig	8	negativ	weiblich
5	stabil	keine Angabe	8	negativ	männlich
6	fragil	nachhaltig	8	positiv	weiblich
7	fragil	keine Angabe	7	positiv	weiblich
	Nicht-Rückkehr				
8	fragil	nicht nachhaltig	6	negativ	weiblich
9	instabil	nicht nachhaltig	0	negativ	männlich
	Abbruch				
10					männlich

3.5.4.3 Fazit

Vergleicht man die KG mit der IG zeigt sich ein ähnliches Muster bezogen auf die Faktoren der Personen, die zu t1 stabil und nachhaltig sowie fragil stabil zurückgekehrt sind – insbesondere die Arbeitsbedingungen und -beziehungen scheinen einen wesentlichen Einfluss auf die Nachhaltigkeit der Rückkehr zu haben. In der KG wird aber auch deutlich, wie wichtig in diesem Zusammenhang die therapeutische Unterstützung ist, die maßgeblich die personenbezogenen Faktoren beeinflusst, die für eine nachhaltige Rückkehr wesentliche Voraussetzungen schaffen:

- ein angemessener Umgang mit Stress bei der Arbeit, eine dadurch verbesserte Stressresistenz,
- die Fähigkeit mit den vorhandenen Ressourcen verantwortungsvoll umzugehen,
- Belastungsgrenzen frühzeitig bzw. rechtzeitig wahrzunehmen,
- die Fähigkeit, in Momenten drohender Überforderung auch „Nein-Sagen“ zu können,
- die Fähigkeit zwischen beruflich angemessenem Verantwortungsbewusstsein und einem falschem Pflichtverständnis unterscheiden zu können und
- Ängste in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit zu thematisieren und zu bewältigen.

Diese sind sowohl in der KG als auch in der IG relevante personenbezogene Aspekte und Faktoren einer erfolgreichen und nachhaltigen Wiedereingliederung.

Auch in der KG werden die Arbeitsbedingungen und -beziehungen vor allem durch einen internen bzw. externen Stellenwechsel verbessert – 4 von 5 Personen, die zu t1 stabil und nachhaltig zurückgekehrt sind, beschreiben diese positive Veränderung durch einen Arbeitsplatzwechsel. Bei den zwei Personen, die fragil stabil zurückgekehrt sind, ist kein Arbeitsplatzwechsel erfolgt.

Die Einschätzung einer stabilen und nachhaltigen Rückkehr nach 18 Monaten im Rahmen der qualitativen Analysen, kann durch den Abgleich mit den quantitativen Daten zum Primärou Outcome im

Vergleich zur IG nicht bestätigt werden, da 3 von 5 Personen dazu keine Angabe gemacht haben und 1 Person nach quantitativer Einschätzung nicht nachhaltig zurückgekehrt ist. Da bei dieser Person der interne Arbeitsplatzwechsel aber erst zum Ende des 18-monatigen Beobachtungszeitraums stattgefunden hat, wodurch sich ihre Arbeitssituation um 100 Prozent verbessert hat und im Zuge dieser Entwicklung sich ihre Arbeitsfähigkeit von 3 zu t0 auf 8 zu t1 erhöht hat, dürfte sich ihre Rückkehr über einen längeren Zeitraum als 24 Monate noch nachhaltig entwickeln. Bei den 3 Personen, die keine Angaben zum Primärou Outcome gemacht haben, sind allerdings die Schilderungen ihrer Kontextbedingungen denen der IG gleichzusetzen und von daher ist auch bei diesen von einer nachhaltigen Rückkehr auszugehen. Von den Personen, die zu t1 fragil stabil waren, ist in dem 24-monatigen Beobachtungszeitraum eine Person nachhaltig zurückgekehrt. Insgesamt kann daher durch die qualitativen Analysen davon ausgegangen werden, dass 6 Personen nachhaltig zurückgekehrt sind, auch wenn dies durch das quantitative Primärou Outcome insbesondere aufgrund fehlender Angaben nicht bestätigt werden konnte.

3 Personen sind aus qualitativer Perspektive nicht nachhaltig zurückgekehrt, mit einer Person konnte das zweite Interview nicht durchgeführt werden und somit war für diese keine Prognose möglich. Bei der Gruppe der Nicht-Rückkehrer*innen lässt sich im Gegensatz zur IG kein eindeutiges Muster erkennen. Eine von den drei Personen gehört der Gruppe mit komplexen Problemlagen an. Eine weitere Person ist aus qualitativer Sicht vor allem wegen ungünstiger Arbeitsbedingungen und beruflicher Unzufriedenheit nicht nachhaltig zurückgekehrt. Als ein weiterer relevanter Aspekt kann bei dieser Person die fehlende bzw. ausbleibende therapeutische Unterstützung nach dem Klinikaufenthalt genannt werden, die die Nicht-Rückkehr mitbeeinflusst hat. Die dritte Person dürfte aus qualitativer Sicht vor allem deswegen nicht nachhaltig zurückgekehrt sein, weil sie betriebsbedingt gekündigt wurde und sich zu t1 in einer beruflichen Neuorientierungsphase befand.

3.5.5 Förderliche und hemmende Faktoren der Rückkehr in der KG

Die förderlichen und hinderlichen Faktoren, die von den Interviewten der KG genannt werden, lassen sich wie in der IG in arbeitsbezogene, personenbezogene, soziale, medizinisch-therapeutische und sonstige Faktoren differenzieren.

Arbeitsbezogene Faktoren

Im Fokus stehen hier die Arbeitsbeziehungen zu Kolleg*innen und Vorgesetzten, die Arbeitsanforderungen und damit verbundene Stellenwechsel.

Förderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt werden, sind

- Unterstützung & Wertschätzung durch Kolleg*innen, Vorgesetzte, Interessenvertretungen,
- interner bzw. externer Stellenwechsel,
- weniger Stress bei der Arbeit,
- stufenweise Wiedereingliederung sowie
- nicht auf die Erkrankung reduziert worden zu sein.

Hinderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang beschrieben werden, sind

- Konflikte mit Vorgesetzten,
- zu wenig bis keine Unterstützung durch Vorgesetzte,
- suboptimaler Rückkehr- bzw. BEM-Prozess,
- Personalmangel sowie
- zu viele Aufgaben.

Personenbezogene Faktoren

Hier stehen vor allem die Bedeutung der Arbeit, der persönliche Umgang mit hohen Arbeitsanforderungen und der Umgang mit kritischen Belastungen und Beanspruchungen im Mittelpunkt.

Förderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt werden, sind

- veränderter Umgang mit stressigen Situationen,
- Neujustierung des Stellenwerts der Arbeit,
- neue Balance zwischen Arbeit & Privatleben,
- Achtsamkeit gegenüber übermäßiger Verausgabungsbereitschaft,
- Achtsamkeit gegenüber den eigenen Belastungsgrenzen,
- veränderter Umgang mit Ängsten,
- Stolz auf eigene Leistung (Werkstolz) sowie
- Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstakzeptanz.

Hinderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang beschrieben werden, sind

- belastender Umgang mit stressigen Situationen,
- übermäßige Verausgabungsbereitschaft,
- Unzufriedenheit mit der Arbeit, mit dem Leben,
- Geringe Krankheitseinsicht,
- mitunter zu hohe Selbstwirksamkeitserwartungen,
- geringe Kompetenz im Umgang mit Konflikten sowie
- zu offener Umgang mit der Erkrankung.

Soziale Faktoren

Im Fokus stehen hier die Beziehungen zu ihrem privaten, sozialen Umfeld und die erfahrene medizinisch-therapeutische Unterstützung.

Förderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt werden, sind

- Unterstützung durch Familie,
- Unterstützung durch Partner*innen,
- Unterstützung durch Freund*innen sowie
- Lösung aus belastenden Beziehungen.

Hinderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang beschrieben werden, sind

- fehlende Unterstützung durch Partner*innen,
- schwierige familiäre Situation sowie
- Konflikte mit Angehörigen.

Medizinisch-therapeutische Faktoren

Im Mittelpunkt stehen hier wichtige Vertrauenspersonen und die Nutzung therapeutischer Angebote.

Förderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang genannt werden, sind

- Unterstützung durch Ärzte, Therapeut*innen und Vertrauensverhältnis zu ihnen,
- PIA-Nachsorge alle 4 Wochen,
- Medikation sowie

- Klinikaufenthalte.

Hinderliche Faktoren, die in diesem Zusammenhang beschrieben werden, sind

- Chronische Erkrankung,
- keine Therapie bzw. keine therapeutische Bindung.

Darüber hinaus wurden noch zwei sonstige Faktoren genannt, ein Faktor wurde als förderlich und der andere als hinderlich beschrieben:

- Transfermaßnahmen nach betriebsbedingter Kündigung,
- zu wenig Struktur nach dem Klinikaufenthalt.

Wie bei der IG lassen sich die förderlichen und hinderlichen Faktoren der KG anhand der stabilen, fragil stabilen Rückkehr bzw. Nicht-Rückkehr weiter aufschlüsseln.

3.5.5.1 Gruppe I: stabile und nachhaltige Rückkehr

Von 5 Personen, die zu t1 stabil und nachhaltig zurückgekehrt sind, wurden 51 förderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

19	arbeitsbezogene Faktoren
12	personenbezogene Faktoren
6	soziale Faktoren
14	therapeutische Faktoren
0	sonstige Faktoren

Von 5 Personen, die zu t1 stabil und nachhaltig zurückgekehrt sind, wurden 5 hinderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

3	arbeitsbezogene Faktoren
1	personenbezogene Faktoren
0	soziale Faktoren
1	therapeutische Faktoren
0	sonstige Faktoren

In der Gruppe der stabil und nachhaltig zurückgekehrten Personen dominieren deutlich die förderlichen gegenüber den hinderlichen Faktoren – 51 förderliche im Vergleich zu 5 hinderlichen Faktoren. Es dominieren die arbeitsbezogenen Faktoren, gefolgt von den medizinisch-therapeutischen und personenbezogenen Faktoren, wobei die beiden letztgenannten oft in direkter Wechselwirkung miteinander stehen. So wird bspw. der persönliche Umgang mit stressigen Situationen, die eigene Verausgabungsbereitschaft sowie die Wahrnehmung der eigenen Belastungsgrenze in der Therapie thematisiert, bearbeitet und führt im günstigsten Fall zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Auffällig ist auch die sehr geringe Anzahl von hinderlichen Faktoren, die in der Gruppe der stabilen Rückkehrer*innen genannt und beschrieben werden. Insgesamt zeigen sich in dieser Gruppe besonders gute Kontextbedingungen der Rückkehr. Besonders auffällig ist die hohe Anzahl an medizinisch-therapeutischen Faktoren, die hier beschrieben werden, die neben den arbeitsbezogenen Kontextbedingungen scheinbar wesentlich zu einer nachhaltigen Rückkehr beitragen.

3.5.5.2 Gruppe II: fragil stabile Rückkehr

Von 2 Personen, die fragil stabil zurückgekehrt sind, wurden 7 förderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

3	arbeitsbezogene Faktoren
1	personenbezogene Faktoren
1	soziale Faktoren
2	therapeutische Faktoren
0	sonstige Faktoren

Von 2 Personen, die fragil stabil zurückgekehrt sind, wurden 13 hinderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

4	arbeitsbezogene Faktoren
5	personenbezogene Faktoren
3	soziale Faktoren
1	therapeutische Faktoren
0	sonstige Faktoren

In der Gruppe der fragil zurückgekehrten Personen wurden doppelt so viele hinderliche Faktoren genannt und beschrieben als förderliche Faktoren. Es dominieren hier vor allem arbeits- und personenbezogene Faktoren aber auch soziale Faktoren, die die Rückkehr belasten und erschweren. Dabei sind arbeits- und personenbezogene Faktoren fast gleichauf. Bei den arbeitsbezogenen Faktoren sind es vor allem Konflikte mit Vorgesetzten und eine zu geringe Unterstützung durch sie. Bei den personenbezogenen Faktoren ist es vor allem der persönliche Umgang mit stressigen Situationen, die die Interviewten belasten und beanspruchen. Bei den sozialen Kontextbedingungen wiederum sind es vor allem Konflikte im privaten Umfeld und eine zu geringe Unterstützung durch das familiäre Umfeld. Außerdem erscheint eine arbeits- und personenbezogene therapeutische Unterstützung als wenig bis gar nicht vorhanden.

3.5.5.3 Gruppe III: keine Rückkehr

Von 2 Personen, die nicht zurückgekehrt sind, wurden 8 förderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

0	arbeitsbezogene Faktoren
2	personenbezogene Faktoren
3	soziale Faktoren
2	therapeutische Faktoren
1	sonstige Faktoren

Von 2 Personen, die nicht zurückgekehrt sind, wurden 15 hinderliche Faktoren genannt und beschrieben, davon sind

5	arbeitsbezogene Faktoren
5	personenbezogene Faktoren
3	soziale Faktoren
1	therapeutische Faktoren
1	sonstige Faktoren

In der Gruppe der Personen, die nicht zurückgekehrt sind, wurden wie bei den Personen, die fragil stabil zurückgekehrt sind, knapp doppelt so viele hinderliche Faktoren als förderliche genannt und beschrieben. Die hohe Zahl der hinderlichen Faktoren kommt vor allem durch eine der beiden Personen zustande, die zu der Gruppe mit komplexen Problemlagen gehört. Hier dominieren vor allem arbeits- und personenbezogene hinderliche Faktoren aber auch soziale Kontextbedingungen, die die Rückkehr verhindert haben. Die hohe Anzahl an personenbezogenen hinderlichen Faktoren deutet darauf hin, dass die Person mit einer komplexen Problemlage therapeutisch nicht wirklich erreicht wurde. Bei den sozialen Faktoren dominieren vor allem Konflikte sowohl im privaten Umfeld als auch bei der Arbeit.

3.5.6 Erleben der Regelversorgung in der PIA und/oder einer ambulanten Therapie und der Kontextbedingungen

Von den 9 Personen der KG berichteten 8 Personen von einer medizinisch-therapeutischen Unterstützung im Anschluss an den Klinikaufenthalt zu t0 (siehe Tabelle 10). 7 Personen erlebten die medizinisch-therapeutische Unterstützung als sehr hilfreich und unterstützend im Prozess der Rückkehr und beschrieben eine gute Vertrauensbeziehung als Basis dieser Unterstützung, die teilweise als besonders „über das Normale“ hinaus beschrieben wird. Nur eine der 8 Personen erlebte und beschrieb die medizinisch-therapeutische Unterstützung als nicht hilfreich und schätzte die Kompetenzen der ambulanten Psychotherapeutin als nicht ausreichend ein, um ihre Probleme zu lösen. Eine Person hat überhaupt keine medizinisch-therapeutische Unterstützung nach dem Klinikaufenthalt wahrgenommen.

4 Personen berichteten, dass sie im Anschluss an die Klinik eine ambulante Therapie angefangen haben. 2 Personen haben allein die Regelversorgung in der PIA wahrgenommen und 2 Personen schildern, dass sie sowohl Regelversorgung wahrgenommen haben als auch mit einer Therapie begonnen haben.

Tabelle 10: Übersicht Erleben Regelversorgung in der KG

Rückkehrer*innen	Therapie/PIA	Schwerpunkte
P1 stabil	Ja/Nein	- Stellenwert der Arbeit - Umgang mit Stress
P2 stabil	Nein/Ja	- Umgang mit Fehlern und Stress - Vorbereitung STWE
P3 stabil	Ja/Nein	- Umgang mit Aggressionen & Wut, Stress im Arbeitskontext - Stellenwert der Arbeit
P4 stabil	Nein/Ja	- Stärkung der Selbstwirksamkeit - Umgang mit Stress bei der Arbeit - Vorbereitung STWE
P5 stabil	Ja/Ja	- Verausgabungsbereitschaft - Schichtarbeit
P6 fragil	Ja/Ja	- Unterlegenheitsgefühle Partner - eigene Haltung entwickeln
P7 fragil	Nein/Nein	

Nicht-Rückkehrer*innen		
P8 fragil	Ja/Nein	- Umgang mit Stress - Belastungsgrenzen wahrnehmen
P9 instabil	Ja/Nein	- familiäre Situation

Bei den Personen, die zu t1 stabil und nachhaltig zurückgekehrt sind, standen in der medizinisch-therapeutischen Begleitung vor allem personenbezogene Faktoren im Vordergrund, die sich überwiegend auf die Arbeit bezogen – insbesondere auf

- den Umgang mit Stress,
- das Maß der Verausgabungsbereitschaft,
- die Wahrnehmung von Belastungsgrenzen sowie
- den bisherigen Stellenwert der Arbeit im Leben der Interviewten.

Gleichzeitig schilderten sie mehrheitlich gute arbeitsbezogene und private Kontextbedingungen, die diesen Prozess unterstützten und stabilisierten:

- verständnisvolle und empathische Vertrauenspersonen, die durch ihr Vorgehen Veränderungen im Verhalten und Handeln anstoßen (Ärzt*innen und Therapeut*innen),
- ein wertschätzendes und unterstützendes Arbeitsumfeld,
- ein familiäres Umfeld, dass die Interviewten aktiv und motivierend begleitet.

Bei den Personen, deren Zustand zu t1 fragil stabil war, fand diese Auseinandersetzung, also der individuelle Umgang mit Stress bei der Arbeit, eine kritische Reflexion der eigenen Verausgabungsbereitschaft und ein proaktiver Umgang mit den eigenen Belastungsgrenzen im medizinisch-therapeutischen Bereich überhaupt nicht statt und dies obwohl die Interviewten von teilweise kritischen Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen bei der Arbeit berichteten. Auffällig ist auch im Vergleich zur Gruppe derjenigen, die stabil zurückgekehrt sind, dass bei beiden kein interner oder externer Arbeitsplatzwechsel stattfand. Sie schilderten Arbeitsbedingungen, die sie schon vor ihrer Arbeitsunfähigkeit als belastend und krisenauslösend beschrieben haben. Während ihrer Rückkehr sahen sie sich erneut mit diesen Bedingungen konfrontiert und verfielen wieder in alte Verhaltens- und Handlungsmuster, die das Risiko einer erneuten Krise erhöhten.

Bei den Personen, die nicht zurückgekehrt waren, fiel auf, dass eine der beiden Personen, die zu t1 in einem sehr instabilen Zustand war, zu der Gruppe der Interviewten mit komplexen Problemlagen gehörte. Sie wurde therapeutisch nicht erreicht und durch die anhaltend schwere psychische Krise war eine Rückkehr zur Arbeit überhaupt nicht möglich. Deshalb verfolgte sie eine Exit-Strategie und stellte einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente. Alle Kontextbedingungen sprachen auch langfristig gegen eine Rückkehr zur Arbeit. Die andere Person hingegen hatte aus qualitativer Sicht eine gute Prognose mittelfristig nachhaltig zur Arbeit zurückzukehren. Eine nachhaltige Rückkehr war hier vor allem aufgrund der betriebsbedingten Kündigung und den Übergang in eine Transfergesellschaft nicht möglich.

3.5.7 Qualitativer Vergleich der RTW-Verläufe in IG und KG

In der IG wurde im Vergleich zur KG kein ausgeglichenes Verhältnis von Frauen und Männern erreicht. In der IG waren fast doppelt so viele Frauen wie Männer. Dies lag vor allem an der Rekrutierung der Teilnehmenden, die sehr zeitintensiv war.

Schaut man sich die Verteilung der Teilnehmenden an, die zu t1 stabil, fragil stabil bzw. instabil zurückgekehrt waren, zeigte ein ähnliches Verhältnis in den beiden Gruppen. Das Gleiche galt für die Verteilung der förderlichen und hinderlichen Bedingungen der Rückkehr – auffällig war, dass die TN der KG, die zu t1 stabil zurückgekehrt waren im Verhältnis mehr förderliche Faktoren (51) und weniger hinderliche Faktoren (5) nannten als die IG (75/22) (siehe Tabelle 11). Die Teilnehmenden der KG haben daher vermutlich stärker von den förderlichen Faktoren im RTW-Verlauf profitieren können.

Mit Blick auf die medizinisch-therapeutische Nachsorge und RTW-Begleitung wird deutlich, dass die Teilnehmenden der IG insbesondere von der RTW-Begleitung in den Einzelsitzungen und die der KG von der PIA-Nachsorge, aber vor allem von einer ambulanten Psychotherapie profitierten. Wurde in der IG die vertrauensvolle, empathische und motivierende Rolle der RTW-Begleiter*innen beschrieben, benannten die Teilnehmenden der KG ebenfalls fast immer eine Vertrauensperson (vor allem Ärzt*innen), die sie in besonderem Maße bei der Rückkehr unterstützt hat.

Berücksichtigt man die Inhalte der RTW-Begleitung, die die Teilnehmenden der IG und KG geschildert haben, kamen ähnliche Themen zur Sprache. Dazu zählten insbesondere:

- Umgang mit stressigen Situationen bei der Arbeit,
- Umgang mit Ängsten im Vorfeld der Rückkehr,
- Auseinandersetzung mit einer übermäßigen Verausgabungsbereitschaft,
- Achtsamkeit gegenüber Belastungsgrenzen und Überforderungstendenzen,
- Balance zwischen Arbeit und Privatleben,
- Vorbereitung von BEM-Gesprächen sowie
- arbeitsbezogene Maßnahmen, die die Rückkehr unterstützen.

Der zentrale Unterschied zwischen IG und KG bestand aus Sicht der qualitativen Evaluation, dass die RTW-Begleitung im Rahmen von RTW-PIA gesichert war. Die Teilnehmenden der KG mussten sich diese Unterstützung hingegen selbst organisieren und auf eine nahtlose „informelle“ RTW-Begleitung hoffen, da dies bei den langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz nicht selbstverständlich war. Darüber hinaus war es ebenfalls nicht selbstverständlich, in der Übergangszeit eine fachlich kompetente Vertrauensperson zu finden, die die Wiedereingliederung im Sinne einer nachhaltigen Rückkehr unterstützte, wie dies bei den Teilnehmenden der KG der Fall war, die stabil und nachhaltig zurückgekehrt sind.

Darüber hinaus hatte die RTW-PIA-Intervention und insbesondere die RTW-Begleitung im Rahmen der Einzelsitzungen den Vorteil, dass die Rahmenbedingungen der RTW-Begleitung festgelegt waren und so das professionelle Handeln der RTW-Begleiter*innen stärkte und durch die positiven Rückmeldungen und Schilderungen aus den Interviews dokumentiert werden konnte. Gleicht man diese Einschätzungen noch mit den quantitativen Ergebnissen, u. a. zur Entwicklung der Arbeitsfähigkeit und der Selbstwirksamkeit ab, unterstützen diese die qualitative Einschätzung.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse vor allem der qualitativen Evaluation, aber in gewissem Maße auch die Ergebnisse der quantitativen Evaluation dafür, dass die RTW-Begleitung im Rahmen der Einzelsitzungen den größten Nutzen generieren und mit einer Schwerpunktsetzung auf diesen Teil der Intervention eine nachhaltige Rückkehr wahrscheinlicher wird.

Tabelle 11: Übersicht Qualitativer Vergleich IG und KG

	IG (N = 20)	KG (N = 9)
Vorher-, Nachher-Interviews	40	18
Geschlecht	13 weiblich, 7 männlich	5 weiblich, 4 männlich
Rückkehr		
Rückkehr stabil zu t1	10 Personen	5 Personen
Rückkehr fragil stabil zu t1	4 Personen	2 Personen
Rückkehr instabil zu t1	1 Person	Keine Person
Nicht-Rückkehr		
Nicht-Rückkehr fragil zu t1	2 Personen	1 Person
Nicht-Rückkehr instabil zu t1	3 Personen	1 Person
Förderliche und hinderliche Bedingungen		
Stabile Rückkehr	75 förderliche Faktoren 22 hinderliche Faktoren	51 förderliche Faktoren 5 hinderliche Faktoren
Fragil stabile Rückkehr	19 förderliche Faktoren 27 hinderliche Faktoren	7 förderliche Faktoren 13 hinderliche Faktoren
Keine Rückkehr	12 förderliche Faktoren 31 hinderliche Faktoren	8 förderliche Faktoren 15 hinderliche Faktoren

3.6 IV. Prozessevaluationsergebnisse

3.6.1 Manualtreue in den Gruppensitzungen (Modul 3)

Die Manualtreue in den Gruppensitzungen wurde anhand der planmäßigen Umsetzung des Interventionsmanuals erfasst. Mittels eines Evaluationsbogens wurden Abweichungen vom Interventionsmanual zum Ende einer jeden Sitzung von den durchführenden RTW-Begleiter*innen schriftlich erfasst. Zu den Sitzungen A-D gab es 5 bis 6 vorgesehene Inhaltsthemen, die entweder mit 0 = „nicht durchgeführt“, 1 = „zu kurz durchgeführt“, 2 = „größtenteils durchgeführt“ oder 3 = „vollständig durchgeführt“ bewertet werden konnten. Zur Bestimmung der Manualtreue wurden ebendiese Ergebnisse summiert und in drei Kategorien unterteilt: niedrig (0–50 %), mittel (≥ 50–75 %) und hoch (≥ 75–100 %). Je nach Anzahl der Items, die zur Bewertung herangezogen wurden (5 oder 6 Items), erfolgte die Einstufung der Manualtreue anhand der erreichten Punktezahl:

- Bei 5 Items (z.B. Sitzung A): 0 bis < 7,5 Punkte (niedrig), ≥ 7,5 bis 11,25 Punkte (mittel), ≥ 11,25 bis 15 Punkte (hoch)
- Bei 6 Items (z. B. Sitzung B, C und D): 0 bis < 9 Punkte (niedrig), ≥ 9 bis 13,5 Punkte (mittel), ≥ 13,5 bis 18 Punkte (hoch)

Die Manualtreue wurde im Durchschnitt insgesamt als hoch bis sehr hoch von den RTW-Begleiter*innen eingeschätzt. Die erfasste Manualtreue war in der Sitzung A am höchsten und betrug 94,0 %. Die Manualtreue für Sitzung B betrug 77,0 %, für Sitzung C 87,0 % und Sitzung D 81,0 %.

Manualabweichungen in den Gruppensitzungen (Modul 3)

Mithilfe des oben beschriebenen Evaluationsbogens wurde außerdem noch schriftlich von den RTW-Begleiter*innen festgehalten, um welche Art von Abweichungen vom Interventionsmanual es sich handelte, sowie Schwierigkeiten und Verbesserungspotentiale in der Umsetzung der RTW-PIA festgehalten. Es wurden N=138 inhaltlich auswertbare Textangaben eingereicht, welche inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

(I) Am häufigsten wurde vom Manual abgewichen aufgrund der **Inhaltsmenge und des -umfanges (N=69)**. Die RTW-Begleiter*innen sahen sich gezwungen, aufgrund von Zeitmangel und der zu hohen Fülle des theoretischen Materials, einzelne Inhalte und/oder Bögen vollständig wegzulassen oder nur verkürzt zu behandeln. Auch bezogen auf **Sitzungsaufbau und Didaktik (N=37)** wichen die RTW-Begleiter*innen vom Manual ab, indem die Reihenfolge der Sitzungspunkte verändert wurde oder didaktische Anpassungen in der Darbietung der Inhalte vorgenommen wurden (z. B. da mehr Diskussion gewünscht war und einem bestimmten Inhalt Aufmerksamkeit geschenkt wurde). In vielen Fällen wurde die **Austausch- und Diskussionszeit (N=24)** deutlicher berücksichtigt, was zum Teil zu Lasten der Inhalte ging. In N=17 Bögen schilderten RTW-Begleiter*innen, dass die **Inhalte thematisch** an die Teilnehmenden **angepasst** werden mussten, da diese großes Interesse an bestimmten Inhalten zeigten, woraufhin die Sitzung zum Teil abgeändert werden musste.

(II) Am zweithäufigsten gab es Abweichungen vom Manual aufgrund der **Rahmenbedingungen (N=50)**. Bezüglich des **Sitzungsformats (N=48)** berichteten die RTW-Begleiter*innen hauptsächlich von zeitlichen Schwierigkeiten, allen Inhalten und dem Gruppenaustausch gleichzeitig gerecht zu werden - so reichte die Zeit für manche Inhalte nicht aus, ohne den von den Teilnehmenden gewünschten Erfahrungsaustausch nicht zu unterbrechen. In einem Fall kam es aufgrund der fehlenden Passung der Inhalte zum individuellen **RTW-Prozess** zu Manualabweichungen. In diesem Fall waren beide Teilnehmenden bereits lange zur Arbeit zurückgekehrt, wo der Fokus der Sitzung "wenn ich zurückkehren werde" nicht gepasst hat, sodass stattdessen individuelle Fragestellungen bearbeitet wurden. Auch aufgrund von **Ort und Raumausstattung** gab es eine Änderung.

(III) Die dritthäufigsten Nennungen gab es im Bereich der **therapeutischen Leitung (N=45)**. Hier kam es insbesondere aufgrund der **Teilnehmendenorientierung (N=26)** zu Manualabweichungen, indem Raum für Erläuterungen durch die Teilnehmenden oder Zeit für eigene Fragestellungen investiert wurde. Auch aktuelle Gegebenheiten, wie akute Belastungssituationen von Teilnehmenden hatten hier Einfluss, um den akuten Gruppenbedürfnissen gerecht zu werden. Abweichungen aufgrund der **Kompetenz (N=19)** der RTW-Begleiter*innen, die sich in deren Flexibilität und didaktischen Fertigkeiten widerspiegelte, war in neunzehn Nennungen erkennbar.

(IV) 16 Nennungen waren auf Abweichungen bezogen, die auf den **interpersonellen Austausch** sowie auf das **Gruppenerleben** zurückzuführen waren. Aufgrund des **Erfahrungsaustauschs (N=11)**, der wichtiger erschien und nicht unterbrochen werden sollte, wurden in 11 Gruppensitzungen Änderungen durchgeführt. Auch die Förderung der **Gruppenatmosphäre und -kohäsion (N=5)** war einige Male der Grund für Abweichungen. In einem Fall war z. B. die Hälfte aller Teilnehmenden krank, sodass Inhalte gekürzt wurden und die Einstiegsrunde zugunsten der Gruppenkohäsion ausgedehnt wurde.

3.6.2 Interventionsdosis

Die Teilnehmenden, die in die IG randomisiert wurden, nahmen an den Modulen 2 bis 4 der Intervention „RTW-PIA“ teil (vgl. Kapitel 2.1.2 Interventionen). Für jedes Modul wurden vorab sowohl die Länge der Begleitung als auch die Anzahl an Terminen festgelegt ([49]):

- Einzelsitzungen (Modul 2): mind. 3 bis max. 8 Einzelsitzungen innerhalb von 6 Monaten nach Studieneinschluss
- Gruppensitzungen (Modul 3): mind. 6 bis max. 9 Gruppensitzungen innerhalb von 12 Monaten nach Studieneinschluss
- Online-Angebot Minddistrict (Modul 4): mind. 1 bis max. 3 Videositzungen für insgesamt 12 Monate ab 6 Monate nach Studieneinschluss

3.6.2.1 Erfassung der stattgefundenen Termine

Die stattgefundenen Termine innerhalb der Module 2 und 3 wurden über patientenbezogene Laufzettel erfasst (siehe Anlage 6). Die Laufzettel wurden für N=239 von 240 Teilnehmenden durch die RTW-Begleiter*innen ausgefüllt und nach Abschluss von Modul 3 pseudonymisiert an die BAuA übermittelt. Für eine teilnehmende Person, die vor der Erbringung von Interventionsleistungen ihre Einwilligung in die Studie zurückzog, wurde kein Laufzettel übermittelt. Die Person wurde entsprechend mit jeweils null Terminen in der Analyse berücksichtigt.

Die Anzahl der Videositzungen in Modul 4 konnte über den Datenexport von Minddistrict nicht erfasst werden. Deshalb wurden die Selbstangaben der Teilnehmenden in der Folgebefragung zu T3 herangezogen (IG-Teilnahme: N=127 von 222 zu T3-Eingeladenen, 57,2 %). Außerdem übermittelten die klinischen Standorte zusätzlich Daten zu Terminen, die z. B. aufgrund technischer Verbindungsschwierigkeiten oder bei Personen mit geringer Medienkompetenz über klinikeigene Online-Systeme oder Telefonate stattgefunden haben. Insgesamt wurden Angaben für N=175 Teilnehmende erfasst, für 65 Personen fehlen die Daten. Es ist daher eine Untererfassung der stattgefundenen Videositzungen in Modul 4 möglich.

3.6.2.2 Ergebnisse der deskriptiven Auswertung der Interventionsdosis

Einzelsitzungen (Modul 2)

N=234 von 240 IG-Teilnehmenden haben Einzelsitzungen in Modul 2 wahrgenommen. Sechs Personen haben nicht teilgenommen. Über die fünf klinischen Standorte hinweg fanden insgesamt 1211 Einzelsitzungen statt. Das entspricht im Durchschnitt fünf Einzelsitzungen je teilnehmender Person. Fünf Termine und mehr wurden durch 146 der 234 Teilnehmenden (62,4 % aller IG) wahrgenommen. Alle acht zur Verfügung stehenden Termine nahmen 36 Teilnehmende (15,4 %) wahr, zwei Personen erhielten neun Termine.

207 von den 240 IG-Teilnehmenden (86,3 %) erreichten die Mindestinterventionsdosis von 3 Terminen in Modul 2, 33 Personen (13,8 %) erreichten sie nicht.

Die Termine (für n=1146 von 1211 liegen Angaben vor) fanden überwiegend als Präsenztermine in der Klinik statt (92,8 %). Andere Formate wurden seltener genutzt: telefonisch 5,8 %, online 0,4 %, am Arbeitsplatz 1,0 %.

Die Termine (für n=1192 von 1211 liegen Angaben vor) dauerten durchschnittlich 53 Minuten (Minimum: 5 Minuten, Maximum: 120 Minuten, Q25: 50 Minuten, Median: 55 Minuten, Q75: 60 Minuten).

Die Abstände zwischen zwei je Teilnehmer*in stattfindenden Einzelsitzungen betrugen durchschnittlich 36 Tage (Minimum: 1 Tag, Maximum: 227 Tage, Q25: 19 Tage, Median: 28 Tage, Q75: 45 Tage).

Die Dauer der Begleitung, definiert als Zeitraum zwischen Studieneinschluss und letzter Einzelsitzung, umfasste durchschnittlich 25 Wochen (Minimum: 3 Wochen, Maximum: 53 Wochen, Q25: 23 Wochen, Median: 27 Wochen, Q75: 30 Wochen). Insgesamt wurden 116 Teilnehmende über die vorgesehenen 26 Wochen ab Studieneinschluss innerhalb des Moduls 2 begleitet. Wird nur der Zeitraum zwischen erster und letzter Einzelsitzung betrachtet, sind es 55 Teilnehmende, die länger als sechs Monate begleitet wurden. Der Zeitraum zwischen erster und letzter Einzelsitzung betrug durchschnittlich 21 Wochen (Minimum: nur ein Termin, Maximum: 43 Wochen, Q25: 18 Wochen, Median: 24 Wochen, Q75: 26 Wochen).

Gruppensitzungen (Modul 3)

Die Gruppensitzungen in Modul 3 haben 217 von den 240 IG-Teilnehmenden wahrgenommen, 23 Personen haben nicht teilgenommen. Im Durchschnitt fanden 5 Termine je teilnehmender Person statt, wobei mehr als die Hälfte der an Modul 3 Teilnehmenden 6 und mehr Termine besucht hat (n=116; 53,5 %).

116 von den 240 Teilnehmenden der IG (48,3 %) erreichten die Mindestinterventionsdosis von 6 Terminen in Modul 3, 124 Personen (51,7 %) erreichten sie nicht.

Die Dauer der Begleitung, definiert als Zeitraum zwischen Studieneinschluss und letzter Gruppensitzung, umfasste durchschnittlich 33 Wochen (Minimum: 4 Wochen, Maximum: 76 Wochen, Q25: 22 Wochen, Median: 33 Wochen, Q75: 45 Wochen). Insgesamt wurden 18 Teilnehmende über die vorgesehenen 52 Wochen ab Studieneinschluss innerhalb des Moduls 3 begleitet. Wird nur der Zeitraum zwischen erster und letzter Gruppensitzung betrachtet, sind es zwei Teilnehmende, die länger als zwölf Monate begleitet wurden. Der Zeitraum zwischen erster und letzter Gruppensitzung betrug durchschnittlich 25 Wochen (Minimum: nur ein Termin, Maximum: 71 Wochen, Q25: 16 Wochen, Median: 26 Wochen, Q75: 39 Wochen).

Laut Angaben der Kliniken fanden insgesamt 239 Gruppensitzungen statt, mit durchschnittlich 4 Teilnehmenden je Gruppensitzung. Der überwiegende Teil davon betraf die Gruppensitzungen A bis D (65,7 %).

Das Manual sah neun verschiedene Themen für die Gruppensitzungen vor (A, B, C, D, O1, O2, O3, O4, O5), wobei die Gruppensitzungen A bis D von allen Teilnehmenden besucht werden sollten. Für 98 Personen (40,8 %) konnte dies realisiert werden. Davon 71 Personen haben die Termine in der Reihenfolge A bis D wahrgenommen, weitere 27 Personen haben Sitzungen A bis D in nicht-chronologischer Reihenfolge erhalten. Insgesamt haben 60 Teilnehmende (25,0 %) ein Sitzungsthema mehrfach besucht.

Die Abstände zwischen zwei von je der*des gleichen Teilnehmenden wahrgenommenen Gruppensitzungen betrugen durchschnittlich 43 Tage (Minimum: 5 Tage, Maximum: 288 Tage, Q25: 28 Tage, Median: 31 Tage, Q75: 54 Tage).

Online-Angebot (Modul 4)

Mindestens einen Termin innerhalb des Online-Angebots nahmen 80 Teilnehmende (33,3 %) wahr, 95 Teilnehmende (39,6 %) nahmen keinen Termin wahr. Zu 65 Teilnehmenden (27,1 %) fehlen Daten zu stattgefundenen Terminen, weil diese nicht an der Folgebefragung T3 teilnahmen (siehe Erfassung der stattgefundenen Termine).

Somit erreichten 80 von den 240 Teilnehmenden der IG (33,3 %) die Mindestinterventionsdosis von einer Videositzung in Modul 4, 160 Personen (66,7 %) erreichten sie nicht.

Mindestens ein Kapitel in dem Online-Angebot Minddistrict haben 69 Teilnehmende (28,8 %) bearbeitet. Es standen acht unterschiedliche Kapitel zur Verfügung, die auch mehrfach bearbeitet werden konnten. Die Spannweite der bearbeiteten Kapitel beträgt zwischen einem und zehn, wobei mit 48 von 69 Teilnehmenden der Großteil mehr als ein Kapitel bearbeitet hat.

3.6.2.3 Mindestinterventionsdosis Modul 2 - Modul 4

59 von den 240 Teilnehmenden der IG (24,6 %) erreichten die Mindestinterventionsdosis über alle Module, 181 Personen (75,4 %) erreichten sie nicht (siehe Abbildung 26). Im Vergleich der verschiedenen Module lässt sich festhalten, dass die Mindestinterventionsdosis der Einzelsitzungen (Modul 2) mit 207 Personen (86,3 %) deutlich mehr Teilnehmende erreicht haben als die Mindestinterventionsdosis der Gruppensitzungen (n=116; 48,3 %) oder die Dosis des Online-Angebots (n=80; 33,3 %). Insbesondere die geringe Erreichung der Mindestinterventionsdosis in Modul 4 führt zu einer verringerten Quote an erreichter M2-M3-M4-Mindestinterventionsdosis. Dies kann zum einen an einer möglichen Untererfassung der Termine in Modul 4 liegen. Zum Anderen wurde im Verlauf der Interventionsdurchführung in den Kliniken auf die Umsetzung einer Videositzung als Mindestanzahl innerhalb von Modul 4 verzichtet. Die Überleitung der Teilnehmenden zum Online-Angebot war laut RTW-Begleiter*innen für viele mit Barrieren verknüpft, die eine Nutzung von Modul 4 beeinträchtigten (vgl. Abschnitt 3.5.6 Erfahrungen der RTW-Begleiter*innen).

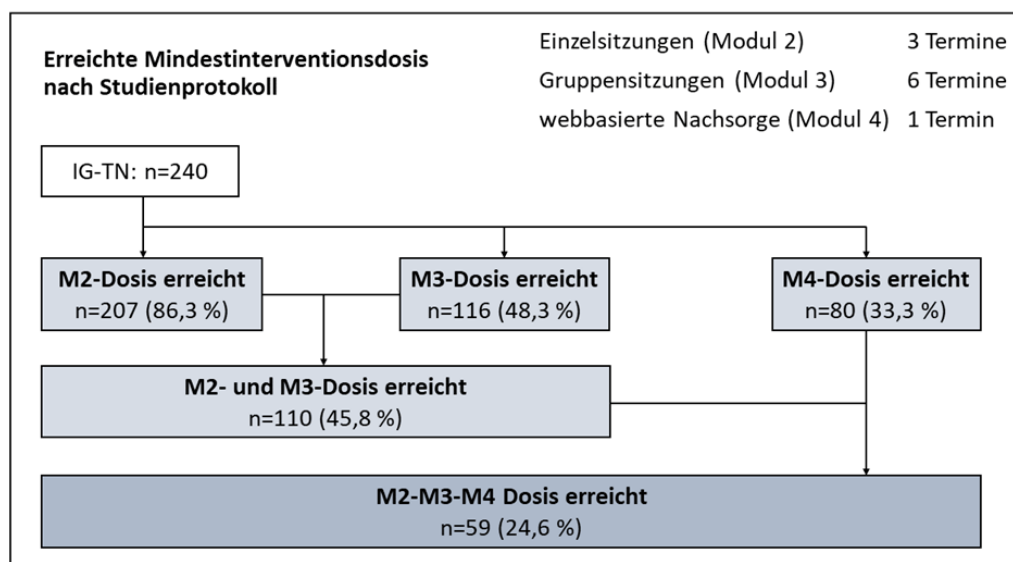


Abbildung 26: Erreichte Mindestinterventionsdosis in der RTW-PIA-Intervention nach Studienprotokoll

Sensitivitätsanalyse Anpassung Mindestinterventionsdosis

Die oben genannten Umstände führten zur Entscheidung im Evaluationsteam, die Mindestinterventionsdosis in einer Sensitivitätsanalyse anzupassen und Modul 4 für diese Anpassung auszuschließen. Außerdem wurde für diese Sensitivitätsanalyse das Verhältnis zwischen Einzel- und Gruppensitzungen flexibilisiert. Die zu Beginn der Durchführung der Gruppensitzungen im November 2021 noch anhaltende Corona-Pandemie erschwerte den Kliniken sowohl die Rekrutierung der Teilnehmenden als auch die Durchführung der Gruppensitzungen. Zusätzlich haben die Ergebnisse der qualitativen Interviews gezeigt, dass eine flexiblere Aufteilung der Einzel- und Gruppensitzungen den Bedarfen der Teilnehmenden besser zu entsprechen scheint. In der Sensitivitätsanalyse wurde die Mindestinterventionsdosis auf die Summe von neun Terminen in Modul 2 und Modul 3 festgelegt, unabhängig davon, wie viele Termine als Einzel- und/oder Gruppensitzung stattgefunden haben. Diese angepasste Mindestinterventionsdosis erreichten 159 der 240 Teilnehmenden (66,3 %, vgl. Abbildung 27).

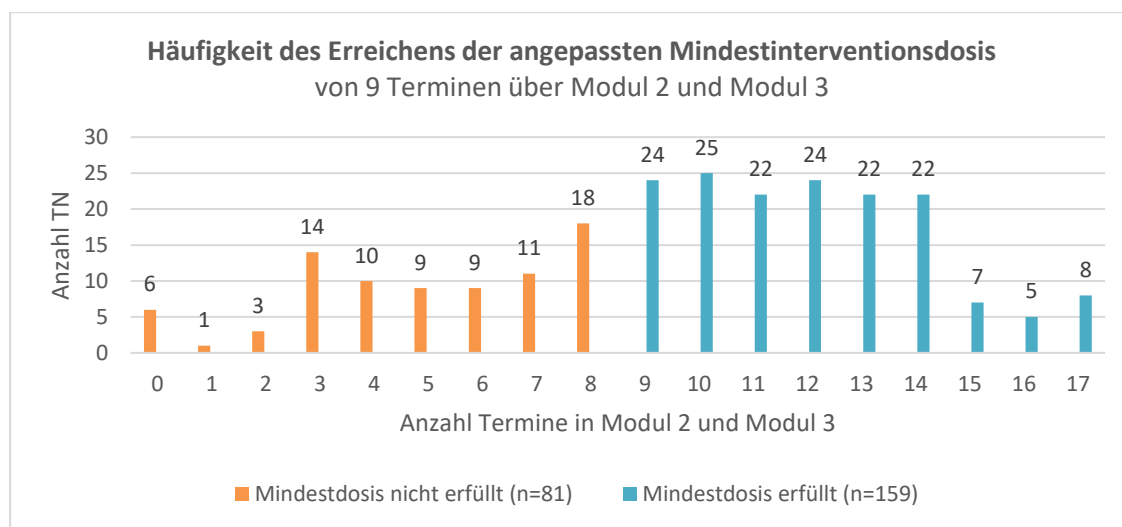


Abbildung 27: Erreichte angepasste Mindestinterventionsdosis in der RTW-PIA-Intervention, gebildet aus der Summe absolvierter Modul 2- und Modul 3-Termine

3.6.3 Kontakt zum Arbeitgeber und/oder betrieblichen Schlüsselakteur*innen

Über die Laufzettel wurde erhoben, ob seitens der RTW-Begleiter*innen Kontakt zum Arbeitgeber bestanden hat (für N=165 von 240 Teilnehmenden liegen Angaben vor). Dies wurde für N=34 Teilnehmende bejaht. Dies entspricht 20,6 % der Teilnehmenden, für die Angaben vorliegen.

Ob Gespräche beim Arbeitgeber und/oder mit anderen betrieblichen Schlüsselakteur*innen geführt wurden, konnte über eine Inhaltsanalyse der Freitextangaben in den Laufzetteln erfasst werden, die kurze inhaltliche Hinweise zu den Sitzungsinhalten aufführten. Demnach wurden N=7 Teilnehmende (3,0 % der N=234 an Modul 2-Teilnehmenden) zu Gesprächen mit dem Arbeitgeber und/oder zum BEM-Gespräch begleitet. Die Vor- und/oder Nachbereitung dieser Gespräche nahm demgegenüber einen höheren Stellenwert ein, sie wurde bei N=94 der N=234 an Modul 2-Teilnehmenden als Sitzungsinhalt aufgeführt.

Im Rahmen der Fokusgruppen berichteten die RTW-Begleiter*innen, bei denen eine Begleitung zum BEM-Gespräch stattgefunden hat, von sehr unterschiedlichen Erfahrungen: von gelungener Begleitung mit konstruktivem Aushandlungsprozess bis hin zu Situationen, in denen Teilnehmer*innen nach

einem vermeintlich positiven Gespräch alleingelassen wurden oder „beweisen“ mussten, die Arbeit an diesem Arbeitsplatz nicht mehr ausführen zu können.

3.6.4 Zufriedenheit der Teilnehmenden

Im Rahmen der Online-Befragungen wurde die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit den Modulen und der Gesamtintervention sowie Anregungen und Verbesserungsvorschläge erfragt. Die ZUF-Skalen wurden deskriptiv ausgewertet, die Freitextangaben inhaltsanalytisch. Der Gesamtwert der ZUF-8-Skala reichte von 8 bis 32 Punkten, wobei höhere Werte eine höhere Teilnehmendenzufriedenheit bedeuteten. Eine Zusammenfassung der Zufriedenheitsergebnisse mit den Modulen (Mittelwert, Standardabweichung, Range, Boxplots) ist in Anlage 7 dargestellt.

3.6.4.1 Einzelsitzungen (Modul 2)

Zum Zeitpunkt 6 Monate nach Studieneinschluss (T1) beantworteten 69,6 % der IG-Teilnehmenden (N=167) die Frage, wie zufrieden sie mit den Einzelsitzungen waren. Die Ergebnisse zeigten, dass sich der durchschnittliche Zufriedenheitswert mit den Einzelsitzungen ebenso im oberen, positiven Bereich der Skala konzentrierte und zwar bei 29,4 Punkten (Median: 31). Die Standardabweichung betrug 3,7 und die Werte bewegten sich zwischen 16 und 32 Punkten.

Antworten zur optionalen Angabe: „Was hat Ihnen an den RTW-PIA-Einzelgesprächen gut gefallen?“ (N=84)

Positive Rückmeldungen zum Erleben der RTW-Begleiter*in standen deutlich im Vordergrund. Die Teilnehmenden schätzten die ihnen entgegengebrachte Empathie, ein zuhörendes und motivierendes Gegenüber, ebenso wie die gemeinsame Erarbeitung von Lösungen (N=37). Die fachliche Kompetenz und strukturierte Gesprächsführung wurden ebenfalls betont (N=32). Die Möglichkeit, auf Hilfe zurückgreifen zu können, stellten einige Teilnehmende ebenso heraus (N=10), u.a., dass sie diese direkt im Anschluss an den Klinikaufenthalt hatten. Rückmeldungen zum persönlichen Nutzen betonten die praktischen Tipps und Strategien (N=18) sowie die Anregung der Reflexion der eigenen Haltung und Sichtweisen (N=17). Positive Rückmeldungen zu den Inhalten betrafen insbesondere die individuelle Anpassung der Inhalte auf die persönlichen Bedarfe (N=20), aber auch die spezifische Ausrichtung auf das Thema Arbeit (N=15).

Antworten zur optionalen Angabe: „Haben Sie hinsichtlich der RTW-PIA-Einzelgespräche noch Anregungen, Verbesserungsvorschläge oder Kritik, die Sie uns gerne mitteilen möchten?“ (N=19)

Kritik, Anregungen und Verbesserungsvorschläge wurden im Vergleich zu den positiven Rückmeldungen zu einem geringeren Anteil formuliert. Im Vordergrund der kritischen Anmerkungen stand die Sitzungsfrequenz und -häufigkeit (N=8). Die Teilnehmenden wünschten sich mehr Einzelsitzungen bzw. eine Begleitung über mehr als sechs Monate, z. B. bei einem Rückfall, der dann nicht mehr adäquat begleitet werden konnte, sowie eine engere Taktung der Sitzungen. Eine bessere Einbindung relevanter Akteur*innen war ebenfalls ein Wunsch (N=2). Bezüglich des Erlebens der RTW-Begleitung wurde kritisch angemerkt, dass die Inhalte ungenügend an die Teilnehmenden angepasst wurden bzw. private Probleme zu wenig berücksichtigt wurden (N=5). Kritische Rückmeldungen zum Kompetenzerleben (N=4) betrafen z. B. zu wenig spezifisches Wissen über Sonderregelungen im BEM für Beamt*innen, den Wunsch nach einer klareren Gesprächsstruktur sowie einer aktiveren Haltung der RTW-Begleitung.

3.6.4.2 Gruppensitzungen (Modul 3)

Zum Zeitpunkt 12 Monate nach Studieneinschluss (T2) beantworteten etwas mehr über die Hälfte der IG-Teilnehmenden (N=125, 52,1%) die Frage, wie zufrieden sie mit den Gruppensitzungen waren. Der durchschnittliche Zufriedenheitswert mit den Gruppensitzungen betrug 27,8 Punkte (Median: 29). Die Standardabweichung betrug 4,8 und war somit etwas größer im Vergleich zur Gesamtintervention und den Einzelsitzungen. Die Zufriedenheitswerte bewegten sich zwischen 12 und 32 Punkten.

Antworten zur optionalen Angabe: „Was hat Ihnen an den RTW-PIA-Gruppengesprächen gut gefallen?“ (N=67)

Insgesamt zeigte sich, dass die Gruppensitzungen besonders durch den Austausch und das Verständnis der Teilnehmenden untereinander förderlich zu sein schienen. Positive Rückmeldungen zum interpersonellen Austausch und Gruppenerleben standen deutlich im Vordergrund. Die Teilnehmenden schätzten den Erfahrungsaustausch untereinander (n=32), hoben die Verbundenheit und das gegenseitige Verständnis (N=24), die Gruppenatmosphäre und -kohäsion (N=18) sowie das Soziale Lernen (N=12) hervor und berichteten von einer Problemnormalisierung im Austausch mit den anderen Teilnehmenden (N=8). Positive Rückmeldungen zu den Inhalten betrafen insbesondere die vermittelten Themen (N=18), selten auch den gleichbleibenden Ablauf und die strukturierte Ausarbeitung der Themen (N=2). Einen persönlichen Nutzen machten die Teilnehmenden vor allem an einer veränderten Selbstwahrnehmung (N=8) sowie einem Kompetenzerwerb (N=6) fest. Die Kompetenz der RTW-Begleiter*innen (N=10) sowie deren therapeutische Haltung (N=6) wurden ebenfalls benannt. Die Gruppensitzungen wurden von einigen Teilnehmenden als vorteilhaft innerhalb des RTW-Prozesses (N=6) eingeschätzt sowie die kleine Gruppengröße oder das einmonatige Format gelobt (N=4).

Antworten zur optionalen Angabe: „Haben Sie hinsichtlich der RTW-PIA-Gruppengespräche noch Anregungen, Verbesserungsvorschläge oder Kritik, die Sie uns gerne mitteilen möchten?“ (N=32)

Bei den kritischen Anmerkungen und Verbesserungsvorschlägen zeigte sich, dass die Gestaltung des Sitzungsformats und die Passung des individuellen RTW-Prozesses zu den Inhalten und dem Zeitplan der Gruppensitzungen Verbesserungspotential aufzuweisen schien. So wünschten sich die Teilnehmenden eine höhere Anzahl und einen kürzeren Abstand zwischen den Gruppensitzungen, ein geschlosseneres Gruppenformat und eine sichergestellte Kontinuität, z. B. bei Erkrankung (N=16). Eine fehlende Passung der Inhalte zum individuellen RTW-Prozess wurde von einigen Teilnehmenden bemängelt (N=7). Einige Teilnehmende betrachteten die Themen und Übungen für sich als nicht relevant oder zielführend (N=6), z. B., weil sie zu sehr auf Büro Tätigkeiten ausgelegt seien. Eine teils fehlende Anwendbarkeit in der Praxis sowie die Bekanntheit der Themen wurde ebenfalls bemängelt (N=4). Bezüglich der Inhalte sowie des Sitzungsaufbaus wünschten die Teilnehmenden sich eine bessere Übersicht über die verschiedenen Sitzungen und deren Inhalte, eine weniger frontale Vermittlung der Inhalte sowie individuelle Abschlussgespräche (N=6). Kritische Anmerkungen bezüglich des interpersonellen Austauschs bezogen sich auf das offene Gruppenformat mit wiederkehrend wechselnden Teilnehmenden, was eine beeinträchtigte Gruppenkohäsion zur Folge hatte (N=4), und auf zu wenig Zeit für den Austausch untereinander (N=2).

3.6.4.3 Online-Angebot (Modul 4)

Zum Zeitpunkt 18 Monate nach Studieneinschluss (T3) beantworteten lediglich 36,7 % der IG-Teilnehmenden (N=88) die Frage, wie zufrieden sie mit dem Online-Angebot waren. Der

durchschnittliche Zufriedenheitswert beim Online-Angebot betrug 26,0 Punkte (Median: 28) und war somit der niedrigste im Vergleich zu den Bewertungen der anderen Module. Die Standardabweichung betrug hier 5,8 und die Zufriedenheitswerte bewegten sich zwischen 8 und 32 Punkten.

Antworten zur optionalen Angabe: „Was hat Ihnen an der webbasierten Nachsorge (Minddistrict) gut gefallen?“ (N=38)

Die häufigsten positiven Rückmeldungen bezogen sich auf die Inhalte des Online-Angebots und den Kontakt zu den RTW-Begleiter*innen, der innerhalb der App, aber auch über die Videogespräche außerhalb von Minddistrict erfolgen konnte. Bei den positiv bewerteten Inhalten wurde die thematische Passung sowie die Methoden- und Themenvielfalt (N=11) sowie die Achtsamkeitsübungen (N=6) hervorgehoben. Bezüglich des Kontakts zu den RTW-Begleiter*innen wurde positiv bewertet (N=16), dass die Teilnehmenden noch eine Ansprechperson hatten, dass Videogespräche stattfanden und dass sie Fragen stellen konnten und Feedback erhielten. Positive Einschätzungen zum persönlichen Nutzen wurden ebenfalls formuliert. Einige Teilnehmende betonten, dass sie eine bessere Selbstwahrnehmung und eine Stärkung durch die Nutzung des Online-Angebots erfahren haben (N=6) oder neue Kompetenzen erworben haben (N=3), indem sie sich nochmal auf andere Art und Weise bzw. flexibel dann, wenn sie es brauchten, mit den Inhalten auseinandersetzen konnten.

Antworten zur optionalen Angabe: „Haben Sie hinsichtlich der webbasierten Nachsorge (Minddistrict) noch Anregungen, Verbesserungsvorschläge oder Kritik, die Sie uns gerne mitteilen möchten?“ (N=36)

Die häufigsten negativen Rückmeldungen bezogen sich auf den App-Aufbau und die Didaktik. Insbesondere die Menüführung und die Orientierung innerhalb der App wurden bemängelt (N=10). Die Teilnehmenden wünschten sich, dass sie erkennen können, welche Kapitel sie bereits bearbeitet haben und welche nicht. Auch die thematische Passung wurde kritisiert (N=8). Teilnehmende, die noch nicht zur Arbeit zurückgekehrt waren, kritisierten, dass sie aufgrund des konkreten Arbeitsbezugs die Übungen nur „fiktiv“ beantworten konnten; andere Teilnehmende bemängelten, dass die Themen sehr auf Bürotätigkeiten ausgelegt oder zu allgemein gehalten gewesen seien. Auch der Umfang der Inhalte wurde als zu viel (N=3) beschrieben (eine Person hingegen wünschte sich mehr Inhalt). Das Format des Online-Angebots beschrieben einige Teilnehmende für sich als nicht passend (N=8) und wünschten sich eine Ergänzung um persönlichen Austausch (N=3) bzw. verbindlicheres Feedback der RTW-Begleiter*innen (N=2). Einige Teilnehmende wünschten sich eine längere Laufzeit des Online-Angebots, da sie gerne noch die restlichen Kapitel zu Ende bearbeitet hätten (N=6), andere Teilnehmende wünschten sich Erinnerungen an die Nutzung der App im Alltag (N=4). Ein weiterer Kritikpunkt war die technische Umsetzung, die als veraltet, starr und instabil beschrieben wurde (N=7).

3.6.4.4 RTW-PIA gesamt

Zum Zeitpunkt 18 Monate nach Studieneinschluss (T3) beantworteten ca. die Hälfte der IG-Teilnehmenden (48,8 %, N=117) die Frage, wie zufrieden sie mit der Gesamtintervention waren. Die Ergebnisse zeigten, dass sich der durchschnittliche Zufriedenheitswert mit der Gesamtintervention im oberen, positiven Bereich der Skala konzentrierte und zwar bei 28,7 Punkten (Median: 30). Die Streuung der Werte war relativ gering, die Standardabweichung betrug 3,7 und die Werte bewegten sich zwischen 14 und 32 Punkten.

Zum Zeitpunkt 18 Monate nach Studieneinschluss (T3) erhielten die IG-Teilnehmenden außerdem folgende Frage: „Welches Modul der gesamten RTW-PIA Intervention war für Sie am hilfreichsten?“ mit den Antwortmöglichkeiten (1) RTW-PIA-Einzelgespräche, (2) RTW-PIA-Gruppengespräche, (3) RTW-PIA webbasierte Nachsorge (Minddistrict) sowie (4) Ich habe keine Präferenz. Insgesamt beantworteten 119 Personen von allen 240 IG Teilnehmer*innen (49.6 %) diese Frage - am häufigsten wurde angegeben, dass die Einzelsitzungen am hilfreichsten waren (N=72), gefolgt von den Gruppensitzungen (N=33). Während das Online-Angebot kein einziges Mal genannt wurde, gaben 14 Personen an, keine Präferenz zu haben.

3.6.5 Erfahrungen der RTW-Begleiter*innen

Im Rahmen der Prozessevaluation fanden drei Fokusgruppen mit 1-2 RTW-Begleiter*innen je klinischem Standort per Videokonferenz statt (März 2022, März 2023 und Mai 2024). Ziel war, förderliche und hinderliche Bedingungen zu erfassen und Weiterentwicklungspotentiale zu erheben.

Einzelsitzungen (Modul 2)

Die RTW-Begleiter*innen beschrieben die Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit ihrem Verhältnis zu Arbeit und ihren Arbeitsbedingungen für den Rückkehrprozess als sehr gewinnbringend. Sie schaffe die Grundlage für das selbständige Eintreten für die eigenen Bedürfnisse am Arbeitsplatz. Für die Teilnehmenden mit komplexeren Problemlagen wünschten sich die RTW-Begleiter*innen *mehr Flexibilität hinsichtlich der Anzahl der Termine und/oder der Dauer der Begleitung*. Sechs Monate wurden für Teilnehmende, die nicht zügig oder linear zur Arbeit zurückkehren, als zu kurz empfunden (z. B., wenn Wiedereingliederungen spät begonnen oder abgebrochen wurden, Reha-Maßnahmen von der Arbeitsagentur verlangt wurden, Teilnehmende sich beruflich umorientierten). Das Vier-Phasen-Modell wurde als hilfreich beschrieben, wenn die Begleitung vor der Rückkehr beginnt und die Rückkehr zum bisherigen Arbeitgeber angestrebt wird. Begleitungen zu Gesprächen am Arbeitsplatz und/oder mit betrieblichen Schlüsselakteur*innen fanden selten statt. Einerseits beschrieben die RTW-Begleiter*innen unterschiedliche Haltungen dazu, inwiefern es besser ist, wenn die Teilnehmenden solche Gespräche gut vorbereitet alleine schaffen, andererseits erläuterten sie Fälle von Begleitungen, in denen Teilnehmende im BEM oder vom Arbeitgeber nicht ausreichend unterstützt wurden, das BEM sich sogar „als Feigenblatt“ erwies.

Gruppensitzungen (Modul 3)

Das Manual für die Gruppensitzungen wurde von den RTW-Begleiter*innen als hilfreich und handlungsleitend empfunden, inhaltlich jedoch als zu voll. Je nach Sitzungstyp standen die *Inhalte in Konkurrenz zum Bedürfnis nach Austausch* unter den Teilnehmenden oder das Thema passte nicht zu den Themen der Teilnehmenden. Für die Überarbeitung wurde empfohlen, die *Inhalte zu reduzieren bzw. nach Bedürfnis der Teilnehmenden einzusetzen*. Inhalte der Gruppensitzungen könnten in das Online-Angebot integriert werden, um sie dort für die Teilnehmenden flexibel verfügbar zu machen. Die *Frequenz* der Gruppensitzungen könnte zu Beginn enger getaktet werden, um die Gruppenkohäsion zu erhöhen (z. B. alle 2 Wochen statt alle 4 Wochen).

Online-Angebot (Modul 4)

Die RTW-Begleiter*innen empfanden die Möglichkeit der Videogespräche als hilfreich, um im Bedarfsfall Einzelsitzungen weiterführen zu können. Die Anbindung an das Online-Angebot wurde für viele Teilnehmende als schwierig beschrieben. Bei einigen brach der Kontakt im Übergang von Präsenzterminen zum Online-Angebot ab. Die RTW-Begleiter*innen schlugen vor, die *einzelnen*

Module noch deutlicher als Gesamtprozess zu rahmen, damit die Verabschiedung aus den Präsenzterminen nicht unbewusst die Verabschiedung aus der Intervention markiert. Einige Teilnehmende lehnten die Form des Online-Angebots grundlegend für sich ab. Die RTW-Begleiter*innen wünschten sich eine *frühere und parallele Einbettung des Online-Angebots*, um ggf. den Nutzungsgrad zu erhöhen.

RTW-PIA **gesamt**

Die RTW-Begleiter*innen beschrieben über alle Fokusgruppen hinweg eine große Bandbreite der Teilnehmenden hinsichtlich der Schwere der Erkrankung und der Frage, inwieweit eine Rückkehr zur Arbeit innerhalb der Intervention realistisch zu erreichen ist. Die PIA als Setting wurde als möglicher Grund benannt. Teilnehmende, die durch RTW-PIA nicht adäquat zu begleiten waren, seien u.a. diejenigen mit anhaltend reduzierter Arbeitsfähigkeit, chronifizierten oder komplexen Problemlagen und/oder andauernder hoher Symptombelastung. Bei einigen Teilnehmenden wurde die klinikinterne Arbeitstherapie hinzugezogen oder vorgeschaltet. Teilweise waren andere Teilnehmende bereits zur Arbeit zurückgekehrt, bevor die Intervention startete. Es wurde vorgeschlagen, die *Zielgruppe enger zu definieren* und Teilnehmende danach zu differenzieren, ob eine zeitnahe Rückkehr möglich ist oder eher die Frage einer Berentung im Raum steht. Letztere bräuchten ein niedrigschwelligeres Angebot.

3.6.6 Kontextfaktoren & Rahmenbedingungen der Studienzentren

Die Interventionserbringung unterlag spezifischen Kontextfaktoren und Rahmenbedingungen, die für die Wirksamkeits- und Prozessevaluation von Bedeutung sind, da sie z. B. auf Hemmnisse in der Implementierung hinweisen, die nicht durch die Intervention selbst bedingt sind und eine entscheidende Rolle für die Wirksamkeit und Übertragbarkeit von RTW-PIA spielen können. Kontextfaktoren und Rahmenbedingungen der Studienzentren wurden anhand von Steckbriefen, die zum Ende des Studienzeitraums von allen Studienzentren ausgefüllt wurden (siehe Anlage 1), sowie in den Fokusgruppen der RTW-Begleiter*innen dokumentiert und ausgewertet.

Allen voran war es die **Corona-Pandemie**, die die Studie negativ beeinflusste, insbesondere in Bezug auf die Rekrutierung von Studienteilnehmenden und die Implementierung von RTW-PIA. Aufgrund der Pandemiemaßnahmen wurden die Belegungszahlen der Kliniken reduziert und die allgemeine Arbeitslast seitens des Klinikpersonals erhöht. Die RTW-Begleiter*innen berichteten außerdem von einer sich verändernden Patient*innenkohorte im Vergleich zu vor der Pandemie, da Menschen mit „leichteren“ Erkrankungen eher von einem Klinikaufenthalt abzusehen schienen.

Zudem definierte die **PIA als Erbringungsort** der Intervention einige Rahmenbedingungen. Die RTW-Begleiter*innen berichteten, dass das Thema Arbeit häufig getrennt von klinischen Behandlungen betrachtet wurde. Daher wurde z. B. der Erwerbsarbeitsstatus der Patient*innen bei Aufnahme in die PIA nicht standardmäßig erhoben, was als Hürde für die Rekrutierung erlebt wurde. Zudem hatten einige an die PIA angebundene Patient*innen keinen Arbeitsvertrag, wodurch sie von vornherein nicht für die Studie infrage kamen (siehe Abschnitt 3.5.1 Rekrutierungsablauf).

Das ursprüngliche Ausschlusskriterium, dass Studienteilnehmende neben der PIA-Regelversorgung und RTW-PIA keine **ambulante Psychotherapie** in Anspruch nehmen durften, wurde einvernehmlich im Konsortium während der Studienzeit geändert, jedoch in den verschiedenen Studienzentren unterschiedlich gehandhabt. Einige Studienzentren beschrieben das Kriterium als Hürde für die Rekrutierung, weil für die Studie infrage kommende Patient*innen häufig entweder die Empfehlung zur ambulanten Psychotherapie hatten oder eine bestehende fortsetzen wollten.

Sowohl im klinischen Bereich insgesamt als auch für einzelne RTW-Begleiter*innen stellte die **Begleitung der Rückkehr zur Arbeit** sowie die **Thematisierung von Arbeit** im Kontext der klinischen Behandlung ein neues Aufgaben- und Themenfeld dar. In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass bei Teilnehmenden mit komplexen psychosozialen Problemlagen dieser Fokus seitens der RTW-Begleiter*innen mitunter schwierig zu halten war. Mitunter standen diese komplexen Problemlagen im Vordergrund und behinderten die gemeinsame Arbeit an der Rückkehr zur Arbeit.

Zudem wurde in verschiedenen Studienzentren unterschiedlich organisiert, ob Personen nur für RTW-PIA arbeiteten oder auch anderen Aufgaben in der Klinik nachkommen mussten. So wurde beschrieben, dass der Wechsel zwischen RTW-PIA und sonstigem Arbeitsalltag zu Herausforderungen und mangelnder Zeit für die Intervention führte.

Um eine reliable Evaluation von RTW-PIA zu ermöglichen, waren Änderungen am Manual während der Intervention nicht möglich, obwohl erste praktische Erfahrungen mit dem Manual Veränderungspotentiale zeigten. Wie bereits oben beschrieben, wurden z. B. in den Gruppensitzungen vorgesehene psychoedukative Inhalte nicht wie im Manual protokolliert vermittelt und flexibler gestaltet, um Teilnehmenden den Austausch untereinander zu ermöglichen. Darüber hinaus berichteten die RTW-Begleiter*innen, dass es für sie belastend war, die späteren Modulinhalte nicht vollständig konzipiert zu haben, bevor die ersten Teilnehmenden rekrutiert wurden. So wurde parallel zur Rekrutierung das Manual finalisiert und das Modul 4 erst während der frühen Phase der Interventionserbringung fertiggestellt.

Die fünf Studienzentren unterschieden sich insbesondere in ihrer **regionalen Verortung** und in ihrer **Größe** voneinander. Einerseits könnten im ländlichen Gebiet lange Wege einen negativen Einfluss auf die Teilnahmequote der Sitzungen vor Ort, sowie auf die Begleitung an den Arbeitsplatz, gehabt haben. So berichteten die RTW-Begleiter*innen von teils langen Anfahrtswegen der Teilnehmenden zu den Gruppensitzungen (vgl. auch die Steckbriefe der Studienzentren in Anlage 1). Andererseits wurde in den ländlichen Gebieten von einem Versorgungsmangel gesprochen, wodurch die Intervention als positives Versorgungsplus erlebt wurde. Dies könnte allerdings auch dazu geführt haben, dass Teilnehmende rekrutiert wurden, für die das Versorgungsplus im Vordergrund stand, und nicht unbedingt das realistische Ziel einer Rückkehr zur Arbeit.

4 Diskussion der Projektergebnisse

Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Die neue Versorgungsform RTW-PIA wurde entwickelt und erprobt, um die Versorgungslücke zwischen medizinisch-therapeutischem und betrieblichem System zu schließen. Die vorliegende Evaluation umfasste die Prüfung der (Kosten-)Effektivität sowie des Implementierungsprozesses von RTW-PIA.

Die Ergebnisse im Rahmen der **Wirksamkeitsevaluation** lieferten gemischte Belege für unsere Hypothesen. Die Hypothese, dass bei Patient*innen mit einer diagnostizierten psychischen Störung, die eine PIA-Nachsorgebehandlung in einer Versorgungsklinik benötigen, mittels einer Teilnahme an RTW-PIA im Vergleich zur bestehenden Regelversorgung die Inzidenz einer nachhaltigen Rückkehr erhöht werden kann, hat sich nicht bestätigt. Wir erwarteten einen 15 %-Wahrscheinlichkeitsunterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Erreichung einer nachhaltigen Rückkehr (60 % in KG und 75 % in IG). Die oben beschriebenen Ergebnisse zeigen, dass die KG diesen Wert erreichte (60,0 %), aber nur 67,3 % in der IG das Primäroutcome erreichten. Innerhalb bestimmter Personengruppen zeigte RTW-PIA eine größere Wirkung: Teilnehmende ohne anerkannte

Schwerbehinderung sowie Teilnehmende mit geringerer sozialer Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte zu Studienbeginn profitierten demnach am meisten von RTW-PIA und erreichten häufiger eine nachhaltige Rückkehr zur Arbeit als ihre Vergleichsgruppe in der KG. Darüber hinaus führte RTW-PIA bei Teilnehmenden mit rezidivierenden depressiven Störungen (F33) oder depressiven Episoden (F32) zu signifikanten Verbesserungen innerhalb einiger sekundärer Endpunkte.

In der **gesundheitsökonomischen Evaluation** wurde auf die Kosten-Wirksamkeits-Analyse verzichtet, da zwischen RTW-PIA und der Regelversorgung weder ein signifikanter Unterschied bei der nachhaltigen Rückkehr noch zwischen den kumulierten Kosten (GKV- und gesellschaftliche Perspektive) bestand. RTW-PIA führte jedoch zu einem signifikant höheren Gewinn an qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs). Die Kosten-Nutzwert-Analysen aus GKV-Perspektive ergaben eine Wahrscheinlichkeit für Kosteneffektivität von RTW-PIA gegenüber der Regelversorgung von 72 % (Zahlungsbereitschaft: 80.000 €/QALY und bei Einzelabrechnung der absolvierten Leistungen). Aus gesellschaftlicher Perspektive dominierte RTW-PIA die Regelversorgung mit 71 %iger Wahrscheinlichkeit, die bei 80.000 €/QALY auf über 90 % stieg. Gegenüber der Regelversorgung weist RTW-PIA demnach aus GKV-Perspektive eine moderate und aus gesellschaftlicher Perspektive eine hohe Wahrscheinlichkeit auf, kosteneffektiv zu sein. Aus Arbeitgeberperspektive zeigte sich bei Einzelabrechnung der Leistungen ein Nettonutzen von +1.688 € und ein Return-on-Investment (ROI) von +51 % (Wahrscheinlichkeit: 84 %). Bei Pauschalabrechnung der Leistungen wurden diese Werte negativ (Nettonutzen: -875 €, ROI: -15 %, Wahrscheinlichkeit: 24 %).

Die Ergebnisse im Rahmen der **qualitativen Evaluation** bestätigen die Hypothese, dass die Interviewten von der neuen Versorgungsform RTW-PIA in unterschiedlichem Maße profitieren, abhängig vom Erleben, Verhalten, Handeln der Zurückkehrenden und weiteren Kontextbedingungen, insbesondere von den arbeitsbezogenen Bedingungen. Interviewte, die sich schon vor der Arbeitsunfähigkeit auf dem Weg in die Krise als selbstwirksam, relativ stressresistent und belastungsfähig beschrieben haben, die während der Klinik reflexiv und erkenntnisorientiert mit sich, der Erkrankung und ihrer Situation umgehen, nutzten und profitierten nachhaltig von RTW-PIA. Sie glaubten daran, dass sie ihre Rückkehr mit der gegebenen Unterstützung selbständig steuern und bewältigen konnten (internale Kontrollüberzeugung). Sie erlebten und beschrieben sich als handlungsfähig und zuversichtlich.

Im Gegensatz dazu profitierten Interviewte, die sich vor der AU auf dem Weg in die Krise als wenig selbstwirksam, stressresistent und belastungsfähig beschrieben und komplexe Problemlagen aufwiesen (Schwere der Erkrankung, hohe Symptomlast, Chronifizierung, Konflikte bei der Arbeit und im privaten Bereich), im Sinne einer nachhaltigen Rückkehr kaum von RTW-PIA. Sie erlebten und beschrieben sich als fremdbestimmt und glaubten nicht daran, dass sie ihre Rückkehr selbständig steuern und bewältigen konnten (externale Kontrollüberzeugung). Sie erlebten sich als wenig handlungsfähig und zuversichtlich.

Anhand von Fallvergleichen konnten die Interviewten im qualitativen Beobachtungszeitraum von 18 Monaten in drei Gruppen differenziert werden: in Personen, die sich in einem stabilen, fragil stabilen und instabilen Zustand befanden – abhängig von den arbeitsbezogenen, personenbezogenen, medizinisch-therapeutischen und sozialen Kontextbedingungen, die die Interviewten geschildert haben. Diese Differenzierung korrespondiert mit der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die jeweils am Ende des Interviews abgefragt wurde. Personen, die ihre Arbeitsfähigkeit mit 7 bis 10 einschätzten, befanden sich in einem stabilen Zustand. Personen mit einer Arbeitsfähigkeit von 4 bis 6

befanden sich in einem fragil stabilen Zustand und Personen mit einer Arbeitsfähigkeit 0 bis 3 in einem instabilen Zustand. Aus qualitativer Sicht kann deshalb nach 18 Monaten nur bei der Gruppe der stabil Zurückgekehrten geschlussfolgert werden, dass diese nachhaltig zurückgekehrt sind. In der Gruppe der fragil stabilen Zurückkehrenden war die Bestimmung einer nachhaltigen Rückkehr nicht möglich. Hier zeigten sich vor allem arbeitsbezogene Kontextfaktoren, die eine nachhaltige Rückkehr erschwerten. Bei der Gruppe der instabilen Interviewten zeigte sich nach 18 Monaten, dass diese Personen entweder gar nicht zurückgekehrt waren oder die Wiedereingliederung abgebrochen hatten und zum Zeitpunkt des Nachher-Interviews wieder längere Zeit arbeitsunfähig waren. Diese Gruppe der Nicht-Rückkehrer*innen erlebten und beschrieben sich als ohnmächtig und fühlten sich vor allem aufgrund komplexer Problemlagen (siehe oben) der Situation ausgeliefert. In diesem Kontext berichteten sie überwiegend von Exit-Strategien – im Mittelpunkt standen Anträge auf Erwerbsminderungsrenten.

Eine nachhaltige Rückkehr beschrieben die stabilen Rückkehrer*innen als eine Kombination aus: **(1)** Einstellungs- und Verhaltensänderungen (u.a. besserer Umgang mit Stress bei der Arbeit, mehr Achtsamkeit gegenüber Belastungsgrenzen, Stellenwert der Arbeit und Ausbalancierung mit anderen Interessen und Bedürfnissen, **(2)** unterstützenden privaten Bedingungen (z.B. Unterstützung und Verständnis von Partner*innen, von der Familie und von Freunden) und **(3)** arbeitsbezogenen Kontextbedingungen (wie beispielsweise ein solidarisches Arbeitsumfeld, eine herausfordernde aber nicht überfordernde Arbeit, Wertschätzung der geleisteten Arbeit, spezifische Vereinbarungen im Rahmen des BEM zur Arbeitszeit bzw. zum Schichtdienst).

Die Intervention RTW-PIA wurde im Kontext der Interviews als gut bis sehr gut beschrieben. RTW-PIA wurde u.a. als relevanter Impulsgeber für die Rückkehr erlebt, bot einen professionellen Schutzraum und trug durch den Wechsel von der Problemanalyse zur Problemlösung zum Erwerb neuer Sichtweisen und Kompetenzen bei. Überdies wurde der Fokus auf das Thema Arbeit und die Rückkehr zur Arbeit als Unterschied zur normalen Therapie hervorgehoben, in der das Thema oft zu kurz kam. Eine besondere Wertschätzung erfuhr die RTW-Begleitung – die RTW-Begleiter*innen wurden als wichtige Vertraute charakterisiert, die als Begegnung auf Augenhöhe stattfand und eine gute Basis für Einstellungs- und Verhaltensänderungen geschaffen hat. Darüber hinaus haben die wohlwollende Begleitung und Motivation dazu geführt, mit den Herausforderungen der Rückkehr zuversichtlich umzugehen, RTW-PIA hat zu neuem Selbstvertrauen geführt und soziale Verunsicherung gelöst. Die Intervention hat eine positive Selbstwahrnehmung befördert, Mut gemacht, Stärken aufgezeigt und zu einem achtsameren und rationaleren Umgang mit Stress angeregt und geholfen immer wieder die richtige Distanz zur Arbeit zu wahren und gelassener mit Arbeitsdruck umzugehen.

Da die Wirksamkeit teilweise von der Qualität der Interventionsdurchführung abhängt, konnten die Ergebnisse im Rahmen der **Prozessevaluation** zu einem besseren Verständnis der zugrunde liegenden Mechanismen beitragen. Die Hypothese, dass die Implementierung von RTW-PIA in einem überwiegend hohen Maß erfolgen sollte, variierte innerhalb der vordefinierten Schlüsselindikatoren. Die Mindestinterventionsdosis erhielt nur ein Viertel der IG-Teilnehmenden und Arbeitsplatzbegleitungen durch die RTW-Begleiter*innen wurden zudem lediglich in sieben Fällen durchgeführt. Trotz einiger geäußerten Implementierungsschwierigkeiten (z.B. Corona, komplexe und schwere Fälle, Überleitung zu Modul 4) seitens der RTW-Begleiter*innen, bewerteten die Teilnehmenden die Einzel- und Gruppensitzungen mit hoher Zufriedenheit.

Zielgruppe

Die Durchführung der Studie während der Corona-Pandemie brachte zusätzliche Herausforderungen mit sich. So bleibt unklar, ob die Erkrankungsschwere in diesem Zeitraum generell zugenommen hat oder ob eine im Vergleich zu nicht-pandemischen Phasen schwerer erkrankte Studienpopulation eingeschlossen wurde. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Breite und Heterogenität der rekrutierten Studienpopulation die Durchführung und Evaluation von RTW-PIA zusätzlich erschwerten.

Die mehrheitlichen Diagnosen in der vorliegenden Studie waren rezidivierende depressive Störungen und depressive Episoden. Entsprechend wies die Studienpopulation zu Beginn der Studie eine moderate depressive Symptomatik, eine geringe Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Rückkehr zur Arbeit sowie eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf. Diese Befundlage verweist auf unterschiedliche Unterstützungsbedarfe innerhalb der Stichprobe und verdeutlicht zugleich die Komplexität von RTW-Prozessen nach krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen. Deskriptiv hat sich mithilfe von RTW-PIA über die 24-monatige Studiendauer hinweg nicht nur die Arbeitsfähigkeit, die RTW-Selbstwirksamkeit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die mentale Funktionsfähigkeit bei den Teilnehmenden verbessert, sondern auch die Arbeitszufriedenheit und die Symptomschwere. Obwohl diese Ergebnisse statistisch nicht signifikant waren, können die beobachteten positiven Tendenzen als vielversprechender Hinweis für RTW-PIA sowie als Chance für die Weiterentwicklung dieser neuen Versorgungsform und weiterer Studien betrachtet werden.

Darüber hinaus war die Intervention in der Gruppe von Personen mit gering erlebter sozialer Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte zu Studienbeginn effizienter. Vermutlich haben die RTW-Begleiter*innen diese Unterstützungslücke geschlossen, indem sie Ängste und Unsicherheiten vor und während der Rückkehr zur Arbeit bearbeiten konnten, die Selbstwirksamkeit und Selbstsicherheit der Teilnehmenden stärken konnten, was ggf. dazu beigetragen hat, arbeitsbezogene Maßnahmen während der Rückkehr zu ermöglichen. Dies unterstreicht die Bedeutung, sowohl arbeits- als auch personenbezogene Kontextfaktoren im RTW-Prozess zu berücksichtigen.

Intervention

Das Ziel eines konsequenten Arbeitsplatzbezuges und einer individuellen RTW-Begleitung konnte durch die modularisierte Intervention insbesondere in den Einzel- und Gruppensitzungen erreicht werden. Hinsichtlich der frühzeitigen Wiederherstellung und Stärkung der individuellen Arbeitsfähigkeit und RTW-Selbstwirksamkeit konnte ein deskriptiver Trend hin zu einer Verbesserung in der IG gegenüber der KG beobachtet werden. Eine kontinuierlichere Selbstfürsorge wurde insbesondere durch die Einzelsitzungen gestärkt, die langfristig geplante Unterstützung durch das Online-Angebot konnte nicht festgestellt werden. Ein weiteres Ziel war die verbesserte Vernetzung zwischen den beteiligten klinischen und betrieblichen Schlüsselakteur*innen während der Rückkehr zur Arbeit herzustellen. Aufgrund der Corona-Pandemie und der unterschiedlichen Vorerfahrungen der RTW-Begleiter*innen mit dem Thema Arbeit im therapeutischen Setting, gestalteten sich persönliche Kontaktaufnahmen und Vernetzungswege zu den Betrieben zur Zeit der Durchführung der Studie als schwierig (z. B. erschwerten die Kontaktbeschränkungen den Zugang zu den Betrieben).

Weitere Interventionsimplementierungsschwierigkeiten betrafen die Organisation und Durchführung der Gruppensitzungen. Aufgrund der pandemiebedingten Rekrutierungsschwierigkeiten entstanden außerdem Schwierigkeiten dabei, den rechtzeitigen Zeitpunkt der Intervention, mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit und Rückkehrintention für die Teilnehmenden zu ermöglichen.

Hinsichtlich der Nutzung des Online-Angebots gab es verschiedene Barrieren, die die Teilnahme erschwert haben. Auch auf Seiten der RTW-Begleiter*innen gab es Probleme in der Bereitstellung und Begleitung des Moduls (bspw. Zeitpunkt des Übergangs von Präsenz- zu Online-Angebot, Funktionalität der Videosprechstunden). Aus der Perspektive der qualitativen Interviews wurden technische Zugangsschwierigkeiten, der hohe Konzentrationsaufwand und zu geringe Audioformate genannt. Darüber hinaus kann aus der Perspektive geschlossen werden, dass mit dem Online-Angebot spätestens während der Rückkehr zur Arbeit begonnen werden sollte, damit bei auftretenden Problemen während der Rückkehr die Übungen des Online-Angebots parallel zu den Gruppen- und Einzelsitzungen genutzt werden können. Es bräuchte eine zeitlich besser verzahnte Einbindung des Online-Angebots in die Gesamtintervention, bspw. über die Bereitstellung von Audioinhalten parallel zu Einzel- und Gruppensitzungen. Zukünftig könnte das Online-Angebot zusammen mit den gekürzten Inhalten aus den Gruppensitzungen in einem Audioformat bereitgestellt werden, um nicht nur ein lebendigeres Format zu erzielen, sondern auch um eine flexiblere und niedrigschwellige Nutzung zu ermöglichen. So könnten Teilnehmende die Übungen über das Online-Angebot flexibel in den Alltag einbauen, z.B. in Pausen oder bei Spaziergängen.

In Anbetracht dessen, dass kein Zusammenhang zwischen der erhaltenen Dosis und dem Primäroutcome gefunden wurde, empfehlen wir zukünftig eine bedarfsgerechtere Interventionserbringung der Module 2 und 3. In Anlage 8 werden zusätzliche Ideen zur zukünftigen Gestaltung von RTW-PIA zusammenfassend dargestellt. Diese betreffen den Zeitpunkt der Intervention, die inhaltliche Ausgestaltung der Einzel- und Gruppensitzungen und damit verbundene Schwerpunktsetzungen, die Organisation der Sitzungen und des Online-Angebots, den Einbezug der ambulanten Psychotherapie sowie die Anforderungen an Qualifikation und Berufsrolle der RTW-Begleiter*innen sowie die Gestaltung von Interventionen. Die Handlungsempfehlungen wurden von den evaluierenden Stellen auf Basis der Perspektive der Teilnehmenden (erhoben in Interviews) und der Perspektive der RTW-Begleiter*innen (erhoben in Fokusgruppen) abgeleitet.

Methodische Stärken und Limitationen

Die vorliegende Studie weist einige wichtige Stärken auf. Die erfolgte Anwendung eines randomisierten kontrollierten Studiendesigns ist die am besten geeignete Methode zur Bewertung der (Kosten-)Effizienz von RTW-PIA hinsichtlich der Erreichung einer nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit. Im Rahmen dieser Studie konnten Patient*innen mit einem breiten Spektrum an psychischen Erkrankungen mit einbezogen werden, die die aktuelle klinische Praxis in Deutschland widerspiegeln. Darüber hinaus wurde eine qualitative Evaluation durchgeführt, die wertvolle Einblicke in das Erleben und den Nutzen der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe lieferte und die arbeitsbezogene, personenbezogene und soziale Kontextbedingungen eines erfolgreichen RTW-Verlaufs beschreibt. Dadurch konnte ein besseres Verständnis dafür geschaffen werden, welche Faktoren neben einer professionellen RTW-PIA-Begleitung Einfluss auf die Nachhaltigkeit der Rückkehr haben.

Die vorliegende Studie leistet einen wichtigen Beitrag zum internationalen RTW-Forschungsfeld: der angewendete Beobachtungszeitraum von zwei Jahren ermöglichte es, Langzeitwirkungen wie die Nachhaltigkeit der Rückkehr zur Arbeit zu untersuchen. Unseres Wissens ist die zugrunde liegende Studie die erste (in Deutschland und international), die die nachhaltige Rückkehr über einen 24-monatigen Beobachtungszeitraum bei einer so großen Stichprobe von Beschäftigten mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen gemessen hat.

Durch die Erhebung und Zusammenführung einer beträchtlichen Menge an Ergebnisdaten zur (Kosten-)Effektivität und zum Implementierungsprozess aus der Perspektive verschiedener Interessengruppen hat dieses multimethodische Evaluationsdesign verschiedene Facetten von RTW-PIA in der Praxis erfasst und die Evidenzbasis für die Optimierung von (nachhaltigen) RTW-Praktiken erweitert. Durch die Berücksichtigung von über 40 Hilfsvariablen bei der Schätzung der Behandlungseffekte konnte zudem die Annahme von zufällig fehlenden Werten plausibilisiert und der verzerrende Einfluss von systematischen Ausfallprozessen verringert werden.

Zusätzlich zur Veröffentlichung unserer Ergebnisse in internationalen Fachzeitschriften wird ein überarbeitetes RTW-PIA-Handbuch für den praktischen Gebrauch zur Verfügung gestellt. Die Beteiligung von PIAs aus städtischen und ländlichen Regionen in vier Bundesländern unterstützt die Übertragbarkeit unserer Ergebnisse auf Deutschland.

Darüber hinaus sind einige Limitationen zu berücksichtigen. Da in Deutschland keine zentral erfassten Daten zu Arbeitsunfähigkeitstagen vorliegen, stützte sich die Studie auf selbstberichtete Angaben der Teilnehmenden. Um mögliche Erinnerungsverzerrungen in Bezug auf das Primäroutcome zu minimieren, wurden die Teilnehmer gebeten, die Arbeitsunfähigkeitstage fortlaufend in einer von den Studienzentren bereitgestellten Liste zu erfassen.

Die Corona-Pandemie führte zu erheblichen Herausforderungen sowohl bei der Rekrutierung von Studienteilnehmenden (geringere Klinikauslastung, personelle Engpässe sowie strenge Hygienemaßnahmen) als auch bei der Umsetzung von RTW-PIA im klinischen Setting (Organisation der Gruppensitzungen etc.). Trotz all dieser Herausforderungen konnte die angestrebte Fallzahl (304 Teilnehmende; 152 Personen pro Gruppe) in der Studie erreicht werden.

Die Inanspruchnahme zusätzlicher, nicht kontrollierbarer Behandlungen durch Teilnehmende (z. B. ambulante Psychotherapie, medizinische Rehabilitation, erneute Klinikaufenthalte) stellt außerdem eine Limitation dar, da sie möglicherweise die interne Validität der randomisiert-kontrollierten Studie beeinträchtigt.

Die vorliegende gesundheitsökonomische Evaluation basiert ausschließlich auf selbstberichteten Angaben zu Ressourcenverbrauch und gesundheitlichem Nutzen; routinemäßige Abrechnungs- und Leistungsdaten der GKV wurden nicht einbezogen. Dieser methodische Umstand führt zu einem Verzerrungspotenzial. Recall-Bias ist bei Selbstauskünften zu erwarten – die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Fehlzeiten und Präsentismus werden häufig ungenau oder sozial erwünscht wiedergegeben. Dadurch entstehen Unsicherheiten bei der Schätzung sowohl der Gesamtkosten als auch der gewonnenen qualitätsadjustierten Lebensjahre, was die interne Validität der Analyse einschränkt. Beim Transfer von RTW-PIA in andere Settings können unterschiedliche Tarifstrukturen und regionale Versorgungswege die Schätzungen zur Kosteneffektivität der Intervention verändern.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Die klinische RTW-PIA-Nachsorge konnte für den primären Endpunkt und die sekundären Endpunkte keine statistische signifikante Überlegenheit im Vergleich zur Regelversorgung zeigen. Dennoch ist bei allen Sekundäroutcomes durchgehend ein positiver Trend hin zu den intendierten Effekten zu beobachten, der durch die Ergebnisse aus der qualitativen Evaluation gestützt wird. Die Studie weist zudem darauf hin, dass sich eine RTW-Intervention gesamtgesellschaftlich lohnen kann.

Um den statistisch signifikanten Nachweis der Wirksamkeit zu erbringen, wäre es denkbar, eine Anschlussstudie durchzuführen mit einer angepassten Zielgruppe im F32/33er-Diagnose-Spektrum, mit dem angepassten flexibilisierten Manual, einem stärkeren Fokus auf die Arbeitsfähigkeit, der Verbesserung des Kontakts zum Arbeitsplatz sowie einer angepassten Effektstärke.

Aus Sicht der evaluierenden Stellen ist es weiterhin sinnvoll, das Thema Arbeit und Rückkehr zur Arbeit in der Therapie zu berücksichtigen. Aus diesem Grund wollen die klinischen Kooperationspartner*innen ein überarbeitetes Manual für Akteur*innen im Gesundheitswesen, im betrieblichen Gesundheitsmanagement und der therapeutischen Praxis zur Verfügung stellen.

Gesamtgesellschaftlich bleibt es wichtig, dass auch die Betriebe an das Erreichte aus der Therapie und/oder klinischen Behandlung anknüpfen und diese durch die Umsetzung passender Maßnahmen während der Rückkehr zur Arbeit unterstützen.

Das Ziel einer umfassenden sektorenübergreifenden Versorgung bleibt aktuell: Sowohl in der Zusammenarbeit mit der ambulanten Psychotherapie als auch perspektivisch in Richtung einer möglichen Entwicklung eines akutpsychiatrischen Fallmanagements mit Kontakt zum Arbeitsplatz (mittels Einsatz zentraler Ansprechpersonen, die für das Thema „Arbeit/RTW/Nachsorge“ verantwortlich sind und sich mit dem nötigen Handlungs- und Erfahrungswissen im klinischen Setting darum kümmern können), insbesondere auch für diejenigen, die keine medizinische Rehabilitation haben.

IV Literaturverzeichnis

1. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2023. Dortmund; 2024.
2. Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit 2015: Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. Berlin; 2015.
3. Meyer M, Meinicke M, Schenkel A. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2022. In: Badura B, Ducki A, Baumgardt J, Meyer M, Schröder H, editors. Fehlzeiten-Report 2023: Zeitenwende – Arbeit gesund gestalten. Berlin, Heidelberg: Springer; 2023. p. 435-520.
4. Deutsche Rentenversicherung Bund. Rentenversicherung in Zeitreihen 2024. 2024.
5. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence After Recovery From Major Depressive Disorder During 15 Years of Observational Follow-Up. Am J Psychiatry. 1999;156 1000-6.
6. OECD. Mental health and work: Fit mind, Fit Job: From evidence to practice in mental health and work. Paris: OECD; 2015.
7. Furlan AD, Gnam WH, Carnide N, Irvin E, Amick BC, De Rango K, et al. Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. J Occup Rehabil. 2012;22:312-21.
8. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12.
9. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database Syst Rev. 2020;10(10):Cd006237.
10. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. Scand J Work Environ Health. 2012;38:93–104.
11. Stegmann R, Schröder U. Anders Gesund. Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Wiesbaden: Springer-Verlag; 2018.

12. Schwarz B, Wegewitz U. Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise. Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke unter der Lupe. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed. 2018;53(6):368-71.
13. Unger HP. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz aus Sicht der Klinik. In: Stegmann R, Schröder U, editors. Anders Gesund Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Wiesbaden: Springer-Verlag; 2018. p. 143-6.
14. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN). Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. 2018.
15. Riedl L, Blank D, Kohl M, Lang A, Kehl V, Brieger P, et al. Return-to-work-experts for inpatient treatment of patients with mental illnesses – a proof-of-concept-study (RETURN): the study protocol. BMC Psychiatry. 2020;20(1):177.
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V. 2022.
17. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ. 2014;348:g1687.
18. Sikora A, Schneider G, Wegewitz U, Bultmann U. Employees receiving inpatient treatment for common mental disorders in Germany: factors associated with time to first and full return to work. J Occup Rehabil. 2022;32(1):114–27.
19. Sikora A, Schneider G, Stegmann R, Wegewitz U. Returning to work after sickness absence due to common mental disorders: study design and baseline findings from an 18 months mixed methods follow-up study in Germany. BMC Public Health. 2019;19(1):1653.
20. Chowdhury R, Shah D, Payal AR. Healthy Worker Effect Phenomenon: Revisited with Emphasis on Statistical Methods – A Review. Indian J Occup Environ Med. 2017;21(1):2-8.
21. Rothermund E, Gündel H, Rottler E, Hölzer M, Mayer D, Rieger M, et al. Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. BMC Public Health. 2016;16:891.
22. Create a blocked randomisation list [Internet]. 2021 [cited 31.08.2021]. Available from: <https://www.sealedenvelope.com/si.ple-randomiser/v1/lists>.
23. Nielsen K, Yarker J, Fehmidar M, Bültmann U. IGLOO. An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. Work & Stress. 2018;32 (4):400-17.
24. Young AE, Viikari-Juntura E, Boot CRL, Chan C, Gimeno Ruiz de Porras D, Linton SJ, et al. Workplace Outcomes in Work-Disability Prevention Research: A Review with Recommendations for Future Research. J Occup Rehabil. 2016;26:434–47.
25. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MN, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work. J Occup Rehabil. 2005;15:557–68.
26. Hakkaart-van Roijen L, Van Straten A, Donker M, Tiemens B. Manual Trimbos/iMTA Questionnaire for Costs Associated with Psychiatric Illness (TIC-P). Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment; 2002.
27. Bouwmans C, De Jong K, Timman R, Zijlstra-Vlasveld M, Van der Feltz-Cornelis C, Tan SS, et al. Feasibility, reliability and validity of a questionnaire on healthcare consumption and productivity loss in patients with a psychiatric disorder (TiC-P). BMC Health Serv Res. 2013;13:217.
28. Richardson JR, Peacock SJ, Hawthorne G, Iezzi A, Elsworth G, Day NA. Construction of the descriptive system for the Assessment of Quality of Life AQoL-6D utility instrument. Health Qual Life Outcomes. 2012;10:38.
29. Jankowiak S, Rose U, Kersten N. Application of the ICF based Norwegian function assessment scale to employees in Germany. J Occup Med Toxicol. 2018;13:3.
30. Østerås N, Brage S, Garratt A, Benth JS, Natvig B, Gulbrandsen P. Functional ability in a population: normative survey data and reliability for the ICF based Norwegian Function Assessment Scale. BMC Public Health. 2007;7:278.
31. Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Scand J Public Health. 2010;38:8–24.

32. Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB. Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work Stress*. 2010;24(4):359–75.
33. Spitzer C, Hammer S, Lowe B, Grabe HJ, Barnow S, Rose M, et al. Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2011;79(9):517–23.
34. Ahlstrom L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health – a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health*. 2010;36(5):404–12.
35. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606–13.
36. Beierlein C, Kemper CJ, Kovaleva A, Rammstedt B. Kurzsкала zur Messung des zwischenmenschlichen Vertrauens: die Kurzsкала Interpersonales Vertrauen (KUSIV3). Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften; 2012.
37. Bürger W, Deck R. SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation [SIBAR - a short screening instrument for the assessment of need for occupation related treatment in medical rehabilitation]. *Die Rehabilitation*. 2009;48(4):211–21.
38. Lin M, Hirschfeld G, Margraf J. Brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU K-6): Validation, norms, and cross-cultural measurement invariance in the USA, Germany, Russia, and China. *Psychol Assess*. 2019;31(5):609–21.
39. Kriz D, Nübling R, Steffanowski A, Wittmann WW, Schmidt J. Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. *Z Med Psychol*. 2008;17(2–3):67–79.
40. Franke GH, Jaeger S, Glaesmer H, Barkmann C, Petrowski K, Braehler E. Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17(1):14.
41. Boß L, Lehr D, Reis D, Vis C, Riper H, Berking M, et al. Reliability and Validity of Assessing User Satisfaction With Web-Based Health Interventions. *J Med Internet Res*. 2016;18(8):e234.
42. Rose U, Friedland I, Pattloch D. FDZ-Datenreport 5/2017: Studie Mentale Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA). Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung; 2017.
43. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012: Arbeit und Beruf im Wandel, Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen. Bonn; 2012.
44. Bock JO, Brettschneider C, Seidl H, Bowles D, Holle R, Greiner W, et al. Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation. *Gesundheitswesen* 2015;77:63–1.
45. Muntendorf LK, Brettschneider C, Konnopka A, König HH. Aktualisierung der standardisierten Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für gesundheitsökonomische Evaluationen. *Gesundheitswesen*. 2024;86(5):389–93.
46. Brouwer WBF, Koopmanschap MA, Rutten FFH. Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence. *Health Policy*. 1999;48:13–27.
47. Statistisches Bundesamt. Verbraucherpreisindex [Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/inhalt.html>].
48. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Allgemeine Methoden – Entwurf für Version 8.0. 2025.
49. Starke F, Sikora A, Stegmann R, Knebel L, Buntrock C, de Rijk A, et al. Evaluating a multimodal, clinical and work-directed intervention (RTW-PIA) to support sustainable return to work among employees with mental disorders: study protocol of a multicentre, randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2023;23:380.
50. van Buuren S, Groothuis-Oudshoorn K. mice: Multivariate Imputation by Chained Equations in R. *J Stat Softw*. 2011;45(3).

51. Zhao Y, Long Q. Multiple imputation in the presence of high-dimensional data. *Stat Methods Med Res.* 2016;25(5):2021–35.
52. Enders CK. A note on the use of missing auxiliary variables in full information maximum likelihood-based structural equation models. *Structural Equation Modeling.* 2008;15(3):434–48.
53. Rosseel Y. lavaan: An R Package for structural equation modeling. *J Stat Softw.* 2012;48(2).
54. semTools: Useful tools for structural equation modeling [Internet]. 2018. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=semToolsv>.
55. McNeish D, Matta T. Differentiating between mixed-effects and latent-curve approaches to growth modeling. *Behav Res Methods.* 2018;50(4):1398–414.
56. Sikora A, Stegmann R, Schröder UB, Schulz IL, Wegewitz U, Bültmann U. Work Ability during the Return to Work Process: Results from a Mixed Methods Follow-Up Study Among Employees with Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil.* 2025.
57. Richardson J, Iezzi A, Khan MA, Maxwell A. Validity and reliability of the Assessment of Quality of Life (AQoL)-8D multi-attribute utility instrument. *Patient* 2014;7:85-96.
58. El Alili M, van Dongen JM, Goldfeld KS, Heymans MW, van Tulder MW, Bosmans JE. Taking the Analysis of Trial-Based Economic Evaluations to the Next Level: The Importance of Accounting for Clustering. *Pharmacoeconomics.* 2020;38(11):1247–61.
59. Barber JA, Thompson SG. Analysis of cost data in randomized trials: an application of the non-parametric bootstrap. *Stat Med.* 2000;19(23):3219–36.
60. Ren S, Lai H, Tong W, Aminzadeh M, Hou X, Lai S. Nonparametric bootstrapping for hierarchical data. *J Appl Stat.* 2010;37(9):1487–98.
61. van Hout BA, Al MJ, Gordon GS, Rutten FFH. Costs, effects and C/E-ratios alongside a clinical trial. *Health Econ.* 1994;3(5):309–19.
62. Bohnsack R. Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2014.
63. Mannheim K. Strukturen des Denkens: Suhrkamp Verlag; 1980.
64. Steckler A, Linnan L. Process Evaluation for Public Health Interventions and Research. San Francisco: Jossey-Bass/Wiley; 2002.
65. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (Grundlagentexte Methoden). Weinheim: Beltz Juventa; 2016.

V Anlagen

Anlage 1: Steckbriefe der teilnehmenden Studienzentren

Anlage 2: TIDieR-Checkliste

Anlage 3: Interviewleitfäden

Anlage 4: Fokusgruppenleitfäden

Anlage 5: Qualitative Differenzierung der Rückkehr

Anlage 6: Laufzettel

Anlage 7: Boxplots zur Zufriedenheit mit der Intervention

Anlage 8: Weiterführende Empfehlungen

Anlage 1: Steckbriefe der teilnehmenden Studienzentren

Alexianer St. Joseph Krankenhaus Berlin Weißensee

Größe und Umfeld sowie Einrichtungsmerkmale der Klinik

Das Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee ist ein Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik sowie Suchtmedizin und mit der Pflichtversorgung für Erwachsenenpsychiatrie des Stadtbezirks Pankow (420.000 Einwohner) beauftragt. Das Umfeld ist städtisch.

Für die Erfüllung des Versorgungsauftrags hält die Klinik für Psychiatrie 226 vollstationäre Behandlungsplätze sowie 90 teilstationäre Plätze in vier psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken vor sowie in der Klinik für Neurologie 49 vollstationäre Behandlungsplätze. Etwa 1.100 Patient*innen werden pro Quartal ambulant in der PIA behandelt. Der Einrichtung sind eine Institutsambulanz, Konziliar- und Liaison-Dienste, ambulante Ergotherapie sowie mehrere therapeutische Wohngemeinschaften angeschlossen.

Das Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee sieht sich als Bestandteil der regionalen Versorgung im Sinne der Gemeindepsychiatrie und ist konzeptionell ganzheitlich ausgerichtet, d. h. entsprechend der multifaktoriellen Ätiopathogenese der psychischen Erkrankung werden somatische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Ansätze integriert. Das psychotherapeutische Konzept ist tiefenpsychologisch fundiert und integriert bei entsprechender Indikation Verhaltens- und kognitive Therapie sowie systemische Ansätze.

Änderungen und Anpassungen im Zuge der Coronapandemie

Im Zuge der Corona Pandemie wurde die Patientenversorgung unter erhöhten präventiven Maßnahmen und Hygieneauflagen sichergestellt. Um das Risiko für Covid 19-Infektionsausbrüche zu minimieren, wurden temporär quarantänebedingte Bereiche geschlossen und/oder Corona positiv getestete Personen und deren Kontaktpersonen beurlaubt oder Aufenthalte verkürzt. Dies führte vorrangig in den Tageskliniken zu einer insgesamt reduzierten Auslastung. Während die Belegung sonst zwischen 90 % und 100 % variiert, kam es im Rekrutierungszeitraum Oktober 2021 bis März 2023 vereinzelt zu Monaten mit Auslastungen von unter 60 % oder 70 % in einigen Tageskliniken. Im stationären Bereich sowie in der PIA blieben die Patientenzahlen demgegenüber relativ konstant (ca. 1.100 Patient*innen/Quartal). Es ist davon auszugehen, dass die Pandemie den Rekrutierungsprozess verzögert/negativ beeinflusst hat. So kam es z. B. dazu, dass gescreente Patient*innen an M1 nicht teilnehmen konnten, weil sie in Quarantäne oder erkrankt waren. Nicht immer konnte die Teilnahme an M1 bei einer Wiederaufnahme nachgeholt werden. Als indirekter negativer Effekt der Pandemie auf die Rekrutierung kam eine erhöhte Arbeitslast in allen Bereichen hinzu (u. a. veränderte Stationsabläufe, hoher Krankenstand auch auf Seiten der Mitarbeitenden), so dass die Zuarbeit zur Rekrutierung zum Teil hinter der Patientenversorgung zurückstand.

Erfahrungen mit dem Thema Return to Work (VOR Beginn der Intervention)

Vor Beteiligung am RTW-PIA-Projekt wurde „Arbeit“ und „Return to Work“ je nach individuellen Bedürfnissen der Patient*innen fokussiert, sowie im Rahmen des Entlassmanagements vorwiegend durch die Sozialdienste koordiniert. Kontakte zur Arbeitsstelle stellten eine Ausnahme dar. Darüber hinaus fanden monatliche stationsübergreifende Fallkonferenzen („sozialmedizinische Visite“) statt, welche die Beschäftigungsperspektive und Rehabilitation gezielt adressierten. Darüber hinaus arbeitet eine Tagesklinik konzeptionell mit einem systemischen Schwerpunkt und adressiert in dem Rahmen die o. g. Themen u. U. verstärkt. Bei einem Großteil der am Krankenhaus versorgten Patient*innen, insbesondere der PIA, liegt der Fokus jedoch eher auf der Teilhabeplanung, da nur wenige über eine Arbeitsstelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verfügen.

Interventionserbringungen (Ort, spezifische Einrichtungsmerkmale)

Rekrutierung

Beginnend 09/2021 erfolgte ein regelmäßiges Screening der eingeschlossenen Funktionsbereiche. Zu Beginn wurden alle Patient*innen hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien gescreent. Danach nahm das RTW-PIA-Team wöchentlich Kontakt zu den jeweiligen Mitarbeitenden der Sozialdienste auf und screente die Neuaufnahmen der Tageskliniken und offenen Stationen. Wenn die Einschlusskriterien erfüllt waren, wurden die positiv gescreenten Personen durch die Stationsteams zur Teilnahme an der M1 Veranstaltung eingeladen.

Zusätzlich wurden in der PIA und weiteren Bereichen (wie oben ausgeführt) die Behandler*teams über die Studie informiert und um Mithilfe bei der Vermittlung in M1 gebeten. Über den Aushang von Postern und Flyern konnten sich Interessierte auch selbst mit dem RTW-PIA-Team in Verbindung setzen. Es zeigte sich, dass unter den bestehenden PIA-Patient*innen nur sehr wenige Personen über einen Arbeitsvertrag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verfügten. Ein Großteil der PIA-Patient*innen sind durch die länger bestehende chronische psychische Erkrankung arbeitslos, berentet und gehen Zuverdiensten oder anderen unterstützten Beschäftigungsformen nach.

Das regelmäßige Screening erfolgte auf den Tageskliniken und offenen Stationen 9 und 12. Zusätzlich wurden die Behandlungsteams der PIA und der Akutstationen über die Durchführung der Studie informiert, um geeignete Patient*innen auf das Angebot von RTW-PIA hinzuweisen.

Darüber hinaus erfolgte eine Kooperation mit dem zum Haus gehörenden Medizinischen Versorgungszentrum und im Bezirk niedergelassenen Psychiater*innen („sonstige Behandlung“). Über das MVZ und die Niedergelassenen ließen sich im Vergleich nur wenige Interessierte screenen und rekrutieren, da die Studienteilnahme mit einer Anbindung an die PIA und einem (zeitweisen) Wechsel der Hauptbehandler*innen verbunden war. Die Gesamtzahl der Behandlungsplätze im MVZ und den umliegenden Praxen sind daher nicht interpretierbar und fehlen.

Für die Vermittlung in M1 konzentrierte sich die Rekrutierung auf die o. g. ausgewählten Bereiche der Tageskliniken und offenen Stationen. Bei Personen im erwerbsfähigen Alter und mit einem bestehenden Arbeitsvertrag war der häufigste Ausschlussgrund im Rahmen des Screenings, dass die PIA-Kriterien nicht zutrafen, so dass diesen Personen kein Angebot zur Teilnahme an M1

gemacht werden konnte. Am Ende der M1 Veranstaltung wurde unter den Anwesenden für die Teilnahme an RTW-PIA Studie geworben und bei Interesse die Studienunterlagen mitgegeben. Die Erfahrung zeigte, dass die Informationen der M1-Veranstaltung viele Patient*innen sehr forderte und die Unterlagen nicht direkt ausgefüllt wurden. Im Nachgang bemühte sich das RTW-PIA-Team Kontakt mit den behandelnden Stationen aufzunehmen, um Rückfragen zur Teilnahme zu beantworten und die Unterlagen oder Non-Responder zu erhalten. Im Q2/2022 wurde eine „RTW-Sprechzeit“ am Haupthaus eingeführt, in welcher Patient*innen ihre Unterlagen persönlich abgeben und Fragen zur Studienteilnahme stellen konnten.

Im Kontakt mit den Teilnehmenden von M1 zeigte sich als eine der größten Bedenken zur Einwilligung in die Studie:

- Interesse an der Aufnahme einer Psychotherapie. Dies konnte durch die PIA-Aufnahmekriterien des Standortes nicht in den ersten Monaten der PIA-Behandlung/Studienteilnahme erfolgen.
- Sorge, als Teilnehmende der Kontrollgruppe keine Unterstützung zu erhalten
- Lange Dauer der Studie und Scheu, sich so lange zu verpflichten

Intervention

Die ständigen Diensträume des RTW-PIA-Teams liegen an einer kleineren Außenstelle im Stadtteil Prenzlauer Berg, ca. 4 km vom Haupthaus Weißensee entfernt. An der Außenstelle befindet sich ebenfalls die Tagesklinik St. Martha, Prenzlauer Berg sowie die Psychiatrische Institutsambulanz Prenzlauer Berg. Die Module 2-4 wurden überwiegend in den Räumen des RTW-PIA-Teams durchgeführt, nach Bedarf aber an das Haupthaus verlegt.

Die Einzelgespräche fanden in den Räumen des RTW-PIA-Teams statt. Vereinzelt fand das erste M2-Gespräch, das überlappend zur stationären/teilstationären Behandlung erfolgen konnte, in einem Gesprächsraum der jeweiligen Station oder Tagesklinik statt.

Die M3-Sitzungen fanden in einem großen Gruppenraum am Standort Prenzlauer Berg statt, wochentags, jeweils mit Beginn 17 Uhr. Ab Februar 2023 erfolgte die Verlegung der M3-Gruppen ans Haupthaus.

Zwischen Dezember 2021 und September 2023 wurden insgesamt ca. drei vollständige Interventionszyklen (A-O) durchgeführt. Der vierte und letzte Zyklus war unvollständig. Das Gruppenangebot wurde als halboffene Gruppe umgesetzt. Neue Patient*innen konnten in Absprache und bei vorhandenem Platz hinzukommen und ausscheidende Patient*innen wurden aus der Gruppe verabschiedet.

Die Erbringung von M4 fand in RTW-PIA-Räumen am Standort Prenzlauer Berg statt.

Weitere spezifische RTW-PIA-Treffen am Standort neben Supervision oder den Manualtreffen

Am Standort gab es über das Manual hinaus noch weitere Abläufe, Tätigkeiten und/oder Prozesse (insbesondere vorbereitende und unterstützende Aktivitäten), die in der Intervention Verwendung fanden: Unterschiedliche Öffentlichkeitsaktivitäten im Rahmen des RTW-PIA-Projektes waren zur Unterstützung der Rekrutierung notwendig und führten innerhalb der Klinik zu einer erhöhten Sichtbarkeit der Themen Arbeit und Return to Work. Gleiches gilt für die Durchführung des

Screenings. Eine erhöhte Aufmerksamkeit auf die Erwerbstätigkeit auch von Teilnehmenden der Kontrollgruppe kann daher nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Neben dem Manualtreffen und der Supervision fand alle 14 Tage am Standort Treffen des RTW-PIA-Teams statt, wo einmal im Monat auch die zuständige Oberärztin teilnahm.

RTW-PIA Beteiligte

Insgesamt haben sich drei Personen am RTW-PIA-Projekt beteiligt: die zuständige Oberärztin, eine psychologische Psychotherapeutin und eine Sozialarbeiterin.

P1 ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Verhaltenstherapie) und hatte die ärztliche Projektleitung inne. Verantwortlich war P1 für die Rekrutierung, inhaltliche Ausarbeitung der Module (Manualerstellung), Durchführung der M3-Gruppengespräche sowie von M4. Während der Studie hat sie als zusätzliches spezifisches Training an den gemeinsamen Manuals Schulungen sowie an den Teambesprechungen teilgenommen. Im Projekt tätig war P1 vom 1.6.2021-31.1.2023.

P2 hat ein Diplom in Psychologie und hat im Oktober 2023 ihre Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin (TP) abgeschlossen. Verantwortlich war P2 für das Screening, die Rekrutierung, inhaltliche Ausarbeitung der Module (Manualerstellung), Durchführung von M1, M2, M3 und M4. Vor der Studie hat sie eine Ausbildung zur systemischen Paar- und Familientherapeutin abgeschlossen (DGSF zertifiziert). Während der Studie hat sie als zusätzliches spezifisches Training an den gemeinsamen Manuals Schulungen, der Intervention sowie an den Teambesprechungen teilgenommen. Ein Literaturstudium wurde auch angemerkt als spezifisches Training. Im Projekt tätig war P2 vom 1.2.2021-31.12.2024.

P3 hat einen Master in Soziologie/Erziehungswissenschaft und war während der Projektlaufzeit in einer Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP). Verantwortlich war P3 für das Screening, die Rekrutierung, inhaltliche Ausarbeitung der Module (Manualerstellung), Durchführung von M1, M2, M3 und M4. Während der Studie hat sie als zusätzliches spezifisches Training an den gemeinsamen Manuals Schulungen, der Intervention sowie an den Teambesprechungen teilgenommen. Eine Teilnahme an der psychosozialen Arbeitsgruppe „AG Arbeit“ im Bezirk Pankow sowie ein Literaturstudium wurde auch angemerkt als spezifisches Training. Im Projekt tätig war P3 vom 1.6.2021-31.10.2024.

Asklepios Klinikum Hamburg-Harburg

Größe und Umfeld sowie Einrichtungsmerkmale der Klinik

Das Asklepios Klinikum Harburg ist für einen Teil von Hamburg zuständig, südlich der Elbe (ca. 280.000 Einwohner). Dabei handelt es sich um teilweise verdichtete städtische Gebiete wie Wilhelmsburg mit hohem Anteil von Bewohner*innen mit Migrationshintergrund und eher niedrigem sozioökonomischen Status sowie Randgebiete Hamburgs mit Übergang zum eher ländlich geprägten „Speckgürtel“.

In der Tagesklinik für Stressmedizin gibt es 35 Behandlungsplätze und 70 Plätze in den allgemeinen Tageskliniken in Harburg, Wilhelmsburg und Neugraben. In den Stress-Tageskliniken haben in der Regel alle Patient*innen einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt. Auf zwei Depressions- und Jungerwachsenenstationen im vollstationären Bereich gibt es 60 Plätze. In der ambulanten PIA gibt es 2.800 Scheine pro Quartal, das entspricht ungefähr 4.000 Patient*innen pro Jahr.

Änderungen und Anpassungen im Zuge der Coronapandemie

In der Corona-Zeit gab es 22 Plätze in der Stress-Tagesklinik und 50 Plätze in den allgemeinen Tageskliniken. Weitere 48 Plätze befanden sich in den allgemeinen Tageskliniken und die ambulante PIA fand überwiegend online statt. Die Reduktion der Behandlungsplätze ist auf die mit der Hygieneabteilung festgelegten Abstandsregeln in Gruppen und bei den Mahlzeiten zurückzuführen, aber auch die Zuweisungen und Aufnahmen reduzierten sich und Patient*innen kamen jetzt aus dem Home-Office mit zum Teil neuen Stress-Belastungen – und gingen auch wieder ins Home-Office zurück, was die stufenweise Wiedereingliederung unübersichtlich machte und das System der Absprachen mit den Betriebsärzt*innen/BEM erschwerte bzw. auf neue Weise herausforderte.

Erfahrungen mit dem Thema Return to Work (VOR Beginn der Intervention)

Von 2008 bis 2016 enge Kooperation mit dem BGM/BEM einiger auch großer Betriebe, dann „Auslagerung“ der Sprechstunden für seelische Gesundheit erst kliniknah bei Asklepios Connecting Health, dann klinikferner bei Inside Interventions. Arbeitsplatzbezogene achtsamkeitsbasierte Behandlung in den zwei Stress-Tageskliniken, Sprechstunde bei Bedarf für die Planung des RTW-Prozesses durch eine*n Sozialarbeiter*in/Disability Manager*in im Rahmen der Arbeitstherapie.

Interventionserbringungen (Ort, spezifische Einrichtungsmerkmale)

Rekrutierung

Rekrutiert wurde in der Tagesklinik für Stressmedizin und in den allgemeinen Tageskliniken in Harburg, Wilhelmsburg und Neugraben, auf den zwei Depressions- und Jungerwachsenenstationen im vollstationären Bereich sowie in der ambulanten PIA.

Zwei RTW-PIA-Mitarbeiter*innen haben alle PIA-Patient*innen in Harburg, Wilhelmsburg und Neugraben auf die Einschlusskriterien zur Studie „gescannt“ und dann direkt oder über ihre*n

Therapeut*innen angesprochen. Diese Maßnahme erwies sich zur Rekrutierung effektiver als ein Hinweis auf eine Modul 1-Sitzung in der Klinik durch die PIA-Therapeut*innen. Modul 1 wurde für die angesprochenen PIA-Patient*innen von den beiden RTW-PIA-Mitarbeiter*innen durchgeführt.

Tageskliniken und Stationen: Bei der Aufnahme wurden Patient*innen, die die Einschlusskriterien erfüllten, direkt angesprochen und auf Modul 1 hingewiesen. Das Screening erfolgte täglich über die SAP-Aufnahmedokumentation durch die Study Nurse des RTW-PIA-Projektes. So ging keine Aufnahme von Patient*innen mit festem Arbeitsplatz verloren. Den Rekrutierungsbogen sollten zunächst Tagesklinik- oder Stationsmitarbeiter*innen ausfüllen, effizienter war das Ausfüllen der Rekrutierungsbögen durch die RTW-PIA-Study Nurse.

Intervention

Modul 1 fand im Gruppenraum der einzelnen Tageskliniken, für stationäre und PIA-Patient*innen im Gruppenraum im Therapiebereich, außerhalb der Stationen, teilweise aufgrund von Covid 19-Maßnahmen im 2er Setting im Behandlerbüro statt. Die Einzelgespräche wurden in zwei Räumen, die speziell für das RTW-PIA-Team zur Verfügung standen (auf dem Klinikgelände, aber außerhalb der Psychiatriegebäude) oder in den Therapiezimmern der Therapeut*innen, die mit einem Stellenanteil auch in der Klinik beschäftigt waren, durchgeführt. Die Gruppenräume der Klinik, der Therapiebereich, und Plätze außerhalb der Stationen standen für die Gruppentherapien zur Verfügung. Modul 4 wurde von 2 PC-Arbeitsplätzen in den zwei eigenen Räumen des RTW-PIA-Teams durchgeführt.

Insgesamt wurden zehn vollständige Interventionszyklen (A-O) durchgeführt plus eine „Rest- oder Auffanggruppe am Ende der Interventionszeit“. Das Gruppenangebot wurde halboffen umgesetzt, allerdings wurde versucht, jede Gruppe mit einem möglichst festen Stamm zu beginnen.

Weitere spezifische RTW-PIA-Treffen neben Supervision oder den Manualtreffen

Die PIA-Mitarbeiter*innen wurden geschult und mehrfach in der monatlichen „großen PIA-Besprechung“ und „Psychologen-Runde“ an das Projekt erinnert.

Öffentlichkeitsarbeit in den psychosozialen Gremien (Beispiel PSAG) der Versorgungsregion, Kontaktaufnahme mit den Gesundheitsberater*innen der AOK (kein Erfolg) und der DAK (Zuweisungen in PIA und zum Projekt) zur Rekrutierung.

Mehrfach wurde das Projekt in der klinikinternen Fortbildung vorgestellt sowie in der Ärzte- und Psychologen- sowie der Sozialarbeiterrunde. Es fanden wöchentliche Besprechungen (Fallbesprechungen/Organisation etc.) des RTW-PIA-Teams unter Leitung des Projektleiters statt.

RTW-PIA-Beteiligte

Insgesamt haben sich zehn Personen am RTW-PIA Projekt beteiligt.

P1 ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und war Chefarzt des Klinikums. Er war vom 01.01.2021 bis zum 31.12.2024 im Projekt tätig, die Projektleitung oblag ihm bis zu seinem altersbedingten Ausscheiden am 28.02.2022. Zu seinen Erfahrungen gehören Vorträge und

Veröffentlichungen zum Thema BGM, Kooperationen BGM/Versorgungssystem und die arbeitsplatzbezogene Psychotherapie.

P2 ist Ergotherapeut und Disabilitymanager und war vom 01.01.2021 bis zum 31.12.2024 im Projekt tätig. Er ist Leiter der Ergo- und Arbeitstherapie in der Klinik, begleitet Patient*innen an den Arbeitsplatz und hält Vorträge zum Thema.

P3 ist Kulturpädagogin und Achtsamkeitstherapeutin und war vom 01.02.2021 bis 30.09.2021 im Projekt tätig. Sie hat eine Ausbildung in Yoga und war im Einsatz im BGM verschiedener Betriebe und hält Vorträge zum Thema.

P4 ist Krankenschwester und war vom 01.10.2021 bis zum 29.02.2024 die koordinierende Stelle und in der Studiendokumentation im Projekt tätig. Sie bringt Erfahrung als Study Nurse aus anderen Projekten mit.

P5 ist Psychologischer Psychotherapeut und war vom 01.04.2021 bis zu seinem Ausscheiden wegen Berufung auf eine Professorenstelle am 30.06.2021 im Projekt tätig. Er hat Vorerfahrungen mit BGM, Veröffentlichungen und hielt Vorträge zum Thema.

P6 ist Psychologin und war vom 01.10.2021 bis zum 31.12.2024 als Psychotherapeutin und in der Koordination von Modul 4 im Projekt tätig. Sie hat Vorerfahrungen in Forschungsprojekten und mit digitalem Projekt und BGM.

P7 ist Psychologische Psychotherapeutin und war vom 01.01.2021 bis zu ihrem Ausscheiden wegen Stellenwechsels in UKE und Niederlassung am 30.04.2022 im Projekt tätig. Sie bringt Vorerfahrungen im BGM mit.

P8 ist Psychologin und war vom 01.01.2021 bis zu ihrem Ausscheiden wegen Mutterschutzes am 30.09.2022 als Psychotherapeutin im Projekt tätig. Sie bringt Vorerfahrungen im BGM mit.

P9 ist Psychologin und war vom 01.07.2021 bis zu ihrem Ausscheiden wegen Wechsels ins UKE zur Weiterbildung am 31.12.2022 als Psychotherapeutin im Projekt tätig. Sie bringt Vorerfahrung in EAP, BGM, Krankenkasse mit.

P10 ist Psychologin und war vom 01.07.2022 bis zum 31.12.2024 als Psychotherapeutin i.A. im Projekt tätig. Sie bringt Vorerfahrung mit Startup zur Digitalisierung und in der Durchführung von Forschungsprojekten sowie Veröffentlichungen mit.

Burghofklinik Rinteln

Größe und Umfeld sowie Einrichtungsmerkmale der Klinik

Die Burghofklinik in Rinteln ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und seit Jahrzehnten spezialisiert auf eine differenzierte Behandlung psychischer Erkrankungen mit psychotherapeutischem Schwerpunkt. Sie ist ein mittelständisches Familienunternehmen, in dem eine Verbindung zwischen fundierter Erfahrung und der Umsetzung des aktuellen Wissensstandes in Medizin, Psychotherapie und Pflege gelebt wird. Ländlich im Landkreis Schaumburg im Weserbergland gelegen hat sie viele weit verbreitete Standorte mit Entfernungen bis zu 20 km. Auf den rekrutierten Stationen hält die Klinik 154 vollstationäre Behandlungsplätze sowie 80 teilstationäre Plätze zur Behandlung bereit, außerdem gibt es 10.000 Überweisungen im Jahr in die ambulante PIA-Behandlung.

Änderungen und Anpassungen im Zuge der Coronapandemie

Während der Pandemie waren keine standortübergreifenden Gruppen möglich. Die Behandlungsplätze sind während der Pandemie nicht reduziert worden (zusätzliche Behandlungsräume), einzig die Zugangswege und Bestimmungen haben die Umsetzung erschwert.

Erfahrungen mit dem Thema Return to Work (VOR Beginn der Intervention)

Das Thema RTW war kaum eingebettet, max. Abfragen von AU und AU-Dauer, Rente, Vorhandensein eines Arbeitsplatzes. Kontakt zu Arbeitsstellen gab es nicht.

Interventionserbringungen (Ort, spezifische Einrichtungsmerkmale)

Rekrutierung

Modul 1 fand in allen Einrichtungen (außer Akutpsychiatrie) statt.

Screening durch die RTW-Begleiter*innen (Ausfüllen des entsprechenden Formulars), Einteilung in Modul 1, Vorstellen der Studie, Aushändigen der Studien-Unterlagen, Warten auf Zustimmung bzw. später Einführung einer Rückmeldegruppe. Alle Prozesse unter ständiger Bewertung der Effizienz und Anpassung. Aus unserer Sicht stellten die Kriterien für die Studie die größte Herausforderung dar.

Intervention

Insgesamt wurden acht Interventionszyklen durchgeführt.

Die Einzelgespräche wurden in der Tagesklinik Stadthagen durchgeführt, genauso wie die Gruppensitzungen und die Videocalls bei Modul 4.

Die Gruppensitzungen fanden erst in geschlossenen Gruppen statt, im Verlauf wurde sich zu halboffenen Gruppen umentschieden.

Weitere spezifische RTW-PIA-Treffen am Standort neben Supervision oder den Manualtreffen

Es fanden wöchentliche bis 14-tägige Treffen zur Bearbeitung von Arbeitsaufträgen sowie Besprechungen zu Teilnehmenden statt, Themen waren Ablauforganisation, Rekrutierung, Einbettung ins KH-Geschehen; Gruppen- und Einzelsituationen.

RTW-PIA-Beteiligte

Insgesamt haben sich acht Personen am RTW-PIA-Projekt beteiligt:

P1 ist Arzt und war von Januar 2021 – März 2021 der Leiter des Projektes, danach war er Mitglied des Beirates.

P2 ist Ärztin und war von März 2021 bis Mai 2022 Leiterin des Projektes.

P3 ist Psychotherapeut und im Betriebsrat tätig. Als Behandler war er von 2021-2024 im Projekt, seit Mai 2022 hatte er die Leitung.

P4 ist Psychotherapeutin und im Betriebsrat tätig. Als Behandlerin war sie von Frühjahr 2021 bis 2024 im Projekt.

P5 ist Sozialarbeiterin und im Betriebsrat tätig. Sie arbeitete seit Sommer 2021 bis 2024 als Behandlerin im Projekt.

P6 ist Sozialarbeiterin und hat als Behandlerin im Sommer 2021 wenige Wochen im Projekt gearbeitet.

P7 ist Sozialarbeiterin und im Betriebsrat tätig. Als Behandlerin arbeitete sie von Juli 2021 bis 2024 im Projekt.

P8 ist Verwaltungsangestellte und arbeitete 2021 bis 2024 als Koordinatorin im Projekt.

Klinik Wittgenstein Bad Berleburg

Größe und Umfeld sowie Einrichtungsmerkmale der Klinik

Die Klinik Wittgenstein ist ein Krankenhaus für die Fachgebiete Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse sowie Psychiatrie und Psychotherapie. Sie wurde 1950 eröffnet und ist damit eine der ältesten psychosomatischen Kliniken Deutschlands. Im Bundesland Nordrhein-Westfalen in der ländlichen Region Siegen-Wittgenstein mit 277.000 Einwohnern gelegen, zählt Bad Berleburg 19.000 Einwohner. Die Tagesklinik liegt im Randbezirk Großstadt (10 min bis Siegen, 50 min zum Klinikstandort).

Auf den rekrutierten Stationen der Klinik stehen 130 vollstationäre und 40 tagesklinische Behandlungsplätze zur Verfügung. Im Jahr 2022 gab es 848 PIA-Behandlungen. Bis zu 130 Patient*innen werden in Bad Berleburg vollstationär betreut. Ergänzt wird das Angebot durch 40 teilstationäre Behandlungsplätze in der Tagesklinik Netphen sowie durch eine Klinikambulanz. Die Einrichtung von 15 tagesklinischen Plätzen am Standort Bad Berleburg ist in Planung. Die Klinik Wittgenstein wird von allen Krankenkassen belegt.

Änderungen und Anpassungen im Zuge der Coronapandemie

Während der Coronazeit gab es eine veränderte Belegung der Kliniken. Bei der tagesklinischen Behandlung lagen folgende Belegungen vor: 80,44 % (2021), 92,41 % (2022) und 93,13 % (2023), gemessen an der Gesamtbelegung. Bei der vollstationären Behandlung sah dies so aus: 89,82 % (2021), 95,85 % (2022), und 94,35 % (2023). Bei der ambulanten PIA-Behandlung sind keine Veränderungen bekannt.

Erfahrungen mit dem Thema Return to Work (VOR Beginn der Intervention)

In der Klinik Wittgenstein gab es in der fernen Vergangenheit ein Arbeitserprobungsprogramm, das jedoch zu Beginn des Projekts schon lange keine Anwendung mehr gefunden hat. Zu Beginn des Projekts wurde im Regelkontakt des Sozialdienstes nur Kontakt zum Arbeitgeber aufgenommen, wenn dies von Seiten der Patient*innen explizit gewünscht wurde. Das Thema Arbeit ist Teil der Sozialanamnese des Sozialdienstes, diesbezüglich wird auch weiterverwiesen. Ansonsten wurden z.T. Stufenweise Wiedereingliederungen besprochen/vorbereitet, und das Thema wurde, falls notwendig, auf Wunsch der Patient*innen in den therapeutischen Einzeltherapien und Stationsvisiten thematisiert.

In der Tagesklinik Netphen (teilstationär) waren häufigere Kontaktaufnahmen zu Arbeitgebern im Rahmen des Sozialdienstes möglich, z.T. gab es Begleitung zu BEM- und Arbeitgebergesprächen (bei bspw. Themen der Versetzung) und auch Durchführung von Arbeitsplatzbelastungsversuchen (ca. 1x im Monat). Ansonsten wurden z.T. Stufenweise Wiedereingliederungen besprochen/vorbereitet, und das Thema wurde, falls notwendig, auf Wunsch der Patient*innen in den therapeutischen Einzeltherapien und Stationsvisiten thematisiert.

Interventionserbringungen (Ort, spezifische Einrichtungsmerkmale)

Rekrutierung

Die Rekrutierung wurde in der Tagesklinik in Netphen (teilstationär) sowie am Hauptstandort in Bad Berleburg (stationär) durchgeführt.

Die Rekrutierung wurde am Standort Bad Berleburg begonnen, indem die therapeutischen Teams, Führungskräfte sowie Pflgeteams über das Projekt informiert wurden. Danach wurden wöchentlich vom RTW-PIA-Team über das Klinikinformationssystem Patient*innen gescreent, die für die Intervention infrage kamen. Diese erhielten einen Einladungsbrief der Projektleitung für die Modul 1-Veranstaltung. Die Modul 1-Veranstaltung fand alle zwei Wochen statt. Es zeigte sich, dass am Standort Bad Berleburg aufgrund des überregionalen Einzugsgebiets der Klinik sowie des spezifischen Klientels im regionalen Bereich die Eingangskriterien der Studie häufig nicht erfüllt waren. Häufig lag der Fokus der Patient*innen während der stationären Behandlung noch nicht auf RTW, sodass oftmals zuerst eine weitere Behandlung anstand. Daher wurde die Rekrutierung auf den Standort Netphen ausgeweitet.

Am Standort Netphen wurde über den hauseigenen Sozialdienst gescreent, es fanden alle zwei Wochen Modul 1-Veranstaltungen statt, deren Teilnahme für die Patient*innen ein verpflichtender Teil der Therapieveranstaltungen war. Zur Durchführung der Modul 1-Veranstaltungen reiste das Behandlungsteam aus der Klinik Wittgenstein an. Durchschnittlich nahmen 50 % aller Patient*innen, die an Modul 1 teilgenommen hatten, auch an der Intervention teil.

In der Klinikinstitutsambulanz (PIA) waren weniger Patient*innen aufgenommen, die aber vor Ort wohnten. Hier gab es trotz Rekrutierung und gezielter Ansprache der Behandler*innen wenig Interesse und die sechswöchige AU-Zeit war häufig nicht gegeben.

Insgesamt zeigte sich in der Rekrutierung ein Jahresverlauf, sodass es ein kleines „Sommerloch“ und eine „Winterlücke“ (kurz vor Weihnachten) gab, neben den immer wieder auftretenden Schwierigkeiten mit Corona/Corona-Verordnungen.

Möglicherweise hätte die Rekrutierung insgesamt erfolgreicher sein können, wenn (1) es kein Corona gegeben hätte, (2) eine frühzeitigere Rekrutierung in der Tagesklinik stattgefunden hätte, (3) in der stationären Rekrutierung die Teilnahme an Modul 1 eine Pflichtveranstaltung des Therapieprogramms gewesen wäre, (4) Modul 2 und Modul 3 auch vermehrt in der Tagesklinik stattgefunden hätte.

Viele Patient*innen mussten zur Teilnahme an der Gruppentherapie eine Stunde nach Bad Berleburg pendeln. Aufgrund der anfänglichen Projektplanung und diesbezüglichen Verortung des RTW-PIA-Personals im Haupthaus der Klinik konnte eine Durchführung aller Module in der Tagesklinik nur z. T. umgesetzt werden. Aufgrund der ländlichen Lage der Klinik mit der einhergehenden Infrastruktur sind die räumlichen Distanzen zwischen den Häusern stark ausgeprägt.

Intervention

Da die Gruppenräume zu Beginn des Projekts noch nicht flächendeckend mit WLAN ausgestattet waren, kamen immer wieder technische Schwierigkeiten auf.

Die Einzelsitzungen wurden in der Klinik Wittgenstein, Bad Berleburg im Büro der RTW-PIA-Mitarbeiter*innen oder in Gruppenräumen der Tagesklinik Netphen geführt. Auf Grund von Erkrankung (z.B. COVID) oder bei verpasstem Termin und in seltenen Fällen wurde auf Nachfrage auf ein Telefonat oder eine Videokonferenz via Johanneswerk eigene Plattform (jitsi: hallo.johanneswerk.de) zurückgegriffen.

Die Gruppensitzungen fanden in der Klinik Wittgenstein Bad Berleburg in den Gruppenräumen der Klinik statt. Teilweise wurde das vorhandene Whiteboard genutzt, teilweise Flipchart. Da kein WLAN vorhanden war, wurden die Achtsamkeitsübungen zu Beginn als Audio-Datei vom Laptop abgespielt.

Es gab insgesamt fünf Interventionszyklen. Die Gruppen waren als offene Gruppen geplant, in der tatsächlichen Umsetzung waren es halboffene Gruppen, mit einigen „Stammpatient*innen“ und gelegentlichen Neuzugängen, die eine ihrer „Stammgruppe“ verpasst hatten und dann die andere Gruppe nachgeholt hatten.

Die Nachsorge mit Minddistrict wurde von der Klinik Wittgenstein in Bad Berleburg begleitet, wobei die Überleitung während der Einzelsitzung in Präsenz stattgefunden hat. Die Video-Termine wurden entweder im Büro oder via Homeoffice gehalten. Teilweise wurde die eigene Plattform (jitsi: hallo.johanneswerk.de) verwendet.

Weitere spezifische RTW-PIA -Treffen am Standort neben Supervision oder den Manualtreffen

Regelmäßige Teamsitzungen mit der Projektleitung, PIA und dem RTW-PIA-Behandlungsteam fanden anfangs 14-tägig, später 1x/Monat für 30-60 Minuten statt. Eine wöchentliche Intervention des RTW-PIA-Behandlungsteams (60 Minuten) gab es, weiterer Austausch auf kürzerem Wege (Telefonat/Mail/Treffen) nach Bedarf und anfallenden Aufgaben. Außerdem gab es regelmäßigen Austausch mit dem Sekretariat zur Klärung von Rekrutierungs- und organisatorischen Fragen. In den Teamsitzungen wurden organisatorische Modalitäten und die Aufgabenverteilungen besprochen, Heads-up an die Projektleitung, Planung weiterer Aktivitäten, Trouble-Shooting, falls nötig. In der Intervention fanden statt: Fallbesprechung, Aufgabenverteilung, Planung weiterer Aktivitäten, organisatorische Modalitäten, Besprechung von Projektaufgaben. Seltene Treffen der Projektleitung mit der Geschäftsleitung gab es 1-2x im Jahr.

RTW-PIA-Beteiligte

Insgesamt haben sich sieben Personen am RTW-PIA Projekt beteiligt:

P1 ist Sozialpädagogin, B.A. und führte die RTW-PIA Intervention durch. Während der Projektzeit nahm sie bei der DGPPN 2022 am Seminar zu Arbeit und Gruppen teil. Im Projekt tätig war sie ab September 2021 bis zum Projektende.

P2 ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik und hatte die Projektleitung inne, außerdem übernahm er die Interventionsgruppe der PIA-Versorgung. Im Projekt tätig war er von Januar 2021 bis September 2023.

P3 ist Kauffrau im Gesundheitswesen und im Projekt für das Sekretariat und die Verwaltung zuständig. Im Projekt tätig war sie ab August 2022 bis zum Projektende.

P4 ist Facharzt für Psychiatrie und übernahm im Projekt die PIA Versorgung der Kontrollgruppe. Im Projekt tätig war er ab Januar 2021 bis zum Projektende.

P5 ist Psychologin (bis Oktober 2023 in Weiterbildung VT) und leitete das Projekt ab November 2024 bis zum Projektende. Sie führte die RTW-PIA Intervention durch. Oktober 2021 bis Projektende. Während der Projektzeit nahm sie bei der DGPPN 2022 am Seminar zu Arbeit und Gruppen teil. Im Projekt tätig war sie ab Oktober 2021 bis zum Projektende.

P6 ist Rechtsanwalts- und Notarfachangestellte und im Projekt für das Sekretariat und die Verwaltung zuständig. Im Projekt tätig war sie September 2021 bis Juli 2022.

P7 ist Facharzt für Psychiatrie und übernahm im Projekt die PIA Versorgung der Kontrollgruppe. Im Projekt tätig war er ab Januar 2021 bis zum Projektende.

Medizinische Hochschule Hannover

Größe und Umfeld sowie Einrichtungsmerkmale der Klinik

Die Medizinische Hochschule Hannover ist eine Universitätsklinik im städtischen Raum. In der Poliklinik Campus werden verschiedene Behandlungsangebote zusammengeführt. Neben der klassischen Hochschulambulanz mit zahlreichen Sprechstunden besteht dort die Psychiatrische Institutsambulanz. Hier werden Patient*innen mit psychischen Erkrankungen von einem multiprofessionellen und interdisziplinären Team aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen und Krankenpflege betreut. Verschiedene Behandlungsangebote werden zusammengeführt: es geht dabei sowohl um die Erstdiagnostik von psychischen Erkrankungen als auch, falls erforderlich, um eine längerfristige Betreuung von Patient*innen in der Ambulanz.

In der Tagesklinik gibt es ca. 62 Behandlungsplätze und in der vollstationären Behandlung 104 Plätze. Etwa 5200 Behandlungen gibt es im Jahr in der ambulanten PIA, außerdem fallen ca. 760 Fälle im Jahr in der Ausbildungsambulanz an.

Änderungen und Anpassungen im Zuge der Coronapandemie

Während der Corona-Pandemie gab es Veränderungen bezüglich des Behandlungsangebots. Im tagesklinischen Bereich wurden die Plätze auf die Hälfte reduziert, im vollstationären gab es noch 70 % der Plätze. Ambulante und im Ausbildungsinstitut verortete Plätze wurden nicht reduziert.

Erfahrungen mit dem Thema Return to Work (VOR Beginn der Intervention)

Das Thema gehört zum normalen Aufgabenfeld der klinischen Sozialarbeit, jedoch waren vorher keine Spezialsprechstunden oder Gruppen vorhanden, aber eine Arbeitstherapie.

Interventionserbringungen (Ort, spezifische Einrichtungsmerkmale)

Rekrutierung

Modul 1 wurde wöchentlich im tagesklinischen Setting (in den Räumen des Ausbildungsinstituts, wo die Studienmitarbeiter*innen überwiegend angesiedelt waren, was sich im gleichen Gebäude der Tageskliniken befindet) und nach Absprache im vollstationären Setting in der Poliklinik durchgeführt. Interessierte von außerhalb wurden zu dem wöchentlich stattfindenden Termin hinzugeladen.

Das Screening hat in der Tagesklinik, auf den Stationen, in der PIA und im Ausbildungsinstitut stattgefunden. Die Teilnehmenden wurden überwiegend aus der Tagesklinik rekrutiert. Die Patient*innen auf Station und aus der PIA waren entweder zu krank, sodass sie mittlerweile kein bestehendes Arbeitsverhältnis mehr hatten oder sie waren regelmäßig in Behandlung (chronisch erkrankt), sodass sie nicht 6 Wochen krankgeschrieben waren. Auch waren einige Auszubildenden unter den Patient*innen, die ebenfalls nicht in die Studie eingeschlossen werden konnten.

Intervention

Einige Teilnehmer*innen wurden zeitweise zunächst in der Arbeitstherapie behandelt. Die Einzelsitzungen wurden in den Räumen des Ausbildungsinstituts und der Tagesklinik durchgeführt. Die Gruppen trafen sich im Ausbildungsinstitut und M4 fand online statt. Die Gruppensitzungen fanden in offenen Gruppen statt, zeitweise liefen 4 Gruppen parallel.

Weitere spezifische RTW-PIA-Treffen am Standort neben Supervision oder den Manualtreffen

Es fand ein wöchentliches JourFixe mit dem gesamten RTW-PIA-Team zur Besprechung aktueller Themen statt. Zusätzlich gab es bei Bedarf Patientenbesprechung mit Mitarbeiter*innen der Stationen oder Arbeitstherapie.

RTW-PIA-Beteiligte

Insgesamt haben sich sieben Personen am RTW-PIA Projekt beteiligt:

Prof. Dr. P1 ist psychologischer Psychotherapeut und war als Leitung von 01/2021 bis 06/2025 im Projekt tätig.

Dr. P2 war von 01/2021 bis 12/2024 im Projekt als psychologische Psychotherapeutin tätig. Als Psychologe arbeitete P3 von 02/2021 bis 09/2022 im Projekt.

P4 ist Sozial- und Suchttherapeutin, Diplom-Sozialarbeiterin und Sozialpädagogin mit langjähriger Erfahrung im Bereich psychischer Erkrankung mit Arbeitsbezug. Sie arbeitete im Projekt als Sozialarbeiterin von 03/2021 bis 12/2024.

P5 war als Sozialarbeiterin von 01/2021 bis 12/2022 im Projekt tätig.

P6 ist kaufmännische Angestellte und war von 01/2021 bis 07/2021 als Koordinatorin im Projekt dabei.

Als Koordinatorin war Diplom-Kauffrau (FH) P7 von 09/2021 bis 01/2024 im Projekt tätig.

Anlage 2: TIDieR-Checkliste

Items der Checkliste zur Interventionsbeschreibung und Replikation (TIDieR): Notwendige Informationen für eine präzise Beschreibung der RTW-PIA Intervention

TIDieR Nr.		RTW-PIA Beschreibung (Item)
Kurze Bezeichnung		
1		Intensivierte Return to Work (RTW)-Nachsorge in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) von Versorgungskliniken („RTW-PIA“)
Warum		
2.1	Theoretische Grundlagen	- Theorie der Ressourcenerhaltung (Hobfoll, 1989) - Kognitive Verhaltenstherapie - mentalisierungsbasierte Behandlung - systemische Therapie - Psychoedukation zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz - Vier-Phasen-Modell der Wiedereingliederung (Stegmann & Schröder, 2018) - IGLOO Modell (Nielsen et al., 2018)
2.2	Interventionsübersicht	Studienteilnahme Interventions- und Kontrollgruppe: - Basisinformationsmodul (Teil des Rekrutierungsprozesses) - Regelversorgung in der PIA - Online-Befragungen halbjährlich (T0 bis T4) - Interviews (für 30 Teilnehmende insgesamt) Zusätzlich für die Interventionsgruppe: - RTW-PIA-Module: Einzelsitzungen (Modul 2), Gruppensitzungen (Modul 3), Online-Angebot (Modul 4) 18-monatige Gesamtinterventionsdauer
Was		
3	Bei der Intervention zur Verfügung gestellte Materialien	
3.1	Für Studienteilnehmende	
3.1.1	Modul-unabhängig	- Laufzettel (Anlage 3) zur Übersicht über die Termine, den Verlauf und die individuelle Planung des Rückkehrprozesses - Formular zur Dokumentation der AU-Tage (auch für Kontrollgruppe) - Bild des „Wanderers“ als Klammer für die Interventionsmodule und den Rückkehrprozess
3.1.2	Einzelsitzungen (Modul 2)	Arbeitsblatt „Persönliche Ressourcen“
3.1.3	Gruppensitzungen (Modul 3)	- verschiedene Arbeitsblätter zu den jeweiligen Schwerpunktsitzungen (bis zu 18 insgesamt, bis zu 4 je Themenschwerpunkt) - App „Minddistrict“ für die Achtsamkeitsübungen (Installation nach Freischaltung)
3.1.4	Online-Angebot (Modul 4)	- App „Minddistrict“ - Installation nach Freischaltung - Zugang für die Kontrollgruppe nach Ende der Studie - schwerpunktmäßige Übersicht der verschiedenen Kapitel zur Orientierung

3.2 Für RTW-Begleiter*innen zur Interventionserbringung oder Schulung	
3.2.1 Modul-unabhängig	• Teilnehmer*innenbezogene Laufzettel (Anlage 3) zur Dokumentation der Termine von Modul 2 und Modul 3 sowie zum Verlauf und Planung des Rückkehrprozesses • RTW-PIA-Manual ○ Idee und theoretische Einbettung von RTW-PIA ○ Detaillierte Beschreibung und Arbeitsmaterial für die Durchführung des Basisinformationsmoduls (Modul 1), der Einzelsitzungen (Modul 2), der Gruppensitzungen (Modul 3) und des Online-Angebots (Modul 4)
3.2.2 Einzelsitzungen (Modul 2)	• RTW-PIA-Manual ○ Beschreibung und adaptierte Abbildung des Vier-Phasen-Modells der Wiedereingliederung im Kontext von RTW-PIA, Leitfaden und Beispielfragen ○ Standortbestimmungsbogen, als Orientierungshilfe für die erste Sitzung ○ Arbeitsblatt „Meine persönlichen Ressourcen“ ○ Informationsblatt zur möglichen Begleitung von Teilnehmenden zu Gesprächen mit betrieblichen Schlüsselakteur*innen (Arbeitgeber, BEM) • Evaluationsbogen für Modul 2: Dokumentation der Inhalte der Termine, phasenspezifische Inhalte, abschließende Einschätzung zum Verlauf der Begleitung
3.2.3 Gruppensitzungen (Modul 3)	• RTW-PIA-Manual ○ Beschreibung der neun Schwerpunktthemen ○ Hinweise zur Moderation und Gruppenanleitung (Ablauf der Gruppensitzung, Vorstellungsrunde, wechselnde Achtsamkeitsübungen, Abschlussrunde) ○ bis zu vier Arbeitsblätter je Schwerpunktsitzung • Evaluationsbogen Modul 3 (auszufüllen nach jeder Gruppensitzung)
3.2.4 Online-Angebot (Modul 4)	• RTW-PIA-Manual ○ Beschreibung der Inhalte der Kapitel und Nutzungsmöglichkeiten durch die Teilnehmenden ○ Hinweise zur Überleitung von Modul 2 zu Modul 4 und zur Standortbestimmung mit den Teilnehmenden ○ Hinweise zur Videositzung
4 Verfahren, Aktivitäten und/oder Prozesse der Intervention	
4.1 Basisinformationsmodul (Teil des Rekrutierungsprozesses)	• Informationsveranstaltung zum Thema Rückkehr zur Arbeit (stufenweise Wiedereingliederung, BEM, Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Arbeit) • Informationen zur Studie
4.2 Einzelsitzungen (Modul 2)	• Einzelgespräche zwischen RTW-Begleiter*in und Teilnehmer*in • Themen analog der jeweiligen RTW-Phase, z.B. Arbeitsplatzanamnese, Arbeitsfähigkeit, Erwartungen und Ziele der Rückkehr, RTW-Möglichkeiten und -hemmnisse, konkrete Maßnahmenplanung, Vor- und Nachbereitung von Gesprächen mit betrieblichen Schlüsselakteur*innen und BEM-Gesprächen, Reflexion der Wiedereingliederung, Umgang mit Überforderung, Stärkung des Selbstmanagements

		• ggf. Begleitung zu Gesprächen mit betrieblichen Schlüsselakteur*innen und/oder BEM-Gesprächen
4.3	Gruppensitzungen (Modul 3)	• Manualisierte Gruppensitzungen mit verschiedenen Schwerpunktthemen, jeweils Beginn mit Einstiegsrunde und Achtsamkeitsübung ○ A: Finding a Work-Life-Disease-Balance ○ B: Gut aufgestellt zurück an den Arbeitsplatz ○ C: Selbstbewusst im Umgang mit Leitung/Team ○ D: Was bringe ich mit (für meine Arbeit)? ○ O1: Grundwerte ○ O2: Kollegialität ○ O3: Kränkung ○ O4: Handlungsspielräume ausloten/erproben ○ O5: Wenn sich der RTW-Prozess verzögert • Achtsamkeitsübungen individuell zugänglich über die App „Minddistrict“ (vgl. Modul 4), sieben Audioaufnahmen • Arbeitsblätter
4.4	Online-Angebot (Modul 4)	• psychoedukative Online-Intervention über die App „Minddistrict“ mit Aufgaben und schriftlichem Feedback durch die RTW-Begleiter*innen • acht Kapitel zur flexiblen Bearbeitung (Reihenfolge und Häufigkeit selbst wählbar) ○ Rucksack – innere Überzeugungen ○ Wanderkarte – Selbstfürsorge ○ Weggefährten und -gefährten – Umgang mit Kollegen und Kolleginnen ○ Steile Wege oder Panoramatour – Selbstwert ○ Blasen und Muskelkater – Rückfallprophylaxe ○ Wettervorhersage – Zwischen Arbeit und zu Hause ○ Gewitter und Gegenwind – Umgang mit Konflikten ○ Schöne Aussicht – Vertrauen ○ Unterstützung der Auswahl der Kapitel durch individuelle Standortbestimmung • Face-to-Face-Behandlungsmöglichkeit per Videogespräch • weitere Nutzungsmöglichkeit der aus Modul 3 bekannten Achtsamkeitsübungen
Wer intervenierte		
5.1	Expertise und beruflicher Hintergrund	• multidisziplinäre Teams: Psycholog*innen, psychologische Psychotherapeut*innen, Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialarbeiter*innen, außerdem ein Ergotherapeut und Disabilitymanager und eine Sozial- und Suchttherapeutin, eine Erziehungswissenschaftlerin/ Soziologin in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin und eine Kulturpädagogin und Achtsamkeitstherapeutin (sowohl Stammpersonal der Kliniken als auch spezifisch für RTW-PIA eingestellte Mitarbeitende) • Studienkoordination je Standort • Website support: Website Management (Minddistrict)
5.2	spezifisches Training	• Manualerstellung durch die RTW-PIA-Teams • Schulungen zu Forschungsstudienprotokoll (Rekrutierung, Ausfüllen von Evaluationsbögen etc.)

	• Manuals Schulungen (drei ganztägige Termine) • Teambesprechungen, Intervention
Wie (Art der Interventionserbringung)	
6.1 Einzelsitzungen (Modul 2)	• Einzelsitzungen im persönlichen Kontakt zwischen Teilnehmender*in und RTW-Begleiter*in zu individuell vereinbarten Terminen • ggf. Gespräche am Arbeitsplatz mit betrieblichen Schlüsselakteur*innen und/oder BEM-Gespräche
6.2 Gruppensitzungen (Modul 3)	• Gruppensitzungen (halboffene Gruppen) im persönlichen Kontakt, drei bis neun Teilnehmende je Gruppe • i.d.R. in monatlicher Frequenz zu festgelegten Terminen
6.3 Online-Angebot (Modul 4)	• online über die App „Minddistrict“ • Nutzung der App sowie Feedback von und Videogespräche mit RTW-Begleiter*in • keine Krisenintervention
Wo	
7.1 Einzelsitzungen (Modul 2)	• in der Klinik, i.d.R. Büros der RTW-PIA-Teams und/oder Therapeut*innen-Büros • ggf. gemeinsame Betriebsgespräche mit RTW-Begleiter*in am Arbeitsplatz zur Vorbereitung der Rückkehr (i.d.R. noch während der Arbeitsunfähigkeit)
7.2 Gruppensitzungen (Modul 3)	• in der Klinik, i.d.R. in größeren Gruppenräumen • aufgrund der Erforderlichkeit des Gruppenraums teilweise in anderen Räumlichkeiten als die Einzelsitzungen (z.B. Haupthaus statt Außenstelle) • während der Corona-Pandemie Anpassungen unter Berücksichtigung der Hygienemaßnahmen und Infektionsschutz
7.3 Online-Angebot (Modul 4)	• Privat (cloudbasierte Infrastruktur, die vom Website-Entwicklungsunternehmen verwaltet wurde) • unterstützte Geräte: Computer, Tablet, Smartphone; über Browser oder die zuvor installierte App
Wann und wie viel	
8.1 Einzelsitzungen (Modul 2)	• mindestens drei bis maximal acht Einzelsitzungen (jeweils 50 Min, orientiert an der Regelversorgung für ambulante Psychotherapie) bis zu sechs Monate nach Studieneinschluss
8.2 Gruppensitzungen (Modul 3)	• mindestens sechs bis maximal neun Gruppensitzungen (jeweils 100 Min) bis zwölf Monate nach Studieneinschluss • parallel zu den Einzelsitzungen, Beginn zeitversetzt um maximal einen Monat
8.3 Online-Angebot (Modul 4)	• Zugang gestaffelt: Achtsamkeitsübungen ab Modul 3, Kapitelbearbeitung mit Feedback und Videogespräche ab Modul 4 • im Anschluss an die Einzelsitzungen (Modul 2) • kontinuierlich für insgesamt ein Jahr ab sechs Monate nach Studieneinschluss mit maximal zwei Feedbackschleifen durch die RTW-Begleiter*innen • mindestens ein bis maximal drei Videogespräche
Anpassung (z.B. personalisieren)	
9.1 Einzelsitzungen (Modul 2)	• Anzahl und Frequenz der Termine wurden bedarfsorientiert und in Hinblick auf den maximalen Rahmen geplant

		• Einbindung von Themen über Vier-Phasen-Modell hinaus sowie Begleitung von Gesprächen mit betrieblichen Schlüsselakteur*innen und/oder BEM-Gesprächen je nach Einzelfall unterschiedlich
9.2	Gruppensitzungen (Modul 3)	• Die ersten sechs Termine sollten innerhalb von sechs Monaten stattfinden. • Weitere drei Termine konnten innerhalb der folgenden sechs Monate stattfinden, u.a. bei Teilnehmenden mit verzögerten Rückkehrverläufen, abgebrochenen Wiedereingliederungen, Barrieren auf Seiten des Arbeitsgebers, erneuten höheren Fehlzeiten
9.3	Online-Angebot (Modul 4)	• Standortbestimmung im Abschlussgespräch von Modul 2, mit welchen der Themenschwerpunkte (Kapitel) es sich lohnen würde zu beginnen. • Je nach Bedarf konnten Kapitel eigenständig ausgewählt und bearbeitet werden.
Modifikation		
10.1	Einzelsitzungen (Modul 2)	• Einzelgespräche aufgrund der Corona-Pandemie ggf. online/telefonisch • Abschlussgespräch kann ggf. auch nach Ablauf der Dauer von sechs Monaten geführt werden
10.2	Gruppensitzungen (Modul 3)	• aufgrund der Corona-Pandemie ggf. Veränderung der Gruppengrößen • Anpassung der Interventionsdosis: Aufhebung, dass Sitzungen A-D obligatorisch sind (Ziel sechs Termine, unabhängig vom Schwerpunkt)
10.3	Online-Angebot (Modul 4)	• außerordentliche Termine außerhalb der Online-Plattform (z. B. per Telefon, falls Verbindung schlecht war etc.) • Aufhebung der Mindestinterventionsdosis: Durchführung der Videositzungen eher bei entsprechendem Bedarf der Teilnehmenden, z.B. bei Problemen im RTW-Verlauf, verzögerter Rückkehr oder Abbruch der Rückkehr
Wie gut geplant		
11.1	Modul-unabhängig	• gemeinsame Manualentwicklung sowie -schulungen und regelmäßige Manualbesprechungen • Teambesprechungen und Intervention zur Abstimmung, zum Training und zur Besprechung von auftretenden Fragen und Schwierigkeiten organisatorischer oder inhaltlicher Art
11.2	Einzelsitzungen (Modul 2)	• Evaluation der Interventionsdosis über Laufzettel (Adhärenz an den RTW-PIA-Rahmen) • Einordnung der Rückkehr anhand des Vier-Phasen-Modells über Evaluationsbogen (teilnehmer*innenbezogen, durch RTW-Begleiter*innen)
11.3	Gruppensitzungen (Modul 3)	• Evaluation der Interventionsdosis über Laufzettel (Adhärenz an den RTW-PIA-Rahmen) • Evaluation der Manualtreue über Evaluationsbögen (nach Durchführung jeder Gruppensitzung, durch RTW-Begleiter*innen) und über Fokusgruppen
11.4	Online-Angebot (Modul 4)	• Evaluation der Nutzung des Online-Angebots über pseudonymisierte Nutzungsdaten (Kapitelbearbeitung, Videogespräche) und über Fokusgruppen

Wie gut tatsächlich	
12.1 Einzelsitzungen (Modul 2)	- durchschnittlich fünf Termine/Teilnehmer*in, i.d.R. 50-60 Min - Mindestinterventionsdosis (drei Termine) erreicht: 86 % (N=207) - Begleitung dauerte für fast die Hälfte der Teilnehmenden länger als sechs Monate (48 %; N=116) - Begleitung von betrieblichen Gesprächen bei N=7 Teilnehmenden - Unterbrechungen in der Begleitung durch erneute Klinikaufenthalte oder eingeleitete Reha-Maßnahmen - Vier-Phasen-Modell wird von den RTW-Begleiter*innen als unpassend beschrieben, wenn Einstieg in Modul 2 bereits nach erfolgter Wiedereingliederung stattfand, oder bei Kündigungen, Neubewerbungen, beruflichen Neuorientierungen
12.2 Gruppensitzungen (Modul 3)	- durchschnittlich fünf Termine/Teilnehmer*in, i.d.R. 100 Min - Mindestinterventionsdosis (sechs Termine) erreicht: 48 % (N=116) - Zeitraum von zwölf Monaten i.d.R. nicht ausgeschöpft - Manualtreue (eingeschätzt durch RTW-Begleiter*innen) bei durchschnittlich 87 %, je nach Sitzungsthema bei 77 % bis 96 % - Schwierigkeiten hinsichtlich Durchführung waren: die Sitzung war inhaltlich zu voll, Zeitmangel, Bedürfnis nach Austausch 12.3 bei den Teilnehmenden übersteigt eingeplante Zeitressourcen - Dem Bedürfnis nach Austausch unter den Teilnehmenden wurde im Verlauf der Interventionserbringung teilweise zu Lasten der Vermittlung der Inhalte mehr Raum eingeräumt.
12.3 Online-Angebot (Modul 4)	- Kapitelbearbeitung durch N=69 Teilnehmende (29 %) und Videogespräche bei N=80 Teilnehmenden (33 %; ggf. Untererfassung) - Übergang von Präsenzterminen zum Online-Angebot für viele Teilnehmenden schwierig

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

FB 3 „Arbeit und Gesundheit“

FG 3.5 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin,
Betriebliches Gesundheitsmanagement“

Nöldnerstraße 40/42

10317 Berlin

Intensivierte Return to Work (RTW)-Nachsorge in psychiatrischen
Institutsambulanzen (PIA) von Versorgungskliniken

**Leitfäden für die Befragung mittels Einzelinterviews von Teilnehmenden der
Intervention und der Kontrollgruppe (Prä-Post)**

Projektleitung

Dr. Uta Wegewitz

wegewitz.uta@baua.bund.de

Leitung Gruppe 3.5

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Leonie Knebel

knebel.leonie@baua.bund.de

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Ralf Stegmann

stegmann.ralf@baua.bund.de

Inhalt

1. Einleitung und Kurzbeschreibung	2
2. Einzelinterviews mit Teilnehmenden der Intervention und der Kontrollgruppe	4
2.1 Einzelinterviews mit Teilnehmenden der Intervention	5
Leitfaden L 1a: Intervention-to: Interview zu Beginn der Intervention	5
Leitfaden L 1b Intervention-t1-Rückkehr: Interview zum Ende Intervention	6
Leitfaden L 1c Intervention-t1-unterbrochene Rückkehr: Interview zum Ende der Intervention	7
Leitfaden L 1d Inter-t1-keine Rückkehr: Interview zum Ende der Intervention	8
2.2 Einzelinterviews mit Teilnehmenden der Kontrollgruppe	9
Leitfaden L 2a Kontrollgruppe-t0: Interview zu Beginn der Intervention	9
Leitfaden L 2b Kontrollgruppe-t1-Rückkehr: Interview zum Ende der Intervention	10
Leitfaden L 2c Kontrollgruppe-t1-unterbrochene Rückkehr: Interview zum Ende der Intervention	11
Leitfaden L 2d Kontrollgruppe-t1-keine Rückkehr: Interview zum Ende der Intervention	12

1. Einleitung und Kurzbeschreibung

Im Fokus der qualitativen Evaluation steht die Befragung von 20 Teilnehmenden (TN) der Intervention mit der Methode narrativ fundierter, leitfadengestützter Interviews zu zwei Befragungszeitpunkten: das erste Interview findet zu Beginn der Intervention (am Ende des Klinikaufenthalts), das zweite Interview 18 Monate nach Abschluss der Intervention statt. Außerdem werden 10 Teilnehmende der Kontrollgruppe während des Klinikaufenthalts und 18 Monate später befragt.

Tabelle 1: Überblick Erhebungen

Interviews				
	Zeitpunkt 1	Zeitpunkt 2	Anzahl TN	Gesamtinterviews
Interventionsgruppe	zu Beginn der Intervention (ab Sept 2021)	nach Intervention ca. 18 Monate später (ab März 2023)	20	40
Kontrollgruppe	zu Beginn der Intervention (ab Sept 2021)	nach Intervention ca. 18 Monate später (ab März 2023)	10	20
Gesamt			30	60

Die Interviewpartner:innen werden entsprechend der Zugehörigkeit zu Interventions- und Kontrollgruppe im Verhältnis 2:1 rekrutiert. Dabei wird, soweit es möglich ist, auf ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis und das Vertretensein der anteilig häufigsten psychischen Störungen sowie verschiedener subjektiver Prognosen zum Erfolg der Rückkehr geachtet.

Die Vorher-Interviews sollen, wenn möglich, vor Ort in der Klinik stattfinden und die Nachher-Interviews telefonisch oder als Videokonferenz. Es ist geplant, dass die Dauer eines Interviews durchschnittlich 60 bis maximal 90 Minuten beträgt. Insgesamt werden 60 Interviews durchgeführt.

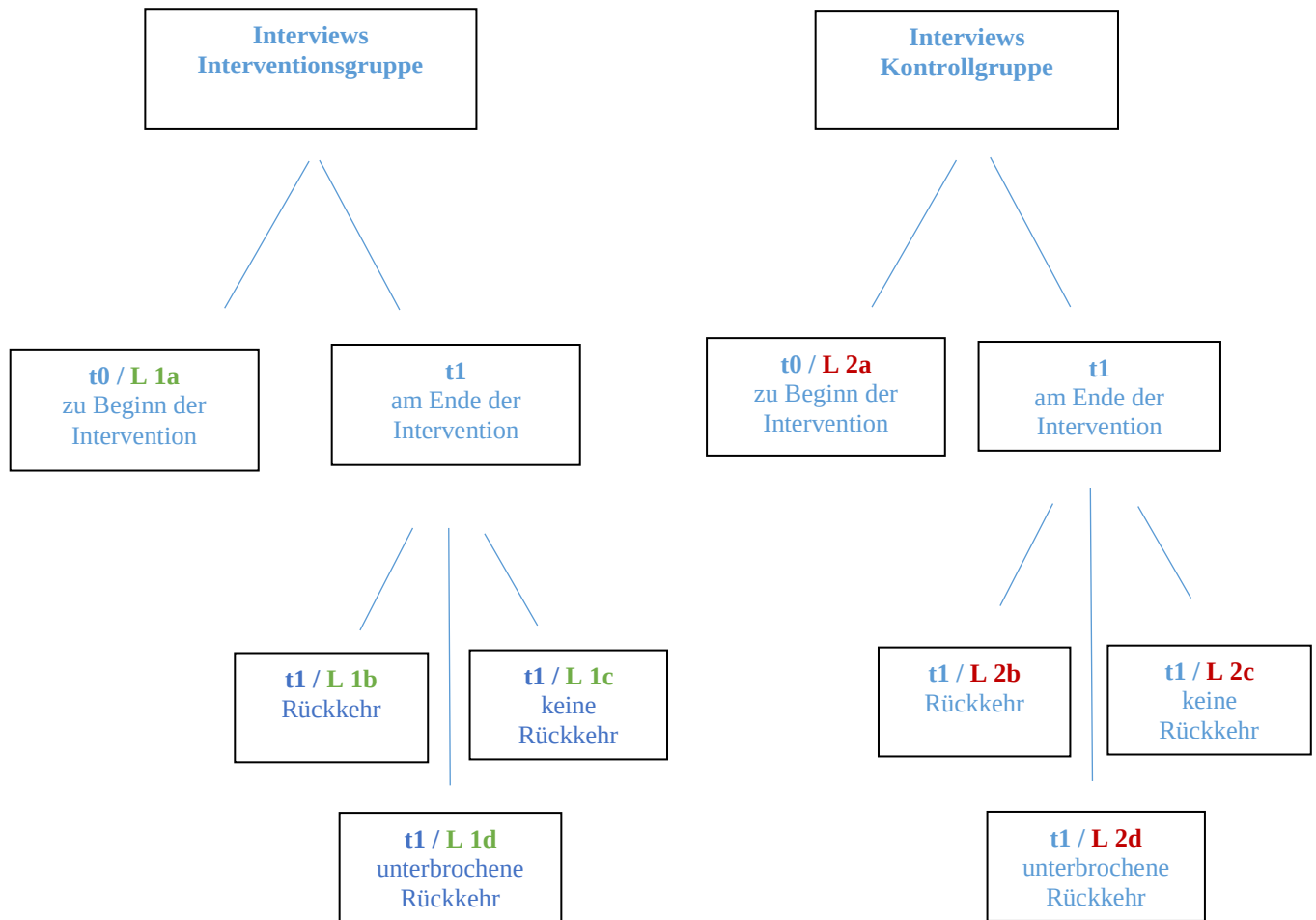
Die Interviews werden per Audio aufgezeichnet, transkribiert und mit der Dokumentarischen Methode der Interpretation als auch inhaltsanalytisch ausgewertet.

Dafür beinhalten die Interviews einen erzählgenerierenden, narrativ fundierten Hauptteil, der es den Patient:innen ermöglicht, ihr eigenes Relevanzsystem zu entfalten, in dem sie im Rahmen von Erzählungen ihre Vorgeschichte, das Erleben und die Bewältigung ihrer Krise, ihre Bedürfnisse und Bedarfe im Wechselspiel mit den unterstützenden Expert:innen anhand von offenen Fragen schildern bzw. beschreiben können. Außerdem beinhalten die Interviews einen reflexiven und theoretisch geleiteten evaluativen Teil zu den bestehenden Forschungsfragen, beispielsweise zum Nutzen und zur Bewertung der Intervention bzw. zum Verlauf der Rückkehr aus der Perspektive der Betroffenen. Beide Interviewteile lassen sich in der Phase der Interviewauswertung aufeinander beziehen und dienen dazu, herauszuarbeiten, welche Faktoren für die Rückkehr entscheidend waren und wie diese sowohl auf der Erlebens- und Erfahrungsebene als auch auf der reflexiven Ebene wirken und ineinandergreifen. Auf diesem Wege kann rekonstruiert werden, wann und unter welchen Bedingungen bestimmte Interventionen wie wirken. Zudem ist der Leitfaden in Themenblöcke (I, II, III,...), Hauptfragen (1, 2, 3...) und optionale Nachfragen (a, b, c...) untergliedert.

Schwerpunkte der Vorher-Befragung sind vor diesem Hintergrund: (1) die Entstehungsbedingungen der psychischen Störung aus Perspektive der Betroffenen (2) die Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung, (3) die Rückkehr zur Arbeit: Ängste, Befürchtungen, die förderlichen und hemmenden Faktoren, (4) der Arbeitsbezug der Therapie und Erwartungen in Bezug auf die Intervention.

Schwerpunkte der Nachher-Befragung sind in diesem Kontext: (1) das Erleben, Verhalten und Handeln während und nach der (stufenweisen) Wiedereingliederung, (2) das Selbstvertrauen, das Zutrauen und die soziale Unterstützung durch betriebliche Schlüsselakteur:innen sowie Veränderungen am Arbeitsplatz im RTW-Prozess, (4) die förderlichen und hemmenden Faktoren während der Rückkehr in den Betrieb, (5) die Unterstützungsangebote durch die RTW-Experten sowie die Erfahrungen mit den Interventionen und deren Bewertungen.

2. Einzelinterviews mit Teilnehmenden der Intervention und der Kontrollgruppe



t= Erhebungszeitpunkte; L=Leitfadenvarianten

Abb. 1: Überblick zu den Leitfadenvarianten

2.1 Einzelinterviews mit Teilnehmenden der Intervention

Leitfaden L 1a: Intervention-t₀: Interview zu Beginn der Intervention

I Offene Einstiegsfrage: Erleben der Krise (5 Min)

- (1) Können Sie mir bitte etwas über sich erzählen. Wie haben Sie Ihre Situation vor dem Klinikaufenthalt erlebt? Wie ist es Ihnen davor ergangen?

II Entstehungsbedingungen der Erkrankung (10 Min.)

- (2) Wie kam es zu Ihrer Erkrankung? Und wie sind Sie damit umgegangen? Können Sie mir das anhand von Beispielen aus ihrem (Arbeits-)Alltag veranschaulichen?
- Wie haben Sie Ihre Tätigkeit, Ihre Arbeit erlebt? Können Sie das anhand von Beispielen schildern?
 - Wie erleben Sie Ihre private bzw. familiäre Situation? Können Sie diese anhand von Beispielen schildern?

III Ressourcen: Selbstwirksamkeit, Teamwirksamkeit, Ausgleich (10 Min)

- (3) Wie sind Sie bisher mit stressigen Situationen bei der Arbeit und im privaten Bereich umgegangen? Wenn Sie dabei an das bisher Erzählte denken, was fällt Ihnen dazu ein? Können Sie mir anhand von Beispielen schildern, wie sie damit umgegangen sind?
- (4) Wie haben Sie in diesen Situationen ihr Arbeitsumfeld und persönliches Umfeld wahrgenommen und erlebt? Haben Sie in den stressigen Situationen bei der Arbeit und privaten Bereich Unterstützung bekommen und gesucht? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht? Können Sie mir dies anhand von Beispielen veranschaulichen?

IV Erleben des Klinikaufenthalts und Umgang mit der Erkrankung (10 Min)

- (5) Wie haben Sie den Klinikaufenthalt bisher erlebt?
- (6) Wie wurde während des Klinikaufenthalts Ihre Arbeit thematisiert und wie haben Sie das erlebt?

V Haltung zu Rückkehr ins Arbeitsleben: Förderliche und hemmende Bedingungen (10 Min.)

- (7) Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Ihre Arbeit und an die Rückkehr denken?
- Was belastet Sie in diesem Zusammenhang und was erleben Sie als positiv?
 - Was erhoffen Sie sich? Was befürchten Sie? Und wovon hängt das ab?

VI Bewertung (spezifische Nachfragen) (20 Min)

- (8) Wie schätzen Sie den Nutzen des Klinikaufenthalts in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit ein? Können Sie mir das anhand von Beispielen verdeutlichen?
- (9) Wie zufrieden sind Sie mit den Angeboten in der Klinik? Was ist gut gelaufen? Was hätte besser laufen können?
- Wie schätzen Sie den Nutzen der Gruppensitzung zum Thema Arbeit und Gesundheit ein?
 - Wie zufrieden waren Sie mit den Einzelgesprächen zur Begleitung der Rückkehr?
 - Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den Therapeutinnen und Therapeuten und den betrieblichen Ansprechpersonen während des Klinikaufenthalts erlebt?
- (10) Was brauchen Sie, damit Sie ins Arbeitsleben zurückkehren können und gesund bleiben?
- (11) Was erwarten Sie sich von dem Nachsorgeangebot?
- (12) Wie schätzen Sie Ihre Handlungsfähigkeit als Ressource für die Rückkehr ein?
- (13) Wie schätzen Sie die Unterstützung im privaten Umfeld als Ressource für die Rückkehr ein?
- (14) Wie schätzen Sie die betriebliche Unterstützung als Ressource für die Rückkehr ein?
- (15) Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0-10 ein? Woran machen Sie das fest?

Leitfaden L 1b Intervention-t1-Rückkehr: Interview zum Ende Intervention

I Offene Einstiegsfrage (5 min)

- (1) Bitte erzählen Sie mir, wie es Ihnen geht und wie Sie die Zeit seit dem letzten Interview erlebt haben?

II Erleben der Rückkehr zur Arbeit (10 min)

- (2) Wie haben Sie die Rückkehr ins Arbeitsleben erlebt? Können Sie mir das anhand von konkreten Situationen während der Rückkehr schildern?
- Können Sie mir ihre aktuelle Situation bei der Arbeit schildern? Können Sie diese anhand von Beispielen schildern?
 - Wie erleben Sie vor diesem Hintergrund Ihre private bzw. familiäre Situation? Können Sie diese anhand von Beispielen schildern?

III Ressourcen: Selbstwirksamkeit, Teamwirksamkeit, Ausgleich (10 Min)

- (3) Wie sind Sie bisher mit stressigen Situationen bei der Arbeit und im privaten Bereich umgegangen? Wenn Sie dabei an das bisher Erzählte denken, was fällt Ihnen dazu ein? Können Sie mir anhand von Beispielen schildern, wie sie damit umgegangen sind?
- (4) Wie haben Sie in diesen Situationen ihr Arbeitsumfeld und persönliches Umfeld wahrgenommen und erlebt? Haben Sie in den stressigen Situationen bei der Arbeit und privaten Bereich Unterstützung bekommen und gesucht? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht? Können Sie mir dies anhand von Beispielen veranschaulichen?

IV Erleben der Interventionen (20 min)

- (5) Wie haben Sie die Nachsorge in der psychiatrischen Institutsambulanz, der PIA erlebt? Können Sie mir das anhand von Beispielen schildern?
- Wie haben Sie die Einzelgespräche zur Vorbereitung und Begleitung der Rückkehr erlebt?
 - Wie haben Sie das Gruppenangebot erlebt?
 - Wie haben Sie das web-basierte Angebot wahrgenommen?
 - Was konnten Sie davon im Anschluss im privaten und beruflichen Kontext nutzen?

V Bewertung (spezifische Nachfragen) (20 min)

- (6) Wie schätzen Sie den Nutzen der PIA-Nachsorge in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit ein?
- (7) Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot? Was ist gut gelaufen? Was hätte besser laufen können?
- Wie zufrieden waren Sie mit den Einzelgesprächen zur Begleitung der Rückkehr?
 - Wie schätzen Sie den Nutzen der Gruppentherapie ein?
 - Wie schätzen Sie den Nutzen der webbasierten Unterstützung zur Selbstfürsorge ein?
 - Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den Therapeutinnen und Therapeuten und den betrieblichen Ansprechpersonen während des Klinikaufenthalts erlebt?
- (8) Wie schätzen Sie Ihre Handlungsfähigkeit als Ressource für eine nachhaltige Rückkehr ein?
- (9) Was haben Sie während der Rückkehr als förderlich bzw. hinderlich erlebt?
- (10) Wie schätzen Sie Ihre Unterstützung im privaten Umfeld als Ressource für eine nachhaltige Rückkehr ein?
- (11) Wie schätzen Sie die betriebliche Unterstützung als Ressource für eine nachhaltige Rückkehr ein?
- (12) Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0-10 ein? Woran machen Sie das fest?

Leitfaden L 1c Intervention-t1-unterbrochene Rückkehr: Interview zum Ende der Intervention

I Offene Einstiegsfrage (5min)

- (1) Bitte erzählen Sie mir, wie es Ihnen geht und wie Sie die Zeit seit dem letzten Interview erlebt haben?

II Erleben des Rückkehrversuchs zur Arbeit (10 min)

- (2) Wie haben Sie die Rückkehr ins Arbeitsleben erlebt? Können Sie mir das anhand von konkreten Situationen während der Rückkehr schildern?
 - a. Wie kam es dann zu dem Abbruch der Wiedereingliederung? Und wie sind Sie damit umgegangen?
 - b. Wie erleben Sie vor diesem Hintergrund Ihre private bzw. familiäre Situation? Können Sie mir dazu etwas erzählen?

III Ressourcen: Selbstwirksamkeit, Teamwirksamkeit, Ausgleich (10 Min)

- (3) Wie sind Sie mit stressigen Situationen bei der Arbeit und im privaten Bereich umgegangen? Wenn Sie dabei an das bisher Erzählte denken, was fällt Ihnen dazu ein? Können Sie mir anhand von Beispielen schildern, wie Sie damit umgegangen sind?
- (4) Wie haben Sie in diesen Situationen Ihr Arbeitsumfeld und persönliches Umfeld wahrgenommen und erlebt? Haben Sie in den stressigen Situationen bei der Arbeit und im privaten Bereich Unterstützung bekommen und gesucht? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht? Können Sie mir dies anhand von Beispielen veranschaulichen?

IV Erleben der Interventionen (20 min)

- (5) Wie haben Sie die Nachsorge in der psychiatrischen Institutsambulanz, der PIA erlebt? Können Sie mir das anhand von Beispielen schildern?
 - a. Wie haben Sie die Einzelgespräche zur Begleitung der Rückkehr erlebt?
 - b. Wie haben Sie das Gruppenangebot erlebt?
 - c. Wie haben Sie das webbasierte Angebot wahrgenommen?
 - d. Was konnten Sie davon im Anschluss im privaten und beruflichen Kontext nutzen?

V Bewertung (spezifische Nachfragen) (20 min)

- (6) Wie schätzen Sie den Nutzen der PIA-Nachsorge in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit ein? Können Sie dies anhand von Beispielen veranschaulichen?
- (7) Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot? Was hätte anders, besser laufen können?
 - a. Wie zufrieden waren Sie mit den Einzelgesprächen zur Vorbereitung und Begleitung der Rückkehr zur Arbeit?
 - b. Wie schätzen Sie den Nutzen der Gruppentherapie ein?
 - c. Wie schätzen Sie den Nutzen der webbasierten Unterstützung zur Selbstfürsorge ein?
 - d. Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den Therapeutinnen und Therapeuten und den betrieblichen Ansprechpersonen während des Klinikaufenthalts erlebt?
- (8) Was brauchen Sie, damit Sie ins Arbeitsleben zurückkehren und gesund bleiben können?
- (9) Was haben Sie im bisherigen Verlauf als förderlich bzw. hinderlich erlebt?
- (10) Wie schätzen Sie Ihre Handlungsfähigkeit als Ressource für eine erneute Rückkehr ein?
- (11) Wie schätzen Sie Ihre Unterstützung im privaten Umfeld als Ressource für eine erneute Rückkehr ein?
- (12) Wie schätzen Sie die betriebliche Unterstützung für eine erneute Rückkehr ein?
- (13) Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0-10 ein? Woran machen Sie das fest?

Leitfaden L 1d Inter-t1-keine Rückkehr: Interview zum Ende der Intervention

I Offene Einstiegsfrage (5 min)

- (1) Bitte erzählen Sie mir, wie es Ihnen geht und wie Sie die Zeit seit dem letzten Interview erlebt haben?

II Erleben der nicht erfolgreichen Rückkehr zur Arbeit (10 min)

- (2) Wie haben Sie den Übergang von der Klinik nach Hause erlebt? Können Sie mir das anhand von konkreten Situationen schildern?
- Was hat Sie daran gehindert ins Arbeitsleben zurückzukehren? Und was hat das mit Ihnen gemacht?
 - Wie haben Sie Ihren Alltag in den letzten Monaten erlebt? Und können Sie mir in diesem Zusammenhang Ihre aktuelle Situation schildern? Wie ist Ihre private bzw. familiäre Situation? Können Sie mir dies anhand von Beispielen veranschaulichen?

III Ressourcen: Selbstwirksamkeit, Teamwirksamkeit, Ausgleich (10 Min)

- (3) Wie sind Sie mit stressigen Situationen im privaten Bereich umgegangen? Wenn Sie dabei an das bisher Erzählte denken, was fällt Ihnen dazu ein? Können Sie mir anhand von Beispielen schildern, wie sie damit umgegangen sind?
- (4) Wie haben Sie in diesen Situationen ihr persönliches Umfeld wahrgenommen und erlebt? Haben Sie in den stressigen Situationen privaten Bereich Unterstützung bekommen und gesucht? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht? Können Sie mir dies anhand von Beispielen veranschaulichen?

IV Erleben der Interventionen (20 min)

- (5) Wie haben Sie die Nachsorge in der psychiatrischen Institutsambulanz, der PIA erlebt?
- Wie haben Sie die Einzelgespräche zur Begleitung der Rückkehr erlebt?
 - Wie haben Sie das Gruppenangebot erlebt?
 - Wie haben Sie das webbasierte Angebot wahrgenommen?
 - Welchen Einfluss hatte das auf das nicht Rückkehren?
 - Was konnten Sie davon nutzen? Können Sie mir dafür Beispiele geben?

V Bewertung (spezifische Nachfragen) (20 min)

- (6) Wie schätzen Sie den Nutzen der PIA-Nachsorge in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit ein? Können Sie dies anhand von Beispielen veranschaulichen?
- (7) Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot? Was hätte anders, besser laufen können?
- Wie zufrieden waren Sie mit den Einzelgesprächen zur Vorbereitung und Begleitung der Rückkehr zur Arbeit?
 - Wie schätzen Sie den Nutzen der Gruppentherapie ein?
 - Wie schätzen Sie den Nutzen der webbasierten Unterstützung, der App zur Selbstfürsorge ein?
 - Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den Therapeutinnen und Therapeuten und den betrieblichen Ansprechpersonen während des Klinikaufenthalts erlebt?
- (8) Was brauchen Sie, damit Sie gesund bleiben können und wieder in Arbeit kommen?
- (9) Was haben Sie in den letzten eineinhalb Jahren als förderlich bzw. hinderlich erlebt?
- (10) Wie schätzen Sie Ihre Handlungsfähigkeit allgemein und als Ressource für eine Rückkehr ein?
- (11) Wie schätzen Sie Ihre Unterstützung im privaten Umfeld als Ressource für eine Rückkehr ein?
- (12) Wie schätzen Sie die betriebliche Unterstützung als Ressource für eine Rückkehr ein?
- (13) Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0-10 ein? Woran machen Sie das fest?

2.2 Einzelinterviews mit Teilnehmenden der Kontrollgruppe

Leitfaden L 2a Kontrollgruppe-t0: Interview zu Beginn der Intervention

I Offene Einstiegsfrage: Erleben der Krise (5 Min.)

- (1) Können Sie mir bitte etwas über sich erzählen. Wie haben Sie Ihre Situation vor dem Klinikaufenthalt erlebt? Wie ist es Ihnen davor ergangen?

II Entstehungsbedingungen der Erkrankung (10 Min.)

- (2) Wie kam es zu Ihrer Erkrankung? Und wie sind Sie damit umgegangen? Können Sie mir das anhand von Beispielen aus ihrem (Arbeits-)Alltag veranschaulichen?
- Wie haben Sie Ihre Tätigkeit, Ihre Arbeit erlebt? Können Sie das anhand von Beispielen schildern?
 - Wie erleben Sie Ihre private bzw. familiäre Situation? Können Sie diese anhand von Beispielen schildern?

III Ressourcen: Selbstwirksamkeit, Teamwirksamkeit, Ausgleich (10 Min)

- (3) Wie sind Sie bisher mit stressigen Situationen bei der Arbeit und im privaten Bereich umgegangen? Wenn Sie dabei an das bisher Erzählte denken, was fällt Ihnen dazu ein? Können Sie mir anhand von Beispielen schildern, wie sie damit umgegangen sind?
- (4) Wie haben Sie in diesen Situationen ihr Arbeitsumfeld und persönliches Umfeld wahrgenommen und erlebt? Haben Sie in den stressigen Situationen bei der Arbeit und privaten Bereich Unterstützung bekommen und gesucht? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht? Können Sie mir dies anhand von Beispielen veranschaulichen?

IV Erleben des Klinikaufenthalts und Umgang mit der Erkrankung (10 Min)

- (5) Wie haben Sie den Klinikaufenthalt bisher erlebt?
- (6) Wie wurde während des Klinikaufenthalts Ihre Arbeit thematisiert und wie haben Sie das erlebt?

V Haltung zu Rückkehr ins Arbeitsleben: Förderliche und hemmende Bedingungen (10 Min.)

- (7) Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Ihre Arbeit und an die Rückkehr denken?
- Was belastet Sie in diesem Zusammenhang und was erleben Sie als positiv?
 - Was erhoffen Sie sich? Was befürchten Sie? Und wovon hängt das ab?

VI Bewertung (spezifische Nachfragen) (20 Min)

- (8) Wie schätzen Sie den Nutzen des Klinikaufenthalts in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit ein? Können Sie mir das anhand von Beispielen verdeutlichen?
- (9) Wie zufrieden sind Sie mit den Angeboten? Was ist gut gelaufen? Was hätte besser laufen können?
- Wie schätzen Sie den Nutzen der Gruppensitzung zum Thema Arbeit und Gesundheit ein?
 - Wie zufrieden waren Sie mit den Einzelgesprächen?
 - Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den Therapeutinnen und Therapeuten und den betrieblichen Ansprechpersonen während des Klinikaufenthalts erlebt?
- (10) Was brauchen Sie, damit Sie ins Arbeitsleben zurückkehren können und gesund bleiben?
- (11) Was erwarten Sie sich von dem Nachsorgeangebot?
- (12) Wie schätzen Sie Ihre Handlungsfähigkeit als Ressource für die Rückkehr ein?
- (13) Wie schätzen Sie die Unterstützung im privaten Umfeld als Ressource für die Rückkehr ein?
- (14) Wie schätzen Sie die betriebliche Unterstützung als Ressource für die Rückkehr ein?
- (15) Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0-10 ein? Woran machen Sie das fest?

Leitfaden L 2b Kontrollgruppe-t1-Rückkehr: Interview zum Ende der Intervention

I Offene Einstiegsfrage (5 min)

- (1) Bitte erzählen Sie mir, wie es Ihnen geht und wie Sie die Zeit seit dem letzten Interview erlebt haben?

II Erleben der Rückkehr zur Arbeit (10 min)

- (2) Wie haben Sie die Rückkehr ins Arbeitsleben erlebt? Können Sie mir das anhand von konkreten Situationen während der Rückkehr schildern?
 - c. Können Sie mir ihre aktuelle Situation bei der Arbeit schildern? Können Sie diese anhand von Beispielen schildern?
 - d. Wie erleben Sie vor diesem Hintergrund Ihre private bzw. familiäre Situation? Können Sie diese anhand von Beispielen schildern?

III Ressourcen: Selbstwirksamkeit, Teamwirksamkeit, Ausgleich (10 min)

- (3) Wie sind Sie bisher mit stressigen Situationen bei der Arbeit und im privaten Bereich umgegangen? Wenn Sie dabei an das bisher Erzählte denken, was fällt Ihnen dazu ein? Können Sie mir anhand von Beispielen schildern, wie sie damit umgegangen sind?
- (4) Wie haben Sie in diesen Situationen ihr Arbeitsumfeld und persönliches Umfeld wahrgenommen und erlebt? Haben Sie in den stressigen Situationen bei der Arbeit und privaten Bereich Unterstützung bekommen und gesucht? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht? Können Sie mir dies anhand von Beispielen veranschaulichen?

IV Erleben von PIA as usual (15 min)

- (5) Wie haben Sie die Nachsorge in der psychiatrischen Institutsambulanz, der PIA erlebt? Können Sie mir das anhand von Beispielen schildern?
 - a. Wie haben Sie die Gespräche und das therapeutische Angebot erlebt?
 - b. Wie hat Ihnen dies im Anschluss im privaten und beruflichen Kontext geholfen?

V Bewertung (spezifische Nachfragen) (20 min)

- (6) Wie schätzen Sie den Nutzen der PIA-Nachsorge in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit ein?
- (7) Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot? Was ist gut gelaufen, was hätte besser laufen können?
 - a. Wie zufrieden waren Sie mit den Gesprächen und therapeutischen Angeboten?
 - b. Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den Therapeutinnen und Therapeuten und den betrieblichen Ansprechpersonen während des Klinikaufenthalts erlebt?
- (8) Wie schätzen Sie Ihre Handlungsfähigkeit als Ressource für eine nachhaltige Rückkehr ein?
- (9) Was haben Sie während der Rückkehr als förderlich bzw. hinderlich erlebt?
- (10) Wie schätzen Sie Ihre Unterstützung im privaten Umfeld als Ressource für eine nachhaltige Rückkehr ein?
- (11) Wie schätzen Sie die betriebliche Unterstützung als Ressource für eine nachhaltige Rückkehr ein?
- (12) Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0-10 ein? Woran machen Sie das fest?

Leitfaden L 2c Kontrollgruppe-t1-unterbrochene Rückkehr: Interview zum Ende der Intervention

I Offene Einstiegsfrage (5min)

- (1) Bitte erzählen Sie mir, wie es Ihnen geht und wie Sie die Zeit seit dem letzten Interview erlebt haben?

II Erleben des Rückkehrversuchs zur Arbeit (10 min)

- (2) Wie haben Sie die Rückkehr ins Arbeitsleben erlebt? Können Sie mir das anhand von konkreten Situationen während der Rückkehr schildern?
 - c. Wie kam es dann zu dem Abbruch der Wiedereingliederung? Und wie sind Sie damit umgegangen?
 - d. Wie erleben Sie vor diesem Hintergrund Ihre private bzw. familiäre Situation? Können Sie mir dazu etwas erzählen?

III Ressourcen: Selbstwirksamkeit, Teamwirksamkeit, Ausgleich (10 Min)

- (3) Wie sind Sie mit stressigen Situationen bei der Arbeit und im privaten Bereich umgegangen? Wenn Sie dabei an das bisher Erzählte denken, was fällt Ihnen dazu ein? Können Sie mir anhand von Beispielen schildern, wie sie damit umgegangen sind?
- (4) Wie haben Sie in diesen Situationen ihr Arbeitsumfeld und persönliches Umfeld wahrgenommen und erlebt? Haben Sie in den stressigen Situationen bei der Arbeit und privaten Bereich Unterstützung bekommen und gesucht? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht? Können Sie mir dies anhand von Beispielen veranschaulichen?

IV Erleben von PIA as usual (15 min)

- (5) Wie haben Sie die Nachsorge in der psychiatrischen Institutsambulanz, der PIA erlebt? Können Sie mir das anhand von Beispielen schildern?
 - a. Wie haben Sie die Gespräche und das therapeutische Angebot erlebt?
 - b. Wie hat Ihnen dies im Anschluss im privaten und beruflichen Kontext geholfen?

V Bewertung (spezifische Nachfragen) (20 min)

- (6) Wie schätzen Sie den Nutzen der PIA-Nachsorge in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit ein? Können Sie dies anhand von Beispielen veranschaulichen?
- (7) Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot? Was ist gut gelaufen, was hätte besser laufen können?
 - a. Wie zufrieden waren Sie mit den Gesprächen und therapeutischen Angeboten?
 - b. Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den Therapeutinnen und Therapeuten und den betrieblichen Ansprechpersonen während des Klinikaufenthalts erlebt?
- (8) Was brauchen Sie, damit Sie ins Arbeitsleben zurückkehren und gesund bleiben können?
- (9) Was haben Sie im bisherigen Verlauf als förderlich bzw. hinderlich erlebt?
- (10) Wie schätzen Sie Ihre Handlungsfähigkeit als Ressource für eine erneute Rückkehr ein?
- (11) Wie schätzen Sie Ihre Unterstützung im privaten Umfeld als Ressource für eine erneute Rückkehr ein?
- (12) Wie schätzen Sie die betriebliche Unterstützung für eine erneute Rückkehr ein?
- (13) Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0-10 ein? Woran machen Sie das fest?

Leitfaden L 2d Kontrollgruppe-t1-keine Rückkehr: Interview zum Ende der Intervention

I Offene Einstiegsfrage (5 min)

- (1) Bitte erzählen Sie mir, wie es Ihnen geht und wie Sie die Zeit seit dem letzten Interview erlebt haben?

II Erleben der nicht erfolgreichen Rückkehr zur Arbeit (10 min)

- (2) Wie haben Sie den Übergang von der Klinik nach Hause erlebt? Können Sie mir das anhand von konkreten Situationen schildern?
 - a. Was hat Sie daran gehindert ins Arbeitsleben zurückzukehren? Und was hat das mit Ihnen gemacht?
 - b. Wie haben Sie Ihren Alltag in den letzten Monaten erlebt? Und können Sie mir in diesem Zusammenhang Ihre aktuelle Situation schildern? Wie ist Ihre private bzw. familiäre Situation? Können Sie mir dies anhand von Beispielen veranschaulichen?

III Ressourcen: Selbstwirksamkeit, Teamwirksamkeit, Ausgleich (10 Min)

- (3) Wie sind Sie mit stressigen Situationen im privaten Bereich umgegangen? Wenn Sie dabei an das bisher Erzählte denken, was fällt Ihnen dazu ein? Können Sie mir anhand von Beispielen schildern, wie sie damit umgegangen sind?
- (4) Wie haben Sie in diesen Situationen ihr persönliches Umfeld wahrgenommen und erlebt? Haben Sie in den stressigen Situationen privaten Bereich Unterstützung bekommen und gesucht? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht? Können Sie mir dies anhand von Beispielen veranschaulichen?

III Erleben von PIA as usual (15 min)

- (5) Wie haben Sie die Nachsorge in der psychiatrischen Institutsambulanz, der PIA erlebt?
 - a. Wie haben Sie die Gespräche und Angebote erlebt?
 - b. Wie hat Ihnen dies im Anschluss im privaten Kontext geholfen?

IV Bewertung (spezifische Nachfragen) (20 min)

- (6) Wie schätzen Sie den Nutzen der PIA-Nachsorge in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit ein? Können Sie dies anhand von Beispielen veranschaulichen?
- (7) Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot? Was ist gut gelaufen, was hätte besser laufen können?
 - a. Wie zufrieden waren Sie mit den Gesprächen und therapeutischen Angeboten?
 - b. Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den Therapeutinnen und Therapeuten und den betrieblichen Ansprechpersonen während des Klinikaufenthalts erlebt?
- (8) Was brauchen Sie, damit Sie gesund bleiben können und wieder in Arbeit kommen?
- (9) Was haben Sie in den letzten eineinhalb Jahren als förderlich bzw. hinderlich erlebt?
- (10) Wie schätzen Sie Ihre Handlungsfähigkeit allgemein und als Ressource für eine Rückkehr ein?
- (11) Wie schätzen Sie Ihre Unterstützung im privaten Umfeld als Ressource für eine Rückkehr ein?
- (12) Wie schätzen Sie die betriebliche Unterstützung als Ressource für eine Rückkehr ein?
- (13) Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0-10 ein? Woran machen Sie das fest?

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

FB 3 „Arbeit und Gesundheit“

FG 3.5 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin,

Betriebliches Gesundheitsmanagement“

Nöldnerstraße 40/42

10317 Berlin

Intensivierte Return to Work (RTW)-Nachsorge in psychiatrischen
Institutsambulanzen (PIA) von Versorgungskliniken

**Leitfaden für die Befragung von Therapeutinnen/Therapeuten sowie
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern mittels Fokusgruppen zur Umsetzung des
Manuals in der therapeutischen Praxis**

Projektleitung

Dr. Uta Wegewitz

wegewitz.uta@baua.bund.de

Leitung Gruppe 3.5

1. Einleitung und Kurzbeschreibung

Im Rahmen der Prozessevaluation ist ein begleitender Austausch über die Umsetzung des Manuals in der therapeutischen Praxis vorgesehen. Dazu wird die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) vier Fokusgruppen mit den an der „RTW-PIA“-Studie mitwirkenden Therapeutinnen und Therapeuten sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern der verschiedenen Standorte durchführen.

Ziel ist es, Aussagen über die Umsetzung des Manuals in der therapeutischen Praxis machen zu können, förderliche und hinderliche Faktoren aus Sicht der behandelnden Akteure zu erheben und Weiterentwicklungspotentiale für die neue Behandlungsform zu ermitteln.

Eine Fokusgruppe dauert maximal 90 Minuten und wird per Videokonferenzmodul durchgeführt. Die Fokusgruppen werden aufgenommen (Audio), transkribiert sowie pseudonymisiert und im Anschluss inhaltsanalytisch ausgewertet.

2. Leitfaden

1. Können Sie sich zum Einstieg bitte kurz vorstellen und erzählen, was Ihnen spontan zu den bisherigen Sitzungen einfällt?
2. Gibt es schon eine gewisse Routine in der Durchführung der Sitzungen? Und wenn ja wie sieht diese aus? Können Sie uns das bitte anhand von Beispielen schildern?
3. Was ist aus ihrer Sicht bisher gut gelaufen, was hätte besser laufen können? Welche Gründe gab es ggf. vom Manual abzuweichen?
4. Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren sehen Sie derzeit in Bezug auf die Umsetzung des Manuals?
5. Wie zufrieden sind Sie mit der Umsetzung und wie schätzen Sie den Nutzen ein?
6. Sehen Sie Veränderungsbedarf? Haben Sie Anregungen zur Weiterentwicklung des Manuals?

Anlage 5: Qualitative Differenzierung der Rückkehr

1. Differenzierung in der IG nach stabiler und fragil stabiler Rückkehr

Aus qualitativer Sicht ist die Prognose einer nachhaltigen Rückkehr davon abhängig, wie stabil die TN zu t1 erscheinen. Nur bei einer stabilen Rückkehr zu t1 kann von einer nachhaltigen Rückkehr ausgegangen werden, bei einer fragil stabilen Rückkehr konnte zu t1 abschließend nicht eingeschätzt werden, ob die Interviewten in dem 24-monatigen Beobachtungszeitraum nachhaltig zurückgekehrt sein werden. Im Falle einer instabilen Rückkehr ist aus qualitativer Sicht zu t1 von einer nicht nachhaltigen Rückkehr auszugehen.

1.1 Die Gruppe der stabilen Rückkehrer*innen

10 Interviewte aus der IG sind zu t1 stabil und nachhaltig zurückgekehrt. 7 Personen haben den Arbeitsplatz gewechselt, wodurch sich ihre Arbeitssituation verbessert hat. Dieser Wechsel des Arbeitsplatzes wird als eine Konsequenz der Reflexion der Auslöser der Krise beschrieben und in Zusammenhang mit der Intervention gestellt. Der neue Arbeitsplatz wird als anschlussfähig an die Intervention erlebt und beschrieben. Teilweise wird die neue Stelle ganz bewusst nach bestimmten Kriterien ausgewählt, um einer erneuten Überforderung durch die Arbeit vorzubeugen.

Nur 1 der 10 interviewten Personen ist an den alten Arbeitsplatz zurückgekehrt und beschreibt in diesem Kontext das bisherige Arbeitsumfeld als unterstützend und in diesem Sinne als anschlussfähig an die Intervention.

Einer weiteren Person wurde ein interner Stellenwechsel in Aussicht gestellt, von der sie sich eine Verbesserung ihrer Situation erhofft.

Der Klinikaufenthalt, der grundsätzlich reflexive Umgang mit den Auslösern der Krise und die darauf bezogene Intervention werden als Impulsgeber charakterisiert,

- die eigenen Bedürfnisse ganzheitlicher wahrzunehmen,
- sensibler mit den eigenen Grenzen der Belastbarkeit umzugehen,
- den Umgang mit stressigen Situationen bei der Arbeit & im Privaten zu verändern und
- gleichzeitig nach einem Arbeitsumfeld zu suchen, dass diesen Prozess unterstützt.

8 von 10 Personen haben nach dieser Lesart ihr bisheriges Arbeitsumfeld als nicht unterstützend oder sogar als hinderlich beschrieben und deshalb den Entschluss gefasst, sich eine neue Stelle zu suchen.

Die beschriebenen positiven Veränderungen unterstützt durch die Intervention stärken die Selbstsicherheit, die Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen, was den persönlichen Handlungsspielraum erhöht und Einstellungs- und Verhaltensänderungen befördert und zu einem proaktivem, sozialen Bewältigungshandeln führt, was sich wiederum positiv auf das soziale Arbeitsumfeld und die Arbeitsbedingungen auswirkt. In diesem Veränderungsprozess dokumentiert sich eine interne Kontrollüberzeugung, also die Überzeugung das eigene Leben selbständig steuern zu können.

Diese Gruppe von Interviewten gestaltet ihre Rückkehr aktiv und erweitert dadurch sowohl ihre individuellen, sozialen als auch betrieblichen Ressourcen und wird entsprechend aktiv von einem solidarisches Arbeitsumfeld und/oder verständnisvollen privaten Umfeld unterstützt.

1.2 Die Gruppe der fragil stabilen Rückkehrer*innen

4 Interviewte waren zu t1 fragil stabil zurückgekehrt. In dieser Gruppe besteht ein hohes Risiko über den Beobachtungszeitraum von 24 Monaten nicht nachhaltig zurückzukehren. Alle vier Interviewten berichteten über kritische Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen vor allem bei der Arbeit, die wesentlich dazu beitrugen, dass sich ihre Situation nicht weiter stabilisiert oder sogar wieder verschlechtert hat.

3 der 4 Interviewten berichteten von erneuten AU-zeiten und einzelne zogen Parallelen zu ihrem Zustand vor dem Klinikaufenthalt. Sie fühlten sich durch die Arbeit unter Druck, von ihren Vorgesetzten und/oder Kolleginnen wenig unterstützt oder schilderten Konflikte mit ihren Vorgesetzten, die ihre Situation nicht verstanden und sich empathielos verhielten.

Die vierte Person erlebte sich wieder an einem kritischen Kipppunkt, sie sah sich nicht mehr in der Lage, angemessen mit dem Stress bei der Arbeit umzugehen. Sie vermisste die Unterstützung im Rahmen der Einzelsitzungen, die ihr geholfen haben, wieder Distanz zur Arbeit zu schaffen und ihr Verhalten zu regulieren. Es gab schon wieder zu viele Situationen, in denen sie sich durch die Arbeitsumstände überfordert fühlte, hinzu kam ein zunehmend schlechtes Arbeitsklima. Die Situation bei der Arbeit schätzte sie mittlerweile so schlecht ein, dass sie sich überlegte zu kündigen.

Die Schilderungen der Interviewten machen deutlich, dass es vor allem die Arbeitsbedingungen waren, die eine Verbesserung und Stabilisierung ihrer Situation verhinderten. Sie schilderten aber auch Probleme im Umgang mit den hohen Arbeitsanforderungen, die ihr eigenes Verhalten betrafen – sie schafften es nicht:

- sich genügend abzugrenzen, nein zu sagen,
- angemessen mit Stress bei der Arbeit umzugehen,
- fühlten sich in besonderer Art und Weise dem Arbeitgeber, den Kunden und Klienten und dem Team verpflichtet und berichteten von einem schlechten Gewissen, obwohl sie sich übermäßig engagierten.

Vor dem Hintergrund dieser kritischen Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen verharrten sie sozusagen in dem 18-monatigen Zeitraum zwischen den beiden Interviews in einem fragilen Zustand, der viel Energie und Kraft band und eine Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit im Bereich 7 bis 10 nicht zuließ. Im Gegenteil, es bestand ein hohes Risiko wieder in einen instabilen und akuten Krisenzustand zu geraten.

In dieser Gruppe von Interviewten wären vor allem arbeitsbezogene Maßnahmen erforderlich, die die Arbeitsfähigkeit stabilisieren. Bei einer Person wurde bspw. im BEM vereinbart, dass sie nur noch Frühschicht arbeitet. Nachdem diese Vereinbarung aufgehoben wurde, hat sich ihr Zustand mit der Zeit wieder verschlechtert. Hinzukamen bei dieser Person eine übermäßige Belastung und Beanspruchung durch eine Schichtdienstplanung quasi auf Abruf, ein zunehmend schlechtes Arbeits- und Betriebsklima, das auch für die Aufhebung der BEM-Vereinbarung verantwortlich war und eine hohe Anzahl von Überstunden, da es regelmäßig zu krankheitsbedingten Ausfällen von Kolleg*innen kam.

2. Differenzierung in der KG nach stabiler und fragil stabiler Rückkehr

Die KG ist aus qualitativer Perspektive der IG sehr ähnlich. Sie beschreiben ähnliche Kontextfaktoren, die sich positiv bzw. negativ auf die Rückkehr ausgewirkt haben, anhand derer man einschätzen kann, ob sie stabil und nachhaltig zurückgekehrt sind oder sich zu t1 (weiterhin) in einem fragil stabilen Zustand befinden und deshalb unklar bleibt, ob sie in dem 24-monatigen Beobachtungszeitraum nachhaltig zurückgekehrt sein werden. Im Vergleich zur IG beschreiben die zu t1 stabilen Personen allerdings vermehrt medizinisch-therapeutische Maßnahmen, die sie zusätzlich genutzt haben. Auffällig ist dabei, dass die therapeutischen Inhalte in zentralen Aspekten den Inhalten der Einzelsitzungen entsprechen:

- Verhalten in stressigen (Arbeits-) Situationen,
- Reflexion der hohen Verausgabebereitschaft,
- Reflexion der Bedeutung der Arbeit im bisherigen Leben,
- Umgang mit perfektionistischen Ansprüchen (z. B. Null-Fehler-Toleranz),
- Auseinandersetzung mit Ängsten und
- krisenverstärkenden Einstellungen und Verhaltensweisen.

Diese Aspekte werden therapeutisch bearbeitet, neu bewertet und führen im Verlauf der Rückkehr zur Arbeit zu wichtigen Einstellungs- und Verhaltensänderungen, die einen achtsameren Umgang mit sich selbst und der Arbeit bewirken. Neben den therapeutischen Faktoren, die mit personenbezogenen Faktoren in Wechselwirkung stehen spielen die arbeitsbezogenen Faktoren eine wesentliche Rolle in Bezug auf eine nachhaltige Rückkehr, dies bestätigen auch die Analysen zu den förderlichen und hinderlichen Faktoren im Verlauf der Rückkehr (vgl. Kapitel 10).

2.1 Die Gruppe der stabilen Rückkehrer*innen

4 von den 5 Personen, die zu t1 stabil und nachhaltig zurückgekehrt sind, haben intern oder extern die Stelle gewechselt. Auch hier zeigt sich ähnlich wie in der IG, dass sie durch den Wechsel ihre Arbeitssituation positiv verändern konnten. Gleichzeitig haben sie durch eine ambulante Psychotherapie ihre individuellen Handlungsmöglichkeiten erweitert und ihr Verhalten im Arbeitskontext erfolgreich angepasst. Auffällig sind in diesem Kontext die erfahrene Unterstützung und Wertschätzung bei der Arbeit, von denen diejenigen berichten, die nachhaltig zurückgekehrt sind.

Eine Person und der Verlauf ihrer Rückkehr steht exemplarisch für eine stabile und nachhaltige Rückkehr in den Betrieb. Sie hat sich schon während der Klinik intensiv mit sich, ihrer Situation und ihrer Biografie auseinandergesetzt. Diese Auseinandersetzung hat sie in ihrer Therapie erfolgreich fortgesetzt. Während sie sich in der Klinik ihre Einstellung, ihr Verhalten und Handeln im Umgang mit Stress reflektiert hat, befindet sie sich im Rahmen ihrer Therapie mittlerweile in einem Prozess, in dem sie lernt und gelernt hat, besser mit stressigen Situationen bei der Arbeit umzugehen.

Vor der Krise beschreibt sie sich in einem „ständigen Kampfmodus“. Sie schätzt diese Haltung und Einstellung als einen wesentlichen Stressfaktor auf dem Weg in ihre Krise ein. Durch die Therapie hat sich ihr Verhalten schon deutlich verbessert. Sie ist „entspannter“, fasst nicht mehr alles als Kritik auf und nimmt nicht mehr alles so persönlich. Im Zuge dieser Entwicklung hat sich ihr Selbstwertgefühl verbessert, sie kann ihre Emotionen und insbesondere ihre Wut besser steuern und interpretiert Situationen nicht mehr so negativ für sich. Hinzu kommt, dass sie von ihrem persönlichen Umfeld unterstützt und motiviert wird. Das Gleiche sagt sie über ihr Arbeitsteam – das Team gibt ihr Halt und Bestätigung. Sie hat für sich eine neue Balance gefunden, ihre Einstellung zur Arbeit verändert und hat keine Panik mehr vor dem kommenden Ruhestand.

2.2 Die Gruppe der fragil stabilen Rückkehrer*innen

Bei 2 Personen, die zum Zeitpunkt t1 fragil stabil zurückgekehrt sind, war nicht klar, ob sie über den 24-monatigen Beobachtungszeitraum nachhaltig zurückkehren werden. Auffällig ist hier vor allem, dass im Vergleich zu allen anderen Interviewten sowohl der IG als auch der KG die selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit nicht mit den Schilderungen im Interview korrespondiert. Die Arbeitsfähigkeit wird im Vergleich zur Schilderung ihrer privaten und beruflichen Situation zu hoch eingeschätzt.

Beide Personen sind an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückgekehrt. Sie berichten beide von belastenden Arbeitsbedingungen und fühlen sich im normalen Arbeitsalltag und den damit einhergehenden Anforderungen nicht genügend unterstützt. Sie beschreiben und erleben ihre Arbeitssituation als gleichbleibend schwierig. Eine Person macht dafür die Personalknappheit und die geringe Unterstützung durch den Sozialdienst bei Problemen mit Schüler*innen und Eltern verantwortlich. Die andere Person schildert ein angespanntes Verhältnis zur Teamleitung, die sie karrieretechnisch nicht unterstützt und fördert.

Eine der beiden Personen führt auch noch familiäre Probleme an, die die Situation zusätzlich belasten.

Beide Personen haben die PIA-Nachsorge nicht genutzt. Eine Person hat eine ambulante Psychotherapie begonnen, das Thema Arbeit wurde dort aber nicht behandelt. Die Therapie fokussierte auf familiäre Probleme.

Anlage 6: Laufzettel

Name Patient*in :
(vor Übermittlung entfernen)

RTW-Begleitung (Max. 8 Einzeltermine)

(Platzhalter Pseudonymisierungs-Sticker)

Information

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

1. Termin
Setting*: ./. / .
4-Phasen-M.: .

☐ Datum: ./. / .
Dauer: . Min.

2. Termin
Setting*: ./. / .
4-Phasen-M.: .

☐ Datum: ./. / .
Dauer: . Min.

3. Termin
Setting*: ./. / .
4-Phasen-M.: .

☐ Datum: ./. / .
Dauer: . Min.

4. Termin
Setting*: ./. / .
4-Phasen-M.: .

☐ Datum: ./. / .
Dauer: . Min.

5. Termin
Setting*: ./. / .
4-Phasen-M.: .

☐ Datum: ./. / .
Dauer: . Min.

6. Termin
Setting*: ./. / .
4-Phasen-M.: .

☐ Datum: ./. / .
Dauer: . Min.

7. Termin
Setting*: ./. / .
4-Phasen-M.: .

☐ Datum: ./. / .
Dauer: . Min.

8. Termin
Setting*: ./. / .
4-Phasen-M.: .

☐ Datum: ./. / .
Dauer: . Min.

AU seit: (TT.MM.JJ): ./. / ./. / .

Direkter Kontakt zum Arbeitgeber erfolgt:
☐ Ja ☐ Nein

Erster Tag Rückkehr an den Arbeitsplatz: ./. / ./. / .

☐ Reguläre Wochenarbeitszeit
☐ Stufenweise Wiedereingliederung

Geplanter letzter Tag der Wiedereingliederung: ./. / ./. / .

Datum Studieneinschluss: ./. / ./. / .

Überleitung Modul 4 erfolgt am: ./. / ./. / .

Datum Geplanter Beginn für Modul 4 : ./. / ./. / .

Datum Behandlungsabbruch: ./. / ./. / .

Name der Sitzung:

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

Name der Sitzung:

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

Name der Sitzung:

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

Name der Sitzung:

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

Name der Sitzung:

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

Name der Sitzung:

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

Name der Sitzung:

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

Name der Sitzung:

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

Name der Sitzung:

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

Name der Sitzung:

Teilnahme ☐
Datum: ./. / .

Sitzung 1-6: für alle

Sitzung 7-9: optional und Rücksprache mit Ihrer RTW-Begleitung

* Klinik (K), Arbeitsplatz (A), Telefon (T)

aktualisiert: 2022-01-24

1

Anlage 7: Boxplots zur Zufriedenheit mit der Intervention

Tabelle 1: Zufriedenheitswerte mit den Modulen (Mittelwert, Standardabweichung, Range)

Modulname	Einzel- sitzungen (Modul 2)	Gruppen- sitzungen (Modul 3)	Online- Angebot (Modul 4)	RTW-PIA gesamt
Mittelwert ZUF-Score (8-32*)	29,4	27,8	26,0	28,7
Standardabweichung (Range)	3,7 (16-32 Punkte)	4,8 (12-32 Punkte)	5,8 (8-32 Punkte)	3,7 (14-32 Punkte)
*je höher der Score, desto höher die Zufriedenheit mit dem Modul				

1. Einzelsitzungen (Modul 2)

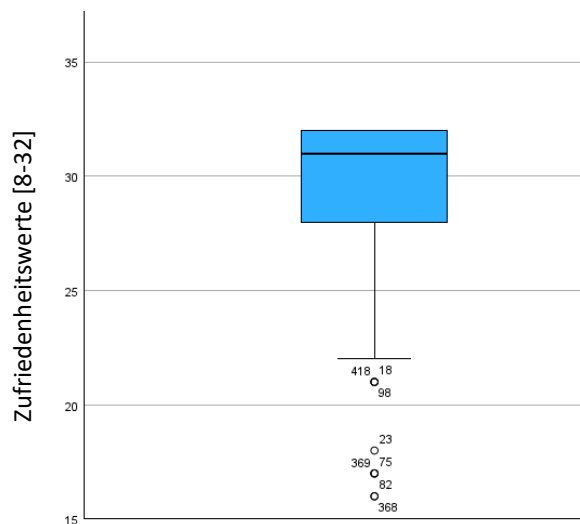


Abbildung 1: Boxplot zur Zufriedenheit der IG-Teilnehmenden mit den Einzelsitzungen

2. Gruppensitzungen (Modul 3)

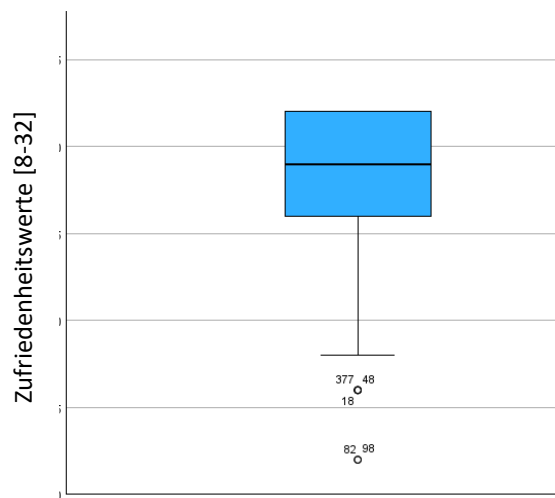


Abbildung 2: Boxplot zur Zufriedenheit der IG-Teilnehmenden mit den Gruppensitzungen

3. Online-Angebot (Modul 4)

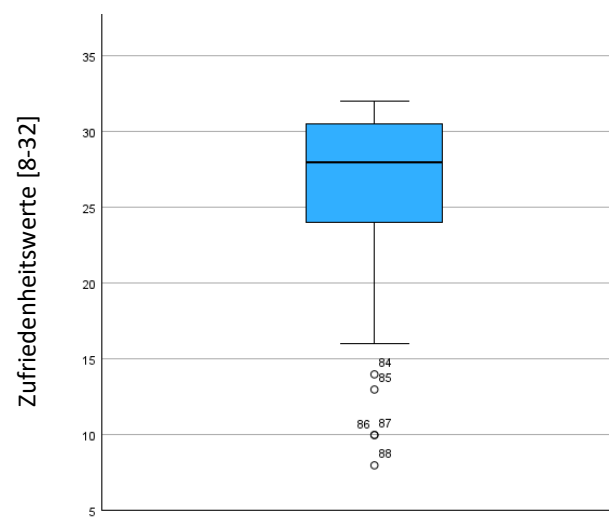


Abbildung 3: Boxplot zur Zufriedenheit der IG-Teilnehmenden mit dem Online-Angebot

4. RTW-PIA gesamt

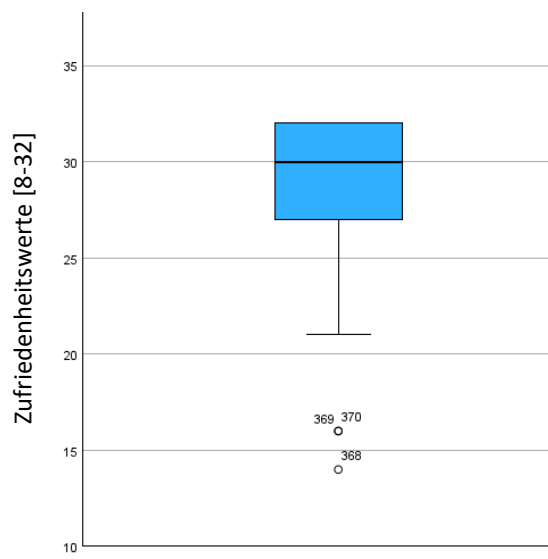


Abbildung 4: Boxplot zur Zufriedenheit der IG-Teilnehmenden mit der RTW-Gesamtintervention

Anlage 8: Weiterführende Empfehlungen

Im Folgenden werden die Ideen zur zukünftigen Gestaltung von RTW-PIA zusammenfassend dargestellt. Diese betreffen den Zeitpunkt der Intervention, die inhaltliche Ausgestaltung, die Organisation, den Einbezug der ambulanten Psychotherapie, die Anforderungen an Qualifikation und Berufsrolle der RTW-Begleiter*innen sowie die Gestaltung von Interventionen. Die Handlungsempfehlungen wurden von den evaluierenden Stellen auf Basis der Perspektive der Teilnehmenden (erhoben in Interviews) und der Perspektive der RTW-Begleiter*innen (erhoben in Fokusgruppen) abgeleitet.

1. Zeitpunkt der Intervention

Auf Basis der Evaluationsergebnisse wird empfohlen, den Zeitpunkt der Intervention zukünftig bedarfsgerecht und individuell auf die Patient*innen zugeschnitten zu wählen.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, wenn die Kliniken schon zu Beginn des Klinikaufenthalts

- berufliche Problemlagen identifizieren und einschätzen,
- die Arbeitsfähigkeit erfassen (aktuell und vor der Krise) sowie
- die subjektive RTW-Prognose einholen.

Dieses Vorgehen kann helfen, die Personen, die zur Zielgruppe der Intervention gehören, zu identifizieren und eine erste datenbasierte Grundlage für die weitere Begleitung im Rahmen der Einzel- und Gruppensitzungen zu schaffen. Darüber hinaus sollte die Begleitung im Rahmen der Einzelsitzungen dazu genutzt werden, die Teilnehmenden bis in den Betrieb hinein zu begleiten – z. B. sie zu BEM-Gesprächen zu begleiten und Kontakte zu wichtigen Schlüsselakteur*innen mitzugestalten. Damit dies gelingen kann, sollte ein Konzept entwickelt werden, das die Rolle der RTW-Begleiter*innen in diesem Prozess transparent macht und Handlungssicherheit vermittelt. Ziel ist eine professionelle und angemessene Begleitung, die die Grundlagen für eine nachhaltige Rückkehr schafft. Dazu gehört es auch, Personen mit komplexen Problemlagen (siehe Ergebnisse der qualitativen Evaluation) zu identifizieren, die mit der Intervention in der vorliegenden Form nicht erreicht werden können.

Aus Sicht der RTW-Begleiter*innen startete die Intervention in manchen Fällen zu früh im Genesungsprozess, beispielsweise bei hoher Symptombelastung oder wenn erneute stationäre Aufenthalte geplant waren. Vor Beginn der Intervention könnte im Rahmen eines Vorgesprächs oder eines niedrigschwelligen Gruppenangebots die Arbeitsfähigkeit erörtert werden, insbesondere ob eine Rückkehr an den Arbeitsplatz in nächster Zeit im Fokus steht. Bei einer sehr niedrig empfundenen Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score Fragebogen 0-3) könnte, bei guter Vernetzung der Klinik, RTW-PIA erst zu einem späteren Zeitpunkt genutzt werden und zuvor der Fokus auf eine Verringerung der Symptome und aktuelle Bedarfe liegen.

2. Empfehlungen zur Ausgestaltung und Organisation der Module 2 – 4

Einzelsitzungen (Modul 2)

Auf Basis der Evaluationsergebnisse wird empfohlen, die Einzelsitzungen zukünftig zeitlich flexibel in Abhängigkeit von den individuellen Rückkehrverläufen der Patient*innen durchzuführen.

Schwerpunkte der Einzelsitzungen sind aus Perspektive der Teilnehmenden folgende:

- Reflexion der arbeitsbezogenen Kontextfaktoren, der förderlichen und hinderlichen Bedingungen der Rückkehr und Ableitung von arbeitsbezogenen Maßnahmen aus Sicht der Zurückkehrenden,
- Reflexion von krisenauslösenden bzw. krisenverstärkenden Verhaltens- und Handlungsmustern (Umgang mit Stress, Verausgabungsbereitschaft, Verantwortungsgefühl vs. Pflichtgefühl, Perfektionismus/Null-Fehler-Toleranz, Umgang mit Ängsten im Rückkehrprozess) und Ermöglichung neuer Sichtweisen, die neue Handlungsoptionen erschließen und Einstellungs- und Verhaltensweisen anstoßen,
- Reflexion von privaten Kontextfaktoren, der förderlichen und hinderlichen Bedingungen der Rückkehr und Ableitung von Maßnahmen, die die Rückkehr stabilisieren,
- Entwicklung einer tragfähigen und flexiblen RTW-Strategie auf Augenhöhe,
- Vorbereitung und Begleitung bei BEM-Gesprächen,
- Vorbereitung und Begleitung der STWE,
- Begleitung während der Rückkehr und bei Bedarf Rücksprache mit betrieblichen Schlüsselakteur*innen.

Ziel der Sitzungen ist es, die arbeitsbezogenen, personenbezogenen und sozialen Kontextfaktoren im Sinne einer nachhaltigen Rückkehr zu gestalten.

Ein von den RTW-Begleiter*innen als hinderlich beschriebener Faktor war, dass die Anzahl der geplanten Einzelsitzungen und der 6-monatige Zeitraum für die Sitzungen bei nicht linearen Verläufen oder bei verzögerter Rückkehr teilweise nicht ausreichend war. Die Einzelsitzungen genügten beispielsweise nicht bei komplexen Problemlagen, erneuten stationären Aufenthalten, abgebrochenen stufenweisen Wiedereingliederungen oder beruflichen Umorientierungen. Daher empfiehlt es sich mehr Flexibilität bezüglich der Terminanzahl und des Zeitraums der Einzelsitzungen zuzulassen.

Gruppensitzungen (Modul 3)

Auf Basis der Evaluationsergebnisse wird empfohlen, die Gruppensitzungen inhaltlich flexibel auszugestalten, mehr Raum für den Austausch zu geben und die Inhalte des Manuals entsprechend anzupassen.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Teilnehmenden sollten die Gruppensitzungen inhaltlich flexibel gestaltet werden und vor allem zu einem erfahrungsbasierten Austausch genutzt werden, der neue Perspektiven und Handlungsoptionen ermöglicht, indem er einen Raum dafür schafft, sich selbst, seine eigene Situation, insbesondere die Arbeitssituation im Austausch mit den Teilnehmenden objektiver einschätzen zu lernen. Psychoedukative Elemente können diesen Prozess unterstützen, indem sie sich am konkreten Bedarf und den Erfahrungen der Teilnehmenden orientieren und vor allem zur Orientierung und Steuerung des Austausches in den Gruppen genutzt werden. Entlang der Interviews sollten dabei folgende Themen bei Bedarf im Austausch mit den Teilnehmenden vertieft und zusammengefasst werden:

- **Umgang mit Stress:** Wie lassen sich kritische Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen verändern und Arbeitsbedingungen gesundheitsförderliche gestalten? Wie schaffe ich es mit belastenden Situationen, negativen Erlebnissen angemessen umzugehen und meine Stressresistenz bzw. Belastungsfähigkeit zu verbessern? Wo sind meine Grenzen, wie formuliere ich diese und wie kann ich mich besser abgrenzen? Was kann ich selber dazu beitragen, was kann mein Arbeitsteam, mein Arbeitgeber dazu beitragen?

- **Umgang mit Konflikten:** Wie gehe ich mit Konflikten um, die die Rückkehr belasten? Was kann ich selber tun, um Konflikte zu beruhigen? Was kann mein Arbeitsteam, mein Arbeitgeber dazu beitragen?
- **Umgang mit Ängsten:** Wie schaffe ich einen guten Übergang von der Klinik zur Arbeit? Welche Ängste und Sorgen verbinde ich mit der Rückkehr in den Betrieb? Wie finde ich einen angemessenen Umgang damit? Was kann ich selber dazu beitragen, was kann mein Arbeitsteam, mein Arbeitgeber dazu beitragen?
- **Umgang mit der Erkrankung:** Wie gehe ich mit meiner Erkrankung um? Wie sehe ich mich selbst? Wie gehe ich mit Stigmatisierung und Selbststigmatisierung um? Wie kann ich die Erfahrungen mit meiner Krise und Erkrankung aktiv nutzen, um ein neues, positives Selbstwertgefühl aufzubauen? Wie kann mir die Gruppe dabei helfen?

Ziel dieser Sitzungen ist es, das Selbstwertgefühl, das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeitserwartungen im RTW-Prozess zu steigern und die individuelle Problembewältigung bzw. -lösung zu unterstützen.

Im Einklang mit den besprochenen Inhalten aus den Fokusgruppen mit den RTW-Begleiter*innen empfiehlt es sich, die Inhalte der Gruppensitzungen im Manual zu verschlanken und zu flexibilisieren – insbesondere das Thema „Gut aufgestellt zurück an den Arbeitsplatz“ der Sitzung B wurde von den RTW-Begleiter*innen als „zu sperrig“ beschrieben. Weniger strikt manualisierte Gruppensitzungen können zukünftig den Austausch unter den Teilnehmenden stärken und den RTW-Begleiter*innen ermöglichen, auf die Bedarfe der Gruppe entsprechend zu reagieren. Die gekürzten Inhalte der Gruppensitzungen könnten z. B. in einem Audioformat über das Online-Angebot (Modul 4) bereitgestellt werden, um eine flexiblere und niedrigschwellige Nutzung zu ermöglichen. Hier könnte mittels KI ein lebendiges Format erstellt werden.

Aus Sicht der RTW-Begleiter*innen wurde es als förderlich betrachtet, sich Zeit innerhalb der Einzelsitzungen für die Suche nach Halt im Leben außerhalb der Arbeit zu nehmen. Die Suchprozesse nach „privaten Ankern“ waren nach Ansicht der RTW-Begleiter*innen teilweise lang und aufwendig. Daher könnte das Thema „Abgrenzung von der Arbeit“ innerhalb der Gruppensitzungen mehr Aufmerksamkeit bekommen bzw. die entsprechende Gruppensitzung zu diesem Thema gegebenenfalls obligatorisch sein.

Zu Beginn von RTW-PIA könnten die ersten Gruppensitzungen möglichst zeitnah und eng getaktet stattfinden, um den Teilnehmenden den Einstieg zu erleichtern und den Aufbau von Gruppenkohäsion zu fördern. Insbesondere, wenn sich die Teilnehmer*innen vorher nicht kennen, könnte ein kürzerer Abstand zwischen den ersten Sitzungen helfen, das Kennenlernen zu intensivieren. Eine Planung, die Ferien- oder Urlaubszeiten berücksichtigt, kann dabei helfen, diese intensive Anfangsphase sicherzustellen. Konkret könnten die Gruppensitzungen so organisiert werden, dass zumindest die ersten Gruppensitzungen im Abstand von 14 Tagen statt 4 Wochen stattfinden. Wenn es organisatorisch möglich ist, empfehlen wir ein geschlossenes Gruppensitzungsformat.

Nach der Anfangs- und Kennenlernphase kann es vor dem Hintergrund der spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse der TN (z. B. die Bedarfe und Bedürfnisse von Alleinerziehenden) sinnvoll sein, das Gruppenformat flexibler zu handhaben und möglicherweise auch Online-Gruppensitzungen anzubieten. Das Gleiche würde auch für die flexible Ausgestaltung der Einzelsitzungen gelten.

Online-Angebot (Modul 4)

Auf Basis der Evaluationsergebnisse wird empfohlen, das Online-Angebot neu zu konzipieren und die Übungen bereits zum Zeitpunkt der Rückkehr in den Betrieb zur Verfügung zu stellen. Das Online-Angebot sollte dabei gut auf die Einzel- und Gruppensitzungen abgestimmt werden.

Wichtig in diesem Kontext, die Anwenderfreundlichkeit des Angebots zu erhöhen. Vor diesem Hintergrund wäre es aus Sicht der Teilnehmenden erforderlich, die Übungen überwiegend im Audioformat zur Verfügung zu stellen, so dass die Übungen flexibel genutzt werden können, z. B. in Pausen oder bei Spaziergängen. Aktives Zuhören wird in diesem Zusammenhang als angenehmer, weniger anstrengend und ermüdend erlebt und beschrieben im Vergleich zum Arbeiten am Computer oder am Handy. Wichtig wäre auch ein einfacher Zugang zu den Inhalten, indem die technischen Voraussetzungen der Nutzung so einfach wie möglich gehalten werden. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ab wann das Angebot genutzt werden sollte und für wen es sinnvoll erscheint. Aus der Perspektive der evaluierenden Stellen sollte das Online-Angebot spätestens mit der Rückkehr in den Betrieb zur Unterstützung der Wiedereingliederung genutzt werden. Es kann dabei während der Wiedereingliederung und danach helfen, Stress abzubauen, sich seiner Belastungsgrenzen bewusst zu bleiben, die Ziele der Rückkehr im Auge zu behalten und vorbeugen, in „alte Verhaltensmuster“ zu verfallen. Zentrale Zielgruppe aus Sicht der Interviews sind vor allem Personen, bei denen die Rückkehr fragil verläuft (siehe qualitative Evaluation), und die ihre Arbeitsfähigkeit in dem Bereich zwischen 4 bis 6 einschätzen.

In den Fokusgruppen wurde der Übergang in das Online-Angebot von den RTW-Begleiter*innen als zu spät empfunden. Daher wäre eine frühere Einbindung des Online-Angebots sinnvoll, sodass es parallel zu den Einzel- und Gruppensitzungen stattfinden und integriert werden könnte. Die bereits existierenden Inhalte in Minddistrict und die gekürzten Inhalte aus den Gruppensitzungen könnten in ein Audioformat umgewandelt werden (Kopplung der Themen). Darüber hinaus sollte bei erneuter Umsetzung von RTW-PIA festgelegt werden, wie die Videositzungen als Nachsorge fungieren sollten und wie viele Sitzungen über welche Dauer angeboten werden sollten.

3. Einbezug der ambulanten Psychotherapie

Auf Basis der Evaluationsergebnisse wird deutlich, dass eine ambulante Psychotherapie parallel zu RTW-PIA nicht hinderlich ist, sondern RTW-PIA im besten Falle ergänzt.

Im Rahmen der Fokusgruppen wurde der Übergang aus den Einzelsitzungen in die ambulante Psychotherapie diskutiert, den die RTW-Begleiter*innen oftmals als „erleichternd“, sprich förderlich, empfanden. Eine zusätzliche ambulante Behandlung während RTW-PIA könnte förderlich sein und eine Entlastung für die RTW-Begleiter*innen bedeuten. Eine ambulante Therapie würde die Zeit einräumen, die die Patient*innen benötigen. Außerdem wäre die Verlagerung weiterer therapeutischer Themen dorthin möglich, sodass RTW-PIA den Arbeitsfokus aufrechterhalten könnte. Ambulante Psychotherapie und RTW-PIA sollten einander nicht im Weg stehen, sondern könnten sich also vielmehr ergänzen. Ein Nebeneinanderbestehen von ambulanter Psychotherapie und RTW-PIA sollte zukünftig möglich sein.

4. Anforderung an Qualifikation & Berufsrolle der RTW-Begleitung

Auf Basis der Evaluationsergebnisse wird empfohlen, auf ausreichende Ressourcen für die RTW-Begleitung zu achten, arbeitsweltbezogene Qualifikationen und Erfahrungen der RTW-Begleiter*innen

sicherzustellen und fallbezogen auf die Rollenklärung der RTW-Begleiter*innen im RTW-Prozess zu achten.

Stellenanzahl

Bei einigen RTW-Begleiter*innen musste die Arbeit innerhalb von RTW-PIA neben dem klinischen Alltag stattfinden, sodass sie sich etwas eingeschränkter in ihrer Rolle fühlten und weniger Zeit für die Ausführung und Koordinierung von RTW-PIA hatten. Daher empfiehlt es sich, auf ausreichend Ressourcen zu achten, um im klinischen Alltag nicht die RTW-PIA-Behandlung zurückstellen zu müssen. In der Erbringung von RTW-PIA sollten daher je nach Größe der Klinik mindestens ein Zweier-Team für die RTW-Begleitung eingeplant werden. Dadurch kann außerdem der kollegiale Austausch ermöglicht und Interdisziplinarität weiterhin gewährleistet werden.

Arbeitserfahrung

Für die Auswahl und Qualifikation der interdisziplinären RTW-Begleiter*innen für RTW-PIA empfiehlt es sich, arbeitsweltbezogene Praxiserfahrungen zu berücksichtigen. Idealerweise sollten RTW-Begleiter*innen ein gewisses „Arbeitsweltinteresse“ mitbringen und über einschlägige berufspraktische Erfahrungen (z. B. im BEM) verfügen oder arbeitsbezogene Zusatzqualifikationen (etwa im Disability Management) mitbringen.

Berufsrolle der RTW-Begleiter*innen

Die Ergebnisse zeigen, dass die RTW-Begleiter*innen eine enorme Bandbreite an Teilnehmenden mit jeweils unterschiedlichen Bedürfnissen und RTW-Phasen begleitet haben. Bei einigen, wenn auch wenigen Fällen, hat eine Begleitung zum BEM-Gespräch seitens der RTW-Begleiter*innen stattgefunden, mit sehr unterschiedlichen Erfahrungen: von gelungener Begleitung mit konstruktivem Aushandlungsprozess bis hin zu Situationen, in denen Teilnehmende nach einem vermeintlich positiven Gespräch alleingelassen wurden oder „beweisen“ mussten, den Arbeitsplatz nicht mehr ausführen zu können. In den Fokusgruppen diskutieren die RTW-Begleiter*innen die Sinnhaftigkeit von Gesprächen mit betrieblichen Schlüsselakteur*innen sowie ihre Rolle darin, einerseits ihre selbstgewählte, andererseits die mitunter durch die Teilnehmenden zugeschriebene. Es empfiehlt sich, die Sinnhaftigkeit der Begleitung zu Gesprächen mit betrieblichen Schlüsselakteur*innen verstärkt zu formulieren und die Rolle der RTW-Begleiter*innen im RTW-Prozess fallbezogen klar zu definieren und zu reflektieren (z.B. im Rahmen von Intervisionssitzungen). Je nach Einzelfall sollte besprochen werden, welche Funktion die Begleitung hat, was die Patient*innen brauchen und welche konkrete Rolle die RTW-Begleitung ausfüllen sollte und kann.

5. Intervision zwischen RTW-Begleiter*innen

Auf Basis der Evaluationsergebnisse wird empfohlen, eine zielgerichtete und lösungsorientierte Intervision für die RTW-Begleiter*innen anzubieten.

Aus den Fokusgruppen ließen sich mehrere thematische Schwerpunkte ableiten, die in zukünftigen Intervisionen weiter ausgeführt und diskutiert werden sollten. Zentrale Diskussionspunkte betreffen dabei die Rollenklarheit auf therapeutischer Seite, die Gestaltung der Kommunikation mit den Arbeitgebern sowie den professionellen Umgang mit Ambivalenzen der Patient*innen gegenüber der Rückkehr zur Arbeit. Für eine Version von RTW-PIA, die spezifisch auf Patient*innen mit F33/F32-Diagnosen ausgerichtet ist und die arbeitsplatzbezogene Begleitung stärker integriert, erscheint insbesondere eine intensive Auseinandersetzung mit der BEM-Begleitung im Rahmen der Intervisionen sinnvoll.

Da der arbeitsbezogene Fokus in der therapeutischen Versorgung weiterhin ein relativ neues Handlungsfeld darstellt, erscheint es sinnvoll, in der RTW-PIA-Erbringung weiterhin Interventionen mit arbeitsweltlichem Schwerpunkt systematisch auszubauen. Hierfür könnten unterschiedliche Interventionsformate etabliert werden, die die professionelle Weiterentwicklung der RTW-Begleiter*innen unterstützen:

- Ein möglicher Bestandteil solcher Formate könnten Rollenübungen bzw. simulationsbasierte Trainings (z.B. zur Begleitung im BEM-Gespräch) sein. Diese ermöglichen es RTW-Begleiter*innen, arbeitsbezogene Kommunikationsstrategien praxisnah zu erproben, zu reflektieren und zu vertiefen.
- Zudem könnte die „arbeitsweltliche“ Expertise der RTW-Begleiter*innen erweitert werden, indem branchenspezifische Interventionstermine („Branchen-Fokustermine“) angeboten werden. Hierbei kann jeweils eine ausgewählte Branche, z.B. die Logistik, vertieft betrachtet werden, um spezifische Arbeitsbedingungen, Belastungsprofile und typische Rückkehrkonstellationen besser zu verstehen.
- Weiterhin könnte die Qualität der Interventionen durch die Einbindung externer Expert*innen weiter erhöht werden. Geeignete Fachpersonen könnten z.B. aus der Betriebsmedizin, dem Sozialrecht oder der Arbeitspsychologie einbezogen werden. Durch deren Perspektiven könnten die RTW-Begleiter*innen zusätzliche arbeitsweltrelevante Informationen sowie praxisnahe Impulse für die Fallarbeit erhalten.
- Schließlich sollte die Intervention als strukturierte Form der Reflexion weiterhin gefördert werden. Sie dient dazu, akute Fälle gemeinsam zu analysieren, Handlungsoptionen zu entwickeln und die Entscheidungs- sowie Interventionskompetenzen der RTW-Begleiter*innen zu stärken.