

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München (Prof. Dr. Johannes Hamann)
Förderkennzeichen:	01VSF17012
Akronym:	RETURN
Projekttitel:	Return-to-Work-Experten in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen – eine Proof-of-Concept-Studie
Autoren:	Prof. Dr. Johannes Hamann
Förderzeitraum:	1. Juni 2018 – 31. Mai 2022

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	2
III.	Tabellenverzeichnis.....	2
1.	Zusammenfassung.....	3
2.	Beteiligte Projektpartner.....	3
3.	Projektziele.....	4
4.	Projektdurchführung.....	6
5.	Methodik.....	11
6.	Projektergebnisse.....	16
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	22
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	23
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	23
10.	Literaturverzeichnis.....	24
11.	Anhang.....	26
12.	Anlagen.....	26

I. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzungen	Beschreibung
AU	Arbeitsunfähigkeit
RTW	Return-to-Work-Experte
TAU	Treatment As Usual
TUM	Technische Universität München
IAK	Isar-Amper-Klinikum
Ulm	Universität Ulm
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität

II. Abbildungsverzeichnis

Nicht zutreffend.

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 (S.8): Übersicht über Meilensteine und Ergebnisse

Tabelle 2 (S.13): Übersicht über die eingesetzten Erhebungsinstrumente

Tabelle 3 (S.17): Baseline-Daten

Tabelle 4 (S.18): Klinische Outcomes bei Entlassung

Tabelle 5 (S.19): Umsetzungsgrad von Unterstützungsmaßnahmen und Einstellung der Patienten gegenüber RTW

Tabelle 6 (S.20): Interventionseffekte nach 6 und 12 Monaten

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen ist ein hochrelevantes Thema und es besteht die gesellschaftliche Notwendigkeit sich mit Maßnahmen zu befassen, die die Arbeitsfähigkeit von Personen mit psychischen Erkrankungen erhalten bzw. wiederherstellen. Dabei müssen die empirisch gut belegten salutogenetischen Aspekte von Arbeit, d.h. die gesundheitsfördernden Aspekte (z.B. soziale Kontakte, Anerkennung, Tagesrhythmik, etc.), in den Vordergrund gerückt werden, um betroffenen Personen die Unterstützung zukommen zu lassen, die sie für den Erhalt der Arbeit benötigen. Ziel des vorliegenden Projektes war es, für die Gruppe stationär-psychiatrisch behandelter Patient:innen, die noch in einem festem Arbeitsverhältnis stehen, ein Return-to-Work (RTW)-Programm zu entwickeln und zu evaluieren.

Methodik: Im Rahmen einer Cluster-randomisierten Studie wurde eine RTW-Intervention (Case Manager, RTW-Experten) für stationär-behandelte Patient:innen mit psychischen Erkrankungen evaluiert. Hauptzielparameter waren die Tage in Arbeit innerhalb von 12 Monaten nach Klinikentlassung. Nebenzielparameter waren u.a. die Nutzung von Unterstützungsangeboten für die Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie klinische Parameter.

Ergebnisse: N=268 Patient:innen wurden im Rahmen der Studie rekrutiert. Patient:innen der Interventionsgruppe waren nach 6 und 12 Monaten häufiger an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt und mehr Tage in Arbeit. Diese Gruppenunterschiede waren nach 6 Monaten statistisch signifikant, jedoch nicht nach 12 Monaten (Hauptoutcomeparameter). Insgesamt kehrten Patient:innen der Interventionsgruppe früher zur Arbeit zurück als Patient:innen der Kontrollgruppe. Bei den Nebenzielparametern (u.a. Befinden, Lebensqualität, Rückfälle und Kosteneffektivität) ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Die eingesetzte Intervention war grundsätzlich gut implementierbar und wurde von den beteiligten Gruppen (Personal der Stationen, Patienten) gut angenommen.

Diskussion: Auch wenn bzgl. des Hauptoutcomes kein signifikanter Gruppenunterschied gezeigt werden konnte, wird das Potential eines RTW-Programms für stationäre Patient:innen sichtbar.

2. Beteiligte Projektpartner

Projektleitung bzw. Konsortialführung:

Prof. Dr. med. Johannes Hamann

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München

Ismaninger Straße 22

81675 München.

Telefon: 089 41404282

E-Mail: j.hamann@tum.de

Beteiligte Einrichtungen/ Konsortialpartner

Prof. Dr. Peter Brieger; Isar-Amper Klinikum München Ost (Co-Leitung, Rekrutierung)

Prof. Dr. Markus Bühner; LMU München (Methodik)

Akronym: RETURN

Förderkennzeichen: 01VSF17012

Prof. Dr. Reinhold Kilian, Universität Ulm (Gesundheitsökonomie)

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (Bereitstellung von Kassendaten, Öffentlichkeitsarbeit)

Kooperationspartner:

Prof. Dr. Martin E. Keck, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München (Patient:innenrekrutierung)

Prof. Dr. Peter Falkai, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München (Patient:innenrekrutierung)

Prof. Dr. Michael Landgrebe, Lech-Mangfall-Klinikum Agatharied (Patient:innenrekrutierung)

3. Projektziele

Hintergrund:

Nach Schätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), die sich auf die Mitgliederdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen stützen, wurden im Jahr 2019 insgesamt 712,2 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage mit einer durchschnittlichen Dauer von 17,3 Tagen gemeldet. Diese Fehlzeiten haben insgesamt einen Produktionsausfall von 88 Mrd. Euro verursacht bzw. einen Anteil von 149 Mrd. Euro Verlust an der gesamten Arbeitsproduktivität (Bruttowertschöpfung). Psychische Erkrankungen sind für einen nicht unerheblichen Teil am Krankheitsgeschehen und den daraus resultierenden Fehlzeiten verantwortlich. Die Zahl der Fehltag pro Jahr, die durch eine psychische Erkrankung verursacht wurden, stieg in den letzten Jahren erheblich an. Für Erwerbstätige, die in der AOK versichert waren, machte dieser Anstieg seit 2008 67,5 % aus. Im Jahr 2019 entfielen 11,9 % der krankheitsbedingten Fehltag auf psychische Erkrankungen. Damit sind psychische Erkrankungen erstmals an die zweite Stelle gefallen und bilden nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems die zweithäufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehltag. Noch deutlicher fällt die Quote bei den Frühverrentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung aus: Laut der Deutschen Rentenversicherung (DRV) sind im Jahr 2019 41,7 % der Erwerbsminderungsrenten auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Psychische Erkrankungen sind inzwischen die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Verrentungen.

Erwerbstätigkeit ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen oft schwer erreichbar bzw. durch Krankheitsepisoden häufig gefährdet. Unter stationär-psychiatrisch behandelten Patienten liegt die Quote der Erwerbstätigen nur bei etwa 24 %. Von diesen gelingt wiederum bis zu einem Drittel nach einem Klinikaufenthalt der Wiedereinstieg ins Berufsleben nicht mehr [1]. Angesichts dieser Zahlen und der zentralen Bedeutung, die der Arbeitsplatz für das Leben jeder einzelnen, auch psychisch erkrankten Person hat [2], sind bei dieser Patientengruppe alle Maßnahmen zu ergreifen, die nach einer Krankheitsepisode bzw. einem stationären Aufenthalt die Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstützen. Seitens der Betroffenen wird allerdings bemängelt, dass sie durch das Hilfesystem nicht gut auf die Rückkehr vorbereitet werden [1, 3]. Strukturierte Ansätze des Wiedereinstiegs in die Arbeit wie stufenweise Wiedereingliederung oder betriebliches Eingliederungsmanagement werden weiterhin nicht regelhaft umgesetzt [1].

Return-to-Work-Konzepte umfassen Maßnahmen und Initiativen, die Personen bei der Rückkehr an Arbeitsplatz infolge einer verringerten Arbeitsfähigkeit (z. B. aufgrund einer

psychischen Erkrankung) unterstützen [4]. Sie betrachten Erwerbstätigkeit als gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitserhaltenden Faktor. Gegenwärtige Return-to-Work Ansätze gehen davon aus, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz insbesondere nach längerer Erkrankung ein dynamischer und interaktiver Prozess ist.

In Deutschland fehlen für einen Großteil der Betroffenen entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten. Supported Employment Ansätze, die wiederholt gute und v.a. nachhaltige Ergebnisse ausweisen [5], kommen in Deutschland aufgrund der sozial- und arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen kaum zur Anwendung.

Internationale RTW-Programme können allerdings nicht ohne weiteres auf den deutschen Versorgungskontext adaptiert werden. Insbesondere Return-to-Work-fokussierte Trainingsmaßnahmen die auf sozialrechtlich und institutionell verankerte Arbeitsmediziner bauen, können hierzulade nicht eins zu eins umgesetzt werden. Auch wurden Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung, wie einer Schizophrenie, bislang zu wenig berücksichtigt. Ebenso ist fraglich, welche Interventionen und Konzepte für den akutpsychiatrischen Versorgungskontext richtungsweisend sein könnten, oder ob dafür eigens ausgewiesene Programme noch entwickelt werden müssen.

Arbeitshypothese: Die Etablierung von Return-to-Work-Experten (RTW-Experten) für stationär-behandelte Patient:innen mit psychischen Erkrankungen führt zu einer Fokussierung auf arbeitsplatzbezogene Bedürfnisse dieser Patient:innen, zu einer besseren Nutzung vorhandener Ressourcen im Rahmen eines arbeitsbezogenen Entlassmanagements und damit zu einer erfolgreicherer Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Primäre Forschungsfrage:

- Verbessert die Etablierung von RTW-Experten die Rückkehr von Patient:innen nach einem stationär-psychiatrischem Aufenthalt an ihren Arbeitsplatz? (Tage in Arbeit im ersten Jahr nach Entlassung)

Sekundäre Fragestellungen:

- Inhaltlich:

Wie hoch ist die Rückkehrrate in einem Jahr nach Entlassung?

Wie viele AU-Tage haben diese Patient:innen in einem Jahr nach der Rückkehr?

Wie viele Patient:innen haben im Jahr nach der Entlassung ein Rezidiv bzw. einen erneuten Krankenhausaufenthalt?

Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Intervention?

Spezielle Analyse der Prädiktoren/Barrieren für eine erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz (z.B. Psychopathologie, Kognition, Stigma, sozialpsychiatrische Unterstützung, Unterstützung in den Betrieben, o.ä.) mithilfe eines qualitativen Forschungsansatzes

Wie lässt sich das Konzept der RTW-Experten in der psychiatrischen Regelversorgung (TAU – treatment as usual) implementieren? Welche Auswirkungen haben RTW-Experten auf die Gestaltung der Behandlungsprozesse in der Regelversorgung?

Projektziel:

Etablierung der Intervention (RTW-Experten) im Sinne eines beruflichen Entlassmanagements als Option für die Regelversorgung: Überarbeitung der Intervention nach klinischer Studie und Publikation eines Praxis- und Implementierungsleitfadens, Öffentlichkeitsarbeit, wissenschaftliche Publikation.

4. Projektdurchführung

Das Projekt wurde über insgesamt 48 Monate durchgeführt. In den ersten Monaten des Projektes wurde das Studienprotokoll fertig gestellt [6] und das Votum der Ethikkommission eingeholt. Die Projektgruppe etablierte die Intervention (Leitfaden für die Arbeit der RTW-Experten). Hierfür wurde zunächst eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Zur Konkretisierung der Arbeitsweise der RTW-Experten und damit der Intervention wurde der Ansatz des Case Managements mit den Kernprozessen Intake, Assessment, Planung, Durchführung, Monitoring und Evaluation zugrunde gelegt. Die in diesem Modell aufgestellten Handlungsschritte und deren Abfolge zielen auf die Abstimmung unterschiedlicher Maßnahmen in komplexen Situationen, die sich an den jeweiligen Bedürfnissen der Patienten orientieren und deren Ausgestaltung mit diesen gemeinsam erarbeitet und das individuelle sowie das fachliche Netzwerk mit einbezieht. Die Inhalte der Intervention wurden entlang dieser sechs Kernprozesse organisiert. Dabei sollte die Zusammenarbeit zwischen den RTW-Experten und Patienten so geplant, organisiert, ausgewertet und überprüft werden, dass der konkrete Unterstützungsbedarf der jeweiligen Person möglichst individuell berücksichtigt werden kann. Die so entworfene Intervention (siehe Anlage 1) wurde dann von den Experten des Advisory-Boards beurteilt und im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses ggf. revidiert [7].

Die Schulung der RTW-Experten erfolgte durch das wissenschaftliche Team des Projektes und die Projektleiter anhand des Leitfadens. Zudem erfolgten zu Beginn des Projekts wöchentliche Teamsitzungen zur Supervision der Arbeit der RTW-Experten. Insgesamt wurden N=4 RTW-Experten eingestellt, geschult und im Rahmen der Intervention eingesetzt (2 Sozialpädagogen, eine Pädagogin und eine Psychologin). Der Leitfaden (Anlage 1) sowie die Schulung stützten sich grundsätzlich auf das Modell des case managements. Die erste Phase der Intervention (Intake) fand im Rahmen von RETURN als Rekrutierung von infrage kommenden Studienpatienten statt. Bei der ersten Kontaktaufnahme erfolgt auch die Aufklärung der Teilnehmenden über die Studie und deren Einwilligung. In einer Durchführung der Maßnahme außerhalb der Studie würde dieser Schritt die Auswahl von Patienten mit bestehendem Arbeitsverhältnis und die Kontaktaufnahme zu diesen Personen durch die RTW-Experten beinhalten.

Das Assessment war Gegenstand der ersten Sitzung mit dem RTW-Experten und hatte die gemeinsame Erarbeitung und Dokumentation der grundlegenden Informationen zur Lebenssituation des Patienten in Bezug auf Erkrankung, Arbeitsplatz und weitere Einflussfaktoren zum Ziel. Diese Einheit diente vor allem dem gegenseitigen Kennenlernen, dem Beziehungsaufbau, dem Vorstellen des RTW-Angebotes sowie der Planung weiterer Schritte. Die Prozessschritte Planung und Durchführung, die sich einerseits auf die Ermittlung des Hilfebedarfs und der individuellen Ziele der Unterstützung beziehen und andererseits konkrete Schritte und die Einbeziehung von Netzwerkpartnern beinhalten, wurden in den

folgenden Treffen realisiert. Während des klinischen Aufenthaltes sind dabei regelmäßig vier weitere Treffen geplant, in der poststationären Phase weitere drei Kontakte.

Während des stationären Aufenthaltes (Sitzungen zwei bis fünf) wurden im Einzelnen die folgenden Inhalte behandelt: Zunächst wurde der Erfahrungs-/Wissensstand in Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz abgeglichen und entsprechende sozialrechtliche Rahmenbedingungen vermittelt (z.B. BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement), Stufenweise Wiedereingliederung (z.B. nach dem Hamburger-Modell). Im dritten Treffen wurden das Rückkehrgespräch mit Kollegen und/oder der Führungskraft thematisiert und - je nach Bedarf - im Rollenspiel vorbereitet. Ein wesentlicher Aspekt war hierbei auch der Umgang mit der Nennung der psychischen Erkrankung bzw. der Diagnose am Arbeitsplatz („disclosure“) und die Unterstützung des Patienten beim Finden des für sie bzw. ihn passendsten Weges. Die nächste Einheit widmete sich der Vorbereitung der Übergangsphase zwischen stationärem Aufenthalt, poststationärer Situation und Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie dem Aufbau eines entsprechenden ambulanten Netzwerkes für eine mittel- und langfristig angelegte Unterstützung. Im letzten Treffen der stationären Phase wurden die bislang erarbeiteten, individuellen Schritte besprochen und zusammengefasst. Dabei wurden die Unterstützungsmöglichkeiten für den poststationären Zeitraum besprochen und weitere Kontakte oder Treffen geplant.

In der poststationären Phase waren bis zu drei Kontakte vorgesehen, die - je nach Unterstützungsbedarf - telefonisch oder als persönliches Treffen stattfinden konnten. Standardmäßig vorgesehen war ein Kontakt am ersten Tag der Rückkehr an den Arbeitsplatz, um etwaige Irritationen aufnehmen und besprechen zu können. Daneben ging es um das Verstetigen der während der klinischen Phase erarbeiteten Strategien und der Aktivierung des ambulanten Hilfenetzwerks. In dieser Phase der Intervention war das Vorgehen der RTW-Experten weniger standardisiert und orientierte sich vorwiegend an der aktuellen Situation der Patienten und an den Ergebnissen aus der stationären Phase. In diesem Rahmen war eine weitere Unterstützung bei der Wiedereingliederung möglich, z.B. durch die Begleitung zum Wiedereingliederungs- bzw. BEM-Gespräch beim Arbeitgeber und der fortlaufenden Überprüfung des Wiedereingliederungsplanes. Auch für die Organisation der weiterführenden Behandlung konnten hier wichtige Impulse gegeben werden. Gerade durch diesen Teil der Intervention wurde die Überbrückung der häufig unterversorgten Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Unterstützung ermöglicht. Diese Phase hat sich in der Praxis für die Patienten als besonders kritisch für einen gelingenden Rückkehrprozess erwiesen [7] und wird in der Versorgung bislang kaum in den Blick genommen. Der zeitliche Rahmen für die Intervention wurde auf maximal 6 Monate nach Entlassung aus der Klinik festgelegt.

Ein zusätzlicher Aspekt war die Zusammenarbeit der RTW-Experten mit dem in der Klinik etablierten Sozialdienst. Diese Zusammenarbeit wurde als wichtiger Anknüpfungspunkt für die Eingliederung der Intervention in die Routinebehandlung bewertet. In Absprache mit dem zuständigen Sozialdienst konnten daher einzelne Module der Intervention während der stationären Phase auch im Tandem mit dem Sozialdienst durchgeführt werden, oder aber es erfolgte eine regelmäßige Abstimmung.

Die vier RTW-Experten wurden den 14 Interventionsstationen so zugeteilt, dass eine schnelle Verfügbarkeit für die Umsetzung der Module ermöglicht wurde (i.d.R. Start der Intervention am Tag nach Studieneinschluss).

Spätere Anpassungen des Leitfadens waren eher redaktioneller Natur (Lesbarkeit, Verständlichkeit) (siehe Anlage 1).

Nach verzögertem Beginn der Rekrutierung und mit etwas längerer Rekrutierungszeit konnten in der Folge auf 28 psychiatrischen Akutstationen insgesamt N=268 Patient:innen für das Projekt rekrutiert werden. Ursprünglich war die geplante Fallzahl bei N=200. Hier wurde absichtlich überrekrutiert, da sich zu Beginn der Studie eine hohe Drop-Out-Zahl andeutete. Drop Outs insgesamt (bzgl. Hauptoutcome): n=122.

Die Rekrutierung wurde Ende Februar 2020 erfolgreich abgeschlossen, die Katamnesen im Mai 2021. Pandemiebedingt verzögerte sich die Auswertung der Daten, so dass das Projekt auf insgesamt 48 Monate verlängert wurde. Bis Mai 2022 erfolgte die Auswertung der qualitativen und quantitativen Daten sowie die Publikation des Handlungsleitfadens.

Durch die AOK Bayern erfolgte, nach erteilter Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege nach § 75 SGB X, die Lieferung von Routinedaten.

Es gab erfreulicherweise keine Arbeiten, die zu keinem Ergebnis geführt haben.

Besondere Ereignisse oder Erkenntnisse: Der Beginn der Pandemie (nach Abschluss der Rekrutierung) erschwerte die Nachuntersuchungen und nahm vermutlich auch Einfluss auf die Arbeitsrückkehr der StudienteilnehmerInnen, da häufig stufenweise Wiedereingliederungen aufgrund von home-office-Regelungen nicht regelrecht durchgeführt wurden.

Während des Projektes wurden keine Ergebnisse von dritter Seite bekannt, die einen Einfluss auf das Projekt hatten. Allerdings erfolgt aktuell eine Parallelförderung ähnlicher Projekte durch den GbA.

Tabelle 1: Übersicht über Meilensteine und Ergebnisse

Meilenstein	Beteiligte	Datum (soll)	Datum (ist)	Besonderheiten/Bemerkung/Ergebnisse
Weiterleitungsverträge geschlossen	TUM	30.6.2018	31.7.2018	
Kooperationsvereinbarungen geschlossen	TUM	30.6.2018	n.z.	
Rekrutierung beteiligter Stationen	TUM IAK	30.11.2018	30.11.2018	Teilweise spätere Nachrekrutierung einzelner Stationen
Datenschutzkonzept liegt vor	TUM IAK	30.11.2018	30.11.2018	
Positives Ethikvotum liegt vor	TUM	30.11.2018	30.11.2018	

Meilenstein	Beteiligte	Datum (soll)	Datum (ist)	Besonderheiten/Bemerkung/Ergebnisse
Vorbereitungsphase abgeschlossen	TUM IAK	30.11.2018	30.11.2018	Alle rechtlichen /organisatorischen/ inhaltlichen Vorarbeiten abgeschlossen (u.a. CRFs., Interventionsleitfaden etc.)
Erster Patient rekrutiert	TUM IAK	01.12.2018	31.01.2019	Verzögerter Start der Rekrutierung (sehr aufwändiges „Bekanntmachen“ der MA auf den Stationen, Vorweihnachtszeit etc.)
Dateneingabe und qualitative Auswertung begonnen	TUM IAK	01.02.2019	01.06.2019	MA sehr involviert in Rekrutierung, deshalb Verzögerung bei Datenbankerstellung
50% der Patienten rekrutiert	TUM IAK	31.05.2019	31.08.2019	Verzögerung aufgrund verzögerten Beginns der Rekrutierung und erst späterer Nachrekrutierung von zusätzlichen Stationen
Katamnesen beginnen	TUM IAK	01.06.2019	01.07.2019	
100% der Patienten rekrutiert	TUM IAK	30.09.2019	29.02.2020	Nach Laufzeitverlängerung Rekrutierung erfolgreich abgeschlossen
Dateneingabe t0 & t1 abgeschlossen	TUM IAK Ulm LMU	31.12.2019	31.03.2020	Jeweils aufgrund der allgemeinen Projektverzögerung ebenfalls verzögert; Unterstützung bei der Kodierung von Variablen zum Ressourcenverbrauch durch Uni Ulm
Dateneingabe t2 begonnen	TUM	31.3.2020	31.3.2020	Jeweils aufgrund der allgemeinen

Meilenstein	Beteiligte	Datum (soll)	Datum (ist)	Besonderheiten/Bemerkung/Ergebnisse
	IAK			Projektverzögerung ebenfalls verzögert
Dateneingabe abgeschlossen t2	TUM IAK	30.6.2020	30.9.2020	Jeweils aufgrund der allgemeinen Projektverzögerung ebenfalls verzögert
Überarbeitung Handlungsleitfaden begonnen	TUM IAK		30.12.2020	
Prüfung der Daten und Vorbereitung der Auswertung begonnen	TUM IAK Ulm LMU AOK		31.03.2021	Jeweils aufgrund der allgemeinen Projektverzögerung ebenfalls verzögert
Dateneingabe t3 begonnen	TUM IAK	30.9.2020	31.12.2021	
Katamnese abgeschlossen	TUM IAK	30.11.2020	31.05.2021	
Dateneingabe und Auswertung abgeschlossen	TUM IAK Ulm LMU AOK	31.03.2021	30.09.2021	Massive Verzögerung bei der Auswertung aufgrund unerwarteter Schwierigkeiten bei Dataclearing (MA im Dauer-home-office, Abstimmung erschwert)
Expertentreffen	TUM IAK	31.03.2021	31.01.2022	Jeweils aufgrund der allgemeinen Projektverzögerung ebenfalls verzögert
Öffentlichkeitsarbeit abgeschlossen	TUM IAK		30.04.2022	Handlungsleitfaden erstellt
Publikation des Handlungsleitfadens	TUM IAK	31.05.2021	31.05.2022	

5. Methodik

5.1 Überblick

Zunächst erfolgte die Etablierung der Intervention (Einsatz von RTW-Experten) auf Basis der Erfahrungen aus unseren Voruntersuchungen, anschließend ihre Evaluation im Rahmen einer Cluster-randomisierten Studie, sowie ihre Manualisierung auf Basis der Studienergebnisse und unter Berücksichtigung eines Expertenkonsens.

Ziel des Projektes war die Etablierung und erste Evaluation der Intervention im Rahmen einer Cluster-randomisierten Pilotstudie. Die Ergebnisse der Studie wurden anschließend im Expertenkreis diskutiert und nach Abschluss dieser Schritte ein Handlungsleitfaden publiziert, der die Implementierung von RTW-Experten in der Breite der psychiatrischen Versorgung erlaubt und auch Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung vorgibt.

5.2 Rekrutierung der Patient:innen

Auf n=28 Akutstationen (=Cluster) im Großraum München (Klinikum rechts der Isar, kbo-Isar-Amper-Klinikum, Lech-Mangfall-Klinikum Agatharied, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinikum der LMU München) wurden alle Patient:innen, die die Einschlusskriterien erfüllten, konsekutiv um ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Untersuchung gebeten.

5.3 Einschluss-/Ausschlusskriterien/Rekrutierung

Einschlusskriterien:

- Patient:innen im Alter von 18-60 Jahren
- Aktuell in stationär-psychiatrischer Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie
- Diagnose einer psychischen Erkrankung aus den ICD-10 Kapiteln F2, F3, F4, F6 (wir gehen davon aus, dass der Großteil der Patient:innen mit noch bestehenden Arbeitsverhältnissen unter einer affektiven Erkrankung leidet)
- in einem festen Arbeitsverhältnis (fester Arbeitsvertrag, keine geringfügige Beschäftigung), in das sie wiedereingegliedert werden können
- Informed consent

Ausschlusskriterien:

- Mangelhafte deutsche Sprachkenntnisse
- Kein bestehendes Arbeitsverhältnis

Die Rekrutierung erfolgte durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen direkt auf den teilnehmenden Stationen konsekutiv.

5.4 Intervention

Die Intervention bestand aus dem Einsatz/der Tätigkeit von Return-to-Work-Experten auf den teilnehmenden Akutstationen. Die RTW-Experten unterstützen Patient:innen und Behandler (Ärzte, Sozialarbeiter etc.) in allen Bereichen, die mit der möglichen Rückkehr der Patient:innen an ihren Arbeitsplatz in Verbindung stehen. Die RTW-Experten erfüllten dabei die Funktion eines Case-Managers, der im Regelfall zunächst die spezifischen Bedürfnisse der berufstätigen Patient:innen allen an der Behandlung beteiligten Personen verdeutlicht und einen entsprechenden Behandlungspfad initiiert und begleitet. Dabei sollten vor allem existierende Unterstützungsangebote (z.B. Arbeitstherapie, kognitives Training, sozialpädagogische Beratung etc.) für den einzelnen Patient:innen aktiviert werden. Bei Ressourcenknappheit, spezielleren Bedürfnissen oder Fragestellungen (z.B. Gespräche mit

Arbeitgeber des Patient:innen, Integrationsfachdienst etc.) konnte der RTW- Experte aber auch persönlich tätig werden und die Patient:innen entsprechend unterstützen. Zudem sollte der RTW-Experte an der Schnittstelle Entlassung-Wiedereingliederung tätig sein und den Patient:innen auch nach Entlassung bei der Aktivierung betrieblicher und ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Unterstützungsmaßnahmen zur Seite stehen. Die RTW-Helfer übernahmen damit auch die Funktion eines berufsbezogenen Entlassmanagements.

Das Vorgehen der RTW-Experten war leitfadenbasiert und fußte auf einem spezifischen Training. Hierfür wurden in der ersten Projektphase unter Einbeziehung des Advisory Boards ein Leitfaden sowie ein Schulungsprogramm für die RTW-Experten etabliert (Brucks et al. 2023).

5.5 Erhobene Daten

Die Datenerhebung erfolgt zu mehreren Messzeitpunkten und (soweit nicht anders angegeben) durch direkte Befragung der Patient:innen und ihrer Behandler. Eine verblindete Erhebung der (wenigen) Fremdrating-Fragebögen erfolgte nicht, da hier keine Kontamination durch Behandlererwartungen erwartet wurde.

t0: bei Studieneinschluss (nach stationärer Aufnahme)

- Soziodemographie
- ICD-Diagnose, Krankheitsschwere
- Krankheitsvorgeschichte
- Schwerbehinderung
- Angaben zum Arbeitsplatz (Branche, Funktion, Arbeitszeit etc.)
- Angaben zu möglichen Belastungen am Arbeitsplatz (u.a. COPSQQ)
- Subjektive Angaben zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (Angst vor der Rückkehr etc.)

t1: kurz vor Entlassung aus der Klinik

- stattgefundenene Unterstützungsmaßnahmen während des Klinikaufenthaltes (offene Fragen, um Kontamination der Kontrollgruppe zu vermeiden)
- geplantes weiteres Vorgehen

t2: 6 Monate nach Entlassung (Fragebögen, Telefoninterview)

- Tage in Arbeit, AU-Tage
- Welche Maßnahmen wurden in der Klinik unternommen um die Patient:innen im Hinblick auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu unterstützen? (konkrete Fragen zu Hamburger Modell? BEM? etc.)
- Ist der/die Patient:in wieder in die Arbeit zurückgekehrt?
- Wer ist/war im Betrieb alles am Wiedereinstieg beteiligt? (Vorgesetzte, Personalabteilung, Betriebsarzt etc.)
- Hat ein Rückkehrgespräch stattgefunden? Wer beteiligt? Welche Inhalte?
- Wie verläuft der Wiedereinstieg?
- Arbeitsplatzanpassung? Kontakt mit Kollegen, Umgang mit der Diagnose? Hat sich der Arbeitsplatz verändert (Inhalte, Vertrag, Zeiten)?

t3: 12 Monate nach Entlassung (Fragebögen, Telefoninterview)

- Tage in Arbeit, AU-Tage
- Wer ist/war im Betrieb alles am Wiedereinstieg beteiligt? (Vorgesetzte, Personalabteilung, Betriebsarzt etc.)

- Hat ein Rückkehrgespräch stattgefunden? Wer beteiligt? Welche Inhalte?
- Wie verläuft der Wiedereinstieg?
- Arbeitsplatzanpassung? Kontakt mit Kollegen, Umgang mit der Diagnose? Hat sich der Arbeitsplatz verändert (Inhalte, Vertrag, Zeiten)?
- Gesundheitsökonomie
- In der Interventionsgruppe: Detaillierte Angaben zur Inanspruchnahme der RTW-Experten (Anzahl der Stunden, Zeitpunkte der Beratung, Inhalte der Beratung)

Tabelle 2: Übersicht über die eingesetzten Erhebungsinstrumente

	T0 (nach Studieneinschluss)	T1 (vor Entlassung)	T2 (3 Monate nach entlassung)	T3 (6 Monate nach entlassung)	T4 (12 Monate nach entlassung)
Patienten (self-report)					
Soziodemographie					
Schulbildung, Berufsausbildung	x				
Beziehungsstatus	x				
Branche	x				
Mitarbeiterzahl Betrieb	x				
Motivation zur Rückkehr	x	x	x	x	x
Angst vor der Rückkehr	x	x			
AU Tage *	x		x	x	x
COPSOQ [8]	x		x	x	
Selbst-Stigma [9]	x	x		x	
Stigma als Stressor [9]	x	x		x	
Fragen zur Offenlegung der Diagnose					
Decisional Conflict Scale [10]	x	x		x	
Kognitive Leistungsfähigkeit		x			
CSSRI [11]	x			x	x
Vorbereitung auf die Rückkehr		x			
Fragen zum Hilfenetzwerk		x		x	x
EuroQOL – Gesundheitsbarometer [12]	x	x		x	
EQ-5D [13]		x		x	x
Resilience [14]					x
Patient Health Questionnaire [15]		x			
Tage in Arbeit #			x	x	x
AU Tage *			x	x	x

Ärzte (Fremdrating)					
CGI	x	x			x
GAF	x	x			x
ICD Diagnose	x	x			x
HoNOS		x			

* AU-Tage wurden auf Basis der (self-report) Angaben der Patienten erhoben. D.h. für jeden Zeitraum wurden von den Patienten die Daten der AU erfragt und die Tage entsprechend berechnet.

die Tage in Arbeit wurden analog den AU Tagen erhoben.

Endpunkte im Sinne der gesundheitsökonomischen Evaluation waren a) die Häufigkeit der in Anspruch genommen psychosozialen Leistungen, gemessen mit dem Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI) sowie b) die subjektive Lebensqualität, gemessen mit dem EQ5D (www.euroqol.org). Die Häufigkeit der Leistungen (z.B. stationäre Aufenthaltstage in einer psychiatrischen Klinik) wurde mit verfügbaren Kostensätzen auf 6 Monate hochgerechnet. Mithilfe des EQ5Ds wurden qualitätsadjustierte Lebensjahre berechnet (Quality-Adjusted Life-Years - QALY). Es wurden nur Primärdaten verwendet.

Es wurde eine Kosten-Nutzenanalyse auf Basis eines Intention-to-treat-Ansatzes durchgeführt. Die Kosten-Nutzenanalyse berechnete die Höhe der aufzuwendenden Kosten, die für die Generierung eines zusätzlichen adjustierten Lebensjahres für die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe notwendig sind.

Alle Daten wurden zunächst mit paper&pencil erhoben und gesammelt, anschließend von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen bzw. studentischen Hilfskräften auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft und dann in SPSS eingegeben.

5.6 Qualitative Erhebung

Neben dem (hypothesengeleiteten) Erheben quantitativer Daten wurden mittels qualitativer Methodik detailliertere Einsichten in die Akzeptanz und Wirkweise der Intervention sowie Hinweise auf mögliche weitere Wirkfaktoren gewonnen werden. Der qualitative Ansatz diente als Ergänzung zum quantitativen Ansatz, um anhand von Einzelfällen gelungener Reintegration bzw. nicht erfolgreicher Rückkehr die Validität der quantitativen Analysen zu erhöhen, die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern und vor allem auch um mögliche weitere Einflussfaktoren zu identifizieren.

Der qualitative Studienteil wurde in zwei Teilprojekten durchgeführt:

Teilprojekt 1: Thema Offenlegung der Diagnose am Arbeitsplatz. Es wurden N=15 qualitative Interviews mit Patient*innen der RETURN-Studie geführt. Alle Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mithilfe der Software MAXQDA ausgewertet. Der Forschungsansatz in diesem Studienteil folgte der qualitativen Inhaltsanalyse.

Teilprojekt 2 orientierte sich an der Methodologie der Grounded Theory nach Glaser und Strauss. Für den Forschungsprozess der Grounded Theory zentral ist das Prinzip des Theoretical Samplings, d.h. der ineinander verwobene Prozess von Datenerhebung, -analyse und Theoriegenerierung. Das Datenmaterial wurde mithilfe von narrativen Interviews mit zehn Patienten erhoben, die – um möglichst das ganze Spektrum der Forschungsfrage abzudecken – Betroffene aus unterschiedlichen Arbeits- und Versorgungskontexten Rückkehrsettings und mit verschiedenen Krankheitskarrieren einbezogen. Die Auswahlkriterien berücksichtigten unter anderem die Arbeitsbedingungen, den Erfolg der Rückkehr an den Arbeitsplatz, die Formen der Unterstützung während des Transitionsprozesses (drei der zehn Patienten erhielten eine sogenannte Return-to-Work-Intervention) sowie die Anzahl vorausgehender klinischer Behandlungen (Erst- oder Mehrfachbehandlung).

Eröffnet wurden die Interviews mit einer Einstiegsfrage, die die Interviewten stimulierte, die Geschichte ihres aktuellen Beschäftigungsverhältnisses, ihr Krank-Werden und den Prozess ihrer beruflichen Rückkehr darzustellen. Im anschließenden immanenten Nachfrageteil wurden die Interviewten aufgefordert, die für den Zusammenhang relevanten, bislang jedoch ausgeklammerten oder noch unklaren Bereiche zu schildern. In den Interviews wurden die Betroffenen zu Beginn aufgefordert, ihre eigenerlebten Erfahrungen im Hinblick auf die Hospitalisierung und den sich anschließenden Prozess der beruflichen Rückkehr zu erzählen. Der exmanente Nachfrageteil zielte schließlich auf eine Bilanzierung des Rückkehrprozesses und fokussierte insbesondere die Förder- und Hemmfaktoren sowie die Frage, wie die krankheitsbedingte Absenz thematisiert wurde. Die Interviews (mit einer Dauer von etwa einer Stunde) wurden zwischen Juni 2019 und Oktober 2020 durchgeführt und fanden entweder in der eigenen Wohnung der Patienten oder in der Klinik statt. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden einige Interviews in öffentliche Parkanlagen verlagert.

Zudem wurden Experteninterviews mit allen an der Studie beteiligten sogenannten RTW-Experten geführt. Bei der Leitfadiskonstruktion war die Annahme, dass es sich hinsichtlich des Rückkehrprozesses um einen interaktiven Prozess mit mehreren Beteiligten (Personen, Institutionen, etc.), handlungsleitend. In den insgesamt vier Gruppeninterviews wurden die Return-to-Work-Expertinnen und Experten dazu befragt, wie sie den Rückkehrprozesses ihrer Patienten erlebt haben, mit welchen Förder- und Hemmfaktoren sie konfrontiert wurden und wie sie damit umgegangen sind.

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Des Weiteren wurden Patientenakten (Return-to-Work-Dokumentationsbögen) und Teamprotokolle aus der oben genannten Multicenterstudie ergänzend in die Analyse einbezogen.

Die Datensammlung, Datenanalyse und die Entwicklung theoretischer Konzepte orientieren sich am Prozess der Grounded Theory. Dies beinhaltet unter anderem das Theoretical Sampling, die Kodierung der Daten (offenes, axiales und selektives Kodieren) und das Verfassen von Memos, sowie die Anwendung des Kodierparadigmas sowie das Konzept der theoretischen Sättigung. Demgemäß endete der Prozess der Datenanalyse, als im Material nichts Neues mehr hinsichtlich der entwickelten Theorie entdeckt werden konnte. Die Datenanalyse erfolgte computergestützt mithilfe des Software-Programms MAXQDA. Im Sinne der Qualitätssicherung wurden im diskursiven Austausch innerhalb der Forschungsgruppe die Nachvollziehbarkeit und Gültigkeit der Interpretationen geprüft.

5.7 Stichprobengröße, Randomisierung, statistische Analysen und Auswertung

Es wurden n=28 Cluster, d.h. psychiatrische Akutstationen, für das Projekt gewonnen und auf diesen insgesamt 268 Patient:innen rekrutiert. Zur Gewinnung der beteiligten Stationen wurden alle psychiatrischen Kliniken des Großraums München angesprochen und die jeweiligen Stationen dann für das Projekt eingeschlossen, wenn die Bildung von matched pairs möglich war. Aufgrund der etablierten Zusammenarbeit mit den Kliniken hatten sich alle der angefragten Beteiligten zu einer Projektbeteiligung einverstanden erklärt. Hierfür wurden mehr als 800 Patient:innen gescreent (Screening aller Neuaufnahmen über die Krankenhausinformationssysteme, persönliche Vorsprache 2xwöchentlich bei den zuständigen Stationsärzten und Prüfung des Vorliegens der Einschlusskriterien).

Die Randomisierung erfolgte auf Ebene der Cluster (je n=14 Stationen zur Interventionsgruppe bzw. zur Kontrollgruppe), um Kontaminationseffekte zu minimieren. Die Auswahl der Stationen erfolgte dafür so, dass einerseits vergleichbare Patientenklientele behandelt wurden (Region, offen vs. geschlossen, diagnostische Schwerpunkte) und andererseits kein Overlap bezüglich des eingesetzten Personals vorlag. Es wurden jeweils Paare vergleichbarer Stationen gebildet und auf dieser Ebene dann jeweils eine Station zur Interventionsgruppe und eine zur Kontrollgruppe randomisiert. Die Randomisierung erfolgte dabei extern durch das Institut für medizinische Statistik der TU München.

Um bei Annahme einer mittleren Effektstärke ein signifikantes Ergebnis mit einer Power von 80% nachweisen zu können, benötigt man eine Gesamtstichprobengröße von 128 Patienten (zweiseitiger Test der Nullhypothese bei $\alpha=0.05$). Im Hinblick auf zu erwartende Drop-outs war geplant diese Mindestfallzahl um ca. 20-30% zu überschreiten (im Verlauf des Projektes zeichnete sich eine höhere drop-out Rate ab, so dass überrekrutiert wurde). Für potentielle Störgrößen (z.B. Klinikgröße) wurde nicht stratifiziert. Es war ein Teilziel der Studie, die notwendigen Kennzahlen (z.B. Effektstärke, ICC) für die Fallzahlschätzung einer späteren Setting-übergreifenden Implementierungsstudie zu generieren. Aufgrund fehlender Anhaltspunkte für ICC wurde dieser nicht bei der Fallzahlplanung berücksichtigt.

Somit wurden insgesamt 268 Patient:innen eingeschlossen. Die Auswertung des quantitativen Studienteils erfolgte zunächst deskriptiv, die Hauptzielvariable (Tage in Arbeit) und die Nebenzielvariablen Cluster-adjustiert ausgewertet. Hierfür wurden für kontinuierliche Variablen lineare (bzw. für dichotome Variablen logistische) gemischte Modelle mit Clusteradjustierung eingesetzt (lme4 R package).

Die cost-utility Analyse (ICUA) wurde aus gesellschaftlicher Perspektive durchgeführt. Quality-adjusted life years (QALYs) wurden generiert und dann Gruppenvergleiche zu Kosten und QALYs mithilfe linearer Regressionsmodelle durchgeführt (Waldmann et al 2023).

6. Projektergebnisse

Die Rekrutierung erfolgte von Januar 2019 bis Februar 2020 auf 28 psychiatrischen Akutstationen. N=268 Patient:innen wurden rekrutiert, 137 in der Interventionsgruppe, 131 in der Kontrollgruppe (Anlage 2: CONSORT Statement/Anlage 3: Rekrutierungszahlen je Cluster).

Baseline Daten und Umfang der Intervention

Bei Baseline lagen keine größeren Gruppenunterschiede hinsichtlich Soziodemographie und klinischer Parameter vor (Tabelle 3). Insbesondere ergaben sich keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede.

Tabelle 3: Baseline-Daten

	Intervention N=137	Kontrolle N=131	Teststatistik (df)	p
Alter (Jahre)	41.1 (10.7)	40.6 (11.5)	t = 0.43 (266)	0.67
Geschlecht (weibl.)	80 (58%)	79 (60%)	$\chi^2 = 0.04$ (1)	0.85
Schulbildung			$\chi^2 = 0.53$ (1)	0.47
Bis 10 Jahre	64 (47%)	68 (52%)		
> 10 Jahre	73 (53%)	63 (48%)		
Berufsausbildung (ja)	67 (49%)	61 (47%)	$\chi^2 = 0.07$ (1)	0.79
Schwerbehinderten- status (ja)	33 (24%)	29 (22%)	$\chi^2 = 0.03$ (1)	0.87
Dauer der akt. Berufstätigkeit (Jahre)	8.9 (9.0)	9.5 (9.9)	t = -0.55 (265)	0.59
AU-Dauer (Tage)	31.1 (60.4)	45.0 (75.8)	t = -1.65 (263)	0.10
Hauptdiagnose			$\chi^2 = 4.33$ (3)	0.23
F2	34	27		
F3	89	85		
F4	7	10		
F6	0	3		
Fehlend	7	6		
Krankheitsdauer (Jahre)	10.3 (10.7)	9.5 (11.1)	t = 0.57 (258)	0.57
Anzahl Hospitalisierungen	2.0 (3.0)	1.9 (2.6)	t = 0.10 (254)	0.92
Krankheitsschwere (CGI)	4.7 (1.0)	4.4 (0.9)	t = 1.68 (238)	0.09

Soziales Funktionsniveau (GAF)	44.8 (14.5)	47.8 (13.3)	t = -1.70 (238)	0.09
--------------------------------	-------------	-------------	-----------------	------

GAF: Global Assessment of functioning, CGI: Clinical Global Impression
Lineares (bzw. für dichotome Variablen logistisches) gemischtes Modell

Die RTW-Experten erbrachten von 1-30 Stunden je Klient mit der Intervention (Mittelwert 7,0, SD 4,2)

Primäres Outcome

Hinsichtlich des primären Outcomes (Tage in Arbeit innerhalb des ersten Jahres nach Entlassung aus der Klinik) zeigten sich zwar numerische, aber keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede (Tage in Arbeit Interventionsgruppe: 182.2 Kontrollgruppe 159.8 p=0.143).

Klinische Outcomes bei Entlassung aus der Klinik

Bei Entlassung waren die Gruppen hinsichtlich Behandlungsdauer und klinischer Parameter vergleichbar. Lediglich hinsichtlich der Psychopathologie ergab sich eine bessere Gesundheit für die Interventionsgruppe in Rahmen der Einschätzung nach HONOS (Tabelle 4).

Tabelle 4: Klinische Outcomes bei Entlassung

	Intervention	Kontrolle	b	CI (95% Wald)	p
Dauer stat. Aufenthalt n = 200	39.2 (38.8)	49.0 (50.6)	-5.77	[-20.78;9.23]	0.452
Krankheitsschwere (CGI) n = 186	3.1 (1.1)	3.3 (0.9)	-0.20	[-0.61;0.21]	0.356
Soziales Funktionsniveau (GAF) n = 195	62.8 (12.0)	62.0 (10.5)	0.53	[-4.43;5.50]	0.835
Symptomatik (HONOS, behavior, impairment, symptoms and social functioning) n = 159	8.7 (5.0)	11.1 (5.0)	-2.48	[-4.12;-0.83]	0.011

Mini-ICF	Soziales	1.2 (1.0)	1.4 (1.0)	-0.08	[-0.57;0.42]	0.759
Funktionsniveau						
n = 103						

CGI Clinical Global Impression, GAF Global Assessment of Functioning, HONOS Health of the Nation Outcome Scales, Mini-ICF Mini-International Classification of functioning
Lineares (bzw. für dichotome Variablen logistisches) gemischtes Modell
Dargestellt sind jeweils die Mittelwerte (Standardabweichungen)

Umsetzungsgrad von Unterstützungsmaßnahmen und Einstellung der Patient:innen gegenüber RTW

Hinsichtlich verfügbarer Unterstützungsmaßnahmen für RTW (Tagklinik, Rückkehrgespräche, stufenweise Wiedereingliederung, betriebliches Eingliederungsmanagement) zeigte sich keine vermehrte Umsetzung in der Interventionsgruppe. Ebenso fühlten sich Patient:innen der Interventionsgruppe nicht besser auf ihre Rückkehr vorbereitet (Tabelle 5).

Tabelle 5: Umsetzungsgrad von Unterstützungsmaßnahmen und Einstellung der Patienten gegenüber RTW

	Interventions- gruppe	Kontroll- gruppe	b	CI (95% Wald)	p
Angst bzgl. RTW (1=stark, 5=gar nicht) n = 173	3.1 (1.1)	3.2 (1.3)	-0.05	[-0.49;0.39]	.82
Wunsch nach RTW (1=stark, 5=gar nicht) n = 173	2.3 (1.2)	2.3 (1.2)	-0.03	[-0.44;0.39]	.91
Vorbereitet für RTW (1=stark, 5=gar nicht) n = 167	2.7 (1.0)	2.9 (1.1)	-0.27	[-0.66;0.12]	.19
Tagklinik n = 195	22/89, 25%	30/106, 28%	-0.21	[-0.90;0.49]	.56
Rückkehrgespräch n = 137	35/65, 54%	38/72, 53%	0.04	[-0.63;0.71]	.90
BEM n = 140	30/65, 46%	26/75, 35%	0.48	[0.20;1.16]	.17
“Hamburger-Modell” n = 139	34/65, 52%	32/74, 43%	0.37	[0.35;1.09]	.32

Lineares (bzw. für dichotome Variablen logistisches) gemischtes Modell
Dargestellt sind jeweils die Mittelwerte (Standardabweichungen) bzw. absolute Häufigkeiten (%)

Interventionseffekte 6 und 12 Monate nach Entlassung aus der Klinik

Patient:innen der Interventionsgruppe kehrte früher an Ihre Arbeitsplätze zurück und waren mehr Tagen in Arbeit als Patient:innen der Kontrollgruppe. Ebenso hatten sie weniger Fehltag. Diese Gruppenunterschiede waren für die 6-Monats-Katamnese statistisch

signifikant, allerdings nicht für die Daten der 12-Monats-Katamnese (Hauptoutcome)(Tabelle 6).

Tabelle 6: Interventionseffekte nach 6 und 12 Monaten

	Interventi ons- gruppe	Kontroll- gruppe	B	CI (95% Wald)	<i>p</i>
6 Monate nach Entlassung					
Zurück am Arbeitsplatz n = 142	57/66, 86%	48/76, 63%	1.31	[0.42; 2.21]	0.004
Tage in Arbeit n = 154	84.9 (51.8)	61.5 (55.7)	24.01	[6.17; 41.86]	0.016
AU-Tage n = 144	53.2 (49.0)	72.3 (54.1)	-20.26	[-38.91; - 1.61]	0.043
Lebensqualität (t3_pat_euroqol) n = 139	7.0 (2.1)	6.5 (2.3)	0.61	[-0.24; 1.45]	0.173
12 Monate nach Entlassung					
Zurück am Arbeitsplatz n = 144	59/65, 91%	64/79, 81%	0.83	[-0.18; 1.85]	0.105
Dauer von Entlassung bis RTW (Tage) n = 148	39.8 (64.1)	67.9 (92.0)	-28.31	[-55.09;- 1.53]	0.040
Tage in Arbeit (main outcome) n = 134	182.2 (85.1)	159.8 (89.6)	22.47	[-7.43; 52.38]	0.143
AU-Tage n = 119	78.8 (77.7)	87.9 (73.2)	-9.04	[-36.17; 18.09]	0.515
Rückfälle n = 135	38/63, 60%	52/72, 72%	-0.54	(-1.34;0.26]	.19

Lineares (bzw. für dichotome Variablen logistisches) gemischtes Modell

Dargestellt sind jeweils die Mittelwerte (Standardabweichungen) bzw. absolute Häufigkeiten (%)

Kosten-Nutzen-Analyse

Es konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Kosten und QALYs zwischen der Intervention und der Kontrolle festgestellt werden. Entsprechend konnte die Intervention nicht als kosteneffektiv identifiziert werden (Waldmann et al. 2023).

Qualitative Auswertungen

Teilprojekt 1: Thema Offenlegung der Diagnose am Arbeitsplatz. Es wurden N=15 qualitative Interviews mit Patient*innen der RETURN-Studie geführt. Alle Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mithilfe der Software MAXQDA ausgewertet. Die sechs identifizierten Hauptthemen waren:

- Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen und Arbeit
- Gründe für die (Nicht-)Offenlegung der Diagnose
- Emotionale Ambivalenzen
- Individuelle Offenlegungsstrategien
- Effekte und Konsequenzen der Offenlegung
- Erwartungen gegenüber den Arbeitgebern und Firmen

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass Entscheidungen zur Offenlegung sowohl individuell als auch vielschichtig sind. Ähnlich wie in früheren Studien hatte die Mehrheit der Teilnehmer ihre psychische Erkrankung am Arbeitsplatz auf die eine oder andere Weise offengelegt und berichtete größtenteils über positive Erfahrungen. Offenlegung vs. Nichtoffenlegung ist dabei keine alles-oder-nichts-Entscheidung. Vielmehr handelt es sich um eine Entscheidung, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird: dem zugrundeliegenden Verständnis von psychischen Erkrankungen, den erwarteten Wahrnehmungen und Einstellungen in der Gesellschaft und damit auch in den Unternehmen, den Strukturen des Arbeitsplatzes, dem Zeitpunkt sowie der gewählten Vorgehensweise mit ihren unterschiedlichen Auswirkungen und Folgen.

Da sich psychische Erkrankungen in vielen Fällen verbergen lassen, können die Betroffenen in gewissem Maße selbst entscheiden, ob sie sie offenlegen oder verheimlichen wollen. Dennoch ist die Offenlegung ein wichtiger Aspekt, da sie sich auf fast alle Bereiche des Lebens und des Wohlbefindens einer Person auswirken kann. Es handelt sich um eine sehr individuelle Angelegenheit, die mit zahlreichen Faktoren zusammenhängt, die in der Person selbst und auch im (Arbeits-)Umfeld liegen. Bei der Unterstützung von Arbeitnehmern mit einer psychischen Erkrankung bei ihrer Entscheidung zur Offenlegung bzw. beim Umgang mit den Ergebnissen der Offenlegung ist es wichtig, dies zu berücksichtigen. Die individuellen und arbeitsplatzbezogenen Umstände sollten berücksichtigt werden, und die Offenlegung sollte als ein individueller Prozess für jeden Einzelnen betrachtet werden (Lang et al. 2023 submitted).

Teilprojekt 2: Interviews mit 10 Patient:innen und 4 RTW-Experten zum Erleben des Übergangs zwischen akutpsychiatrischer Klinik und Arbeitsplatz. Das Zusammenspiel der beteiligten Akteure ist von enormer Bedeutung. Wesentlich ist, wie die Beteiligten den Rückkehrprozess deuten und welche Handlungsaufforderungen infolge dessen an die Beteiligten adressiert werden. Eine Berufswiedereintrittsphase im Anschluss an eine stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus lässt sich aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektivierung heraus als Statuspassage begreifen. Der Begriff Statuspassage beschreibt allgemein Prozesse und Mechanismen des Übergangs innerhalb

eines gesellschaftlichen Feldes oder zwischen verschiedenen Feldern. Wie bei jedem Statuswechsel, so verändern sich auch im Zuge einer Berufswiedereintrittsphase im Anschluss an eine stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus die normativen Erwartungen, so die Ergebnisse der vorliegenden Studie. Im vorliegenden Datenmaterial zeigt sich dieser Statuswechsel als Übergang von der krankheitsbedingten Schonhaltung (Patient) in die leistungsorientierte Arbeitshaltung (Arbeitnehmer). Die Neupositionierung der Beziehung zur Arbeit ist dabei – vor allem für die erkrankten Mitarbeiter, aber auch für andere – das zentral zu lösende Handlungsproblem. Dies schließt sowohl die Neuverortung der rückkehrenden Person innerhalb eines Geflechts sozialer Beziehungen sowie die Neuausrichtung der Arbeitsrolle ein, als auch eine Neubewertung der Arbeitsinhalte, der Arbeitsabläufe und des Arbeitsplatzes (Blank et al. 2023)

Mithilfe des qualitativen Studienteils sollten zudem eine **spezielle Analyse der Prädiktoren/Barrieren** für eine erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz (z.B. Psychopathologie, Kognition, Stigma, sozialpsychiatrische Unterstützung, Unterstützung in den Betrieben, o.ä.) erfolgen. Diese Prädiktoren für eine erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz lassen sich wie folgt zusammenfassen:

In Teilprojekt 1 wurden hier vor allem die Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen, v.a. auf Arbeitgeberseite genannt, sowie der Umgang mit der Diagnose und mögliche positive oder negative Reaktionen darauf. In Teilprojekt 2 wird vor allem die Neuverortung der rückkehrenden Person innerhalb eines Geflechts sozialer Beziehungen sowie die Neuausrichtung der Arbeitsrolle, als auch eine Neubewertung der Arbeitsinhalte, der Arbeitsabläufe und des Arbeitsplatzes betont. Hier wird also auch die Eigenverantwortung der betroffenen Person deutlich.

Aus den Auswertungen wird somit klar, dass aus Sicht der Betroffenen vor allem die Bereiche Stigma und Unterstützung (bzw. fehlende Unterstützung) v.a. durch die Arbeitgeber die entscheidenden Moderatorvariablen für einen gelungenen Wiedereinstieg darstellen. Aspekte wie Psychopathologie (nach Entlassung) sowie ggf. eingeschränkte Kognition spielen offenbar eine untergeordnete Rolle. Die Rolle der behandelnden Ärzte in der Vorbereitung ihrer Patienten ist somit nicht ausschließlich in der Behandlung der Grundkrankheit zu sehen (d.h. in der Reduktion von Symptomatik), sondern in der spezifischen Unterstützung und Bahnung der eher sozialen Faktoren (u.a. Beratung zum Umgang mit der Diagnose, ggf. Arbeitgebergespräche zur Reduktion von Stigma, Coaching der Patienten bzgl. des Wiedereinstiegs etc.).

7. Diskussion der Projektergebnisse

Die untersuchte Intervention brachte Betroffene früher und nachhaltiger wieder an den Arbeitsplatz, als die Bedingungen der Kontrollgruppe. In der Kontrollgruppe wurde der Rückkehreranteil der Interventionsgruppe nach 6 Monaten erst nach 12 Monaten erreicht. Der numerische Unterschied bzgl. Tagen in Arbeit bleibt auch über 12 Monate erhalten, allerdings ohne, dass dieser Unterschied statistisch signifikant wäre.

Wir halten eine Vielzahl von Gründen für verantwortlich für diesen (negativen) Befund nach 12 Monaten. Zum einen ist nach 12 Monaten bereits ein Deckeneffekt eingetreten, d.h. 86% der Patienten der Interventionsgruppe waren bereits nach 6 Monaten an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt.

Möglicherweise hatten wir auch die Dynamik des Münchener Arbeitsmarktes unterschätzt mit extrem niedriger Arbeitslosigkeit.

Schließlich spielen sicher auch statistische Effekte eine Rolle, insbesondere große Konfidenzintervalle und geringere Fallzahlen bei 12 im Vergleich zu 6 Monaten.

Bezüglich möglicher Mediatoren des Interventionseffekts fanden wir nicht die erwarteten Zusammenhänge. So zeigte sich in der Interventionsgruppe weder eine von den Patienten erlebte verbesserte Vorbereitetheit auf den Wiedereinstieg, noch eine vermehrte Umsetzung von z.B. stufenweiser Wiedereingliederung.

Trotz des negativen Befunds bzgl. des Hauptoutcomes zeigte unsere Intervention vergleichbare, ggf. sogar stärkere, Effekte als andere Studien, die sich auf sog. common mental disorders fokussiert hatten.

Insgesamt beurteilen wir die Intervention somit als praxisnah, gut implementierbar und mit deutlichen Hinweisen auf das Potential bei den betroffenen Patienten eine frühere Rückkehr an ihren Arbeitsplatz zu bewirken. Hinweise auf eine spezifische Wirkweise der Intervention konnten aus den Nebenzielparametern nicht abgeleitet werden. So verkürzte sich in der Interventionsgruppe zwar die Zeit bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, dieser Effekt wurde jedoch weder über eine Verbesserung klinischer Outcomes, noch über eine erhöhte Inanspruchnahme von strukturierten Unterstützungsmaßnahmen mediiert.

Limitationen

Stärken der Untersuchung sind die große Stichprobe, die breite Einbettung in die psychiatrische Versorgungslandschaft sowie die strikten Einschlusskriterien.

Schwächen sind die große Heterogenität der eingeschlossenen Patienten, die hohe Zahl an drop-outs und die damit verbundene eingeschränkte Belastbarkeit der Ergebnisse.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Forschungsergebnisse sind wissenschaftlich publiziert und damit der wissenschaftlichen Öffentlichkeit vorgestellt. Da die Ergebnisse unserer Ansicht nach nicht eindeutig die Überlegenheit der Intervention gegenüber Routinebehandlung zeigen konnten (negatives Hauptoutcome) bei gleichzeitig positiven Befunden in den Nebenoutcomes, haben wir uns für die Publikation eines „Handlungsleitfadens für Fachkräfte“ entschieden, in dem die praktische Erfahrungen in der Unterstützung der Patient:innen zusammengefasst sind (in der Anlage 4). Dieser Handlungsleitfaden fasst die wichtigen Punkte der RTW-Arbeit zusammen und ist aus den quantitativen wie qualitativen Ergebnissen abgeleitet. Er stellt letztendlich das Material, das für Schulung von RTW-Experten verwendet werden sollte und ersetzt die im Projekt verwendeten Materialien (Leitfaden/Schulungsprogramm, Anlagen 1/5).

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Brucks A, Blank D, Kohl M, Riedl L, Lang A, Brieger P, Hamann J. Entwicklung einer Intervention zur Unterstützung von stationär-psychiatrisch behandelten Patienten bei der Rückkehr an den

Akronym: RETURN

Förderkennzeichen: 01VSF17012

Arbeitsplatz im Rahmen der RETURN-Studie. Gesundheitswesen. 2023 Apr;85(4):298-304 **(Auf Anfrage bei den Autoren kann diese Publikation gerne zur Verfügung gestellt werden)**

Riedl L, Blank D, Kohl M, Lang A, Kehl V, Brieger P, Hamann J. Return-to-work-experts for inpatient treatment of patients with mental illnesses- a proof-of-concept-study (RETURN): the study protocol. BMC Psychiatry. 2020 Apr;20(1):177. doi: 10.1186/s12888-020-02504-4. PMID: 32306925; PMCID:PMC7168961.

(open access Artikel doi: 10.1186/s12888-020-02504-4)

Brucks A, Lang A, Blank D, Lincke HJ, Riedl L, Sifis S, Brieger P, Hamann J. How do employees currently admitted to acute psychiatric inpatient units rate their psychosocial working conditions with the COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire). Int J Soc Psychiatry. 2023 Jan 2:207640221143914. doi: 10.1177/00207640221143914.

(open access Artikel: doi: 10.1177/00207640221143914)

Hamann J, Lang A, Riedl L, Blank D, Kohl M, Brucks A, Goretzko D, Bühner M, Waldmann T, Kilian R, Falkai P, Hasan A, Keck ME, Landgrebe M, Heres S, Brieger P. Supporting return to work after psychiatric hospitalization-A cluster randomized study (RETURN-study). Eur Psychiatry. 2023 Jan 9;66(1):e9. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2357. PMID: 36621009; PMCID: PMC9879869.

(open access Artikel: doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2357)

Waldmann et al. The cost-utility of a return-to-work intervention in comparison to routine care for patients with mental disorders in Germany: Results from the RETURN project European Psychiatry 2023 Jul 24;66(1):e55.

(open access Artikel: doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.2427)

Blank et al. Return-to-Work – Übergangsprozesse nach Behandlung in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus Psychiatr Prax. 2023 May 9. doi: 10.1055/a-2070-7451.

(Auf Anfrage bei den Autoren kann diese Publikation gerne zur Verfügung gestellt werden)

Lang et al. Disclosing the diagnosis of a mental illness when returning to work after sickness absence. **submitted to Health Expectations**

10. Literaturverzeichnis

1. Mernyi L, Holzle P, Hamann J. [Psychiatric Inpatient Treatment and Return to Work]. Psychiatr Prax. 2018;45(4):197-205.

2. Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, et al. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry*. 2016;24(4):331-6.
3. Hamann J, Mendel R, Reichhart T, Rummel-Kluge C, Kissling W. A "Mental-Health-at-the-Workplace" Educational Workshop Reduces Managers' Stigma Toward Depression. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(1):61-3.
4. Hamann J, Lang A, Riedl L, Brieger P. Return-to-work interventions for persons/employees with mental illnesses. *Curr Opin Psychiatry*. 2022;35(4):293-301.
5. Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2014;171(11):1183-90.
6. 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.
7. Brucks A, Blank D, Kohl M, Riedl L, Lang A, Brieger P, et al. [Development of a Return-to-work Intervention for Psychiatric Inpatients]. *Gesundheitswesen*. 2023 Apr;85(4):298-304
8. Lincke HJ, Vomstein M, Lindner A, Nolle I, Haberle N, Haug A, et al. COPSOQ III in Germany: validation of a standard instrument to measure psychosocial factors at work. *J Occup Med Toxicol*. 2021;16(1):50.
9. Rusch N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, et al. A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophr Res*. 2009;110(1-3):59-64.
10. O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Making*. 1995;15(1):25-30.
11. Roick C, Kilian R, Matschinger H, Bernert S, Mory C, Angermeyer MC. [German adaptation of the client sociodemographic and service receipt inventory - an instrument for the cost of mental health care]. *Psychiatr Prax*. 2001;28 Suppl 2:S84-90.
12. EuroQol G. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16(3):199-208.
13. Greiner W, Claes C, Busschbach JJ, von der Schulenburg JM. Validating the EQ-5D with time trade off for the German population. *Eur J Health Econ*. 2005;6(2):124-30.
14. Rosendahl J, Jaenichen D, Schmid S, Farber F, Strauss B. [Mental Distress and Resilience in Severe Somatic Diseases: An Analysis of Dyadic Relations]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2021;71(1):18-26.
15. Lowe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010;122(1-2):86-95.

11. Anhang

Keiner

12. Anlagen

Anlage 1: Handbuch für die Arbeit als RETURN-TO-WORK EXPERTE

Anlage 2: CONSORT flow diagram

Anlage 3: Tabelle mit Rekrutierungszahlen je Cluster

Anlage 4: Handlungsleitfaden für Fachkräfte

Anlage 5: Return-to-Work-Experten in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen eine Proof-of-Concept-Studie (RETURN) (Schulungsprogramm für RTW-Experten)

Handbuch für die Arbeit als

RETURN-TO-WORK EXPERTE



By Frits Ahlefeldt

Inhaltsverzeichnis

Benutzung des Handbuchs	2
Die Tätigkeit und Haltung als RTW-Experte	3
Begleitung und Unterstützung während des Klinikaufenthalts	6
1. Termin: Intake/Assessment.....	6
2. Termin: Erfahrungs-/Wissensabgleich & rechtliche Rahmenbedingungen der Wiedereingliederung.....	12
3. Termin: Rückkehrgespräch mit Kollegen und Vorgesetzten	18
4. Termin: Ausblick und weitere Begleitung	22
5. Termin: Entlassgespräch.....	27
Begleitung und Unterstützung nach der Entlassung.....	28
1. Termin nach Entlassung	29
Weitere Termine nach Entlassung	32
Abschluss der Intervention.....	33

Benutzung des Handbuchs

Dieses Handbuch dient Ihnen als Unterstützung bei der Ausübung Ihrer Funktion als Return-to-Work-Experte (RTW-Experte)¹. Es versteht sich als eine Art „Gebrauchsanweisung“, die zum einen ein möglichst standardisiertes Vorgehen ermöglicht, aber Ihnen auch als ein Nachschlagewerk zur Verfügung stehen soll. Es enthält:

- ✓ Alle wichtigen Schritte und Prozesse, die im Return-to-Work Prozess erledigt werden müssen
- ✓ Wichtige Informationen für Sie zum nachlesen und nachschlagen
Formulierungshilfen für die Arbeit mit Ihrem Klienten

Nicht alle Informationen aus diesem Handbuch müssen eins zu eins an Ihren Klienten weitergeben werden. Für ein besseres Verständnis und eine leichtere Handhabung des Handbuchs sind Textstellen unterschiedlich markiert oder mit Symbolen versehen.

Symbole im Text:



An einigen Stellen werden Sie wichtige Informationen finden, die es unbedingt zu beachten gilt. Dieses Symbol macht Sie darauf aufmerksam.



Jeder Termin mit Ihrem Klienten verfolgt ein bestimmtes Ziel. Mit diesem Symbol finden Sie sofort das Ziel des jeweiligen Termins.



Um Ihnen Ihre Arbeit zu erleichtern, finden Sie als Hilfestellung Formulierungen im Text, die Sie im Gespräch mit Ihrem Klienten verwenden können. Halten Sie einfach Ausschau nach diesem Symbol.



Jeder Termin muss im Nachgang dokumentiert werden. Dieses kleine Symbol erinnert Sie daran.



Damit Sie nicht alles im Kopf haben müssen, finden Sie an der einen oder anderen Stelle ein paar Informationen zum Nachlesen. Je nach Bedarf können Sie diese Information auch an Ihren Klienten weitergeben.

¹ Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet. Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

Die Tätigkeit und Haltung als RTW-Experte

Ihre Zuständigkeit als RTW-Experte beginnt ab Identifikation Ihres Klienten durch die Begleitforschung und reicht bis mind. 6 Wochen nach Entlassung aus der Klinik. Bei Bedarf Ihres Klienten kann die individuelle Betreuung auch bis max. 6 Monate nach Entlassung andauern. Die Begleitung und Unterstützung Ihres Klienten beinhaltet persönliche Kontakte während der stationären Behandlung sowie Telefonkontakte und persönliche Kontakte (z.B. am Arbeitsplatz, zu Hause) nach dessen Entlassung. Wenn Ihr Klient dies möchte, können Sie ihn auch durch Begleitung bei Wiedereingliederungsgesprächen oder Rückkehrgesprächen mit dem Vorgesetzten im Betrieb unterstützen.

Während der stationären Begleitung Ihres Klienten arbeiten Sie als ein sich abgleichendes und abstimmendes Tandem-Team mit dem Kliniksozialdienst zusammen. Auch die enge Kooperation mit dem multiprofessionellen Stationsteam, z.B. durch Teilnahme an Visiten und Verlaufsbesprechungen, ist vorgesehen.

Bei optimaler Inanspruchnahme Ihrer Begleitung und Unterstützung durch Ihren Klienten sind während des stationären Klinikaufenthaltes fünf Termine geplant:

1. Termin: Intake, Assessment				
Kontakt herstellen	Erläuterung der Dienstleistung	Assessment	Vereinbarung nächster Schritte	Reflexion des Gesprächs

2.-4. Termin RTW-Coaching		
Erfahrungs-/Wissensabgleich & rechtliche Rahmenbedingungen	Rückkehrgespräch mit Kollegen & Vorgesetzten	Ausblick & weitere Begleitung

5. Termin Entlassgespräch	
Reflexion der erreichten Ziele während des Klinikaufenthalts	Vorbereitung der poststationären Begleitung



Die Erfüllung mind. eines Termins während der stationären Behandlung ist Pflicht, damit Ihr Klient die Kriterien zum Verbleib in der Studie erfüllt!

Die poststationäre Begleitung umfasst bei optimaler Inanspruchnahme mind. drei Termine. Bei Bedarf Ihres Klienten können darüber hinaus auch weitere Termine vereinbart werden. Bei diesen Terminen bietet sich ein Bezug auf Ihr gemeinsames Coaching an: Wie war der erste Arbeitstag? Wie verliefen die Gespräche mit Vorgesetzten und Kollegen? Welche ambulanten Stellen sind aktiviert? Wie ist die Work-Life-Balance? Darüber hinaus explorieren Sie bei jedem Termin das aktuelle Befinden Ihres Klienten, um nötigen Unterstützungsbedarf rechtzeitig zu erkennen.



Auch hier gilt: Die Erfüllung mindestens eines Termins nach Entlassung ist Pflicht, damit Ihr Klient die Kriterien zum Verbleib in der Studie erfüllt.

In Ihrer Funktion als RTW-Experte verfolgen Sie die Haltung, dass Arbeit eine salutogenetische Funktion hat und für Ihren Klienten eine stabilisierende Ressource darstellen kann. Sie setzen sich, unter Berücksichtigung der persönlichen Ziele und Bedürfnisse Ihres Klienten, für eine baldige Rückkehr an den Arbeitsplatz ein.

Zusätzlich ist Ihre Haltung geprägt von dem Ansatz des Shared Decision Making. Ihr Ziel sollte es sein, eine partnerschaftliche Beziehung mit möglichst gleichem Informationsstand aufzubauen und somit die Autonomie Ihres Klienten zu steigern. Das Motto lautet, den Klienten alleine entscheiden zu lassen, ohne ihn mit seiner Entscheidung alleine zu lassen.



Shared Decision Making

Das Shared Decision Making ist ein medizinisch-soziologisches Modell, das zeigt, wie zwischen Patienten und medizinischem Fachpersonal Entscheidungen zustande kommen. Es findet Platz zwischen dem paternalistischen Modell (der Arzt hat alle Informationen und entscheidet) und dem informativen Modell (der Arzt gibt dem Patienten alle relevanten Informationen und lässt ihn allein entscheiden). Der Ansatz sieht vor, Informationen auszutauschen und gemeinsam und gleichberechtigt über eine angemessene medizinische Behandlung zu entscheiden und diese zu verantworten.

Wenn Sie sich mit der Situation konfrontiert sehen, dass Ihr Klient sich nicht sicher ist, ob er zurück an seinen Arbeitsplatz möchte, hilft Ihnen hier die Gesprächstechnik des Motivational Interviewing (motivierende Gesprächsführung). Es handelt sich um eine sowohl

klientenzentrierte als auch direkte Technik, mit dem Ziel der Klärung und Stärkung der Veränderungsbereitschaft.



Motivational Interviewing (motivierende Gesprächsführung)

Das Konzept des Motivational Interviewing wurde ursprünglich zur Beratung für Menschen mit substanzbezogenen Problemen entwickelt. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen nicht unmotiviert hinsichtlich einer Veränderung sind, sondern ambivalent. Ambivalenzen (Widersprüche) sind normal. Eine Änderungsmotivation kann dann entstehen, wenn Klienten sich ihrer Widersprüche bewusst werden. Dem Klienten wird mit Empathie und Akzeptanz für seinen Status Quo begegnet. Fünf Kernkompetenzen sind bei dieser Technik wichtig: Offene Fragen stellen, den Klienten bestätigen, reflektierendes Zuhören, Zusammenfassen sowie Informieren und Ratschläge geben.

Es wird Ihnen in der Arbeit mit Ihrem Klienten häufiger passieren, dass dieser sein Glas als halb leer betrachtet und die halb volle Perspektive fehlt. In diesen Momenten sind Sie gefragt, Ihrem Klienten dabei zu helfen, den Dingen einen neuen Rahmen zu geben. Also mittels Reframing Situationen, beziehungsweise Verhalten in diesen Situationen, aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.



Reframing

Die Bedeutung, die ein Reiz (z.B. ein Ereignis, ein Verhalten, eine Aussage) hat, hängt von dem Rahmen ab, den wir ihm geben. Menschliche Denkmuster, Zuschreibungen, Erwartungen weisen in der Regel einen Rahmen auf, nach dem Ereignisse interpretiert und dann wahrgenommen werden. Beim Reframing bekommt dasselbe Ereignis eine neue Bedeutung. Somit sind dann neue Reaktionen und ein neues Verhalten möglich, denn ein Bild kann in einem neuen Rahmen anders aussehen und wirken.

Gelangt man aus Sicht des halb leeren Glases zur Sicht des halb vollen Glases, so hat ein Reframing stattgefunden.

Durch die Fokussierung Ihrer Unterstützung auf den Lebensbereich „Arbeit“, soll eine erhöhte Umsetzung und Inanspruchnahme individuell abgestimmter, bereits in der Routineversorgung existierender Angebote erreicht werden. Dies beinhaltet unter anderem

so früh wie möglich geeignete Netzwerkpartner für die poststationäre Versorgung einzubinden.

Da Ihre Arbeit als RTW-Experte in das Forschungsprojekt RETURN eingebunden ist, liegt es in der Natur der Sache, dass Sie viele Informationen erheben und protokollieren müssen. Denken Sie daran, neben allen zu erledigenden Formalitäten nicht die Beziehung zu Ihrem Klienten zu vergessen! Diese spielt eine herausragende Rolle und bildet das Fundament Ihrer gemeinsamen Arbeit. Für die Zeit Ihrer Unterstützung sind Sie und Ihr Klient ein Team.

Begleitung und Unterstützung während des Klinikaufenthalts

Nachfolgend erhalten Sie alle wichtigen Informationen zu den fünf vorgesehenen Terminen mit Ihrem Klienten während des Klinikaufenthalts. Die Intervention sollte im Ablauf für jeden Klienten möglichst gleich durchgeführt werden. Abgesehen von individuellen Anpassungen, die sich aus der jeweiligen Situation ergeben, sollten idealerweise die fünf Termine für jeden Klienten entsprechend der Anleitung angeboten werden.



Zusätzlich wird der Verlauf und das Ergebnis jedes Moduls im Anschluss an die Sitzung in einer entsprechenden Vorlage dokumentiert. Die Vorlagen zur Dokumentation finden Sie in Ihrem Dokumentationsbuch.

1. Termin: Intake/Assessment



Nach der Identifizierung Ihres Klienten durch die Mitarbeiter des Forschungsteams, wird Ihnen dieser übergeben und Ihre Zuständigkeit beginnt. Der erste Termin dient dabei der Kontaktaufnahme und der Erhebung wichtiger Informationen und Daten für den weiteren Prozess. Neben dem Einholen wichtiger Informationen spielt bei dem ersten Treffen mit Ihrem Klienten der Beziehungsaufbau eine wesentliche Rolle.

Kontakt herstellen (Intake):

Bei Studieneinschluss wurde Ihr Klient über das Forschungsprojekt RETURN von den Mitarbeitern des Forschungsteams aufgeklärt. Nun sind Sie an der Reihe, sich selbst sowie auch Ihre „Dienstleistung“ vorzustellen. Führen Sie das erste Gespräch mit Ihrem Klienten

gemeinsam mit dem Kliniksozialdienst. Somit legen Sie gleich den ersten wichtigen Grundstein für Ihre Arbeit als Tandem und Ihr Klient erlebt Sie von Beginn an als Team.

Bei der Kontaktherstellung empfehlen wir als Einstieg die offene Frage: „Welchen Sinn/welche Bedeutung hat die Arbeit für Sie?“. Dies könnte folgendermaßen aussehen:

“ Mein Name ist Frau/Herr xxx. Ich arbeite hier in der Klinik als Return-to-Work-Experte. Das bedeutet, ich unterstütze Menschen bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz. Unseren heutigen Termin möchte ich zum einen dazu nutzen, Ihnen alle wichtigen Informationen zu meiner Arbeit zu geben und zum anderen, um mir ein Bild von Ihnen und Ihrer aktuellen beruflichen Situation zu machen. Dies ist wichtig, damit ich Ihnen die bestmögliche Unterstützung bieten kann. Dazu würde mich als erstes interessieren, welchen Sinn/welche Bedeutung Ihre Arbeit für Sie hat. ”

In der nachfolgenden Übersicht sind alle Informationen die Ihr Klient über Ihr Angebot und Ihre Unterstützung erhalten sollte, zusammengestellt. Nutzen Sie die Checkliste um sicherzustellen, dass Sie alle Informationen zu Ihrem Angebot berücksichtigt haben. In diesem Termin geht es nicht darum, detaillierte Informationen zu geben oder ein bestimmtes Thema zu bearbeiten, sondern im ersten Schritt nur darum, Ihrem Klienten den Rahmen des Angebots aufzuzeigen. Wie bereits erwähnt, spielt in diesem Termin der Beziehungs- und Vertrauensaufbau eine zentrale Rolle. Daher empfehlen wir den ersten Termin als Kennenlerngespräch zu betrachten, in dem die Anliegen und Hintergründe der beruflichen Situation Ihres Klienten Raum finden.

Checkliste Eröffnung und Erläuterung der Dienstleistung
Erläuterung der Leistung des RTW-Experten:
<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz durch Fokussierung auf arbeitsplatzbezogene Ressourcen/ Wiedereingliederung und Koordination weiterer Unterstützungsmaßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens fünf Treffen während der stationären Behandlung; poststationär mind. drei individuell vereinbarte Kontakte innerhalb von sechs Wochen nach Entlassung bzw. nach Bedarf. Ein Kontakt möglichst noch am ersten Arbeitstag.
<ul style="list-style-type: none"> • RTW-Coaching während des stationären Aufenthalts. Drei Termine zu den Themen <ol style="list-style-type: none"> (1) Abgleich bzgl. der Erfahrungen mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz und dem dies bzgl. Wissensstand; Besprechung der rechtl. Rahmenbedingungen

<p>(2) Rückkehrgespräch mit Kollegen und Vorgesetzten (3) Ausblick auf die Zeit nach der Klinik und weitere Begleitung</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Gemeinsame Gespräche mit dem Arbeitgeber (Wiedereingliederungsgespräche/Rückkehrgespräche/etc.) und weiteren relevanten Netzwerkpartnern, Arbeitsplatzbegehung
<p>Weitere Informationen:</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Klienten darauf hinweisen, dass alle Maßnahmen immer nur in Absprache mit ihm erfolgen werden!
<ul style="list-style-type: none"> · Kooperation zwischen RTW-Experte und Kliniksozialdienst erläutern: „Tandem“, bei dem RTW-Experte für arbeitsplatzbezogene Fragen und die Rückkehr an den Arbeitsplatz (in Abstimmung mit dem Sozialdienst) zuständig ist und Sozialdienst in allen anderen sozialrechtlichen Themen berät
<ul style="list-style-type: none"> · Einbindung der RTW-Experten in das klinische Setting: Zusatzleistung zur Standardbehandlung durch Ärzte, Therapeuten, Sozialdienst und Pflege. Rollenverständnis des RTW-Experten: Optimierung der vorhandenen Ressourcen in Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz; Bindeglied an der Schnittstelle Klinik-Arbeitsleben
<ul style="list-style-type: none"> · Rechtliche Basis der Wiedereingliederung: Anspruch auf stufenweise Wiedereingliederung im SGB mit Hinweis auf Freiwilligkeit und Datenschutz
<ul style="list-style-type: none"> · Erreichbarkeiten kommunizieren (Zeiten, Telefon, email, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> · Aushändigung Informationsblatt

Da Sie Ihrem Klienten nun viele wichtige Informationen gegeben haben, ist es wichtig sicherzustellen, ob alles verstanden wurde bzw. ob Ihr Klient noch Fragen hat.

“ Nun habe ich Ihnen viele Informationen gegeben. Bevor wir weitermachen: Haben Sie ein Bild davon, wie ich Sie unterstützen kann oder sind noch Fragezeichen bei Ihnen übriggeblieben, die es zu klären gilt? ”

Erhebung wichtiger Informationen (Assessment):

Nach der Vorstellung Ihrer Person sowie auch Ihrer „Dienstleistung“ geht es um die Erhebung wichtiger Informationen (Assessment) Ihres Klienten.

Um optimal auf das Gespräch vorbereitet zu sein und auch um Ihnen und Ihrem Klienten Fragen zu ersparen, holen Sie sich vorab Informationen zu Ihrem Klienten durch Gespräche mit dem multiprofessionellen Stationsteam sowie aus den Fragebögen, die Ihnen durch das

Studienteam zur Verfügung gestellt werden. Nutzen Sie hierzu auch den entsprechenden Dokumentationsbogen, der Ihnen im Dokumentationsbuch zur Verfügung steht. Anschließend können Sie die bereits vorhandenen Informationen in der nachfolgenden Checkliste markieren. Somit haben Sie im Blick, welche Informationen Sie bereits haben und welche Informationen Sie in Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz noch von Ihrem Klienten benötigen.

Um die Zusammenarbeit und auch die Abstimmung mit dem Klinik Sozialdienst zu ermöglichen, geben Sie bitte auch eine Kopie Ihrer Dokumentation an diesen weiter.

Ganzheitliche systemische Analyse der Situation, v.a. individuelle arbeitsplatzbezogene sowie familiäre und umfeldbezogene Faktoren	Arbeitsplatz <ul style="list-style-type: none"> • Organisationsstruktur (Größe, Standorte, etc.) • Arbeitsaufgabe und deren Anforderungen, die sich auf die psych. Belastung auswirken könnten • Rahmenbedingungen des Arbeitsverhältnisses (Art des Vertrages, Arbeitszeit, Schichtdienst, Arbeitsplatzausgestaltung, Arbeitsweg, Besonderheiten, etc.) • Zuständigkeiten beim Arbeitgeber (Vorgesetzter, BEM-Verantwortlicher, Personalverantwortlicher, Betriebsarzt, Betriebsrat) • Gibt es einen Betriebsarzt? Ggf.: ist der Kontakt gewünscht? • Rückkehr an den ursprünglichen Arbeitsplatz (ja/ nein/ weiß nicht) oder • Rückkehr an einen anderen Arbeitsplatz (andere Abteilung/ anderer Arbeitgeber)?
	Kollegiales Umfeld, Konflikte am Arbeitsplatz
	Aktuelle Emotionen in Hinblick auf den Arbeitsplatz
	(Aktuelle) familiäre Situation und ggf. Einflussfaktoren
	Ggf. weitere Faktoren (Umfeld bzw. Probleme aus dem Vorfeld der Erkrankung)
	Schwerbehinderung <ul style="list-style-type: none"> • Liegt eine Schwerbehinderung vor? • Wurde ein entsprechender Antrag gestellt bzw. soll dieser gestellt werden?
Ermittlung und Analyse	Tätigkeitsbezogene Ressourcen (Sinn, Selbstverwirklichung, Belohnung,

der in der Situation und in den Personen liegenden Ressourcen	Anerkennung, Freiheitsgrade etc.)
	Organisationsbezogene Ressourcen (Qualität der Organisation, Regelungen, Abläufe etc.)
	Arbeitsplatzbezogene und arbeitsumweltbezogene Ressourcen (Ergonomie, Raumklima, Gestaltung etc.)
	Ausführungsbedingungsbezogene Ressourcen (z.B. Qualität Hilfsmittel, Bedienbarkeit Geräte, etc.)
Bereits erfolgte Lösungsversuche	Frühere Lösungsversuche in Bezug auf die Arbeitsplatzsituation / Erfahrungen mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz
Stand der Wiedereingliederung	Hat Klient derzeit Kontakt zum Arbeitgeber? Hat Klient bereits eine Einladung zum BEM erhalten? Sind bereits erste Schritte angelaufen?
Kurze, gemeinsame Einschätzung der Situation, der Beziehung der personalen und institutionellen Netzwerke (keine Details)	Durch den Klienten
	Durch den Sozialdienst (falls in diesem Gespräch im „Tandem“ gearbeitet wird)
	Durch den RTW-Experten
	Prognose, Empfehlung weiterer Unterstützungsmaßnahmen während des stationären Aufenthalts
	Akzeptanz der möglichen Veränderungen der Problemsituation ansprechen / abfragen
	Rückmeldung beim Klienten einholen

Reflexion des Gesprächs

Zum Abschluss reflektieren Sie mit Ihrem Klienten das Gespräch und stellen Sie sicher, dass das Angebot und der Rahmen, in dem es eingebunden ist, verstanden wurden.

Vereinbarung der nächsten Schritte

Bevor Sie das Gespräch mit Ihrem Klienten beenden, gilt es noch einen nächsten Termin für das folgende RTW-Coaching zu vereinbaren. Hier können Sie Ihrem Klienten auch bereits einen kleinen Ausblick geben, was in Ihrem nächsten Termin vorgesehen ist:

“ Wir sind nun am Ende unseres Gesprächs angekommen und ich würde gerne gleich mit Ihnen einen Termin für unser nächstes Treffen vereinbaren. Beim nächsten Mal möchte ich Ihnen gerne ein paar Informationen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten einer Wiedereingliederung und Rückkehr an den Arbeitsplatz geben. Welcher Tag passt für Sie? ”



Am Ende des Termins dokumentieren Sie bitte alle wichtigen Informationen im vorgesehenen Dokumentationsbogen



Für den Fall, dass Ihr Klient sich gegen eine Rückkehr an seinen Arbeitsplatz ausspricht, so wird er noch nicht aus der Intervention genommen. Hier bietet sich insbesondere die Technik des Motivational Interviewing an. Eine Änderungsmotivation hinsichtlich der Rückkehr an den Arbeitsplatz kann dann entstehen, wenn Klienten sich ihrer Widersprüche bewusst werden. Nutzen Sie die beiden nachfolgenden zwei Termine, um die Entscheidung gut zu überprüfen. Sollte sich die Entscheidung Ihres Klienten nicht ändern, muss er aus der Studie ausgeschlossen werden.

Bitte beachten Sie: Informieren Sie zeitnah sowohl die Mitarbeiter der Begleitforschung als auch den Kliniksozialdienst und ggf. externe Netzwerkpartner über den veränderten Sachverhalt.

2.-4. Termin: RTW - Coaching

Für die Termine 2 - 4 ist ein Coaching mit folgenden Inhalten vorgesehen:

- Rechtliche Rahmenbedingungen der Wiedereingliederung
- Rückkehrgespräche mit Kollegen und Vorgesetzten
- Ausblick und weitere Begleitung nach der Rückkehr

Die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Termine orientiert sich jedoch an den Bedürfnissen Ihres Klienten. Wichtige Themen Ihres Klienten haben Vorrang!

Bitte planen Sie für jeden Termin des RTW- Coachings ca. zwei Stunden Arbeitszeit ein. Die empfohlene Dauer des Coachingtermins mit Ihrem Klienten liegt bei 60 Minuten. Hinzu kommen noch die Vor- und Nachbereitung/Dokumentation des Termins sowie gegebenenfalls etwas Pufferzeit, sollten Sie mit Ihrem Klienten mehr als 60 Minuten Zeit benötigen.

Jeder Termin des RTW-Coachings wird anschließend anhand der vorgesehenen Vorlage dokumentiert.

2. Termin: Erfahrungs-/Wissensabgleich & rechtliche Rahmenbedingungen der Wiedereingliederung



Ziel dieses Termins ist es, Ihrem Klienten einen Überblick der rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf die anstehende Wiedereingliederung zu verschaffen.

Überblick der Stunde
<p>Beginn des Termins:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Vorstellung des vorgesehenen Inhalts • Nachfrage zur Relevanz des Themas • Ggfs. Besprechung eigener Themen des Klienten
<p>Erfahrungs-/Wissensabgleich Wiedereinstieg (falls nicht im Assessment erhoben):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachfrage zu Wissen und vorherigen Erfahrungen zur Wiedereingliederung • Nachfrage zum aktuellen Stand des Wiedereingliederungsprozesses • Nachfrage zum Kenntnisstand rechtlicher Rahmenbedingungen der Wiedereingliederung
<p>Vorstellung rechtlicher Rahmenbedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung verschiedener Möglichkeiten der Wiedereingliederung und deren Ablauf • Vorstellung unterstützender Stellen im Rahmen der Wiedereingliederung
<p>Vorbereitende Gedanken zur nächsten Stunde (Hausaufgabe):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Vorstellung des Inhalts des nächsten Termins mit anschließender Hausaufgabe zur Vorbereitung

Zu Beginn des Termins gilt es, den Status Quo Ihres Klienten zu erfragen, um dieselbe Ausgangsbasis für Ihren Termin zu schaffen.

“ Gibt es etwas Neues bei Ihnen? Hat sich seit unserem letzten Treffen etwas geändert? ”

Als nächstes geben Sie Ihrem Klienten eine kurze Vorstellung des vorgesehenen Inhalts des Termins und erkundigen sich nach der Relevanz dieses Themas für Ihren Klienten.

“Heute möchte ich Ihnen gerne einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Möglichkeiten der Wiedereingliederung verschaffen. Ist dieses Thema relevant für Sie?

Bevor wir starten, gibt es von Ihrer Seite etwas Wichtiges, das Sie heute mitgebracht haben/besprechen möchten?“

Falls Ihr Klient ein eigenes Thema mitgebracht hat, so hat dieses Thema Vorrang!

Erfahrungs- und Wissensabgleich

Sofern dies im ersten Termin (Intake/Assessment) mit Ihrem Klienten nicht erfolgte, ist zunächst ein Erfahrungs- und Wissensabgleich zum Thema Wiedereingliederung durchzuführen. Folgende Fragen können Ihnen hierbei helfen:

- Wurde bisher Erfahrung mit dem Thema Wiedereingliederung gemacht?
- Wenn ja: Wie war damals der Prozess? Welche Erfahrungen wurden gesammelt?
- Sind bereits erste Schritte zur Wiedereingliederung angelaufen?

Sollten Sie diese Informationen bereits bei Ihrem ersten gemeinsamen Treffen erhalten haben, können Sie sich hierauf beziehen, um auf das Thema hinzuführen bzw. bei Bedarf auch die Informationen noch zu ergänzen.

“In unserem letzten Gespräch haben Sie mir bereits einige Informationen zu Ihrer Erfahrung mit der beruflichen Wiedereingliederung gegeben. Da Sie bereits Erfahrungen gesammelt haben.../Da Sie noch keine Erfahrung mit diesem Thema gesammelt haben...”

Rechtliche Rahmenbedingungen und deren Ablauf:

Anschließend an den Erfahrungs- und Wissensabgleich geben Sie Ihrem Klienten Informationen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen entsprechend des Kenntnis- und Interessenstands Ihres Klienten.

“ Da es verschiedene Möglichkeiten und Hilfsangebote gibt, um den Prozess der Wiedereingliederung zu gestalten, möchte ich Ihnen diese gerne vorstellen. ”



Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell):

Das Wichtigste in Kürze:

- + Austausch mit behandelndem Facharzt
- + Wiedereingliederungsplan beinhaltet konkrete Abstufungen und Arbeitszeiten
- + Wiedereingliederungsplan dient als Krankschreibung
- + Arbeitnehmer steht noch im Krankengeldbezug
- + Keine Überstunden erlaubt
- + Zustimmung des Arbeitgebers wird benötigt (keine Verpflichtung!)
- + Wiedereingliederungsplan kann individuell angepasst werden

Ablauf:

- + Gespräch mit dem behandelnden Facharzt (kann auch Betriebsarzt sein) zur Absprache der Dauer der Wiedereingliederung inkl. Arbeitszeiten und benötigte Stufen)
- + Unterschrift vom Arzt, Arbeitnehmer und Arbeitgeber
- + Zur Genehmigung an Krankenkasse

Betriebliches Eingliederungsmanagement:

Das Wichtigste in Kürze:

- + Gesetzliche Verpflichtung des Arbeitgebers
- + Tritt ein, wenn Arbeitnehmer länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt im Zeitraum von 12 Monaten arbeitsunfähig ist
- + Zustimmung des Arbeitnehmers ist notwendig
- + Maßnahmen werden erarbeitet, die Rückkehr in den Betrieb ermöglichen

Ablauf:

- + Schriftliche Einladung zum Erstgespräch

- + Arbeitnehmer kann der Maßnahme zustimmen oder das BEM ablehnen
- + Analyse der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Probleme am Arbeitsplatz
- + Maßnahmen werden besprochen, die die Fehlzeiten reduzieren sollen (Kurs/ Reha, Veränderung am Arbeitsplatz oder der Arbeitszeit, regelmäßige Gespräche mit dem Vorgesetzten etc.)
- + Maßnahmen und Ziele werden regelmäßig überprüft
- + Bei Erfolg kann das BEM abgeschlossen werden oder es muss über neue Maßnahmen entschieden werden

Weitere Möglichkeiten zur Anpassung des Arbeitsplatzes:

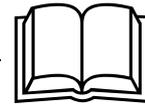
Schwerbehinderung

- + Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung
- + Arbeitnehmer mit Schwerbehindertenausweis (mind. 50%): besonderen Kündigungsschutz, Anspruch auf fünf zusätzliche Urlaubstage, Steuerersparnisse, vorgezogene Altersrente
- + Besondere Kündigungsschutz gilt nicht in ersten sechs Monaten des Arbeitsverhältnisses
- + Landesamt Bayern Familie und Soziales (=Integrationsamt) muss einer Kündigung zustimmen

Teilweise Erwerbsminderungsrente

Voraussetzungen und Möglichkeiten:

- + Nur eingeschränkt arbeitsfähig (mind. drei & max. sechs Stunden pro Tag)
- + Erwerbsminderung muss mind. sechs Monate vorliegen
- + In letzten fünf Jahren mind. drei Jahre Pflichtbeiträge für versicherte Beschäftigung/Tätigkeit bezahlt (Kindererziehungszeiten zählen als Pflichtbeitragszeit)
- + Es gilt der Grundsatz „Reha vor Rente“
- + Neben Rente darf Teilzeitstelle ausgeführt werden
- + Beträgt Hälfte einer Rente wegen voller Erwerbsminderung



Potentielle Netzwerkpartner

Betriebsinterne Stellen:

- + **Betriebsarzt/Betriebsrat/Personalrat:** tritt für die Interessen der Arbeitnehmer ein und kann bei der Rückkehr am Arbeitsplatz unterstützend beteiligt sein. BEM-Beauftragter; Betriebssozialdienst
- + **Schwerbehindertenvertretung:** Kümmert sich im Betrieb darum, Menschen mit Behinderungen oder körperlichen und seelischen Erkrankungen am Arbeitsplatz zu unterstützen. Häufig sind Vertreter der Schwerbehindertenvertretung bei einem Rückkehrgespräch mitbeteiligt.

Ambulante Therapieangeboten und Beratungsstellen:

- + **Integrationsfachdienst:** Berät und unterstützt schwerbehinderte Menschen und Arbeitgeber und kann bei Bedarf die berufliche Eingliederung begleiten. Der Integrationsfachdienst ist meist in gemeinnütziger Trägerschaft und stellt damit kein betriebsinternes Angebot dar. Die Leistung des IFD ist kostenfrei und wird in ganz Bayern angeboten.
- + **Psychotherapeut, ggf. Psychiater**
- + **Ergotherapie**
- + **Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi):** Beratungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen, die u.a. Hilfsangebote vermittelt und Organisatorisches koordiniert. Er ist ein Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes und es entstehen deshalb keine Kosten.

Bitte beachten Sie, dass verschiedene Angebote frühzeitig angebahnt werden müssen und mit langen Wartezeiten gerechnet werden muss. Zudem wirken sich erste Schnuppertermine während des stationären Aufenthalts günstig auf die poststationäre Wahrnehmung des Angebots aus (siehe auch Termin 4).



Händigen Sie nun Ihrem Klienten das Informationsblatt „Rechtliche Rahmenbedingungen und Hilfsangebote der Wiedereingliederung“ aus.

Vorbereitende Gedanken/Hausaufgabe zur nächsten Stunde:

Da in den Terminen mit Ihrem Klienten Vieles besprochen werden muss und nur begrenzt Zeit zur Verfügung steht, können Sie Ihrem Klienten am Ende des Termins Hausaufgaben zur Vorbereitung auf die nächste Stunde mitgeben.

“ Im nächsten Termin möchte ich gerne mit Ihnen über den Austausch mit Ihren Kollegen und Vorgesetzten bei Ihrer Rückkehr sprechen. Zur Vorbereitung auf die nächste Stunde möchte ich Sie bitten, sich zu folgenden Fragen Gedanken zu machen. ”

- ✓ Welche Informationen über meine Erkrankung möchte ich bei meiner Rückkehr an den Arbeitsplatz Kollegen/Vorgesetzten geben?
- ✓ Welche Themen will ich ansprechen?/Welche Themen muss ich ansprechen?
- ✓ Welche Infos werde ich am ersten Arbeitstag brauchen? Welche Infos brauchen die anderen von mir?

Zum Ende Ihres Termins klären Sie bitte noch mit Ihrem Klienten dessen Ziel(e) mit Blick auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz ab.

Das Ziel gilt es dann in den folgenden Terminen zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.



Sollten die Ziele Ihres Klienten nicht realisierbar sein, so ist es wichtig, Ihrem Klienten dies als Feedback zu geben und gemeinsam ein erreichbares Ziel zu erarbeiten!

“ Heute haben Sie von mir einige Informationen zum Thema Wiedereingliederung und Rückkehr an den Arbeitsplatz erhalten. Zum Schluss möchte ich gerne mit Ihnen noch einen Blick in die Zukunft werfen: Was ist Ihr aktuelles Ziel mit Blick auf Ihre Wiedereingliederung und die Rückkehr an den Arbeitsplatz? ”



Am Ende des Termins dokumentieren Sie bitte alle wichtigen Informationen im vorgesehenen Dokumentationsbogen.

3. Termin: Rückkehrgespräch mit Kollegen und Vorgesetzten



Ziel dieses Termins ist es, mit dem Klienten zu erarbeiten, welche Informationen er über seine Erkrankung nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz wem weitergeben möchte.

Überblick der Stunde
<p>Beginn des Termins:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Vorstellung des vorgesehenen Inhalts • Nachfrage zur Relevanz des Themas • Ggfs. Besprechung eigener Themen des Klienten
<p>Besprechung der Hausaufgabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kurze Besprechung der vorbereitenden Gedanken zum Termin • Falls Hausaufgabe nicht erledigt, gemeinsame Bearbeitung dieser
<p>Besprechung möglicher Gesprächssituationen bei Rückkehr an den Arbeitsplatz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gedankensammlung und anschließendes Rollenspiel Gesprächssituation mit Kollegen • Gedankensammlung und anschließendes Rollenspiel Gesprächssituation mit Vorgesetztem
<p>Vorbereitende Gedanken zur nächsten Stunde (Hausaufgabe):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Vorstellung des Inhalts des nächsten Termins mit anschließender Hausaufgabe zur Vorbereitung

Beginn des Termins:

“ Gibt es etwas Neues bei Ihnen? Hat sich seit unserem letzten Treffen etwas geändert? ”

Nach der Begrüßung und dem kurzen Status Quo Check wird geklärt, ob es offene Fragen/Unklarheiten zum letzten Termin gibt:

“ Wie ist es Ihnen nach unserem letzten Termin ergangen? Haben Sie noch offene Fragen oder Unklarheiten zum letzten Thema, die wir noch besprechen sollten? ”

Als nächstes stellen Sie kurz die vorgesehenen Inhalte des Termins vor und klären die Relevanz des Themas für den Klienten. Auch die Frage nach eigenen Themen des Klienten ist zu klären:

“ Im Laufe der Wiedereingliederung gibt es viele persönliche Entscheidungen, die getroffen werden müssen, z.B. welche Informationen möchte ich über meine Erkrankung weitergeben. Heute möchte ich gerne mit Ihnen über mögliche Rückkehrgespräche mit Ihren Kollegen und Vorgesetzten sprechen und dies auch in einem kleinen Rollenspiel üben. Ist dieses Thema relevant für Sie?

Bevor wir starten, gibt es von Ihrer Seite etwas Wichtiges, das Sie heute mitgebracht haben/besprechen möchten? ”

Falls Ihr Klient ein eigenes Thema mitgebracht hat, so hat dieses Thema Vorrang!

Besprechung Hausaufgabe:

Besprechen Sie als nächstes die Hausaufgabe vom letzten Termin:

“ Beim letzten Treffen hatte ich Sie gebeten, sich ein paar Gedanken zum Thema Gespräche mit Kollegen und Vorgesetzten bei Ihrer Rückkehr zu machen. Wie ist es Ihnen dabei ergangen? Konnten Sie die Fragen für sich beantworten? Was fiel Ihnen leicht? Was fiel Ihnen schwer? Konnten Sie sich schon eine Strategie zurechtlegen? ”

Falls sich Ihr Klient selbst noch keine Gedanken gemacht hat, dann tun Sie dies nun gemeinsam.

Fragen Sie Ihren Klienten, ob es eine Situation bzw. ein Gespräch gibt, die/das er sich gerne genauer ansehen möchte oder die/das ihm größere Sorgen bereitet (Gespräch mit dem Vorgesetzten/Gespräch mit Kollegen/beide Gespräche). Je nach Antwort Ihres Klienten legen Sie den Fokus auf die genannte Situation.

“ Mit Blick auf Ihre Rückkehr gibt es ein Gespräch, das Ihnen mehr Gedanken/Sorgen bereitet? Gibt es ein Gespräch, dem Sie bereits gelassen entgegenblicken? Mit welcher Situation möchten Sie beginnen? ”

Situation 1 - Gespräch mit Kollegen:

Bevor Sie mit Ihrem Klienten in ein kurzes Rollenspiel einsteigen, bereiten Sie dieses anhand folgender Fragen nochmals kurz vor:

- Welche Informationen werden meine Kollegen von mir benötigen?
- Welche Informationen will ich meinen Kollegen geben?
- Welche Informationen werde ich von meinen Kollegen benötigen?
- Was kann ich konkret tun/sagen, damit mein Wiedereinstieg gelingt?

Wichtig ist es hierbei, Ihrem Klienten zu vermitteln, dass es auch Situationen geben kann, in denen es keine gute Lösung gibt. Hier muss man sich überlegen, was man für ein Typ ist (Ehrlichkeit/Konsequenzen einer Nicht-Offenlegung) und wie das Umfeld gestaltet ist (was ist möglich/was schadet mir/nutzt mir).

Gehen Sie nun mit Ihrem Klienten in ein kurzes Rollenspiel, um die Situation zu üben. Lassen Sie sich von Ihrem Klienten die Kollegen etwas schildern. Wie stellt er sich die Reaktion seiner Kollegen vor? Werden sie rücksichtsvoll sein oder eher forsch auf ihn zugehen. Entsprechend der Gedanken und Befürchtungen des Klienten können Sie das Rollenspiel gestalten:

“ Nun lassen Sie uns dies in einem kurzen Rollenspiel üben. Ich übernehme hierbei die Rolle eines Kollegen und Sie können ausprobieren, wie sich dies für Sie anfühlt, was Sie gerne sagen möchte und wie Ihnen diese Situation gelingt.

Hallo, grüße dich, sieht man dich auch mal wieder? Wo warst du denn die ganze Zeit? Warst du krank? Wir haben uns schon Sorgen gemacht.

oder

Hallo, na endlich wieder da? Wo warst du denn so lange? In der Klappe?? ☹

Gehen Sie nach dem Rollenspiel mit Ihrem Klienten in ein kurzes Feedback:

“ Wie war diese Situation für Sie/Wie ist es Ihnen ergangen? Was hat Ihrer Meinung nach gut funktioniert? Was hat noch nicht funktioniert? ☹

Situation 2 – Gespräch mit Vorgesetzten:

Bevor Sie mit Ihrem Klienten in ein kurzes Rollenspiel einsteigen, bereiten Sie dieses anhand folgender Fragen nochmals kurz vor:

- Welche Themen möchte ich ansprechen und klären?
- Welche Informationen wird mein Vorgesetzter benötigen?
- Welche Informationen möchte ich meinem Vorgesetzten geben?
- Welche Informationen werde ich von meinem Vorgesetzten benötigen?
- Was kann ich konkret tun/sagen, damit mein Wiedereinstieg gelingt?

Wichtig ist es hierbei, Ihrem Klienten zu vermitteln, dass es auch Situationen geben kann, in denen es keine gute Lösung gibt. Hier muss man sich überlegen, was man für ein Typ ist (Ehrlichkeit/Konsequenzen einer Nicht-Offenlegung) und wie das Umfeld gestaltet ist (was ist möglich/was schadet mir/nutzt mir).

Gehen Sie nun mit Ihrem Klienten in ein kurzes Rollenspiel, um die Situation zu üben. Lassen Sie sich den Vorgesetzten von Ihrem Klienten beschreiben. Wie stellt er sich die Reaktion des Vorgesetzten vor? Wird er verständnisvoll und rücksichtsvoll mit ihm umgehen? Erwartet er von ihm eine eher abweisende Haltung? Entsprechend der Gedanken und Befürchtungen Ihres Klienten können Sie das Rollenspiel gestalten:

“ Nun wollen wir das Rollenspiel mit dem Vorgesetzten kurz üben. Ich spiele hierbei die Rolle Ihres Vorgesetzten und Sie können ausprobieren, wie sich dies anfühlt, was Sie gerne sagen möchten und wie Ihnen diese Situation gelingt.

Schön, dass Sie wieder da sind! Geht es Ihnen wieder gut? Wir haben uns schon Sorgen gemacht. Sie waren ganz schon lange weg? Was hat Ihnen denn gefehlt?

oder

Da haben Sie sich aber eine ganz schön lange Auszeit genommen? Haben Sie sich gut erholt? Dann können Sie ja gleich voll durchstarten. Nach so viel freier Zeit... Oder waren Sie wirklich krank? Ich habe mich schon gefragt, was man haben kann, dass man so lange krankgeschrieben wird. ”

Gehen Sie nach dem Rollenspiel mit Ihrem Klienten in ein kurzes Feedback:

“ Wie war diese Situation für Sie/Wie ist es Ihnen ergangen? Was hat Ihrer Meinung nach gut funktioniert? Was hat noch nicht funktioniert? ”

Vorbereitende Gedanken/Hausaufgabe zur nächsten Stunde:

“ Bei unserem nächsten Treffen möchte ich mich mit Ihnen noch weiter über die Zeit nach Ihrer Entlassung austauschen. Bitte machen Sie sich zur Vorbereitung auf unseren nächsten Termin Gedanken zu folgenden Fragen: Was ist mir in Bezug auf meine Wiedereingliederung wichtig? Welche Erwartungen und Befürchtungen habe ich noch? Was kann/soll in den ersten 6 Monaten noch getan werden? Auf was muss ich achten? ”



Überprüfen Sie zum Ende des Termins gemeinsam mit Ihrem Klienten das Ziel/die Ziele, die Sie im letzten Termin herausgearbeitet haben. Sofern sich die Ziele geändert haben, passen Sie diese bitte an. Auch hier gilt: Sollten die Ziele Ihres Klienten nicht realisierbar sein, so ist es wichtig, Ihrem Klienten dies als Feedback zu geben und gemeinsam ein erreichbares Ziel zu erarbeiten.



Am Ende des Termins dokumentieren Sie bitte alle wichtigen Informationen im vorgesehenen Dokumentationsbogen.

4. Termin: Ausblick und weitere Begleitung

Ziel dieses Termins ist es, mit Ihrem Klienten zu erarbeiten, was in der Zeit nach seiner Rückkehr wichtig ist und worauf er achten muss: Frühwarnzeichen kennen und richtig reagieren, ambulantes Helfernetzwerk ausbauen, Work-Life Balance erhalten.

Überblick der Stunde**Beginn des Termins:**

- Kurze Vorstellung des vorgesehenen Inhalts
- Nachfrage zur Relevanz des Themas
- Ggfs. Besprechung eigener Themen des Klienten

Besprechung der Hausaufgabe:

- kurze Besprechung der vorbereitenden Gedanken zum Termin
- Falls Hausaufgabe nicht erledigt, gemeinsame Bearbeitung dieser

Erarbeitung wichtiger Themen für die Zeit nach der Entlassung:

- Was wird in den nächsten 6 Monaten wichtig sein?
- Frühwarnzeichen der Erkrankung
- Work-Life Balance
- Ambulante Hilfen

Beginn des Termins:

“ Gibt es etwas Neues bei Ihnen? Hat sich seit unserem letzten Treffen etwas geändert? ”

Nach der Begrüßung und dem kurzen Status Quo Check wird geklärt, ob es offene Fragen/Unklarheiten zum letzten Termin gibt:

“ Wie ist es Ihnen nach unserem letzten Termin ergangen? Haben Sie noch offene Fragen oder Unklarheiten zum letzten Thema, die wir noch besprechen sollten? ”

Als nächstes stellen Sie kurz die vorgesehenen Inhalte des Termins vor und klären die Relevanz des Themas für den Klienten. Auch die Frage nach eigenen Themen des Klienten ist zu klären:

“ Heute möchte ich mich gerne mit Ihnen etwas über die Zeit nach Ihrer Rückkehr unterhalten. Wir schauen gemeinsam darauf, was alles in den ersten Wochen, Monaten passieren kann/wichtig sein wird und worauf Sie achten müssen. Eine wichtige Rolle spielen neben den Themen Work-Life-Balance und ambulante Hilfen auch die Frühwarnzeichen Ihrer Erkrankung und der richtige Umgang damit. Ist dieses Thema relevant für Sie?

Bevor wir starten, gibt es von Ihrer Seite etwas Wichtiges, das Sie heute mitgebracht haben/besprechen möchten? ”

Falls Ihr Klient ein eigenes Thema mitgebracht hat, so hat dieses Thema Vorrang!

Besprechung Hausaufgabe:

Besprechen Sie als nächstes die Hausaufgabe vom letzten Termin:

“ Beim letzten Treffen habe ich Sie gebeten, sich ein paar Gedanken zu machen, was Ihnen in Bezug auf Ihre Wiedereingliederung wichtig ist und welche Erwartungen und Befürchtungen Sie noch haben. Wie ist es Ihnen damit ergangen? Fiel es Ihnen leicht/schwer Antworten auf diese Fragen zu finden? ”

Falls sich Ihr Klient keine Gedanken zu den Fragen gemacht hat, dann tun Sie dies nun gemeinsam.

“ Lassen Sie uns nun gemeinsam überlegen, was nach Ihrer Entlassung/Rückkehr an den Arbeitsplatz in den ersten sechs Monaten wichtig sein könnte? ”

Schreiben Sie die Gedanken Ihres Klienten auf (am besten am Flipchart, damit Sie beide alles im Blick haben). Falls vom Klienten nicht erwähnt, ergänzen Sie:

- Kontakt zum Arbeitgeber in der Folgezeit halten
- bei stufenweiser Wiedereingliederung: regelmäßige, kurze Gespräche, Arbeit an Belastbarkeit anpassen
- bei Problemen mit Wiedereingliederung: frühzeitig Rücksprache mit der Personalabteilung/Betriebsarzt

Frühwarnzeichen:

“ Nicht nur der Blick auf Ihren Arbeitsplatz ist wichtig, sondern auch der Blick auf Ihr Empfinden. Es ist wichtig, die Frühwarnzeichen Ihrer Erkrankung im Kopf zu haben, um gut reagieren zu können. Haben Sie dieses Thema während Ihres Klinikaufenthalts bearbeitet? Welche Frühwarnzeichen kennen Sie? Welche Frühwarnzeichen sind für Sie auch im Kontext der Rückkehr an den Arbeitsplatz relevant? Welche Strategien haben Sie im Umgang mit Ihren Frühwarnzeichen gelernt? ”

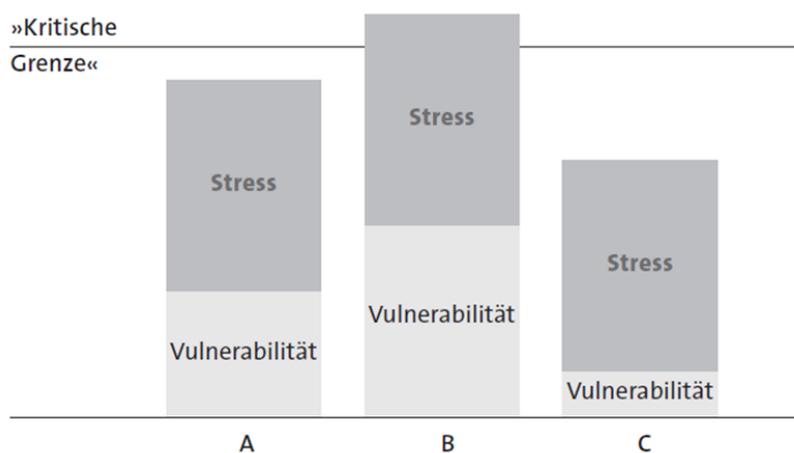
(Falls keine Frühwarnzeichen bekannt sind): Da dies auch nach Ihrer Entlassung ein wichtiges Thema ist, möchte ich Sie bitten, sich hierzu nochmal mit dem Psychologen oder Ihrem Stationsarzt auszutauschen. ”

Im Rahmen der Besprechung der Frühwarnzeichen können Sie Ihren Klienten zudem an das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erinnern.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell dient als ein Erklärungsmodell für die Entstehung psychischer Erkrankung. Es wird Patienten häufig im Rahmen der Psychoedukation vermittelt. Die Vulnerabilität beschreibt die Anfälligkeit/Prädisposition eines Menschen für eine psychische Erkrankung. Je mehr Vulnerabilität vorhanden ist, umso weniger Stress ist notwendig, um eine kritische Schwelle zu überschreiten und Symptombildung auszulösen.



Sofern Ihr Klient die Frühwarnzeichen seiner Erkrankung nicht kennt, verweisen Sie hier auf den Stationspsychologen/Stationsarzt! Informieren auch Sie diesen, damit das Thema Frühwarnzeichen auf jeden Fall nochmals während des Klinikaufenthalts erarbeitet wird.

Ambulante Hilfen:

“ Auch nach Ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz sind Sie nicht alleine. Wie besprochen, werde ich Sie auch nach Ihrer Entlassung noch etwas begleiten und Sie dabei unterstützen, Ihr ambulantes Helfernetzwerk auf- und auszubauen. Welche Anlaufstellen kennen Sie? Welche Unterstützung wird aus Ihrer Sicht wichtig sein? Mit welchen Stellen haben Sie bereits Kontakt aufgenommen? ”

Neben den betriebsinternen Unterstützungsangeboten können Sie noch weitere ambulante Hilfen hinzuziehen: Psychiater/Therapeut, SPDI, IFD, Ergotherapie, Krisendienst, Selbsthilfegruppen. An dieser Stelle können Sie Ihrem Klienten auch ein Informationsblatt mit den wichtigsten ambulanten Hilfen sowie entsprechenden Kontaktmöglichkeiten aushändigen. Bitte beachten Sie, dass verschiedene Angebote frühzeitig angebahnt werden müssen und mit langen Wartezeiten gerechnet werden muss. Zudem wirken sich erste Schnuppertermine während des stationären Aufenthalts günstig auf die poststationäre Wahrnehmung des Angebots aus.

Work-Life-Balance:

“ Zum Schluss will ich mit Ihnen noch kurz über das Thema Work-Life-Balance sprechen. Was können Sie tun, damit Ihr Privatleben nicht zu kurz kommt? ”

Bitte notieren Sie die Gedanken Ihres Klienten und ergänzen bei Bedarf:

- Konkrete (Wochenend-)Pläne, konkrete Verabredungen, konkrete Termine („Am Mittwoch Tanzen um 19:00 Uhr“)
- Erinnerungen einbauen (visuelle Symbole, Handywecker, Terminkalender)
- Nicht zu viel vornehmen, Prioritäten setzen
- Konkrete Ziele setzen
- Bei langfristiger Überlastung in der Arbeit Gespräch mit Vorgesetzten suchen
- Nicht jede Arbeit übernehmen/Aufgaben delegieren

➡ Überprüfen Sie zum Ende des Termins gemeinsam mit Ihrem Klienten das Ziel/die Ziele, die Sie im letzten Termin herausgearbeitet haben. Sofern sich die Ziele geändert haben, passen Sie diese bitte an. Auch hier gilt: Sollten die Ziele Ihres Klienten nicht realisierbar sein, so ist es wichtig, Ihrem Klienten dies als Feedback zu geben und gemeinsam ein erreichbares Ziel zu erarbeiten.



Am Ende des Termins dokumentieren Sie bitte alle wichtigen Informationen im vorgesehenen Dokumentationsbogen.

5. Termin: Entlassgespräch



Leitziel der RTW-Intervention ist der erfolgreiche Übergang von der Klinik in den Berufsalltag. Das Entlassgespräch bietet an dieser Schnittstelle die Möglichkeit der Zusammenschau der gemeinsam erarbeiteten Themen und der absolvierten Maßnahmen in Bezug auf den Arbeitsplatz und ermöglicht es, weitere Schritte und Kontaktmöglichkeiten zu vereinbaren.

In diesem Gespräch sollten Sie mit Ihrem Klienten reflektieren, wie sich die bisherige Zusammenarbeit gestaltet hat. Folgende Fragen können Ihnen hierbei behilflich sein:

- Wie wurden die Termine erlebt?
- Wie wurde die Häufigkeit der Kontakte empfunden?
- Wurden die besprochenen Themen als hilfreich betrachtet?
- Sind zum jetzigen Zeitpunkt noch Fragen/Themen offen?
- Wurden die gemeinsam gesetzten Ziele erreicht?
- Haben sich die Ziele verändert?

Auch die Hilfen/Unterstützungsmaßnahmen, die Sie gemeinsam mit Ihrem Klienten erarbeitet haben, sollten betrachtet werden.

“ In den letzten Terminen haben wir gemeinsam bereits einiges erarbeitet und erste Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten für Ihre Rückkehr an den Arbeitsplatz aktiviert. Welche Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten sind Ihnen im Gedächtnis geblieben und welche davon werden Sie weiterverfolgen/nutzen? ”

Visualisieren Sie (am besten am Flipchart) die erarbeiteten Unterstützungsmaßnahmen und ergänzen die Angaben Ihres Klienten. Ziehen Sie hierbei die bisherigen Dokumentationen heran, um alle relevanten Themen, die Sie gemeinsam besprochen haben, im Auge zu behalten. Hier sollten auch solche Themen, wie bereits angestoßene Arbeitsplatzanpassungen, das poststationäre Helfernetzwerk, etc. Platz finden.

Geben Sie zum Schluss des Gesprächs Ihrem Klienten noch einen Ausblick darauf, wie Sie ihn nach seiner Entlassung weiter unterstützen werden und erläutern Sie die Kontaktmöglichkeiten (persönlich/telefonisch). Vereinbaren Sie jetzt bereits einen ersten Termin für die Begleitung nach der Entlassung. Sollte Ihr Klient sich schwer tun, sich auf einen Termin festzulegen, machen Sie den Vorschlag, ihn spätestens nach seinem ersten Arbeitstag anzurufen.

“ Auch nach Ihrer Entlassung stehe ich Ihnen bei der Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz zur Seite. Dies kann z.B. im Rahmen der Betrieblichen/stufenweisen Wiedereingliederung sein, bei der weiteren Koordination und Kontaktierung Ihres ambulanten Helfernetzwerks oder auch im Austausch zu aktuellen Entwicklungen. Lassen Sie uns heute schon einen ersten Termin hierfür vereinbaren. ”



Am Ende des Termins dokumentieren Sie bitte alle wichtigen Informationen im vorgesehenen Dokumentationsbogen.

Begleitung und Unterstützung nach der Entlassung

Für die Begleitung und Unterstützung Ihres Klienten nach der Entlassung sind als Standard drei Kontaktangebote (innerhalb von 6 Wochen nach Entlassung) vorgesehen. Dies kann z.B. als Telefonkontakt nach jeweils zwei Wochen erfolgen. Damit Ihr Klient in der Studie verbleibt ist ein Kontakt nach der Entlassung jedoch Pflicht. Dieser sollte nach Möglichkeit am ersten Arbeitstag Ihres Klienten stattfinden. Je nach Bedarf Ihres Klienten und je nach Zeitpunkt der Rückkehr an den Arbeitsplatz können der Zeitraum und die Häufigkeit der Kontakte mit Ihrem Klienten variieren. Der maximale Zeitraum beträgt jedoch sechs Monate.

Die Kontakte mit Ihrem Klienten dienen der weiteren Optimierung der Wiedereingliederung und können folgende Themen umfassen:

- die Begleitung zum Wiedereingliederungsgespräch und/oder Vorbereitung und Nachbereitung, falls vom Klienten gewünscht

- der Kontakt mit dem Arbeitgeber resp. des jeweiligen Ansprechpartners, falls vom Klienten gewünscht
- Hinzuziehen des Integrationsfachdienstes, falls vom Klienten gewünscht
- Unterstützung bei der Verabredung der stufenweisen Wiedereingliederung bzw. der Arbeitsplatzanpassung und ggf. bei der Umsetzung
- Fortführung und Ausbau des ambulanten Hilfenetzwerkes (z.B. Anbindung an niedergelassenen Psychiater, Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen, etc.)
- Frühwarnzeichen/ Symptomatik ansprechen und ggf. Empfehlungen aussprechen (in Bezug auf in der Klinik erworbene Kompetenzen bzw. bzgl. geeigneter Anlaufstellen im Hilfenetzwerk)
- Reflexion des Prozesses, Befürchtungen und Hoffnungen aussprechen (in Bezug auf RTW-Coaching resp. Fragebögen)
- Austausch zu aktuellen Entwicklungen am Arbeitsplatz (Rückkehrgespräch mit Vorgesetztem, Kollegen, bei Konflikten, etc.)
- Leistungsfähigkeit, ggf. Umgang mit noch reduzierter Leistungsfähigkeit

1. Termin nach Entlassung

Der erste Termin mit Ihrem Klienten nach seiner Entlassung kann je nach Zeitpunkt des Treffens unterschiedliche Inhalte haben:

Vor dem ersten Arbeitstag:



Das Ziel Ihres Treffens ist es, Ihren Klienten auf seinen ersten Arbeitstag „einzustimmen“. Dies bedeutet, Sie helfen Ihrem Klienten dabei, mögliche Ängste/Befürchtungen abzubauen und kontrollieren gemeinsam, ob er an alles Wichtige gedacht hat.

Die Vorbereitung auf den ersten Arbeitstag ist wichtig. Klären Sie gemeinsam mit Ihrem Klienten, welche Fragen für den ersten Arbeitstag geklärt sein sollten. Folgende Checkliste kann Ihnen hierbei als Unterstützung dienen:

- ✓ Wann beginnt der erste Arbeitstag?
- ✓ Sind Gesprächstermine vereinbart?
- ✓ Welche Arbeitsanpassungen werden mich bereits erwarten?
- ✓ Benötige ich noch bestimmte Unterlagen?

- ✓ Stehen vorher noch Termine an (z.B. im Rahmen des BEM)?

“ Ihr erster Arbeitstag steht ja nun am xx.xx an. Haben Sie schon alle notwendigen Informationen erhalten, die Sie für diesen Tag benötigen? Führen Sie mich doch mal in Gedanken durch diesen Tag: Wann werden Sie im Büro sein? Haben Sie dann bereits Gesprächstermine vereinbart? Wem werden Sie vermutlich als erstes begegnen?

Sind vor Ihrem ersten Arbeitstag noch Termine mit Ihrem Arbeitgeber geplant? Oder steht noch etwas in Bezug auf Ihr BEM an? ”

Neben organisatorischen Themen können Sie auch mit Ihrem Klienten an das gemeinsame Coaching zum Thema Gespräche bei der Rückkehr anknüpfen. Bei Bedarf Ihres Klienten können die anstehenden Gespräche mit Kollegen und Vorgesetzten nochmals geübt werden. Ihr Klient kann somit mehr Sicherheit für den ersten Arbeitstag gewinnen.

“ In einem unserer Termine während Ihres Klinikaufenthalts hatten wir uns mit der Frage beschäftigt, was Sie Ihren Kollegen bzw. Vorgesetzten sagen wollen, wenn Sie wieder an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Haben sich Ihre Gedanken seit unserem Rollenspiel geändert? Wenn Sie möchten, können wir diese Situationen gerne nochmals gemeinsam durchspielen. ”

Nach dem ersten Arbeitstag:

 Das Ziel dieses Treffens ist es, gemeinsam mit Ihrem Klienten den ersten Arbeitstag zu reflektieren und bereits auftretende Probleme oder notwendige Anpassungen/Hilfen frühzeitig zu erkennen und entsprechend vorzugehen. Der Termin dient auch dazu, die weiteren gemeinsamen Schritte zu planen.

An dem ersten Arbeitstag hat ihr Klient viele Eindrücke und Erfahrungen gesammelt, die Sie mit ihm besprechen können. Folgende Checkliste kann Ihnen als Unterstützung dienen:

- ✓ Wie war der erste Tag?
- ✓ Wie waren die ersten Gespräche?
- ✓ Hat sich etwas Besonderes ereignet?
- ✓ Sind Probleme aufgetreten, die gelöst werden können?

- ✓ Welche Arbeitsplatzanpassungen sind bereits umgesetzt worden?

Nutzen Sie hier auch die Gelegenheit an Ihre gemeinsamen Coachings anzuknüpfen- z.B. an das Coaching zum Thema „Gespräche bei der Rückkehr“. Reflektieren Sie mit Ihrem Klienten, wie die Gespräche gelaufen sind. Was hat gut funktioniert? Was hat nicht so gut funktioniert? Was ist anders gelaufen, als im Rollenspiel?

“ Heute hatten Sie Ihren ersten Arbeitstag und ich bin bereits sehr gespannt, wie Sie diesen erlebt haben. Ist alles so verlaufen, wie Sie es sich vorgestellt haben? Wir hatten ja in einem unserer Termine über das Thema Rückkehrgespräch mit Kollegen und Vorgesetzten gesprochen und diese Situationen geübt. Wie war die „echte“ Situation heute für Sie? Konnten Sie mit Ihrem Vorgesetzten/mit Ihren Kollegen so sprechen, wie Sie es sich vorgenommen hatten? Was hat im Gespräch richtig gut funktioniert? Gab es auch etwas, das Sie im Nachhinein gerne anders gemacht/gesagt hätten. ”

Auch das Coaching zum Thema „Ausblick und weitere Begleitung“ kann in diesem Termin nochmal beleuchtet werden. Betrachten Sie nochmals gemeinsam, was in den nächsten Wochen/Monaten wichtig sein wird und wie die nächsten Schritte aussehen. Nehmen Sie hierzu die Notizen/Dokumentationsbögen von Ihren Coachings zur Hand.

“ Den ersten Schritt in Ihre Wiedereingliederung haben Sie bereits gemacht. Wir hatten uns auch bereits darüber unterhalten, was alles in den nächsten Wochen und Monaten für Sie wichtig sein wird, welche Veränderungen Sie noch anstreben und welche Situationen auf Sie zukommen können. Ich möchte heute mit Ihnen gemeinsam überlegen, wie die nächsten Schritte aussehen. Was werden Sie unternehmen und bei welchen Themen benötigen Sie meine Unterstützung. ”

Vereinbaren Sie zum Schluss Ihres Gesprächs bereits einen weiteren Termin mit Ihrem Klienten. Bedenken Sie dabei auch, die Form des Kontakts zu klären (telefonisch/persönlich).

“ Bevor wir uns verabschieden, möchte ich gleich mit Ihnen einen Termin für unser nächstes Treffen vereinbaren. Heute haben wir uns persönlich getroffen/ telefonisch ausgetauscht. Möchten Sie dies bei unserem nächsten Termin so beibehalten? Wann passt es bei Ihnen? Ich kann Ihnen Termine am xx um xx Uhr oder am xx um xx Uhr anbieten. ”



Am Ende des Termins dokumentieren Sie bitte alle wichtigen Informationen im vorgesehenen Dokumentationsbogen.

Weitere Termine nach Entlassung

Die weiteren Termine nach der Entlassung richten sich vom Zeitpunkt und Inhalt nach den Bedürfnissen Ihres Klienten.



Ziel der Termine ist der stete Abgleich, ob die Rückkehr an den Arbeitsplatz gut funktioniert oder ob weitere Anpassungen und Unterstützung notwendig sind.



Behalten Sie bei allen weiteren Terminen den Bezug zur Rückkehr an den Arbeitsplatz im Blick. Sollte Ihr Klient seinen Fokus auf andere Themen richten wollen, suchen Sie gemeinsam mit ihm rechtzeitig die richtigen Netzwerkpartner!

Folgende Punkte sollten Sie bei jedem Treffen mit Ihrem Klienten besprechen:

- ✓ Wie läuft es am Arbeitsplatz?
- ✓ Passen die Arbeitsplatzanpassungen?
- ✓ Müssen neue Anpassungen getroffen werden?
- ✓ Sind Probleme aufgetaucht, die besprochen werden müssen?

Je nachdem für welche Form der Wiedereingliederung sich Ihr Klient entschieden hat, gilt es, den Status Quo dieser Maßnahme zu prüfen. Bei der stufenweisen Wiedereingliederung ist es wichtig, rechtzeitig vor dem Ende der Maßnahme zu prüfen, ob Ihr Klient wieder „regulär“ arbeiten kann oder eine weitere Anpassung notwendig wird.

Auch die kontinuierliche Rücksprache in Bezug auf das ambulante Helfernetzwerk spielt eine wichtige Rolle. Vergewissern Sie sich, dass Ihr Klient die richtigen ambulanten Ansprechpartner gefunden hat und unterstützen Sie ihn bei Bedarf weiter bei der Kontaktaufnahme mit diesen. Je nach Fall kann es notwendig sein, neue Netzwerkpartner hinzu zu holen.



Am Ende der Termine dokumentieren Sie bitte alle wichtigen Informationen im vorgesehenen Dokumentationsbogen.

Abschluss der Intervention



Das Ende der Begleitung Ihres Klienten kann unterschiedliche Gründe haben. Das Ziel sollte immer sein, gemeinsam mit Ihrem Klienten die Zusammenarbeit zu reflektieren, Fortschritte sichtbar zu machen und wichtige Netzwerkpartner zu vermitteln.

1. Ihr Klient meldet sich nicht mehr bzw. reagiert nicht mehr auf Ihre Anrufe/Nachrichten

Leider können Sie nun Ihre Arbeit und das Erreichte nicht mehr gemeinsam mit Ihrem Klienten reflektieren. Dennoch ist es wichtig, dass Sie sich kurz ein paar Gedanken hierzu machen: Wurden die Ziele erreicht? Welche Schwierigkeiten sind aufgetreten? Wie haben Sie Ihren Klienten in der Zusammenarbeit erlebt?



Bitte dokumentieren Sie das Ende der Intervention im vorgesehenen Dokumentationsbogen.

2. Regulärer Abschluss durch Klient bzw. Ende der Intervention

In dem Fall, dass Ihr Klient die Intervention beendet, nutzen Sie Ihren letzten Termin, um Ihre gemeinsame Arbeit zu reflektieren. Führen Sie zunächst einen Check durch, ob die festgesetzten Ziele erreicht wurden. Hier bietet sich die Durchführung einer Zielerreichungsskala an:

“ Wenn Sie auf unsere gemeinsame Arbeit und die Wiedereingliederung und Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz blicken, welche Ziele waren für Sie die Wichtigsten? Bitte schätzen Sie kurz auf einer Skala von 1-10 (1= Ziel überhaupt nicht erreicht und 10= Ziel vollständig erreicht) ein, inwieweit Sie diese Ziele erreicht haben. ”

Notieren Sie im ersten Schritt die Ziele Ihres Klienten (siehe dokumentierte Zielformulierung ab Termin 2) und führen Sie dann im zweiten Schritt zu jedem Ziel eine Zielerreichungsskala durch.

Sollten Ziele noch nicht erreicht sein, stellen Sie Ihrem Klienten die Frage, was er noch machen kann bzw. welche Unterstützung er sich noch holen kann, um das Ziel zu erreichen.

Anschließend betrachten Sie gemeinsam die Ergebnisse Ihrer Zusammenarbeit. Lassen Sie Ihrem Klienten den Vortritt und bitten ihn um eine kurze Einschätzung. Danach schildern Sie kurz Ihre Einschätzung. Wichtig ist es hierbei, Ihren Klienten darauf aufmerksam zu machen, welche Fortschritte er bereits erzielt hat.

“ Gerne würde ich nun gemeinsam mit Ihnen unsere Zusammenarbeit betrachten. Wie haben Sie die Zusammenarbeit erlebt? Was hat Ihnen geholfen und wo hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht? Welche Fortschritte waren für Sie am wichtigsten?

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung und Ihre Einschätzung zu unserer Zusammenarbeit. Gerne möchte ich auch meine Erlebnisse und Erkenntnisse aus unserer Zusammenarbeit mit Ihnen teilen... ”

Wenn Sie merken, dass es Zeit ist, die Intervention zu beenden (z.B. Maximaldauer von sechs Monaten erreicht, Ziele erreicht), ist es wichtig, dies rechtzeitig vorzubereiten. Aufgrund von Sympathie oder Abhängigkeitstendenzen kann es vorkommen, dass Ihr Klient das Ende der Intervention nicht im Blick hat. Dann liegt es an Ihnen, die Intervention zu einem runden Abschluss zu bringen.

...Ziele erreicht:

Wenn Sie merken, dass alle gemeinsam gesetzten Ziele erreicht wurden, ist es Zeit, das Ende der Intervention einzuleiten. Nutzen Sie hierzu den nächsten gemeinsamen Termin:

“ Wenn ich auf unsere Zusammenarbeit mit Blick auf Ihre Wiedereingliederung und Ihre Rückkehr an den Arbeitsplatz blicke, haben wir bereits sehr viele Fortschritte erzielt und ich habe bemerkt, dass Sie Ihre festgesetzten Ziele bereits erreicht haben. ”

Zeigen Sie Ihrem Klienten nochmals die festgesetzten Ziele auf (z.B. Flipcharts, wenn Sie diese am Flipchart gesammelt haben bzw. Ihre Dokumentationsbögen mit den notierten

Zielen) und holen Sie sich die Einschätzung Ihres Klienten hierzu ein. Hier bietet sich die oben bereits beschriebene Zielerreichungsskala an.

Wenn Ihr Klient das Gefühl hat, die Ziele noch nicht komplett erreicht zu haben, fragen Sie, welche Unterstützung er noch benötigt.

“ Wie schätzen Sie selbst die Situation ein? Haben Sie Ihre Ziele erreicht? Welche Unterstützung benötigen Sie noch, um Ihre Ziele erreichen zu können? ”

An diesem Punkt ist es wichtig zu klären, ob Sie die notwendige Unterstützung bieten können/müssen oder ob Sie hier einen anderen Netzwerkpartner hinzuholen können, der eine längerfristige Begleitung Ihres Klienten ermöglichen kann. Sollten Sie die notwendige Unterstützung bieten, dann setzen Sie die Intervention fort.

Wenn Sie merken, dass andere Stellen für die weitere Unterstützung besser geeignet sind bzw. Ihr Klient bereits gut selbst zu Recht kommt, kündigen Sie zum Schluss Ihres Termins an, dass Sie gerne den nächsten Termin nutzen möchten, um Ihre gemeinsame Zusammenarbeit zu reflektieren und diese dann auch beenden werden.

Den letzten Termin mit Ihrem Klienten gestalten Sie dann wie in dem Fall, dass Ihr Klient die Intervention beendet.

... Maximaldauer von sechs Monaten erreicht:

Wie bereits zu Beginn des Handbuchs beschrieben, beträgt die Maximaldauer der Intervention und somit die Begleitung Ihres Klienten sechs Monate nach Entlassung aus der Klinik. Sollten Sie mit Ihrem Klienten die volle Zeitspanne von sechs Monaten gebraucht haben, gilt es auch hier, rechtzeitig das Ende der Intervention einzuleiten.

Machen Sie Ihren Klienten ca. einen Monat vor „Ablauf“ der Intervention darauf aufmerksam, dass sie bald die Maximaldauer der Intervention erreicht haben. Verweisen Sie hier auch nochmals darauf, dass Sie dies zu Beginn der Zusammenarbeit erläutert haben, damit sich Ihr Klient nicht vor den Kopf gestoßen fühlt.

“ Zu Beginn unserer Zusammenarbeit hatte ich Ihnen die Rahmenbedingungen und

Möglichkeiten meiner Unterstützung aufgezeigt. Eine der Rahmenbedingungen ist die Zeitdauer, in der ich Sie unterstützen kann, welche bei sechs Monaten liegt. Die sechs Monate sind nun bald vorbei und ich möchte gerne mit Ihnen alles vorbereiten, damit wir unsere Zusammenarbeit gut beenden können. ☹️

Auch hier sollten Sie im ersten Schritt mit Ihrem Klienten die festgesetzten Ziele betrachten und die Zielerreichung prüfen (s.o.). Es gilt nun gemeinsam zu prüfen, welche Ziele noch zusammen angegangen werden können und wo bereits andere Netzwerkpartner hinzugeholt werden können. Ihr weiteres Vorgehen entspricht dem Vorgehen, wenn Sie die Intervention aufgrund der Erreichung aller vorgesehenen Ziele beenden.

Gehen Sie zum Schluss mit Ihrem Klienten noch auf das Thema „Wohin, wenn’s schwierig wird?“ ein. Rekapitulieren Sie die Anlaufstellen, die Sie Ihrem Klienten im Laufe der Intervention vorgestellt haben und ergänzen Sie diese bei Bedarf, damit Ihr Klient sich mit einem sicheren Gefühl von Ihnen verabschieden kann.

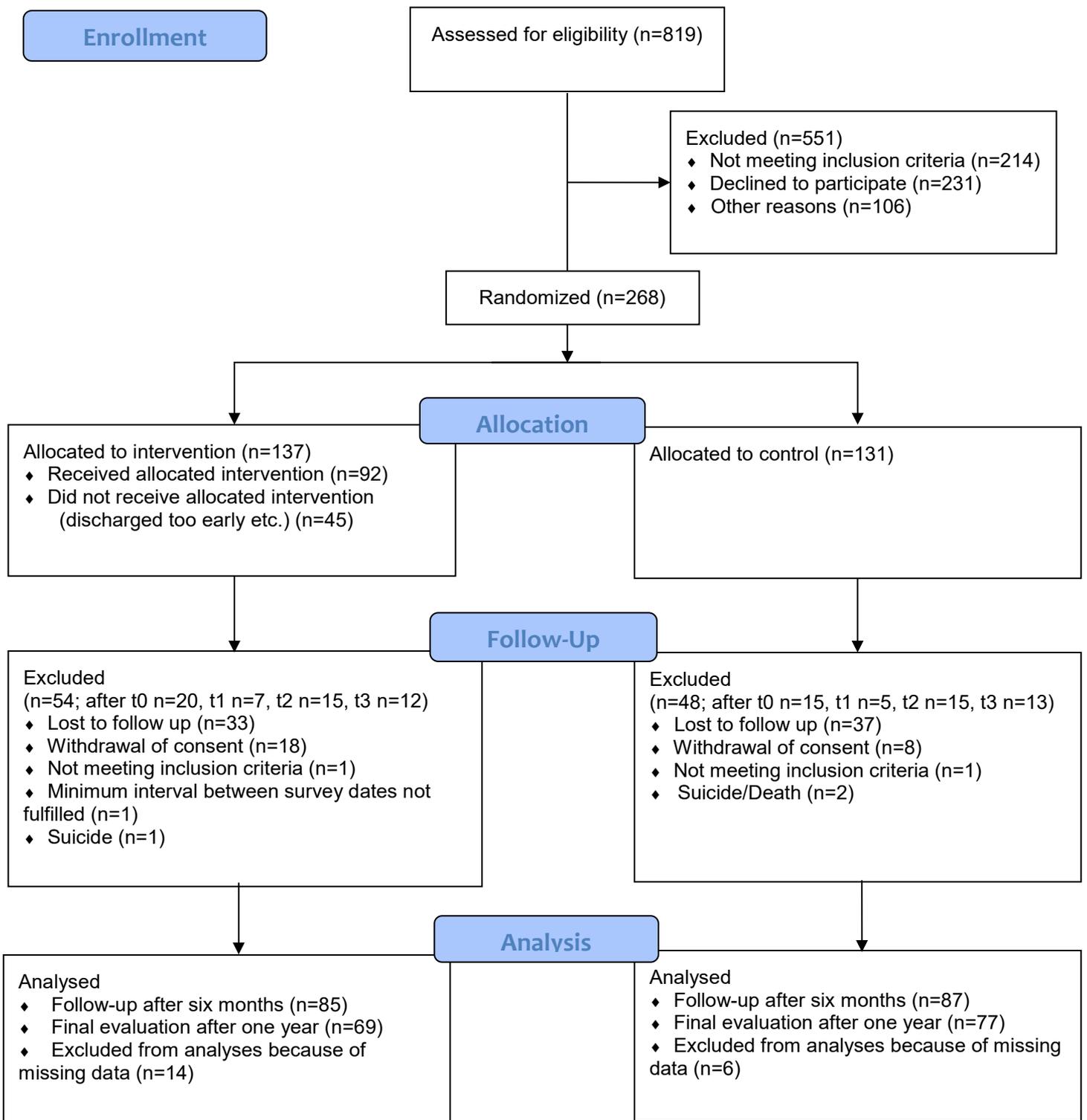


Bitte dokumentieren Sie die Ergebnisse zum Ende der Intervention im vorgesehenen Dokumentationsbogen.

Figure 1: CONSORT flow diagram



CONSORT 2010 Flow Diagram



Anlage 3: Tabelle mit Rekrutierungszahlen je Cluster

Cluster-Nr.	Anzahl rekrutierter Patienten	Interventions- bzw. Kontrollgruppe
1	10	I
2	14	I
3	8	I
4	5	K
5	15	K
6	5	I
7	11	I
8	9	I
9	9	K
10	5	K
11	9	K
12	10	I
13	9	I
14	9	K
15	11	K
16	5	I
17	9	K
18	11	K
19	15	I
20	15	I
21	10	K
22	10	K
23	10	I
24	12	I
25	8	K
26	4	I
27	10	K
28	10	K

RÜCKKEHR AN DEN ARBEITSPLATZ NACH PSYCHISCHER ERKRANKUNG

*Handlungsleitfaden
für Fachkräfte*



Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München



kbo  Isar-Amper-Klinikum
REGION MÜNCHEN

Zuverlässig an Ihrer Seite

EINLEITUNG

Psychische Erkrankungen sind immer wieder Grund für längere Fehlzeiten, häufig wird die Arbeit dabei als auslösender Faktor angesehen.

Oft wird jedoch übersehen, dass Arbeit, gerade für Betroffene mit psychischen Erkrankungen, einen wichtigen Lebensbereich darstellt, der wesentlich zur Stabilisierung und Genesung beitragen kann.

Die Einbindung in die Gesellschaft durch einen festen Arbeitsplatz hat viele positive – salutogenetische – Effekte, wie z. B.:

- Stabilisierung durch Tagesstruktur
- Regelmäßige soziale Kontakte
- Wirtschaftliche Absicherung
- Erfolgserleben u.v.m.

Diese Broschüre soll Sie in Ihrer Arbeit mit Klient*innen dabei unterstützen, die Rückkehr in die Arbeit nach längeren, durch psychische Erkrankungen bedingten, Arbeitsunfähigkeitszeiten möglichst erfolgreich zu gestalten.

Impressum

Verantwortlich: Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Herausgeber: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Ismaninger Straße 22, 81675 München
Tel: 089/4140-4201; E-Mail: j.hamann@tum.de
www.mri.tum.de/psychiatrie-und-psychotherapie

Verfasser: Adele Brucks und Prof. Dr. Johannes Hamann

Projektleitung: Prof. Dr. Johannes Hamann und Prof. Dr. Peter Brieger (kbo Isar-Amper-Klinikum
Region München)

Die RETURN-Studiengruppe bestand aus Daniela Blank, Adele Brucks, Monika Kohl, Anne Lang,
Birgit Linsel, Dr. Lina Riedl, Jeegan Thilaganathan und Marie-Sophie Welker. Konsortialpartner:
Ludwig-Maximilians-Universität München (Prof. Markus Bühner), Universität Ulm (Prof. Reinhold
Kilian), AOK Bayern.

Gestaltung und Umsetzung: ISAR 3 | Büro für Kommunikation
Lektorat: Leseleuchte | Barbara Vogel
Druck: FLYERALARM GmbH, Alfred-Nobel-Str. 18, 97080 Würzburg

Alle Rechte vorbehalten. Nachdrucke, auch auszugsweise, bedürfen der schriftlichen Einwil-
ligung des Herausgebers. Keine Haftung für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos oder
Illustrationen sowie für Fehler in Artikeln. Stand: 2022

INHALTSVERZEICHNIS

Hintergrund und Zielgruppe	06
Arbeit als salutogenetischer Faktor	08
Therapeutische Haltung und Beziehung	10
Die Rückkehr an den Arbeitsplatz als Prozess verstehen	12
Den individuellen Kontext Arbeit verstehen	14
Über sozialrechtliche Optionen informieren	16
Den „richtigen“ Zeitpunkt für die Rückkehr festlegen	18
Den „richtigen“ Umgang mit der Diagnose am Arbeitsplatz finden	20
Rückkehrgespräche vorbereiten	22
Das Hilfe-Netzwerk ausbauen	24
Schlusswort/Ausblick	26
Literaturangaben Handlungsleitfaden	27

HINTERGRUND

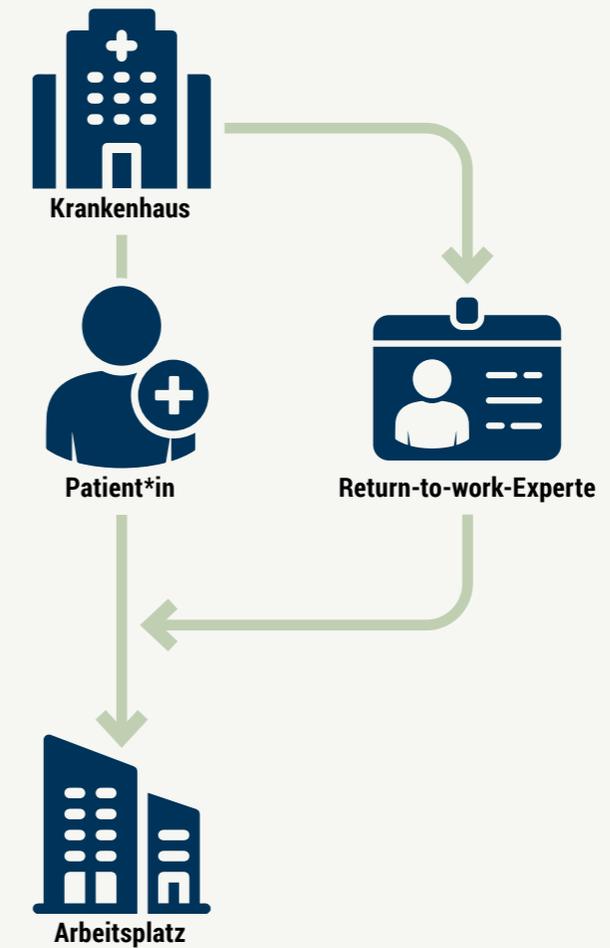
Grundlage der Broschüre sind die Erfahrungen aus der RETURN-Studie, die im Rahmen einer Förderung des Innovationsfonds des GBA durchgeführt wurde. In der RETURN-Studie wurde eine „Return-to-work“-Begleitung für stationär-psychiatrisch behandelte Patient*innen entwickelt und evaluiert. Es wurden sogenannte „RTW-Experten“ („Return-to-work-Experten“) eingesetzt, um die Patient*innen bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz zu begleiten. Es zeigte sich, dass diese Form der Unterstützung Patient*innen früher und nachhaltiger an den Arbeitsplatz zurückkommen lässt.

ZIELGRUPPE DER BROSCHÜRE

Im Rahmen der Studie wurde die RTW-Begleitung durch Sozialpädagog*innen und Psycholog*innen geleistet. Grundsätzlich ist eine RTW-Unterstützung durch alle im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie (z. B. Kliniken, SPD, Beratungseinrichtungen u.a.) tätigen Personen leistbar, weswegen sich diese Broschüre vor allem an Sozialpädagog*innen, aber auch an Pflegekräfte, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen und weitere Experten dieses Bereiches richtet.

*Sie alle können und sollten
in Ihrer jeweiligen Tätigkeit auch als
„RTW-Experten“ handeln.*

Hierzu möchte diese Broschüre eine Unterstützung im Alltag leisten.



Arbeit wurde in der RETURN-Studie als salutogenetischer Faktor betrachtet und damit als grundsätzlich stabilisierende Ressource angesehen.

Ziel der RTW-Begleitung ist der **Erhalt des Arbeitsplatzes und die gelingende Rückkehr dorthin**. Ein Verlust des Arbeitsplatzes sollte vermieden werden, da es psychisch erkrankte Menschen häufig schwer haben, einen neuen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden.

Deshalb hat es sich als sinnvoll erwiesen, den Erhalt des und die Rückkehr an den Arbeitsplatz während des ganzen therapeutischen Prozesses vermehrt in den Blick zu nehmen und bei allen therapeutischen Planungen (z. B. Medikation, Entlassungszeitpunkt, Tagesstruktur, Psychotherapie etc.) zu berücksichtigen.

FOLGENDE BEREICHE SIND DABEI VON BESONDERER BEDEUTUNG:

1. Therapeutische Haltung und Beziehung
2. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz als Prozess verstehen
3. Den Kontext Arbeit bei der einzelnen Patientin bzw. einzelnen Patienten verstehen
4. Über sozialrechtliche Rahmenbedingungen informieren
5. Den „richtigen“ Zeitpunkt für die Rückkehr erarbeiten
6. Den „richtigen“ Umgang mit der Diagnose am Arbeitsplatz finden
7. Rückkehrgespräche vorbereiten
8. Das Hilfe-Netzwerk ausbauen



Die Rückkehr an den Arbeitsplatz ist ein **Prozess**, den der Patient*in mit Unterstützung gestaltet



Dazu sind **sozialrechtliche Informationen** und die Klärung der Rahmenbedingungen nötig



Die Entscheidung über den **Zeitpunkt der Rückkehr** und den Umgang mit der Diagnose liegt bei der Patientin bzw. dem Patienten



Der **Kontakt mit dem Arbeitgeber** wird unterstützend vorbereitet und bei Bedarf begleitet



Das **nötige Netzwerk** wird so gestaltet, dass die Rückkehr und das Bestehen am Arbeitsplatz gestützt werden können

Damit die RTW-Begleitung gut gelingen kann, haben sich die folgenden therapeutischen Grundhaltungen als hilfreich erwiesen:



Arbeit als salutogenetischer Faktor:

Erwerbstätigkeit wirkt gesundheitsfördernd, während Erwerbslosigkeit die psychische Gesundheit verschlechtert. Besonders langanhaltende Arbeitsabsenzen können sich negativ auf Patient*innen auswirken. Nehmen Sie die stabilisierenden, strukturierenden, einbindenden, absichernden und aktivierenden Faktoren von Arbeit in den Blick.



Fokus auf Optionen und Möglichkeiten:

Orientieren Sie sich z. B. an dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum von A. Antonowsky und konzentrieren sich auf den gesunden bzw. fähigen Anteil der Person. Die Krankheit nimmt bereits viel Platz ein, sodass ein Blick auf die gesunde Seite ein motivierender Faktor werden kann.



Förderung von Autonomie und Selbstwirksamkeit:

Machen Sie sich bewusst, dass Ihre Rolle unterstützend, beratend, strukturierend und stärkend sein soll; die Kompetenz, „passende“ Entscheidungen für sich selbst zu treffen, liegt bei den Patient*innen. Übernehmen Sie nicht das Ruder. Ansätze wie z. B. „Motivational Interviewing“ und „Shared Decision Making“ können einen guten Rahmen dafür geben.



Vermitteln von Klarheit durch Struktur:

Arbeiten Sie nach den Prinzipien des Case-Managements, um den Rückkehrprozess strukturiert zu begleiten.

STRUKTUR VON CASE-MANAGEMENT



Erstkontakt (Intakte)

- Beziehungsaufbau
- Situationsanalyse
- Auftragsklärung

Hier können Ansätze des MI¹ hilfreich sein:

- aktives Zuhören
- Was spricht für, was gegen eine Rückkehr?
- Argumente für eine (ggf. vorübergehende) Rückkehr verstärken

Hier können Ansätze des SDM² hilfreich sein:

- verschiedene Optionen erarbeiten (z. B. stufenweise Rückkehr vs. direkte Rückkehr, Diagnose in der Arbeit mitteilen vs. nicht)
- Vor- und Nachteile der Optionen gegeneinander abwägen
- Persönliche Präferenzen klären



Gemeinsame Analyse (Assessment)

- Erarbeiten von Perspektiven
- Stärken- und Ressourcensuche
- Entwicklungsfelder benennen



Unterstützungs- bedarf erkennen

- Was sind die kritischen Punkte?
- Wer kann unterstützen?
- Skizzierung des gewünschten Rückkehrprozesses



Konkretisierung

- Termine mit allen Schnittstellen vereinbaren
- Administration steuern (z. B. AU, Klinikbescheinigung ...)



Test- und Justierungs- phase

- Was läuft gut?
- Was sollte angepasst werden?
- Welche Hilfemaßnahmen müssen besser verknüpft werden?



Evaluation und Abschluss

- Erfolgskontrolle
- Reflexionsprozess
- Abschied



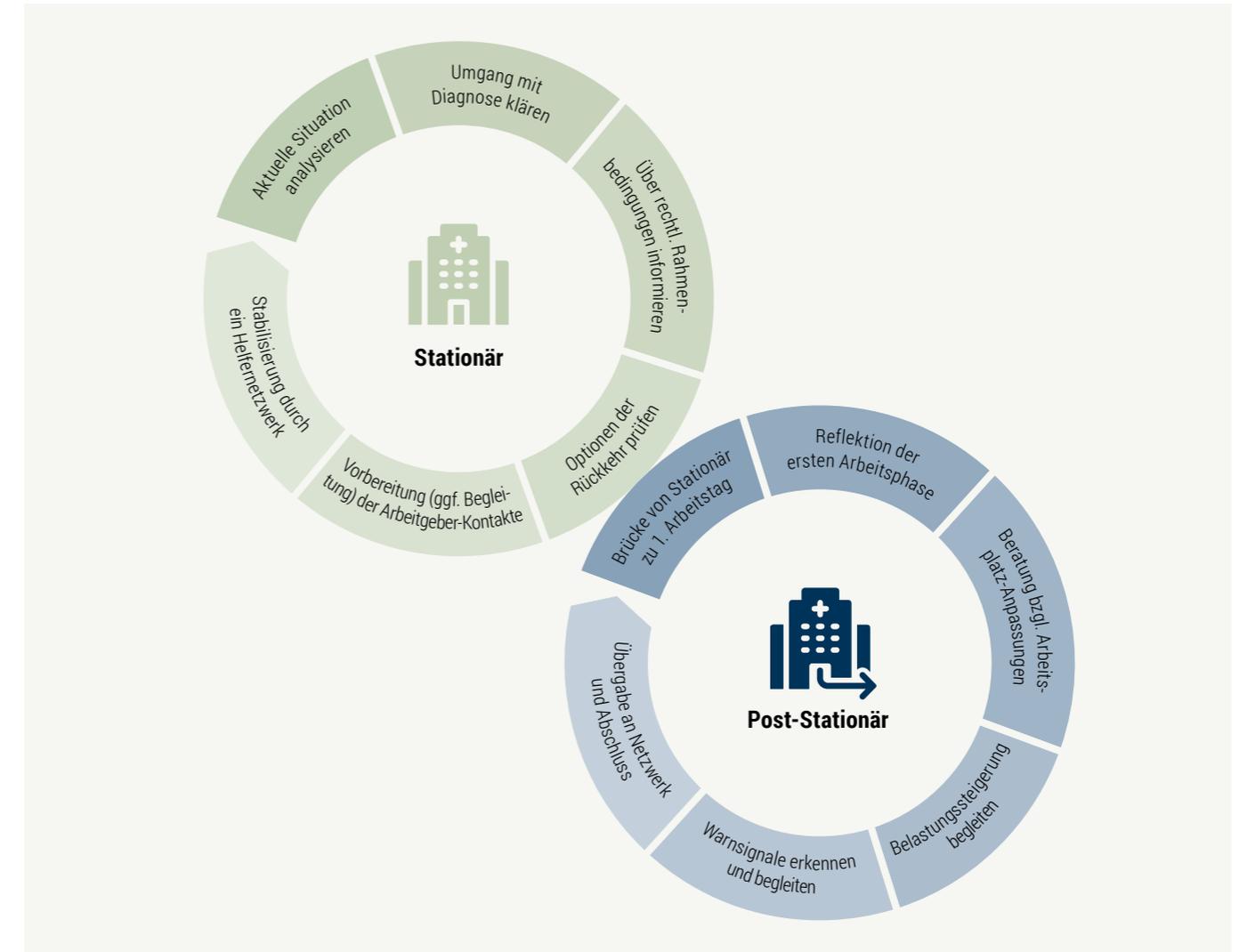
¹MI = Motivational Interviewing: ein vor allem in der Suchttherapie etablierter Ansatz intrinsische Motivation und Veränderungsbereitschaft zu wecken bzw. zu verstärken (siehe auch Literaturverzeichnis). ²SDM = shared decision making: ein Modell der medizinischen Entscheidungsfindung, in dem idealerweise Patient*innen und Therapeut*innen gemeinsam zu therapeutischen Entscheidungen kommen (siehe auch Literaturverzeichnis).

Entscheidend ist, die Rückkehr an den Arbeitsplatz als längeren Prozess zu verstehen, der vom letzten Tag vor der Arbeitsunfähigkeit bis weit nach dem ersten Arbeitstag nach der Arbeitsunfähigkeit (AU) reicht.

Dieser Prozess kann in eine stationäre und eine post-stationäre Phase unterteilt werden. Die Phasen können sich selbstverständlich durch Rückfälle oder erneute Krankheitsphasen wiederholen und stellen keinen linearen Prozess dar.

Sie als RTW-Experte behalten den roten Faden und bieten Führung an, wenn diese gewünscht wird. Stehen Sie der/dem Patient*in geduldig und konstant zur Seite. Es ist kein Versagen, wenn bestimmte Schritte wiederholt werden.

Wesentlich ist, die Klient*innen über die verschiedenen Schnittstellen (Klinik/Ambulanz, AU/Arbeit etc.) gut zu begleiten, bzw. die Settingwechsel gut zu planen. Dies setzt allerdings auch eine breite Vernetzung voraus, die bereits während des stationären Aufenthaltes vorbereitet werden sollte.



Das Verständnis des Arbeitskontexts der/des einzelnen Patient*in ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Rückkehrbegleitung. Bevor Sie mit der Klärung der wichtigsten inhaltlichen Fragen beginnen (siehe Seite 15) sollten die folgenden Punkte geklärt werden:



Klären Sie mit der/dem Patient*in **Ihre Rolle im Rückkehrprozess** (mit welcher Unterstützung kann gerechnet werden, was fällt nicht in Ihren Bereich; bis wann können Sie begleiten, wann muss anderweitig übernommen werden etc.).



Klären Sie mit der/dem Patient*in, dass die **Entscheidungen nur von diesen selbst getroffen** und Maßnahmen nur auf die Veranlassung des/der Patient*in hin beschlossen werden.



Erläutern Sie **mögliche Datenschutzregeln**, wenn Sie z. B. den Auftrag erhalten, sich mit dem Arbeitgeber in Verbindung zu setzen.



Erfragen Sie, **welche Motivation** der/die Patient*in hat, an den Arbeitsplatz zurückzukehren und was sie/er dafür braucht, um diese Motivation zu festigen bzw. auszubauen.



GANZHEITLICHE SYSTEMISCHE ANALYSE DER ARBEITSSITUATION SOWIE UMFELD- UND FAMILIÄRE FAKTOREN – U. A. ZU KLÄRENDE FRAGEN:

- Liegt eine lückenlose Krankschreibung vor?
- Sind alle erforderlichen Schnittstellen über die AU informiert?
 - Sozialversicherungen (KV, RV ...)
 - Arbeitgeber (Führungskraft, Personalabteilung, Kolleg*innen, Betriebsärztin/-arzt, Betriebsrat, Betriebliches Gesundheitsmanagement ...)
 - Hausärztin/Hausarzt
 - Sonstige Beratungsstellen oder Therapeut*innen
- Wurden bereits weitere Anträge gestellt, wie z. B. Antrag auf Schwerbehinderung ...?
- Welche Formen der Unterstützung sind vor dem Klinikaufenthalt bereits initiiert worden?
- Welche Vorerfahrungen haben der/die Patient*in bzw. der Betrieb mit früheren Krankheitsphasen (gab es z. B. bereits früher Wiedereingliederungen)?
- Welche Tätigkeiten oder Rahmenbedingungen können nicht mehr geleistet werden (z. B. Nachtschichten, Arbeiten an bestimmten Maschinen...)?



Alle Patient*innen sollten ein Grundwissen über die zur Verfügung stehenden sozialrechtlichen Unterstützungsmaßnahmen erhalten. Im Rahmen von RETURN hat sich gezeigt, dass dabei vor allem die Vermittlung folgender vier Themen wichtig ist:



Stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell



Teilberentung



BEM (Betriebliches Eingliederungsmanagement)



Schwerbehindertenstatus

Dabei ist auch zu berücksichtigen, welche Erfahrungen mit den jeweiligen Unterstützungsmaßnahmen bereits gemacht wurden. An diesem Punkt können schon viele Ängste und Sorgen bearbeitet werden.

WICHTIGE INFORMATIONEN IN KÜRZE



STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG NACH DEM HAMBURGER MODELL:

- Die Rückkehr in die Arbeit erfolgt schrittweise, beginnend mit reduzierter Stundenanzahl.
- Die passende Stundenanzahl für den Beginn, die Steigerung der Stundenanzahl und die Dauer der jeweiligen Abschnitte werden individuell durch die behandelnden Ärzt*innen festgelegt (Formular ist zwingend für die GKV erforderlich).
- Während der Eingliederung ist die/der Patient*in weiterhin krankgeschrieben (der Arbeitgeber zahlt während der Wiedereingliederung kein Gehalt, der Arbeitnehmer erhält Krankengeld).
- Die Krankenkasse und der Arbeitgeber müssen der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmen.
- Während der stufenweisen Wiedereingliederung darf kein Urlaub eingereicht werden.



BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGS-MANAGEMENT (BEM):

- Das BEM soll Arbeitnehmern mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten eine möglichst frühzeitige Rückkehr in ihren Betrieb ermöglichen.
- Jeder Arbeitgeber ist gesetzlich verpflichtet, BEM anzubieten.
- Im Rahmen von BEM sollen Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit identifiziert und Lösungsansätze erarbeitet werden.
- Der BEM-Prozess beruht auf Freiwilligkeit aller Beteiligten, vor allem aber der des betroffenen Mitarbeiters.
- Je nach Betrieb können verschiedene Maßnahmen beschlossen werden:
 - Arbeitssicherheitsmaßnahmen: Arbeitsplatzbegehung, um mögliche Gefahren zu beseitigen.
 - Gesundheitsfördernde Maßnahmen des Betriebes – z. B. Kurse zur Entspannung oder Kompetenzerweiterungen.
 - Unterstützung durch Betriebsärztin/-arzt, Fachkraft Arbeitssicherheit u.v.m.

*Grundsätzlich
sollte gelten:
„Rückkehr so früh
wie möglich!“*

Nicht in jedem Fall muss vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz eine „vollständige Genesung“ eingetreten sein. Internationale Studien zum Thema „Supported Employment“ weisen vielmehr darauf hin, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz auch trotz Symptomen gelingen kann, wenn die Betroffenen gut unterstützt werden.

Erarbeiten Sie dafür mit der/dem Patient*in einen Plan, was sie/er noch braucht, um künftig den Arbeitsalltag gut zu bewältigen und wie z. B. der Arbeitgeber vorab unterstützend dazu beitragen könnte.



**WICHTIGE FRAGEN, WENN ES DARUM GEHT,
DEN ZEITPUNKT DER RÜCKKEHR FESTZULEGEN:**

- Welche Informationen und Absprachen müssen vorab mit dem Arbeitgeber ausgetauscht und getroffen werden? (siehe Seite 22)
- Ist bereits klar, welche Informationen an welche Personen (Kolleg*innen, Vorgesetzte) über die Krankheit weitergegeben werden? (siehe auch Seite 20)
- Gibt es besonders günstige oder ungünstige Zeitpunkte, an den Arbeitsplatz zurückzukehren (z. B. vor oder nach arbeitsintensiven Phasen wie Monatsabschlüssen ...)?
- Was braucht die/der Patient*in, um auch außerhalb der Arbeit stabil zu bleiben (siehe Seiten 24, 25)?

Für viele Patient*innen stellt sich vor der Rückkehr die Frage, wie offen sie am Arbeitsplatz über ihre Erkrankung sprechen sollen.

Auf diese Frage gibt es leider keine einheitliche Antwort. Es ist vielmehr wichtig, dass jede Patientin, jeder Patient hier zu einer individuellen, möglichst passenden Entscheidung kommt.

Unterstützen Sie die Patient*innen dabei, indem Sie gemeinsam Vor- und Nachteile des Offenlegens der Diagnose am Arbeitsplatz abwägen und dabei alle wichtigen Kontext- und Umgebungsfaktoren (u. a. vorhandene Vertrauensbasis zu Vorgesetzten/ Kolleg*innen, Probezeit, eigener Umgang der Patient*in mit der Erkrankung etc.) einbeziehen.

Denken Sie hierbei nicht nur an Offenlegung vs. Nicht-Offenlegung, sondern berücksichtigen Sie auch die möglichen Optionen dazwischen (z. B. nur den Vorgesetzten zu informieren, eine alternative Erklärung zu entwickeln etc.)

Die RETURN-Studie zeigte, dass die Belastung der Patient*innen durch diese Thematik bei Klinikentlassung deutlich ansteigt. Achten Sie darauf, die/den Patient*in besonders in dieser Phase in deren/dessen Entscheidungen zu unterstützen.



MÖGLICHE VOR- UND NACHTEILE DER OFFENLEGUNG DER DIAGNOSE:



- Unterstützung durch Vorgesetzte oder Kollegen
- Rücksicht/Verständnis
- Anpassung von Arbeitsbedingungen möglich
- Offene Kommunikation bei Problemen



- Unverständnis
- Vorurteile/Stigmatisierung
- Verschlechterung der Arbeitssituation
- „Übergreifigkeit“
- „Was einmal gesagt ist, kann nicht mehr zurückgenommen werden“

Die sogenannten Rückkehrgespräche (mit Vorgesetzten) sind wichtige Termine, an denen der Einstieg in die Arbeit konkret geplant wird und mögliche Anpassungen des Arbeitsplatzes diskutiert werden können.

Entsprechend sollten diese Gespräche mit den Patient*innen gut vorbereitet werden. Auch eine Begleitung zum Rückkehrgespräch kann in einigen Fällen hilfreich sein, ist aber nicht immer notwendig oder gewünscht. Die gemeinsame Vorbereitung von Rückkehrgesprächen sollte folgende Punkte beinhalten:

- Wie ist der Rahmen des Rückkehrgesprächs?
 - Offizielles Rückkehrgespräch, z. B. im Rahmen von BEM
 - Vertrauensvolles Gespräch mit der Führungskraft
 - Erstes Aufeinandertreffen mit Kolleg*innen
- Wer nimmt an dem Rückkehrgespräch teil und in welcher Rolle?
 - Vorgesetzte/Teamleitende
 - Personalrat/Betriebsrat, Betriebsärztin/-arzt, BEM-Beauftragter
 - Kolleg*innen
- Was ist das Ziel des Gesprächs?
 - Arbeitsplatzanpassung (Zeit, Vertrag, Einsatzort)
 - Rückfallprävention
 - Organisatorisches (z. B. Urlaubsansprüche)
- Welche konkreten Schritte sollten vereinbart und geplant werden?
 - Wie erfolgt der Prozess zur Wiedereingliederung?
 - Wer begleitet und unterstützt auf dem Weg?
 - Welche Maßnahmen (z. B. Arbeitsplatzanpassung) werden ergriffen?

VERSCHIEDENE ARTEN VON RÜCKKEHRGESPRÄCHEN:

Offiziell

In einem Konferenzraum mit allen Beteiligten (Betriebsrat, BEM-Beauftragte, Betriebsärztin/-arzt, Führungskraft ...)

Persönlich

z. B. in der Küche eines Familienunternehmens mit den Inhabern/Familie

Informell

Am Arbeitsplatz mit den Personen vor Ort (Kolleg*innen, Teamleiter, Führungskraft ...)

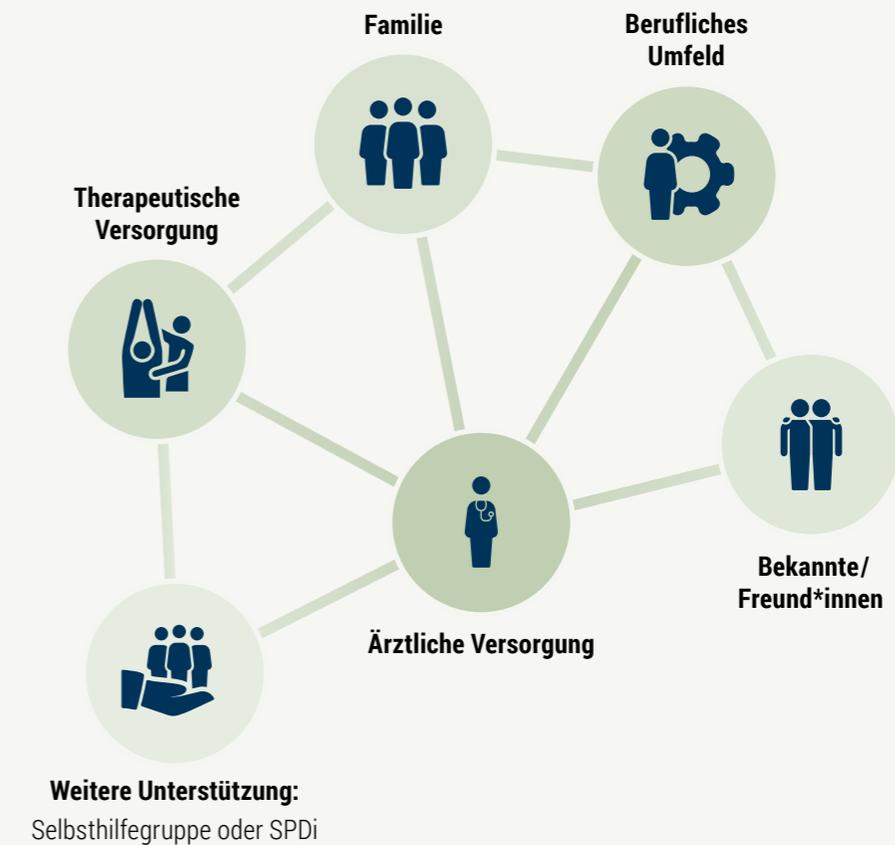
Für den gesamten Rückkehrprozess ist ein unterstützendes Netzwerk für die/den Patient*in von großer Bedeutung.

Besonders zum Zeitpunkt der Entlassung entstehen in manchen Fällen Versorgungslücken (z. B. die Wartezeit für Therapieplätze). In diesen Fällen ist es notwendig, gemeinsam mit dem/der Patient*in mögliche Hilfestellungen rechtzeitig vorab zu organisieren, z. B.:



- in der Familie
- bei Bekannten/Freund*innen
- im beruflichen Umfeld
- im klinischen Umfeld (ggf. Tagklinische Versorgung)
- im ambulanten Umfeld (SPDi, Hausärztin/-arzt ...)
- Selbsthilfegruppe
- Beratungsstellen oder fachliche Begleitungsdienste, z. B. über die Caritas
- Berater*innen des Arbeitsamtes

ERSTELLEN SIE EINE HELPER-LANDKARTE:



SCHLUSSWORT / AUSBLICK

In der RETURN-Studie haben wir gute Erfahrungen mit dem in dieser Broschüre vorgestellten Vorgehen gemacht. Die Patientinnen und Patienten waren dankbar für die strukturierte Unterstützung, die Arbeitgeber in der Regel sehr supportiv und dankbar für die konkrete Unterstützung bei der Wiedereingliederung.

Im Unterschied zur Studie ist in der aktuellen Versorgungsrealität ein sektorübergreifendes Arbeiten oft nicht möglich. Für die Implementierung unserer Erfahrungen ist es deshalb entscheidend, die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Unterstützung gut zu überbrücken. In der Regel betrifft dies die Übergabe zwischen dem Krankenhaussozialdienst und den Kolleg*innen der Ambulanz oder dem SPDi.

Schlussendlich möchten wir Sie mit dieser Broschüre ermuntern – in Absprache mit den Patient*innen – auf Arbeitgeber optimistisch zuzugehen und den Prozess der Rückkehrbegleitung mutig zu initiieren und zu orchestrieren: Ein besonderes Aha-Erlebnis der Studie war, dass die meisten Arbeitgeber unsere Unterstützung schätzten und im Sinne der Patient*innen wohlwollend und interessiert mitgearbeitet haben!

LITERATURANGABEN HANDLUNGSLEITFADEN

RETURN-Studie:

Brucks A, Blank D, Kohl M, Riedl L, Lang A, Brieger P, Hamann J. Entwicklung einer Intervention zur Unterstützung von stationär-psychiatrisch behandelten Patienten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz im Rahmen der RETURN-Studie Gesundheitswesen. 2021 Dec 17. German. doi: 10.1055/a-1690-7136.

Riedl L, Blank D, Kohl M, Lang A, Kehl V, Brieger P, Hamann J. Return-to-work-experts for inpatient treatment of patients with mental illnesses- a proof-of-concept-study (RETURN): the study protocol. BMC Psychiatry. 2020 Apr 19;20(1):177. doi: 10.1186/s12888-020-02504-4.

Positive Faktoren der Arbeit:

Eklund L, Gunnarsson AB, Jansson JÅ, Pooremamali P, Eklund M. A cross-sectional study addressing the importance of work and other everyday activities for well-being among people with mental illness: does additional vulnerability matter? BMC Psychiatry. 2021 Jul 31;21(1):383. doi: 10.1186/s12888-021-03388-8.

Salutogenese (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum):

Meier Magistretti C (Hrsg.), Lindström B, Eriksson M. Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung. Hogrefe Verlag, Bern 2019.

Gesundheitssystem und Arbeit:

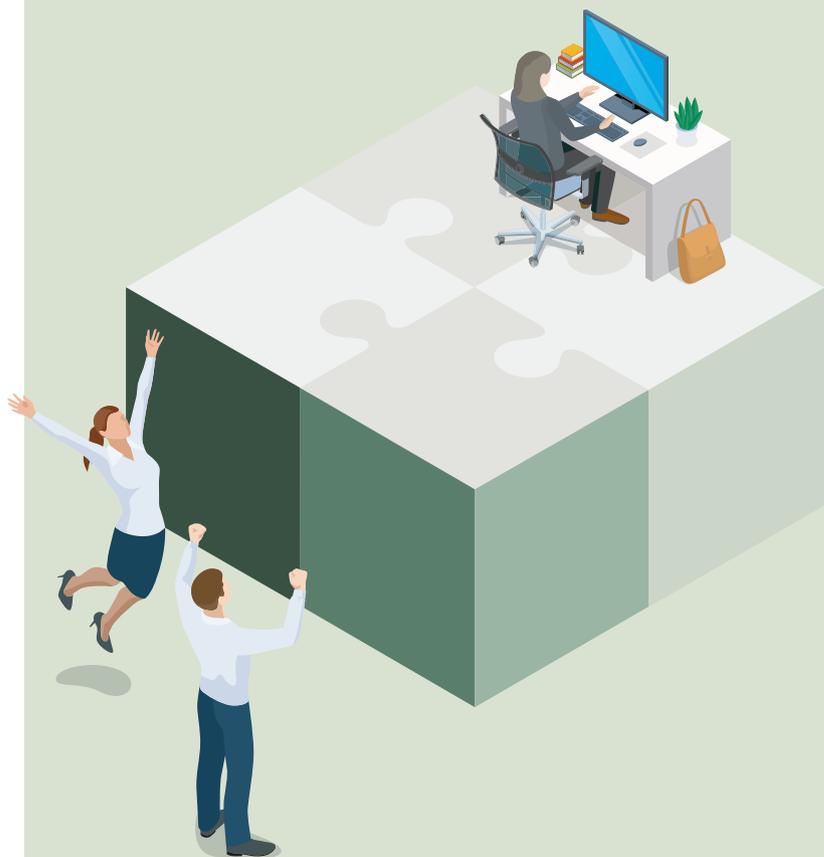
Brieger P, Hoffmann H. Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit? „Supported employment“ vs. „pre-vocational training“. Nervenarzt 2012. 83:840-846. DOI 10.1007/s00115-011-3470-9. Online publiziert: 24. Juni 2012. Springer-Verlag 2012.

Motivational Interviewing:

Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing. William R. Miller & Stephen Rollnick. Lambertus Verlag, Freiburg 2015.

Shared Decision Making:

Shared Decision Making in Health Care: Achieving Evidence-Based Patient Choice. on Glyn Elwyn, Adrian Edwards & Rachel Thompson (Hrsg.). Oxford University Press, Oxford 2016.



Gefördert durch:



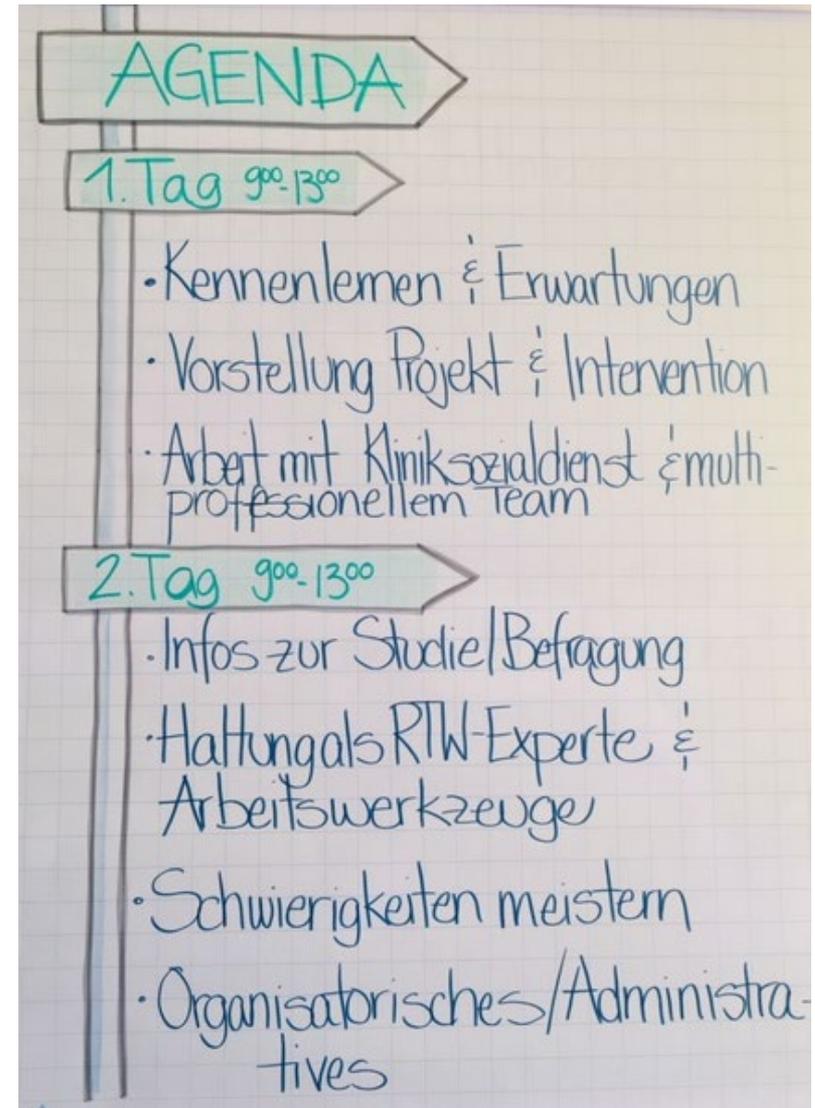
Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

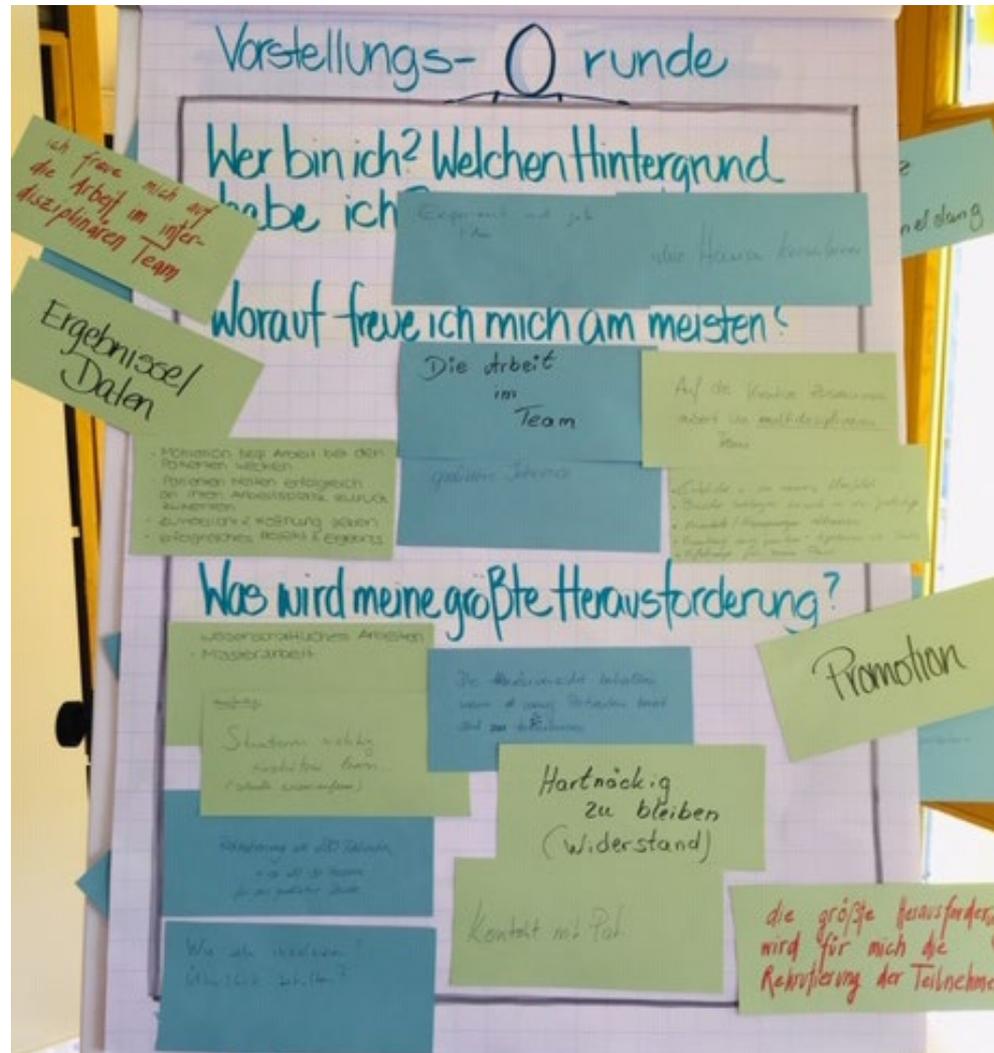
Anlage 5: Return-to-Work-Experten in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen eine Proof-of-Concept-Studie (RETURN) (Schulungsprogramm für RTW-Experten)

Return-to-Work-Experten in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen

eine Proof-of-Concept-Studie (RETURN)

Kick-Off Return-to-Work 14.-15.02.19





Relevanz des Themas

- Arbeitsunfähigkeiten und Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind in den letzten Jahren deutlich angestiegen
- Komplexe Thematik (u.a.)
 - Arbeitsbedingungen
 - Persönlichkeit der Arbeitnehmer
 - Einschränkungen durch psychische Erkrankungen
 - Stigmatisierung
 - Fürsorgepflicht der Unternehmen
- Heterogene Stichprobe
 - Belastete Arbeitnehmer, Rehabilitanden, Patienten in psychiatrischen Kliniken etc.

Vorbefunde/Ausgangslage

- Patienten in psychiatrischen Akutkliniken („schwere psychische Erkrankungen“):
 - Schwer erreichbar bzw. häufig bedroht
 - Nur noch 20% der Patienten haben ein festes Arbeitsverhältnis
 - Nach einem stationären Aufenthalt verlieren bis zu 30% ihren Arbeitsplatz
 - Umsetzung von Unterstützungsangeboten (BEM, Wiedereingliederung etc.) eher Ausnahme, als Regel
 - Arbeit als Ressource

Hypothese

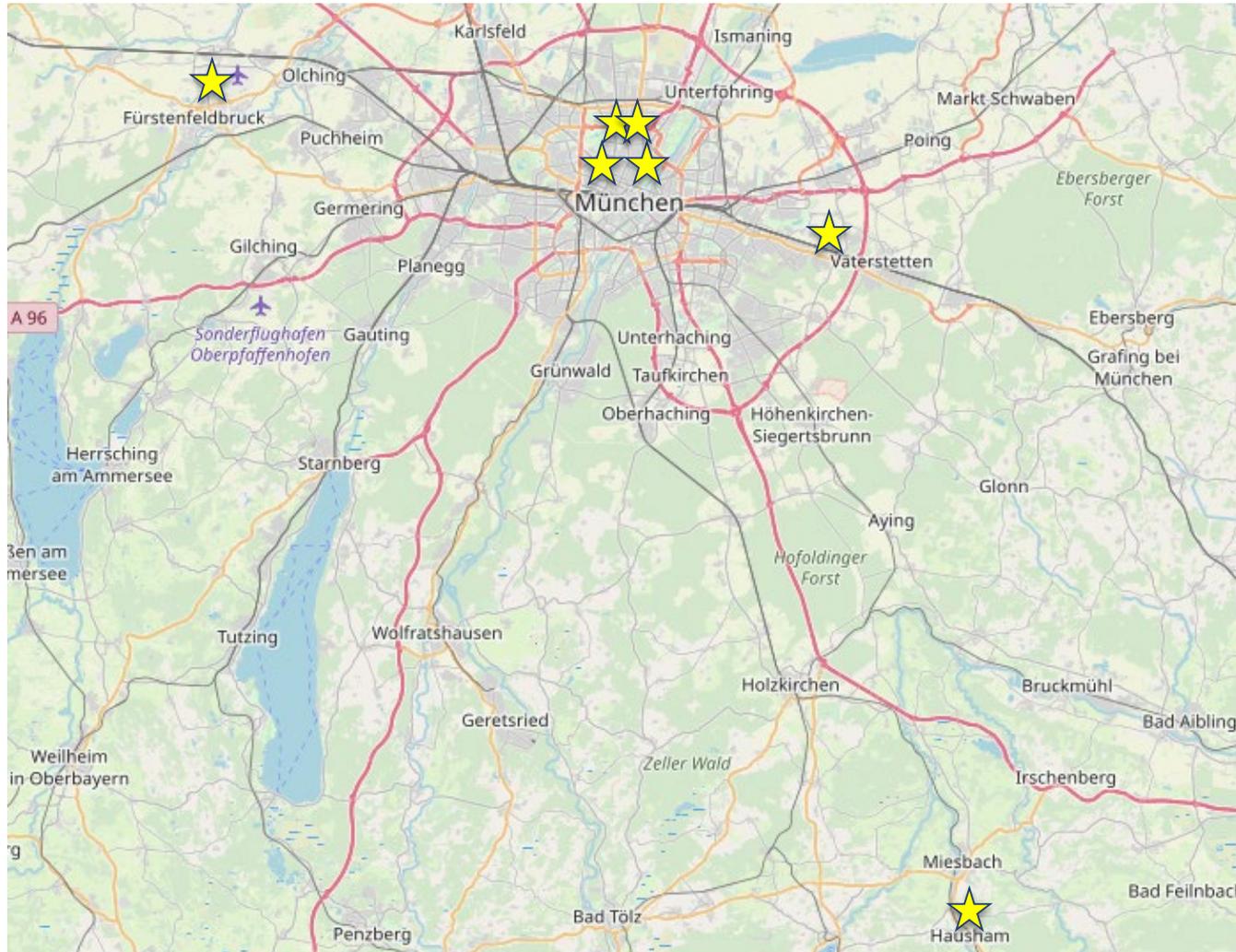
Die Etablierung von Return-to-Work-Experten (RTW-Experten) für stationär-behandelte Patienten mit psychischen Erkrankungen führt zu

- einer Fokussierung auf arbeitsplatzbezogene Bedürfnisse dieser Patienten,
- einer besseren Nutzung vorhandener Ressourcen im Rahmen eines arbeitsbezogenen Entlassmanagements und damit
- zu einer erfolgreicherer Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Projekt „RETURN“ im Rahmen des Innovationsfonds

- Intervention: Einsatz von Return-to-Work-Experten
- Frage: Verbessert diese Intervention *die Rückkehr* stationär psychiatrischer Patienten an ihren bestehenden Arbeitsplatz?
- **Rahmenbedingungen:**
 - Projektdauer: 36 Monate
 - Zielgruppe: N=200 Patienten in psychiatr. Akutkliniken, die ein festes Arbeitsverhältnis haben
 - Cluster-RCT
 - Outcome-Maße: AU Tage 12 Monate nach Entlassung + XX
 - Intervention: RTW-Experten

Beteiligte Kliniken



Beteiligte Kliniken II



Überblick der Intervention



Überblick der Intervention – Stationäre Termine

1. Termin: Intake, Assessment				
Kontakt herstellen	Erläuterung der Dienstleistung	Assessment	Vereinbarung nächster Schritte	Reflexion des Gesprächs

2.-4. Termin RTW-Coaching		
Erfahrungs-/Wissensabgleich & rechtliche Rahmenbedingungen	Rückkehrgespräch mit Kollegen & Vorgesetzten	Ausblick & weitere Begleitung

5. Termin Entlassgespräch	
Reflexion der erreichten Ziele während des Klinikaufenthalts	Vorbereitung der poststationären Begleitung

Überblick der Intervention – Poststationäre Termine

1. Termin: Erster Arbeitstag				
Wie war der erste Arbeitstag?	Fanden Gespräche statt?	Gibt es Probleme?	Arbeitsplatzanpassungen	Besondere Vorkommnisse

2. Status Quo Check			
Status Quo Wiedereingliederung	Weitere Anpassungen notwendig?	Entwicklungen am Arbeitsplatz	Gibt es Probleme?

3. Termin Abschluss der Intervention		
Reflexion der Zusammenarbeit	Zielerreichung	Weiterführende Unterstützung

Wichtig zu beachten

- Dokumentationsbuch: wichtig für die Studie und für die Arbeit mit den Klienten
- Schweigepflichtsentbindung
- Alle Maßnahmen erfolgen nur in Absprache mit dem Klienten

Zusammenarbeit mit Klinik-Sozialdienst

"Wie kann der RTW-Experte konstruktiv mit dem Kliniksozialdienst zusammenarbeiten?"

- Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragen
- Persönlichen Kontakt mit SD herzustellen
- Klare Absprachen RTW-Exp / SD
- Zuständigkeiten klären
- Intervention beim SD vorstellen
- Informationsaustausch / Weitergabe
- Dokumentation RTW-Exp.
 - ↳ individuelle Vereinbarung mit SD
 - ↳ enger Kontakt (RTW-Exp + SD) sinnvoll.
- 1. Gespräch (Assessment) als "Tandem" wünschenswert
- zeitlichen Vorlauf für Terminabsprachen mit SD einplanen

Zusammenarbeit mit multi-professionellem Team

"Wie kann der RTW-Experte konstruktiv mit dem MPT zusammenarbeiten?"

- nach Möglichkeit Teilnahme an Visite
- Kontakt zum/ (Ober-)Arzt/Ärztin herstellen
- Anfangs Vorstellung bei Stationsleitung
- bei jedem Besuch im Stationszimmer anmelden / Information zum/ Patient/Ärztin/Ärztinnen abfragen
- Terminvereinbarung mit Patientin (schriftlich) im Stützpunkt / Stationszimmer und bei SD abgeben
- Stationsabläufe berücksichtigen (u.a. Oberarztvisiten, Pflegeübergabe)

Agenda

- Deklaration von Helsinki und ICH GCP („Studiensprech“)
- Rekrutierung
- Informationsweitergabe
- Datenschutz
- Datenerhebung
- Messzeitpunkte

Deklaration von Helsinki und ICH-GCP

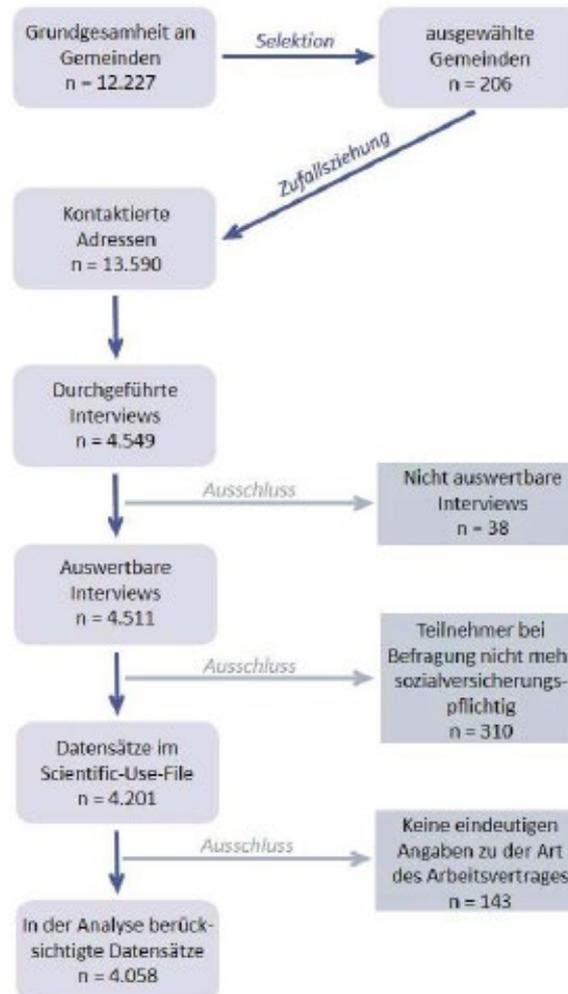


- ICH-E6 (R2) – Guideline for good clinical practice E6 (R2)
- EU-Verordnung 536/2014
- 4. AMG-Änderungsgesetz

Rekrutierung



Screening Log für Flow chart



Einwilligung in Studienteilnahme



Patienteneinverständniserklärung

zur Studie „Return“

Ich, _____
(Vorname und Name des Patienten; bitte vom Patienten selbst einzutragen)
wurde zur Studie „Return“ ausführlich aufgeklärt und konnte mir alle noch
offenen Fragen beantworten lassen. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder
gegen die Teilnahme an dem Projekt zu entscheiden. Eine Kopie der
Patienteninformation und Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Darüber hinaus habe ich folgende Informationen zur Kenntnis genommen:

Im Rahmen der Studie werden meine im Fragebogen gemachten
Angaben und Informationen zu meiner Erkrankung anonym
aufgezeichnet, wissenschaftlich ausgewertet und den gesetzlichen
Bestimmungen entsprechend archiviert. Dabei werden strenge
Vertraulichkeit gewahrt und die Grundsätze des Datenschutzes beachtet.
Meine Teilnahme an der Studie ist völlig freiwillig. Ich kann meine
Einwilligung jedoch jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen,
ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere Behandlung entstehen.
Mein Arzt, _____, der die Therapie ambulant weiterführt,
wird gebeten, Informationen über meine Diagnose, die Krankheitsdauer,
die Krankheitsschwere und seine Einschätzung der Beteiligung an
Entscheidungen zu geben.

Hiermit gebe ich mein schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der
Studie.

Kontakt:

(Datum, Unterschrift Patient)

Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass meine Krankenkasse
(Krankenkassen
Versicherungsnummer _____ und Versichertennummer
_____) Angaben zu den an sie übermittelten
Arbeitsunfähigkeitstagen an das Forschungsprojekt Return weitergibt.

(Datum, Unterschrift Patient)

Interventions- und Kontrollgruppe

Ablauf der Studie



Datenerhebung und Messzeitpunkte

	Dauer min:ss	T0 (Anzahl Fragen)	T1	T2 (3 Monate)	T3 (6 Monate)	T4 (12 Monate)
Patient						
Allgemeine Angaben, weitere (nicht arbeitsplatzbezogene) Wirkfaktoren	2:35	x (1-9)	x (1)		x (1)	x (1)
Angaben zu Schul- und Berufsausbildung		x (2)				
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	3:15	x (9)		x (1)		
Angaben zu Betriebs-, Unternehmensgröße (Branche)	10:00	x (1)				
Angaben zu Betriebs-, Unternehmensgröße (Größe)		x (2)				
Angaben zur Motivation		x (1)	x (1)	x (1)	x (1)	x (max 5)
Angaben zu Angst/Zuversicht		x (7)	x (6)			
Angaben zu AU-Tagen		x (2)				
COPSOQ	25:40	x (18)			x (18)	
Ergänzende Angaben zu COPSOQ	0:25	x (1)			x (18)	
Self-stigma of mental illness scale short form - self-concurrence	14:50	x (5)	x (5)		x (5)	
Einschätzung von Stigma als Stressor		x (8)	x (8)		x (8)	
Fragen zur Entscheidung über die Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz		x (max 8)	x (max 8)		x (max 8)	
Einstellungen zur Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz (disclosure)		x (2)	x (2)		x (2)	
Stage of Decision Making		x (1)	x (1)		x (1)	
Fragebogen zu Entscheidungskonflikten		x (18)	x (18)		x (18)	
Kognitives Leistungsniveau	1:45	x (6)	abhängig		abhängig	
CSSRI	9:00	x (18)			x (18)	x (18)
Vorbereitung der Rückkehr durch Klinik			x (1)			
Vorbereitung der Rückkehr durch Betrieb			x (4)			
Netzwerk			x (3)		x (1)	x (1)
Bewertung der geplanten Maßnahmen			x (3)		x (15/4)	
EuroQoL - Gesundheitsbarometer	1:45		x (1)		x (1)	
EuroQoL		x (6)			x (6)	x (6)
Selbstwirksamkeitserwartung (RTW-SE)			x (11)			
Resilienz (Rosendahl et al.)			x (13)			x (13)
Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)	2:15		x (9)			
Tage in Arbeit				x (3)	x (4)	x (4)
Inhalt der umgesetzten Maßnahmen - Betrieb					x (max 8)	x (2)
Bewertung Unterstützung Betrieb					x (1)	
Fragen zur Diskriminierung am Arbeitsplatz					x (4)	
Coping Copingstrategien					x (16)	
Arzt						
CGI		x			x	
GAF		x			x	

Angaben zum Patienten
 Angaben zum Arbeitsplatz
 Angaben zur psychischen Belastung am Arbeitsplatz
 Angaben zu

- Selbststigmatisierung,
- Offenlegung der psychischen Erkrankung und
- diesbezüglichen Entscheidungskonflikten

Angaben zu Krankheit und Krankheitsschwere
 Angaben zu Rückkehr an den Arbeitsplatz



TAGE in ARBEIT KRANKHEITSTAGE

Wie kommt der RTW-Experte an die Information?

Übergabebogen
 Patienteninformationen für den RTW Experten

Datum Studieneinschluss	
Pat. Name	
Pat. ID	
Klinik/Station	
Diagnose?	
CGI (als Einschätzung für RTW wie fit Pat. ist)? Diagnose auch?	
Angaben zu Schwerbehinderung (Ausweis vorhanden/Grad der Behinderung/ Antrag gestellt)	

Aktuelle berufliche Tätigkeit	
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis (Vollzeit/Teilzeit; befristet/unbefristet; Probezeit)	

Rückkehr Motivation/Wunsch an Arbeitsplatz zurückzukehren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angst in Bezug auf Rückkehr an Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Druck schnell an den Arbeitsplatz zurückzukehren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auf Einkommen angewiesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erfahrung mit Wiedereingliederung/Rückkehr an Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Einfluss des Arbeitsverhältnisses auf aktuelle Erkrankung									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Schweigepflichtsentbindung

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich, _____

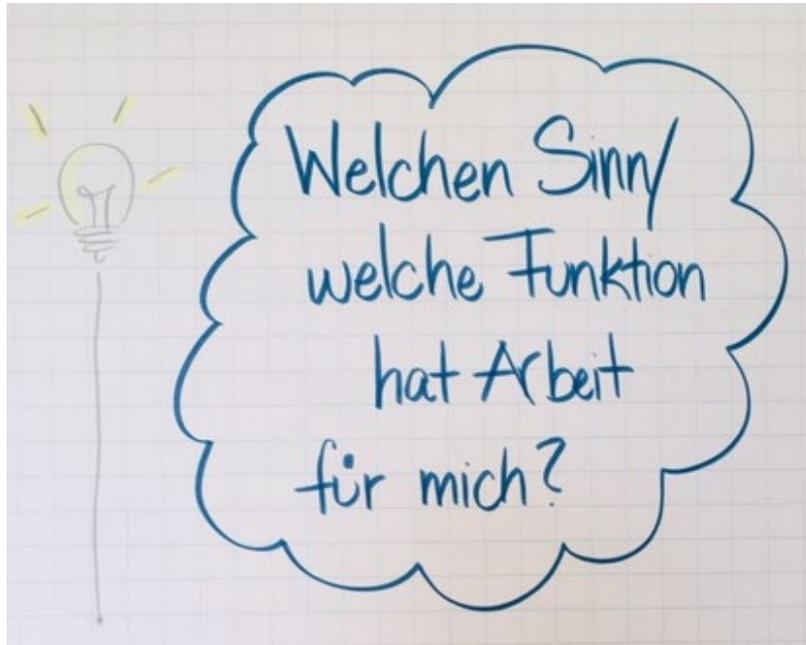
geboren am _____

Frau / Herrn:

von der Schweigepflicht gegenüber

Ort, _____ Datum, _____

Unterschrift

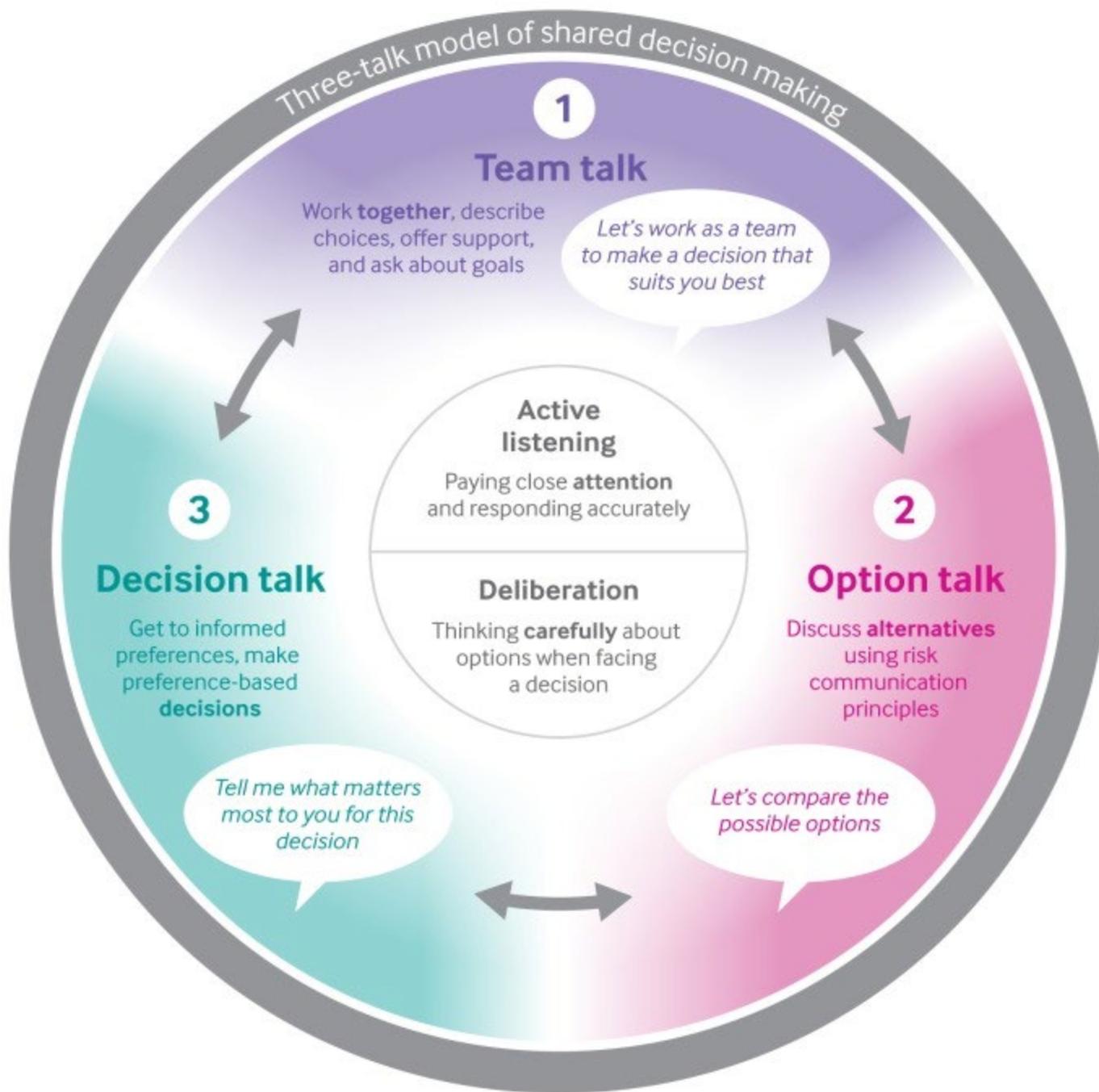


RTW

Haltung als RTW-Experte

- Salutogenetische Wirkung von Arbeit
- "First place then train"
- Krankheitsbrille absetzen bzw. bewusst machen
- Abwarten/mehrgleisig fahren
- Vorbereitung ist wichtig!

SDM

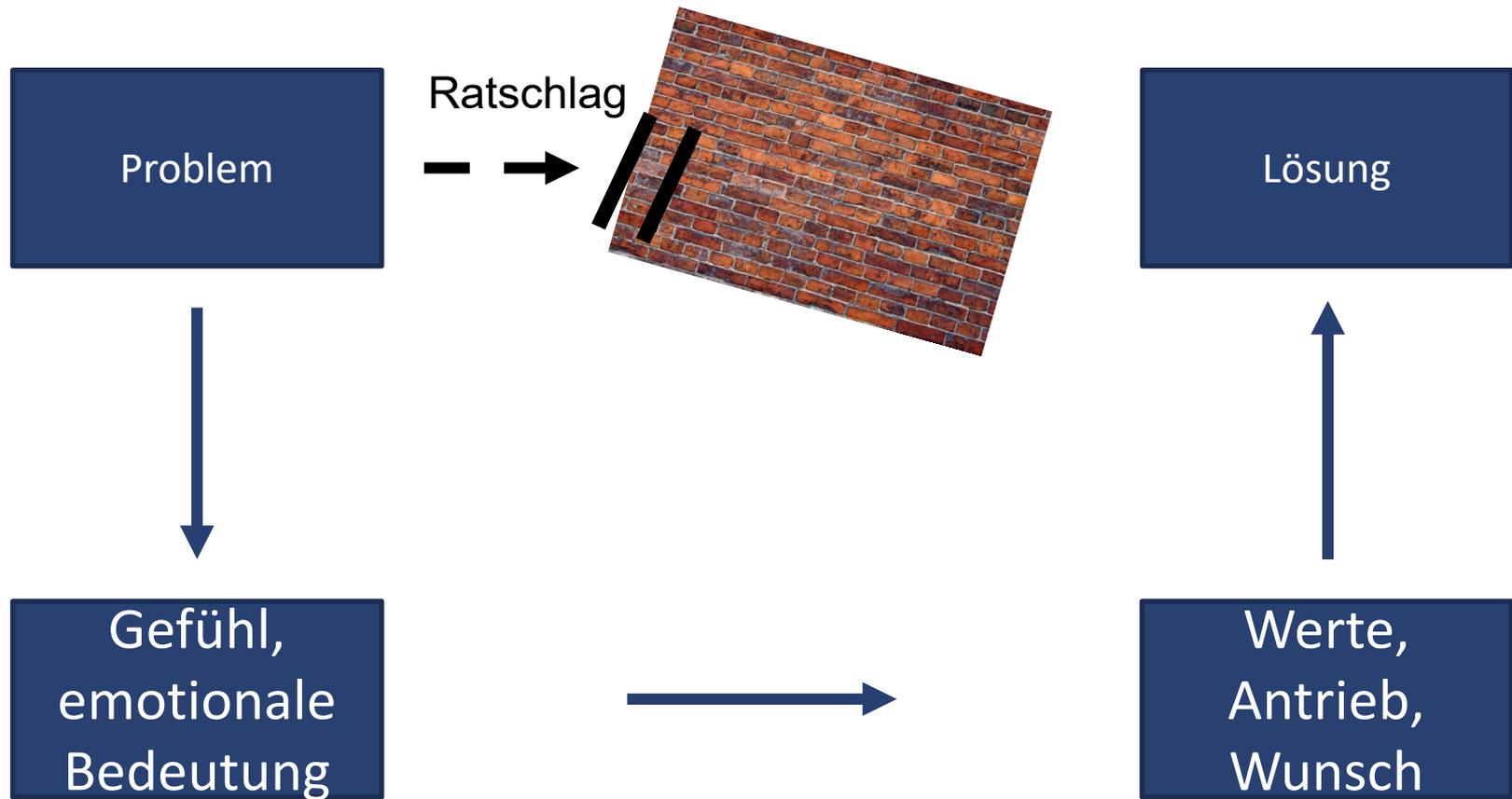


Motivational Interviewing

- **Motivierende Gesprächsführung** (*Motivational Interviewing*, MI): klientenzentrierter, aber direkterer Beratungsansatz mit dem Ziel, intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung durch Explorieren und Auflösen von Ambivalenz aufzubauen (Miller & Rollnick).

Motivational Interviewing – Grundidee

- Ambivalenz (z.B. des Süchtigen) ist eine normale Sache
- D.h. es gibt immer Gründe, problematisches Verhalten beizubehalten bzw. dieses zu ändern
- Ziel vom MI ist es, diese Ambivalenz in einer ersten Phase bewusst zu machen und dann in einem nächsten Schritt dem Patienten zu helfen, diese Ambivalenz zu überwinden



Reflective listening = Aktives zuhören

Hilfreich für aktives Zuhören

- Offene Fragen stellen (oder besser keine Fragen, sondern Aussagen: „Sie werden also von Ihren Nachbarn terrorisiert“)
- Würdigungen, Bestätigungen, Reflexion
- Zusammenfassen („Habe ich richtig verstanden, dass...?“)
- Empathisch sein/echtes Interesse zeigen („Wenn ich so lange nicht geschlafen hätte, wäre ich auch...“)

Zu vermeiden beim aktiven Zuhören

- Bewertungen („das klingt doch ziemlich unrealistisch“)
- Interpretationen („könnte es nicht sein, dass es sich um Symptome Ihrer Erkrankung handelt?“)
- Fertige, schnelle Lösungsvorschläge („wollen wir nicht einmal ausprobieren, ob 20mg Olanzapin helfen?“)

Methodisches Handeln: Ressourcenorientierung

- **Perspektivwechsel:** Vom Blick auf die Defizite/ Probleme zur Ressourcenorientierung
- **Ansatz:** Entdeckung/ Aktivieren/ Vermitteln von Ressourcen sowie Konsequente Einbeziehung von sozialen Ressourcen und individuellen Kompetenzen
- *„Erkennen, was der/die KlientIn bereits kann oder bereits erreicht hat. Im Folgenden kann er/sie sich bewusst entscheiden, diese Ressourcen anzuwenden, um sich selbst zu helfen“*

Methodisches Handeln: Ressourcenorientierung

Standards der ressourcenorientierten Sozialen Arbeit:

- *Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Sinne des **Empowerment-Ansatzes** (Hilfe zur Selbsthilfe)*
- ***Mobilisierung und Stabilisierung** der individuellen Ressourcen und der Netzwerke*
- *Partizipation aller Beteiligten an der Zielformulierung, Hilfeplanung und -gestaltung im Rahmen eines gemeinsamen Kontaktes „**auf Augenhöhe**“*
- ***Transparenz** der Planung und des Verlaufs der Hilfen*
- *Einsatz von Instrumenten und Methoden der Ressourcenerhebung und eine kontinuierliche Dokumentation und Reflexion der Prozesse*

(Möbius, Thomas (2010): *Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit*. In: Möbius, T. & Friedrich, S. (Hrsg.): *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. VS Verlag. Wiesbaden.)

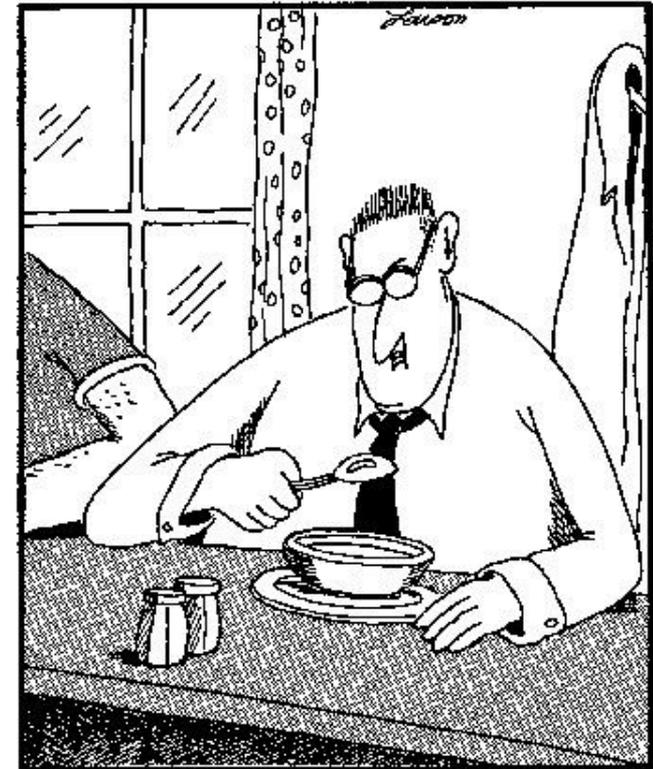
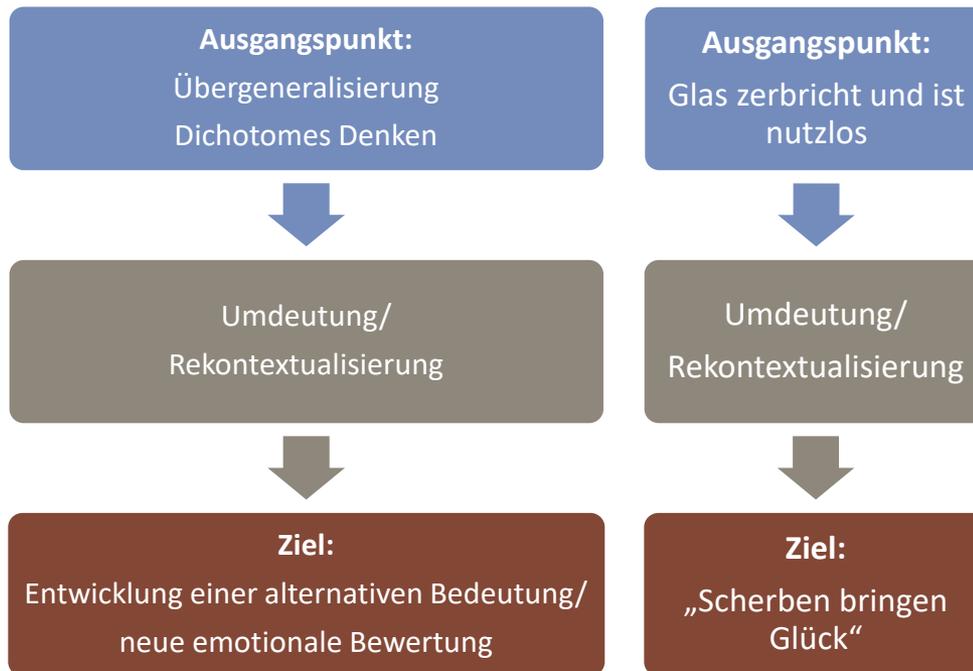
Methodisches Handeln: Ressourcenorientierung

6 Fragen für ein ressourcenorientiertes Interview:

1. **Alltagsroutinen:** Wie läuft Ihr (beruflicher) Alltag ab?
2. **Zielvorstellungen:** Was wünschen Sie für sich und ihre Angehörigen, auch auf lange Sicht?
3. **Stärken:** Welche besonderen (und normalen) Fähigkeiten besitzen Sie? Was gelingt Ihnen?
4. **Identität:** Was unterscheidet Sie von anderen?
5. **Soziales Netz:** Welche Personen sind oder waren für Sie wichtig?
6. **Materielles:** Worüber verfügen Sie?

Methodisches Handeln: Reframing

- **Definition:** „reframe“ = neu rahmen, in einen anderen Rahmen/ Kontext setzen
- **Vorannahmen:** Denken/ Wahrnehmung/ Handlung orientiert sich am Kontext, Sinn wird sozial hergestellt



Darrell suspected someone had once again slipped him a spoon with the concave side reversed.

Methodisches Handeln: Reframing

Zum Klienten, der beharrlich beklagt unnütz zu sein, sagt der Therapeut: „Keiner ist ‚unnütz‘; er kann immer noch als schlechtes Beispiel dienen!“

- **Kontextreframing** (Suche nach einem anderem Kontext)
- **Bedeutungsreframing** (Suche nach einer anderen Bedeutung)
- wird durch **Fragen** beim Klienten angeregt, die entsprechende Suchprozesse auslöst; muss vom Klienten selbst umgesetzt werden
 - Was könnte (die Sprachlosigkeit des Kollegen) noch bedeuten?
 - Wie ließe sich (das Weg-Nehmen von Arbeitsaufgaben) noch beschreiben?
 - Welche Situation ist denkbar, in der (Schmerzen) sogar notwendig sind?
 - Wenn Sie 70 sind – wie werden Sie es dann sehen?
 - ...

Wichtigste Erkenntnisse aus dem Rollenspiel

- ↑ spiegeln, Möglichkeiten aufzeigen
- ↑ Hausaufgaben geben, Zeitrahmen erfragen
- ↑ nachhaken, konkretisieren
- ↑ Ziel haben + flexibel bleiben
- ↑ Themen visualisieren
- ↑ bei sehr redseligen Klienten: Rahmen betonen, auf 'Psychologen' verweisen
- ↑ 'Schritt zurück gehen' bei belasteten Klienten
- ↑ auf eigene Aufnahme-fähigkeit verweisen + Körperposition ändern
- ↓ ungeduldig sein

Schwierigkeiten meistern

Situation	Strategie
• kenne Klienten	• ansprechen, Vertretung organisieren
• Klient ist psychotisch/verhält sich "seltsam"	vorbereit Infos zum K holen, ansprechen + Gesicht während enden, noch 1-2 banale Fragen stellen, Klinikteam rückmelden
• Klient bricht emotional ein	darauf eingehen, was wer könnte helfen <u>Team (Klinik) Bescheid geben!!!</u>
• Klient beleidigt/anzüglich/unpassend/übergriffig	ansprechen im Team, beim Klienten auf Bauchgefühl achten, Gespräch abbrechen
• Klient will Privates wissen	• berufliche/professioneller Hintergrund okay, Frage umdrehen, eigene Grenzen kennen
• keine Sympathie mit K	• im Team ansprechen
"Sie sind aber jung"	• Was ist da die Sorge? 

Situation	Strategie
• K. stellt Frage, die ich nicht beantworten kann	• Da mache ich mich gerne schlau
• Auf der Station ist der "Wurm" drin	• Im Team Bescheid geben
• Klient hält sich nicht an Termine	• Team Bescheid sagen, Ideen holen, Kliniksozialdienst, Klient fragen was los ist
• Klient ruft "zu oft" an	• Thematisieren, rückmelden, Netzwerkpartner einholen