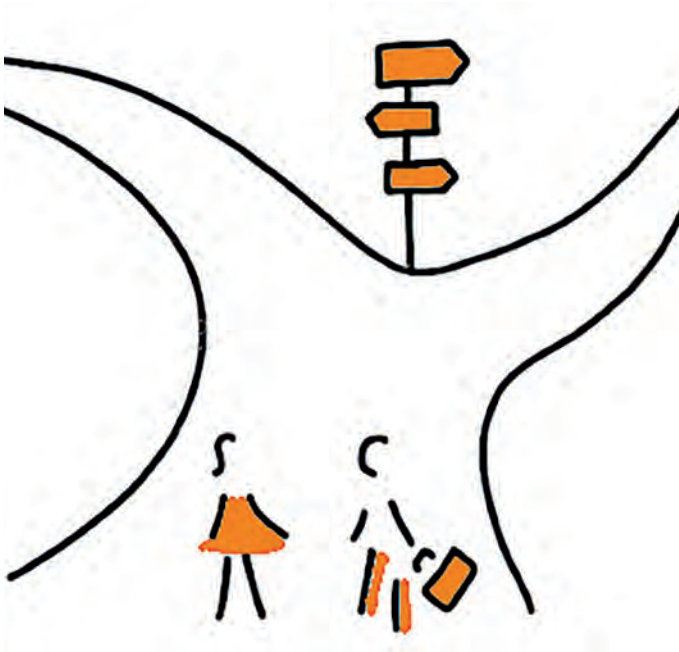


Marianne Giesert/Tobias Reuter/Anja Liebrich (Hrsg.)

Mit psychischer Beeinträchtigung umgehen (statt sie zu umgehen)

Betriebliches Eingliederungs-
management (BEM)

VSA:



Marianne Giesert/Tobias Reuter/Anja Liebrich (Hrsg.)
Mit psychischer Beeinträchtigung umgehen
(statt sie zu umgehen)

**Marianne Giesert/Tobias
Reuter/Anja Liebrich (Hrsg.)
Mit psychischer Beeinträchtigung
umgehen (statt sie zu umgehen)
Betriebliches
Eingliederungsmanagement
(BEM)**

VSA: Verlag Hamburg

www.vsa-verlag.de

Institut für Arbeitsfähigkeit GmbH – Giesert, Liebrich, Reuter

Marianne Giesert

Tobias Reuter

Anja Liebrich

Fischtorplatz 23

D-55116 Mainz

Tel: +49 (0)6131 603984-0

Mail: gutentag@arbeitsfaehig.com

www.arbeitsfaehig.com

www.facebook.com/arbeitsfaehig

© VSA: Verlag 2022, St. Georgs Kirchhof 6, D-20099 Hamburg

Alle Rechte vorbehalten

Druck und Buchbindearbeiten: Beltz Bad Langensalza GmbH

ISBN 978-3-96488-141-0

| Inhalt

Marianne Giesert/Tobias Reuter Einführung	9
---	---

| Grundlagen

Marianne Giesert/Tobias Reuter Ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für den Umgang mit psychischer Beeinträchtigung	16
---	----

Marianne Giesert/Tobias Reuter BEM bei psychischer Beeinträchtigung – Das Rahmenkonzept Arbeitsfähigkeitscoaching	26
---	----

Marianne Giesert/Ruth Kremser/ Merle Wunderling/Tobias Reuter/Brit Leissler BEMpsy – Digital einfach machen	44
Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben durch betriebliches Eingliederungsmanagement unter besonderer Berücksichtigung psychischer Störungen	

Manuela Metzner/Jochen Prümper/Anika Melzer/ Kathrin Moreno Superlano Gelingensfaktoren, Hürden und Qualifizierungsbedarfe im Betrieblichen Eingliederungsmanagement aus Sicht betrieblicher Praktiker*innen	56
--	----

Franz Pietsch Psychische Beeinträchtigungen in der Pandemie – Ein Blick nach Österreich	71
---	----

Wolfhard Kohte Prävention im Viereck zwischen Arbeitgeber, Beschäftigten, Interessenvertretungen und Rehabilitationsträgern	78
---	----

Psychische Beeinträchtigungen im Kontext des BEM

Waltraud Rinke

Depression verstehen und betrieblicher Umgang im Kontext des BEM . 94

Thomas Klein/Janina Dyba

**BEM unter besonderer Berücksichtigung von Suchterkrankungen
und deren Behandlung** 101

Elisabeth Wienemann

BEM und Betriebliche Suchtprävention 112
Koordiniertes Vorgehen hilft Kollisionen zu vermeiden

Klaus Berg

**Gelungene Kommunikation im
Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)** 123

Psychischer Beeinträchtigung durch Destigmatisierung begegnen

Franziska Stiegler

Destigmatisierung – Wie knacken wir das Tabu? 134

Jasmin Meichsner/Lisa Binse/Peter Krauss-Hoffmann

**Lebensweltübergreifende Präventionsansätze zur Stärkung
der seelischen Gesundheit im Bundesland Nordrhein-Westfalen** 143

Psychische Beeinträchtigungen – gelebte Praxis

Cordt Winkler

Schizophrenie (aus Sicht eines Betroffenen) oder: Knallende Korke ... 156

Manfred Schneider

Vom Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen 162
Ein Wandel im Denken aus Sicht der Selbsthilfe

Janna C. Stark
Himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt 168
(K)ein gutes Leben mit einer bipolaren Störung

Martin Schultz
Peerberatung in Unternehmen 184

■ Fallbeispiele aus der Praxis für die Praxis

Carsten Speckmann/Thomas Demmer
BEM und Arbeitsfähigkeitscoaching bei der Kreisverwaltung Soest 190

Klaus Leuchter
Suchtarbeit in Klein- und Kleinstbetrieben 201

■ Netzwerke, Vernetzung, externe Akteur*innen

Lorenz Leven/Michael Schuler/Christian Gerlich
Sabine Bilda /Ina Pamperin/Heiner Vogel
**Blaufeuer – Der unabhängige Lotse bei psychischen Belastungen
am Arbeitsplatz** 206

Carina Rabe
Psychisch belastet, krank oder in der Krise – Was tun? 216
Das Beratungsangebot Sozialpsychiatrischer Dienste

Rüdiger Hannig/Kerstin Trostmann
**Bundesverband der Angehörigen psychisch
erkrankter Menschen e. V. – ein Kurzporträt** 225

Ines Krahn/Alf Trojan
**Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im
Gesundheitswesen** 229
Ein Netzwerk unterstützt Selbsthilfe für psychosoziale Probleme

I **Ausblick**

Marianne Giesert/Tobias Reuter

Ausblick – Der weitere Weg 240

Die Autorinnen und Autoren 244

Marianne Giesert/Tobias Reuter

Einführung

Die psychische Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für Arbeitsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität. Psychische Beeinträchtigungen hingegen führen oftmals zu langen Ausfallzeiten bis hin zu Frühverrentungen. Im betrieblichen Kontext stellt das Thema die Beteiligten vor große Herausforderungen – so auch im Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Psychisch beeinträchtigten Beschäftigten fehlt das Wissen über Handlungsmöglichkeiten, den betrieblichen Akteur*innen die entsprechende Handlungskompetenz. Hinzu kommt die Tabuisierung. Nach wie vor ist das gesamte Themenfeld mit einem starken Stigma behaftet, sodass auch hier von der »zweiten Krankheit« gesprochen wird. Handlungsbedarf gibt es auch bei der Vernetzung von internen und externen Akteur*innen.

Ziel dieser Publikation ist es, psychische Beeinträchtigungen im betrieblichen Kontext zu thematisieren und zu diskutieren. Mit den Beiträgen in diesem Buch soll gezeigt werden, wie ein professioneller Dialog im BEM mit allen internen und externen Akteur*innen gelingen kann.

Der vorliegende Band gliedert sich in sieben Teile:

Grundlagen

Marianne Giesert und Tobias Reuter legen den Grundstein dieses Sammelbandes und beschreiben, welche zentrale Rolle ein gut umgesetztes ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement auf Basis der rechtlichen Grundlagen mit den Handlungsfeldern Arbeitsschutz, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Betriebliche Gesundheitsförderung beim Umgang mit psychischer Beeinträchtigung im Betrieb einnimmt.

Hier schließt der Beitrag »*BEM bei psychischer Beeinträchtigung – Das Rahmenkonzept Arbeitsfähigkeitscoaching*« der beiden Autor*innen an und beschreibt, was beim BEM und beim Umgang mit psychisch beeinträchtigten Beschäftigten zu beachten ist und wie die Etablierung eines guten BEM-Verfahrens gelingen kann.

Nach dieser Orientierung skizzieren *Marianne Giesert, Ruth Kremser, Merle Wunderling, Tobias Reuter, Brit Leissler, Manuela Metzner, Jochen Prümper, Anika Melzer und Kathrin Moreno Superlano* das Projekt »BEMpsy«. In diesem durch den Ausgleichsfonds geförderten Projekt werden digitale Instrumente zur Professionalisierung des BEM insbesondere im Umgang mit psychischer Beeinträchtigung erarbeitet. Die Autor*innen geben in zwei Beiträgen Einblick in die Ergebnisse der Bedarfserhebung und zeigen auf, wie im Projekt durch sogenannte Lern- und Experimentierräume mit den Zielgruppen gemeinsam digitale Produkte entwickelt werden.

Franz Pietsch berichtet aus Österreich und gibt uns Einblicke, welche Rolle psychische Beeinträchtigung in der Pandemie spielt und welche Maßnahmen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit entwickelt wurden.

Die Grundlagen enden mit dem rechtlichen Blick auf das BEM und einem Beitrag von *Wolfhard Kothe*. Er führt die neueste Rechtsprechung zum Thema aus und zeigt auf, was dies für die Umsetzung des BEM bedeutet. Das Thema Prävention und die Rolle von Arbeitgeber*innen, Beschäftigten, Interessenvertretungen und Rehabilitationsträgern wird dabei besonders betont.

2. Psychische Beeinträchtigungen im Kontext des BEM

Das zweite Kapitel beginnt mit einem vielschichtigen Einblick von *Waltraud Rinke*, Vorsitzende der Deutschen Depressionsliga e. V., in die Ursachen, Ausprägungen und das Erleben von Depression mit Bezug zum betrieblichen Kontext. Anhand des H-I-L-F-E-Konzepts wird außerdem aufgezeigt, worauf Führungskräfte achten können bzgl. psychischer Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz.

Daran anschließend stellen *Dr. Thomas Klein* und *Dr. Janina Dyba* Abhängigkeitserkrankungen als psychische Beeinträchtigungen im Rahmen des BEM vor. Hierbei geht es vor allem auch um die Nachhaltigkeit und den Umgang mit Rückfällen.

Einen Überblick zur koordinierten Verzahnung von BEM und Betrieblicher Suchtprävention bietet *Dr. Elisabeth Wienemann* am Beispiel der »Qualitätsstandards für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe 2022« der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).

Das Kapitel zu psychischen Beeinträchtigungen im Kontext des BEM schließt ab mit einem Beitrag von *Klaus Berg* zur gelungenen Kommunikation im BEM vor dem Hintergrund der personenzentrierten Gesprächsführung und dem Arbeitsfähigkeitscoaching.

3. Psychischer Beeinträchtigung durch Destigmatisierung begegnen

Franziska Stiegler diskutiert die Frage »Wie knacken wir das Tabu?« und beschreibt die Destigmatisierung von psychischer Beeinträchtigung und wie es mit einer Kampagne gelingen kann, für dieses wichtige Thema und einen besseren Umgang damit zu sensibilisieren.

Im Beitrag *Lebensweltübergreifende Präventionsansätze zur Stärkung der seelischen Gesundheit im Bundesland Nordrhein-Westfalen* knüpfen die Autor*innen *Jasmin Meichsner*, *Lisa Binse* und *Peter Krauss-Hoffmann* daran an und beschreiben darüber hinaus notwendige Präventionsmaßnahmen und wie diese in Nordrhein-Westfalen umgesetzt werden.

4. Psychische Beeinträchtigung – gelebte Praxis

Cordt Winkler, Buchautor und Genesungsbegleiter, schreibt in seinem Beitrag eindrücklich über seinen Lebensweg mit der eigenen Schizophrenie, seine beruflichen Erfahrungen, die Entscheidung autobiografisch zu schreiben und seine Ausbildung zum EX-IN-Genesungsbegleiter.

Ebenso aktiv als EX-IN-Genesungsbegleiter ist *Manfred Schneider*, der einen Wandel im bisherigen Denken in der Selbsthilfe fordert, hin zu einer besseren Selbstfürsorge und zur begleiteten Weiterentwicklung von Bewältigungsstrategien.

Das Auf und Ab des Lebens mit einer bipolaren Störung erzählt *Janna C. Stark*, die sich nicht davon abhalten ließ, eine Karriere als Tierärztin zu machen, sich beruflich neu zu orientieren und einen Weg fand ein gutes und gesundes Leben zu führen.

Martin Schultz berichtet aus eigener Erfahrung, was eine psychische Erkrankung für die Erwerbsbiografie bedeuten kann und gibt Einblicke in die Entwicklung der betrieblichen Peerberatung in Zusammenarbeit

mit der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und im Kontext der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB).

5. Fallbeispiele aus der Praxis für die Praxis

Carsten Speckmann und Thomas Demmer zeigen am Beispiel der Kreisverwaltung Soest wie ein gutes BEM aufgebaut ist und sich kontinuierlich weiterentwickelt. Sie gehen dabei auch auf das neu eingeführte Arbeitsfähigkeitscoaching ein.

Hintergrund und Geschichte des Vereins zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V. beschreibt *Klaus Leuchter* und schließt seinen Beitrag mit dem Appell, die Arbeitswelt mit den seelischen Bedürfnissen der Beschäftigten gerecht zu gestalten.

6. Netzwerke, Vernetzung, externe Akteur*innen

Lorenz Leven, Michael Schuler, Christian Gerlich, Sabine Bilda, Ina Pamperin und Heiner Vogel beschreiben die Beratungseinrichtung Blaufeuer. Blaufeuer ist ein niederschwelliges, institutionsunabhängiges Angebot für erwachsene Personen mit psychischen Belastungen bei gleichzeitig bestehender beruflicher oder Arbeitsplatzproblematik.

Psychisch belastet, krank oder in der Krise – Was tun? ist der Titel des Beitrags von *Carina Rabe* und beschreibt das vielfältige Beratungs- und Begleitungsangebot Sozialpsychiatrischer Dienste. Mit diesem können Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wirksam unterstützt werden.

Im nächsten Beitrag stellen *Rüdiger Hannig* und *Kerstin Trostmann* den Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BAPK e. V.) vor. Dieser steht für eine engagierte Selbsthilfe, die sowohl die Interessen der Angehörigen als auch die Anliegen der Patienten konsequent vertritt.

Ines Krahn und *Alf Trojan* beschreiben die SPiG »Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen«, ein Netzwerk, welches auch die Selbsthilfe bei psychosozialen Problemen unterstützt.

7. Ausblick

Der Herausgeber*innenband endet durch *Marianne Giesert* und *Tobias Reuter* mit einem Ausblick und den Herausforderungen, welche die psychische Gesundheit an die Betriebe bzw. Organisationen stellen.

Für die Beiträge möchten wir uns recht herzlich bei allen Autorinnen und Autoren bedanken.

Nur durch ihre Arbeit ist dieses Buch möglich geworden. Danken möchten wir auch Merle Wunderling und Ruth Kremser von der GAW, die uns mit begleitenden Arbeiten unterstützt haben, sowie Gerd Siebecke vom VSA: Verlag für die gute und engagierte Zusammenarbeit.

Mögen die Beiträge dieses Buches interessante Anregungen und Impulse für die wissenschaftliche und betriebliche Praxis bieten und damit eine gute Grundlage für ein erfolgreiches Betriebliches Eingliederungsmanagement.

Marianne Giesert/Tobias Reuter
Mainz, im Juni 2022

| Grundlagen

Marianne Giesert/Tobias Reuter

Ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für den Umgang mit psychischer Beeinträchtigung

Die Arbeitswelt unterliegt in den letzten Jahrzehnten einem starken Wandel. Globalisierung, Digitalisierung, demografischer Wandel sowie die Auswirkungen der Corona-Pandemie prägen ihn. Veränderte Rahmenbedingungen führen häufig zu starker Arbeitsverdichtung sowie Zeitdruck und verlangen zunehmend mehr Eigenverantwortung, Flexibilität und zeitliche Verfügbarkeit der Beschäftigten (Lohmann-Haislah 2019; Rothe et al. 2017). Die psychische Belastung rückt zunehmend in den Fokus und die negativen Beanspruchungsfolgen nehmen immer mehr zu. Dies zeigen auch die Arbeitsunfähigkeitstage sowie die Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer Erkrankungen. Psychische Erkrankungen stellen nach dem aktuellen BKK Gesundheitsreport 2021 die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit dar. Mit einer durchschnittlichen Falldauer von 43,4 Tagen liegen sie an der Spitze aller Diagnosegruppen (Knieps/Pfaff 2021).

Die Folgen sind für die Betroffenen und auch für deren Unternehmen bzw. Organisationen erheblich. Unternehmen sollten daher die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass sie die Gesundheit und Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten schützen und fördern. Das ganzheitliche Betriebliche Gesundheitsmanagement bietet dafür eine gute Grundlage. Prävention und die Förderung der psychischen Gesundheit als Teil eines nachhaltigen Betrieblichen Gesundheitsmanagements gewinnen zunehmend an Bedeutung: Denn die Gesundheit und Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten trägt maßgeblich zum wirtschaftlichen Erfolg und zur Zukunftsfähigkeit von Unternehmen bei.

Was heißt Betriebliches Gesundheitsmanagement?

Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) wird das systematische und nachhaltige Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und um die gesundheits-

förderliche Befähigung von Beschäftigten und ihr Wohlbefinden verstanden. Grundlagen sind die gesetzlichen Regelungen für die drei Handlungsfelder:

- umfassender Arbeitsschutz
- Betriebliches Eingliederungsmanagement und
- Betriebliche Gesundheitsförderung.

Alle Handlungsfelder sind in die Betriebsroutinen zu integrieren und müssen kontinuierlich verzahnt die fünf Kernprozesse Analyse, Planung, Intervention, Steuerung und Evaluation betreiben (Giesert 2012).

Hierzu ist es erforderlich, die Strukturen und die Prozesse des Arbeitsschutzes, des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) und der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zu integrieren und falls nicht vorhanden, gleichzeitig mitaufzubauen. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine klare Definition von Handlungsfeldern und ist von daher stabil und weniger anfällig bei Umstrukturierung und Personalwechsel in den Unternehmen oder Organisationen.

- Die gesetzliche Verankerung und damit Verpflichtung zur Durchführung der drei Säulen des BGM unterscheidet sich je nach Handlungsfeld. Der Arbeitsschutz ist ein Pflichtprogramm für die Arbeit-

Abb.1: Betriebliches Gesundheitsmanagement



Quelle: Giesert, 2012

geber*innen (AG) und die Arbeitnehmer*innen (AN) (siehe hierzu das Arbeitsschutzgesetz). Suchtgefährdungen müssen über die Unfallvorschriften hinausgehend ebenfalls beurteilt und die arbeitsbedingten Risiken von Suchterkrankungen bei der Gefährdungsbeurteilung mitbeachtet werden.

- Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist ebenfalls Pflicht für die Arbeitgeber*innen. Erkrankte Beschäftigte erhalten nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit das Angebot im Prozess des BEM ihre Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten und zu fördern. Dieses Angebot können sie annehmen oder ablehnen (§ 167 Abs. 2 SGB IX). Im Falle von Suchterkrankungen ist zu empfehlen, das BEM durch ein Stufenverfahren zu konkretisieren und zu ergänzen. Dadurch kann eine Verbindlichkeit gegenüber den betroffenen Personen erreicht werden (siehe hierzu den Beitrag von Wienemann in diesem Band).
- Die Betriebliche Gesundheitsförderung ist eindeutig ein freiwilliges Angebot für die Arbeitgeber*innen und auch für die Beschäftigten. Hier sind die Krankenkassen in der Pflicht, im Betrieb Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anzubieten (§ 20b SGB V).

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement soll aber nicht nur auf das Verhalten der Beschäftigten und die Arbeitssituation Einfluss nehmen, sondern auch auf die Unternehmensgrundsätze und -leitlinien sowie auf Führungsgrundsätze. Mitarbeiter*innen müssen als Erfolgs- und nicht als Kostenfaktor gesehen werden. Sie sollen an Entscheidungen beteiligt und so zur Übernahme von Verantwortung ermutigt werden. Die Arbeit ist so zu gestalten, dass ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Anforderungen und Fähigkeiten besteht, Beschäftigte auf ihre Arbeit Einfluss nehmen können und sie (soziale) Unterstützung erhalten.

Der Erfolg des Betrieblichen Gesundheitsmanagements hängt maßgeblich von 4 Leitlinien ab:

1. Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation).
2. BGM muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).
3. Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement).

4. BGM beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen (Ganzheitlichkeit).

Die drei Handlungsfelder Arbeitsschutz, BEM und Betriebliche Gesundheitsförderung ergänzen sich. Während für Maßnahmen des Arbeitsschutzes und des BEM eine gesetzliche Grundlage existiert, gibt es keinen rechtlichen Anspruch auf die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Aus den gesetzlichen Grundlagen lassen sich wichtige Anhaltspunkte für die Ausgestaltung eines ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements ableiten.

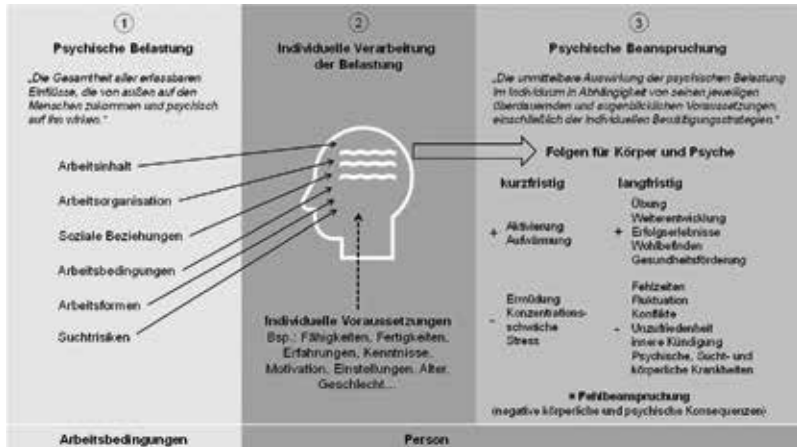
Wann die psychische Belastung die Gesundheit beeinträchtigen kann?

Eine Arbeit ohne psychische Belastung ist genauso wenig denkbar wie eine Arbeit ohne jede körperliche Belastung. Ähnlich wie bestimmte Arten und Ausprägungen körperlicher Belastung gesundheitsgefährdend sein können, kann auch die psychische Belastung bei der Arbeit gesundheitsbeeinträchtigende Wirkungen haben, so zum Beispiel bei andauernden hohen zeit- und leistungsbezogenen Anforderungen, fehlenden Erholungsmöglichkeiten oder bei ungünstig gestalteter Schichtarbeit.

Daneben gibt es jedoch auch Arbeitsanforderungen, die fördernde Eigenschaften haben und sich günstig auf die Gesundheit auswirken. Dazu zählen zum Beispiel Ressourcen wie inhaltliche und zeitliche Handlungsspielräume bei der Arbeit sowie eine gute Kommunikation und Kooperation mit Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten. Abhängig von den individuellen Voraussetzungen, die eine Person mitbringt, spielen die Höhe und die Kombination der Belastungen und Ressourcen eine entscheidende Rolle dabei, welche Folgen diese für Körper und Psyche haben.

Insgesamt ist es erforderlich, die psychische Belastung der Arbeit in der ganzheitlichen und verpflichtenden Gefährdungsbeurteilung (§5 Arbeitsschutzgesetz) zu berücksichtigen. Diese soll auch Grundlage im jeweiligen BEM-Prozess sein, um die Gefährdungen bei den Arbeitsbedingungen beurteilen zu können.

Abb. 2: Zusammenhang psychischer Belastung und psychischer Beanspruchung, angelehnt an das Belastungs- Beanspruchungs-Modell, die DIN EN ISO 10075 und GDA Arbeitsprogramm Psyche, Psychische Arbeitsbelastung und Gesundheit



Quelle: eigene Darstellung

Bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung sind im Einzelnen folgende Schritte zu planen und umzusetzen (GDA 2017):

- Festlegen von Tätigkeiten/Bereichen, für die die Gefährdungsbeurteilung durchgeführt werden soll,
- Ermittlung der psychischen Belastung der Arbeit,
- Beurteilung der psychischen Belastung,
- Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen (falls erforderlich),
- Kontrolle der Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen,
- Aktualisierung/Fortschreibung der der Gefährdungsbeurteilung im Falle geänderter Gegebenheiten,
- Dokumentation,
- Evaluation.

Wenn Arbeit schlecht gestaltet ist, das heißt eine kritische Ausprägung psychischer Belastung vorliegt, kann sie körperliche und psychische Beeinträchtigungen bis hin zu Erkrankungen verursachen. Neben dem persönlichen Leid für die Betroffenen, bedeuten schlecht gestaltete Arbeitsbedingungen auch wirtschaftliche Einbußen für ein Unternehmen. Die menschengerechte Gestaltung der Arbeit liegt daher sowohl im Interesse der Beschäftigten als auch der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber.

Welche Besonderheiten gelten für psychische Belastungen und Beeinträchtigungen im ganzheitlichen BGM?

Zugrunde gelegt werden soll hier die Ottawa-Carter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 zur Gesundheitsförderung sowie auch das Arbeitsschutzgesetz von 1996. Diese haben neue Akzente für die Gesundheitspolitik in den Unternehmen gesetzt. Die WHO stellte der Krankheitslehre (Pathogenese) die Lehre von der Gesundheit (Salutogenese) zur Seite. Das war ein wichtiger Schritt, da die Salutogenese nicht nach den Ursachen von Krankheit, sondern nach den Ursachen von Gesundheit fragt. Damit rückte die Frage, »Was kann getan werden, damit die Menschen gesund bleiben?« in den Vordergrund. Die Gesundheitsförderung wurde somit zum Mittelpunkt der Prozesse erklärt. Ziel war es dabei, den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung und damit die Befähigung zur Stärkung ihrer Gesundheit zu ermöglichen.

Außerdem wurde von der WHO ein umfassender Gesundheitsbegriff eingeführt, der körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden beinhaltet. Damit wurde das alte Arbeitsschutzrecht, das vor allem die körperliche Unversehrtheit zum Ziel hatte, durch den ganzheitlichen Gesundheitsbegriff abgelöst. Dieser nimmt »auch die durch Arbeitsbedingungen beeinflussbaren psychischen Befindlichkeiten, insbesondere psychosomatische Zustände« auf. (BVerwG 31.1.1997 - 1 C 20/95 - NZA 1997, 482, 483 [II.2 b, aa.]).

Seit Ende 2013 fordert das Arbeitsschutzgesetz explizit die Berücksichtigung der psychischen Belastung in der Gefährdungsbeurteilung. Das heißt: Alle Unternehmen und Organisationen müssen auch jene Gefährdungen für ihre Beschäftigten ermitteln, die sich aus der psychischen Belastung bei der Arbeit ergeben.

Beim BEM sollen Beschäftigte, die länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt innerhalb eines Jahres arbeitsunfähig sind ein professionelles Eingliederungsmanagement erhalten. Es soll dabei nach Möglichkeiten und Maßnahmen gesucht werden, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz langfristig zu erhalten. Für die Betroffenen selbst ist das BEM freiwillig. Dadurch wird die Förderung der Selbstbestimmung und der Partizipation als übergeordnetes Ziel im Gesetzbuch formuliert. Relevant ist beim BEM vor allem die konsequente Identifikation krankheitsfördernder betrieblicher Bedingungen. Diese enthalten viele wert-

volle Informationen für geeignete Maßnahmen – vor allem auch präventiv – zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Eine konkrete Verzahnung zum umfassenden Arbeitsschutz (Gefährdungsbeurteilung und Unterweisung im Dialog) ist an dieser Stelle besonders fruchtbar und effektiv. Entsprechend dem Grundsatz »Verhältnis- vor Verhaltensprävention« bzw. »Gefahren sind stets an der Quelle zu beseitigen« und nur nachrangig bei der Person (§ 4 ArbSchG) müssen Arbeitsbedingungen so gestaltet werden, dass Gesundheitsrisiken durch psychische Belastungen vermieden und Ressourcen der Beschäftigten gefördert werden.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V) wird mit Leistungen insbesondere für den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Unternehmen von den Krankenkassen gefördert sowie auch mit Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention. Grundlage für die Betriebliche Gesundheitsförderung ist auch die Luxemburger Deklaration der EU. Es ist eine Erklärung der Mitglieder des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung, die 1997 anlässlich ihres Treffens in Luxemburg zu den Zielen und Inhalten Betrieblicher Gesundheitsförderung verabschiedet wurde. BGF wird da als eine moderne und zukunftsfähige Unternehmensstrategie gesehen.

Zu deren Grundsätzen zählen (vgl. DNBGF, 2014):

- »Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor,
- eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen,
- eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und eigenen Fähigkeiten andererseits sowie Einflußmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und soziale Unterstützung,
- die Verankerung von Gesundheitszielen insbesondere in der Personalpolitik, aber auch in allen anderen Unternehmensbereichen (Integration),
- ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- ein hoher Grad an Einbeziehung der Beschäftigten in Fragen der Gesundheit (Partizipation),
- die systematische Durchführung aller Maßnahmen und Programme (Projektmanagement),

- die Verbindung von Risikoreduktion mit dem Ausbau von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit).«
- Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Unternehmen bzw. Organisationen kann Betriebliche Gesundheitsförderung, wie sie in der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union des European Network for Workplace Health Promotion verankert ist, einen wesentlichen Beitrag zu deren physischen und vor allem psychischen Wohlbefinden leisten. Gerade in herausfordernden Zeiten gilt es, vorhandene Ressourcen zu nutzen, weiter auszubauen sowie neue Ideen beteiligungsorientiert zu entwickeln. Die Krankenkassen bieten durch die gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an.

Handlungsmöglichkeiten und Fazit

Arbeit ist so zu gestalten, dass problematische Ausprägungen der genannten psychischen Arbeitsfaktoren beseitigt bzw. auf ein angemessenes Maß reduziert werden. Es ist eine wesentliche Erkenntnis, dass die im Zusammenhang mit psychischen Arbeitsbelastungsfaktoren stehenden Erkrankungen vermeidbar sind. Dazu bedarf es der Beachtung und Umsetzung einer gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen. Insofern eröffnen sich hier viele Handlungsfelder für eine sinnvolle und wirksame Prävention von körperlichen und psychischen Gesundheitsproblemen in der Arbeitswelt.

Folgende Maßnahmen können für eine gesundheitsgerechte Arbeit bei psychischer Belastung und Beanspruchung sinnvoll sein:

- Einräumen von Handlungsspielräumen bei der Arbeit
- Schaffen und gestalten einer angemessenen Arbeitsintensität
- Wertschätzendes Miteinander fördern
- Gute und wertschätzende Führung im Unternehmen fördern
- Ergonomische Arbeitszeitgestaltung mit ausreichend Erholungspausen
- Arbeitsplatzunsicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter meiden durch Arbeitsplatzsicherheit
- Gezieltes Management für Fortbildung und Qualifizierung im Unternehmen, um Aufgaben und Rollen im Unternehmen für eine optimale Umsetzung konkret zu verstehen

- Etablierung einer Konflikt- und Kommunikationskultur im Unternehmen.

Unterstützend sind dabei auch die betrieblichen Interessenvertretungen. Durch ihre Mitbestimmungs- und Initiativrechte (Betriebsverfassungsgesetz) haben sie eine wichtige Stellung und Funktion. Sie können Strukturen und Prozesse in den Handlungsfeldern initiieren und begleiten. Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen sowie Tarifverträge können die betriebliche Arbeit weiter unterstützen. Sie sorgen mit ihren Vereinbarungen und Verträgen für eine klare, langfristige gemeinsame Arbeitsgrundlage.

Wollen Betriebe die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ihrer Beschäftigten wiederherstellen, erhalten und fördern, müssen sie sich dem Thema psychische Belastungen und Beeinträchtigungen dringend stellen. In diesem Zusammenhang ist es zielführend, ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement aufzubauen. Die aktuelle Gesetzeslage ist eine gute Grundlage dafür. Der Arbeitsschutz mit der kollektiv wirkenden ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung (hier insbesondere die Beurteilung psychischer Belastungen) sowie das Betriebliche Eingliederungsmanagement mit der individuellen Unterstützung der Beschäftigten sind dabei die zentralen und gesetzlich verankerten Handlungsfelder gemeinsam mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Literatur

- Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) 2014: Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Download unter: https://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/2014_Luxemburger_Deklaration_BGF.pdf, Abrufdatum: 30.05.2022.
- GDA, 2017: Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung.
- GDA 2017: Psychische Arbeitsbelastung und Gesundheit.
- Giesert, M. 2012: Arbeitsfähigkeit und Gesundheit erhalten. AiB - Arbeitsrecht im Betrieb Nr. 5, S. 336–340.
- Giesert, M. et al. (Hrsg.) 2012: Sucht im Betrieb. Hamburg: VSA: Verlag.
- Knieps, F./Pfaff, H. (Hrsg.) 2021: BKK Gesundheitsreport 2021. Krise – Wandel – Aufbruch: Zahlen, Daten, Fakten. MWV.
- Lohmann-Haislah, A. 2019: Stressreport Deutschland 2019. BAuA.
- Rothe, I., Adolph, L., Beermann, B., Schütte, M., Windel, A., Grewer, A., Lenhardt, U., Michel, J., Thomson, B. & Formazin, M. (2017): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

**Manuela Metzner/ Jochen
Prümper/ Anika Melzer/
Kathrin Moreno Superlano**
**Gelingensfaktoren, Hürden und
Qualifizierungsbedarfe
im Betrieblichen
Eingliederungsmanagement
aus Sicht betrieblicher
Praktiker*innen¹**

1. Ausgangssituation

Die Arbeitswelt ist in den letzten Jahrzehnten einem Wandel unterlegen, der sich im Zuge einer branchenübergreifenden Digitalisierung durch die Entwicklung von stets dynamischeren und intensiveren Arbeitsformen auszeichnet (Adolph et al. 2020). Die sich damit verändernden Rahmenbedingungen führen häufig zu starker Arbeitsverdichtung sowie Zeitdruck und beanspruchen zunehmend mehr Eigenverantwortung, Flexibilität und zeitliche Verfügbarkeit der Beschäftigten (Lohmann-Haislah 2019; Rothe et al. 2017). Hieraus können negative Beanspruchungsfolgen, wie Stress und psychische Erkrankungen entstehen, welche zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens sowie Verringerung der Leistungsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit führen (Gimpel et al. 2018; Lohmann-Haislah 2019; Rothe et al. 2017).

¹ Dieser Beitrag entstand in dem Projekt »BEMpsy: Digital einfach machen – Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben durch Betriebliches Eingliederungsmanagement unter besonderer Berücksichtigung psychischer Störungen«. Gefördert durch den Ausgleichsfonds für überregionale Vorhaben zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS, Fördernummer: AGF.00.00009.19). Laufzeit 1.10.2020 bis 30.09.2023. Projektleitung: Prof. Dr. Jochen Prümper, Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) Berlin; Projektpartnerin: GAW gemeinnützige Gesellschaft für Arbeitsfähigkeit und Wohlbefinden mbH.

Seit Jahren verweisen Krankenkassen auf einen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage sowie der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen. Nach dem aktuellen BKK Gesundheitsreport 2021 stellen psychische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit dar und liegen mit einer durchschnittlichen Falldauer von 43,4 Tagen an der Spitze aller Diagnosegruppen (Knieps/Pfaff 2021).

Die Prävention und Förderung der Gesundheit von Beschäftigten ist für Betriebe ein entscheidender Erfolgsfaktor. Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind individuelle sowie arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken zu reduzieren und Beschäftigte sowohl präventiv als auch nach längerer Krankheit vor erneuter Arbeitsunfähigkeit zu schützen. Seit 2004 ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) neben dem betrieblichen Arbeitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung als ein Element des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in § 167 Abs. 2 SGB IX gesetzlich verankert. Demnach sind Arbeitgeber*innen verpflichtet, im Falle der Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt auftritt, nach Möglichkeiten und Maßnahmen zu suchen, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz langfristig zu erhalten (BAuA 2020).

Ein gut organisierter und in der Praxis konsequent umgesetzter BEM-Prozess bietet Betrieben viele Möglichkeiten, mit den krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen der Beschäftigten umzugehen. Hieraus ergeben sich beidseitige Vorteile. Einerseits erhalten Beschäftigte eine gewisse Arbeitsplatzsicherheit, auf der anderen Seite bleiben den Betrieben die Fachkenntnisse erfahrener und qualifizierter Arbeitskräfte erhalten sowie unnötige Neueinstellungs- und Einarbeitungskosten erspart (Knoche/Sochert 2013; Riechert/Habib 2017).

1.1 Gelingensfaktoren und Hürden im BEM

Betriebe stehen bei der Planung und Umsetzung von BEM-Maßnahmen häufig vor großen Herausforderungen, da das Gelingen eines BEM-Prozesses von unterschiedlichen Faktoren abhängt. Sowohl betriebsbedingte strukturelle Faktoren als auch biografisch verankerte Haltungen und Werteorientierungen der BEM-Akteur*innen sowie die spezifische Organisationskultur können einem effektiven, effizienten und zufriedenstellenden BEM-Prozess entgegenstehen (Ohlbrecht et al. 2018).

Betriebsbedingte Hemmfaktoren ergeben sich häufig aus bestehenden Informations- und Erfahrungsdefiziten in Bezug auf die Ausgestaltung von BEM-Maßnahmen und es fehlen oft innerbetriebliche BEM-Strukturen sowie die Kapazitäten, alternative fähigkeitsgerechte Arbeitsplätze zu schaffen (Freigang-Bauer/Gröben 2011). Auch organisatorische Schwierigkeiten, wie Zeitmangel oder räumliche Distanzen aufgrund von Montage- oder Schichtarbeit, erschweren die Maßnahmenumsetzung (Ohlbrecht et al. 2018).

Erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund der Sensibilität des Themas einerseits besonders hohe Anforderungen an den Datenschutz gestellt werden, andererseits kann gerade hier eine offene Kommunikation Vorurteilen entgegenwirken (Freigang-Bauer/Gröben 2011).

Die Eingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter stellt eine besondere Herausforderung dar und geht oft mit großer Verunsicherung einher. Angesichts der Komplexität psychischer Krankheiten und Beeinträchtigungen ist die Entwicklung von Maßnahmen im Allgemeinen ungleich anspruchsvoller als bei körperlichen Beschwerden (Stegmann/Schröder 2018). Gehen betriebliche Akteur*innen unsensibel mit Beeinträchtigten um, erzeugt dies Ängste vor Vorurteilen und Stigmatisierungen und führt dazu, dass sich Betroffene generell dem BEM verschließen (Ohlbrecht et al. 2018).

1.2 Qualifizierungsbedarfe im BEM

Unsicherheiten bestehen also sowohl bei betrieblichen Regelungen als auch im Umgang mit Betroffenen. Basis einer professionellen Unterstützung zurückkehrender, psychisch erkrankter Mitarbeiter*innen ist ein Anerkennen und Verstehen des individuellen Krankseins im Kontext der jeweiligen Arbeitsumwelt (Stegmann/Schröder 2018). Förderlich wirken ein offener, antistigmatisierender Umgang mit dem Thema psychische Gesundheit sowie Kenntnisse über spezifische psychische Erkrankungen und wie konstruktiv auf Belastungsfaktoren reagiert werden sollte (Stegmann/Schröder 2018).

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, bedarf es unter anderem einer umfassenden Qualifizierung der betrieblichen BEM-Akteur*innen hinsichtlich *fachlicher Kompetenzen* (z. B. arbeitswissenschaftliche Grundlagen, Kenntnisse zu Krankheitsbildern), *Methodenkompetenzen* (z. B. Analysemethoden) und *Sozialkompetenzen* (z. B. Kommunikationskompetenz) (Giesert/Reuter 2015).

Ebenfalls trägt der qualifizierte Aufbau einer vertrauensbasierten BEM-Kultur, die sich durch Verfahrenstransparenz, Wertschätzung und ernstgemeiner Hilfeleistung auszeichnet, zum Gelingen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements bei (Pöser et al. 2017).

1.3 Fragestellungen der Bedarfserhebung

Das Projekt BEMpsy möchte zur Verbesserung der Ausgestaltung des BEM in Betrieben beitragen und sowohl BEM-Berechtigte als auch inner- sowie außerbetriebliche BEM-Akteur*innen in dem Gelingen von BEM-Prozessen unterstützen. Ein vielversprechender Weg liegt in der Nutzung digitaler Technologien. Diese können eine flexible und kostengünstige Informations- und Kommunikationsebene bieten sowie die überregionale Vernetzung inner- und außerbetrieblicher BEM-Akteur*innen fördern.

Ausgangspunkt der Entwicklung geeigneter digitaler Lösungen ist zunächst die Ermittlung von *zielgruppenspezifischen Bedarfen im BEM*. Hierunter werden die Bedürfnisse unterschiedlicher BEM-Akteur*innen nach Veränderung und/oder Optimierung von umwelt- und/oder personenbedingten Faktoren verstanden, welche die Umsetzung des BEM fördern oder hemmen.

Die vorliegende Bedarfserhebung widmet sich insbesondere den folgenden beiden Forschungsfragen:

- Erstens: Welche Gelingensfaktoren und Hürden sehen betriebliche Praktiker*innen im BEM bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung?
- Zweitens: Welche Qualifizierungsbedarfe haben betriebliche Praktiker*innen im BEM?

2. Methodisches Vorgehen bei der Bedarfserhebung

Zur Ermittlung des Status quo des BEM wurde eine umfangreiche Analyse der unterschiedlichen Bedarfe der im BEM beteiligten Akteur*innen in einem *Mixed-Method-Design* durchgeführt, also qualitative sowie quantitative Datenerhebungsmethoden miteinander kombiniert. Dieses Vorgehen ermöglichte eine tiefgreifende Exploration der verschiedenen Bedarfsfacetten von BEM-Berechtigten, innerbetrieblichen Akteur*innen (nachfolgend Praxispartner*innen genannt) sowie außerbetrieblichen Akteur*innen (nachfolgend Netzwerkpartner*innen genannt) im Rahmen der BEM-Praxis.

Abb. 1: Grafische Darstellung der Appreciative Inquiry

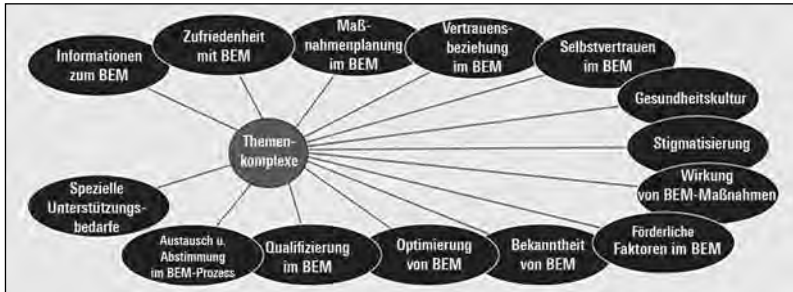
Quelle: Bushe 2011

2.1 Untersuchungsdesign

Zunächst erfolgte in dem Zeitraum vom 24.03.2021 bis zum 20.01.2022 eine quantitative Online-Befragung. Die Fragebögen wurden unter Berücksichtigung wissenschaftstheoretischer Vorüberlegungen sowie der empirischen Forschungsliteratur zielgruppenspezifisch entwickelt. Das Vorgehen bei der Itemkonstruktion war pragmatisch geleitet, also auf die praktische Relevanz abgestellt (Döring/Bortz 2016) und zielte darauf ab, förderliche und hemmende Bedingungen des BEM in Betrieben sowie Digitalisierungsbedarfe der BEM-Akteur*innen zu erheben.

Es wurden übergreifende Konstrukte definiert, welche die Durchführung und das Gelingen des BEM aus Sicht von BEM-Berechtigten, Praxis- sowie Netzwerkpartner*innen beeinflussen. Diese waren: Zufriedenheit, Vertrauen, Kooperation und Kommunikation im BEM-Prozess, BEM in Pandemiezeiten, Qualifizierungsbedarfe im BEM, unternehmensbezogene Gesundheitskultur und Stigmatisierungserfahrungen, Unterstützungsbedarfe durch externe Netzwerke sowie Angaben zur Nutzung digitaler Tools. Die das jeweilige Konstrukt erfassenden Items wurden selbst konstruiert. Ergänzend wurden persönliche Ressourcen und arbeitsbezogene Einstellungen der BEM-Berechtigten als weitere mögliche Einflussfaktoren im BEM erhoben und diesbezügliche Items empirisch bewährter Instrumente in die Befragung integriert. Weitere Variablen waren Angaben zur Demografie, Arbeitssituation und BEM-Berechtigung sowie organisationale Kennzahlen. Alle Items wurden in ein einheitliches Frage- und Antwortschema überführt und zum Teil zielgruppenübergreifend kontrastiert.

Abb. 2: Darstellung der in den Interviews aufgegriffenen Themenkomplexe



Quelle: Eigene Darstellung

Im Anschluss an die Online-Befragung wurden in dem Zeitraum vom 05.07.2021 bis zum 02.09.2021 qualitative, leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Die Konstruktion der Interviewleitfäden erfolgte nach dem Ansatz der *Appreciative Inquiry* (kurz *AI*, wertschätzendes Erkunden; Bushe 2011) mit den Phasen »Discovery«, »Dream«, »Design« und »Destiny« (vgl. Abb. 1). Diese Methode fokussiert auf die Stärken, das Positive sowie das Potenzial von Betrieben und Personen und hat den Entwurf eines optimierten Zukunftsbildes zum Ziel (Nerdinger et al. 2019).

Die erste Interviewphase »Discovery« zielte darauf ab, subjektive Sichtweisen von BEM-Berechtigten, Praxis- und Netzwerkpartner*innen sowie konkrete Einzelfallinformationen über förderliche Situationen und Bedingungen des BEM in (ihren) Organisationen zu erheben. Im Vordergrund standen spezifische Komponenten des BEM-Prozesses (vgl. Abb. 2) und die Frage: Wodurch gelingt es, dass diese in der Praxis besonders positiv wahrgenommen werden? Die Befragten gaben hilfreiche Best Practice Einblicke in die innerbetrieblichen BEM-Prozesse und lieferten damit Erkenntnisse, welche Aspekte bei der inhaltlichen Gestaltung digitaler Produkte berücksichtigt werden sollten.

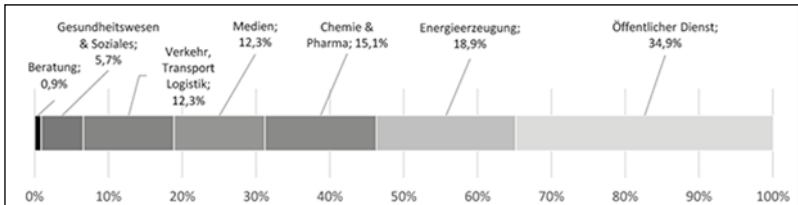
In der anschließenden Interviewphase »Dream« entwickelten die Befragten konkrete Tool-Ideen, die den BEM-Prozess ihrer Ansicht nach weiter optimieren könnten. Aus den Antworten ließen sich innovative digitale Lösungen identifizieren, welche neben weiteren im Projekt gesammelten Tool-Ideen in die projektinterne Priorisierung einfließen. Die Interviews dauerten jeweils ca. 60 bis 80 Minuten und wurden auf der Tonspur aufgezeichnet.

2.2 Stichprobe

An der Online-Befragung nahmen insgesamt $N=229$ BEM-Akteur*innen aus Unternehmen, öffentlichen Betrieben und Verwaltungen (vgl. Abb. 3) aus 13 Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen) teil, davon $n=76$ BEM-Berechtigte, $n=118$ Praxispartner*innen: z. B. BEM-Fallmanagement, Schwerbehindertenvertretung) und $n=35$ Netzwerkpartner*innen (z. B. BEM-Schulung, BEM-Beratung).

Der vorliegende Beitrag widmet sich der Sichtweise der Praxispartner*innen und zeigt Ergebnisse zu Teilaspekten der Onlinebefragung, die sich auf die von ihnen erlebten Gelingensfaktoren und Hürden im BEM-Prozess sowie auf ihre spezifischen Qualifizierungsbedarfe im BEM beziehen.

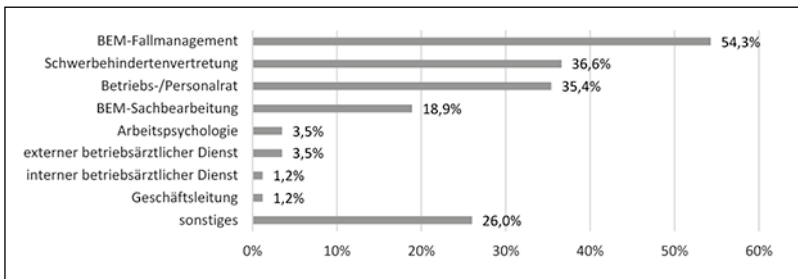
Abb. 3: Verteilung der Branchenzugehörigkeit der Praxispartner*innen. $n = 118$



Quelle: Eigene Darstellung

An der Onlinebefragung nahmen $n = 74$ (62,7%) weibliche und $n = 44$ (37,3%) männliche Praxispartner*innen teil. Abb. 3 zeigt, wie sich die

Abb. 4: Verteilung der Rollen der Praxispartner*innen der Onlinebefragung. $n = 118$, 153 Nennungen, Mehrfachnennungen möglich



Quelle: Eigene Darstellung

Praxispartner*innen auf unterschiedliche Branchen verteilen. Der größte Anteil befindet sich im Öffentlichen Dienst (34,9%, $n=37$), gefolgt von den Branchen Energieerzeugung (18,9%, $n=20$) und Chemie und Pharmazie (15,1%, $n=16$).

Abb. 4 zeigt, welche Rollen die Praxispartner*innen der Onlinebefragung innehatten. Der größte Anteil der Praxispartner*innen war im BEM-Fallmanagement (54,3%), gefolgt von der Schwerbehindertenvertretung (36,6%) und dem Betriebs-/Personalrat (35,4%) aktiv.

2.3 Datenanalyse

Zur Beantwortung der obenstehenden Forschungsfragen wurden die folgenden Konstrukte als Teilaspekte der Onlinebefragung deskriptiv ausgewertet:

2.3.1 Gelingensfaktoren und Hürden

Das Vorliegen *förderlicher Faktoren im BEM (Gelingensfaktoren)* während der Maßnahmenplanung wurde – auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 = »trifft gar nicht zu« bis 5 = »trifft völlig zu« – (mit der zusätzlichen Antwortoption »kann ich nicht beurteilen«) erhoben.

Das Vorliegen *hemmender Faktoren im BEM (Hürden)* während der Maßnahmenplanung und -umsetzung wurde – auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 = »niemals« bis 5 = »immer« (mit der zusätzlichen Antwortoption »kann ich nicht beurteilen«) – erhoben. Des Weiteren schätzten die Praxispartner*innen acht *Hürden im Rahmen der Maßnahmenplanung* sowie fünf *Hürden im Rahmen der Maßnahmenumsetzung* (vgl. Abb. 7) im Mehrfachantwortformat mit den Antwortmöglichkeiten 1 = »ja« (bzw. 0 = »n. a.«) ein.

2.3.2 Qualifizierungsbedarfe

Die persönlichen Qualifizierungsbedarfe im BEM wurden auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 = »trifft gar nicht zu« bis 5 = »trifft völlig zu« differenziert nach den folgenden vier Subskalen erhoben:

Methodenkompetenz ($N^{\text{Items}} = 11$): Bereitschaft und Fähigkeit zu zielgerichtetem, planmäßigem Vorgehen bei der Bearbeitung von BEM-bezogenen Aufgaben und Problemen. Beispielim: »Um den BEM-Prozess weiter zu optimieren, sehe ich bei mir persönlich Weiterbildungsbedarf zu folgenden methodischen Themen: Optimierung der individuellen, personenbezogenen Belastungssituation.« Die interne Konsistenz dieser Subskala betrug $\alpha = .95$.

Fachkompetenz Gesundheit ($N^{Items} = 12$): Bereitschaft und Fähigkeit, basierend auf fachlichem Wissen und Können gesundheitsbezogene Aufgaben und Probleme zielorientiert, sachgerecht und methodengeleitet zu lösen. Beispielitem: »Um den BEM-Prozess weiter zu optimieren, sehe ich bei mir persönlich Weiterbildungsbedarf zu folgenden gesundheitlichen Themen: Suchterkrankungen.« Die interne Konsistenz dieser Subskala betrug $\alpha = .96$.

Sozialkompetenz ($N^{Items} = 4$): Bereitschaft und Fähigkeit, sich im Kontext BEM mit Anderen rational, verantwortungsbewusst und wertschätzend zu verständigen. Beispiel-Item: »Um den BEM-Prozess weiter zu optimieren, sehe ich bei mir persönlich Weiterbildungsbedarf in folgenden Kernkompetenzen: Problemlösestrategien.« Die interne Konsistenz dieser Subskala betrug $\alpha = .87$.

Fachkompetenz BEM ($N^{Items} = 12$): Bereitschaft und Fähigkeit, auf Basis von fachlichem Wissen und Können BEM-bezogene Aufgaben und Probleme zielorientiert, sachgerecht und methodengeleitet zu lösen. Beispiel-Item: »Um den BEM-Prozess weiter zu optimieren, sehe ich bei mir persönlich Weiterbildungsbedarf zu folgenden fachlichen Themen: Leistungen der Kostenträger.« Die interne Konsistenz dieser Subskala betrug $\alpha = .91$.

Zur Darstellung der relativen Antworthäufigkeiten der jeweiligen Qualifizierungsskalen wurden die folgenden Wertebereiche festgelegt: 1,00 bis 1,50 = »trifft gar nicht zu«, 1,51 bis 2,50 = »trifft wenig zu«, 2,51 bis 3,50 = »trifft mittelmäßig zu«, 3,51 bis 4,50 = »trifft überwiegend zu« sowie von 4,51 bis 5,00 = »trifft völlig zu«.

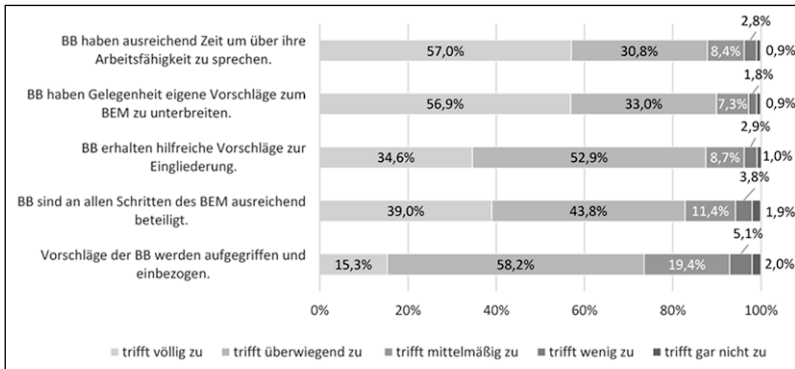
3. Ergebnisse

Die nachfolgenden Ergebnisse zeigen Gelingensfaktoren und Hürden aus Sicht der Praxispartner*innen, die während der BEM-Maßnahmenplanung und -umsetzung auftraten sowie ihre Qualifizierungsbedarfe.

3.1 Gelingensfaktoren der Maßnahmenplanung

Die Antworten der Praxispartner*innen legten nahe, dass die Maßnahmenplanung in den Organisationen weitestgehend zufriedenstellend verläuft. Wesentliche förderliche Komponenten der Maßnahmenplanung wurden eingehalten. Dass BEM-Berechtigte während der Maßnahmenplanung »ausreichend Zeit haben, um über ihre Arbeitsfähigkeit

Abb. 5: Häufigkeiten des Vorliegens von Gelingensfaktoren der Maßnahmenplanung in Prozent. n = 115. BB = BEM-Berechtigte.



Quelle: Eigene Darstellung

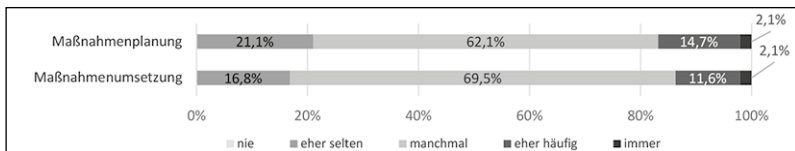
zu sprechen«, war nach Ansicht des überwiegenden Teils der Praxispartner*innen (57,0%) sogar »völlig zutreffend«.

Ebenfalls »völlig zutreffend« war nach Ansicht der Praxispartner*innen (56,9%), dass BEM-Berechtigte während der Maßnahmenplanung »Gelegenheit haben, eigene Vorschläge zum BEM zu unterbreiten«. Dass BEM-Berechtigte auch »hilfreiche Vorschläge zur Eingliederung« erhalten, traf nach Ansicht der Praxispartner*innen (52,9%) mindestens »überwiegend« zu (vgl. Abb. 5).

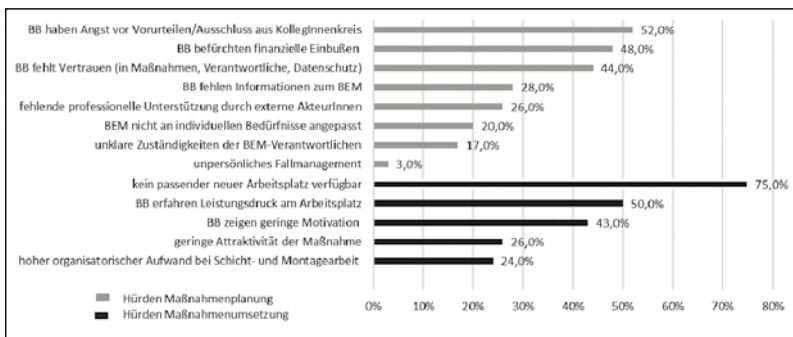
3.2 Hürden bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung

Insgesamt berichteten 80,5% (n = 95) der Praxispartner*innen von Hürden während der Maßnahmenplanung und -umsetzung. Rund zwei Drittel erlebten »manchmal« Hürden während der Maßnahmenplanung (62,1%) und -umsetzung (69,5%) (vgl. Abb. 6).

Abb. 6: Häufigkeit von Hürden während der Maßnahmenplanung und -umsetzung in Prozent. n = 95.



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 7: Art der Hürden in Prozent. n = 95. BB = BEM-Berechtigte.

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 7 erfasst die relativen Häufigkeiten des Auftretens einzelner Hürden während der Maßnahmenplanung und -umsetzung nach Einschätzung der Praxispartner*innen.

Im Rahmen der *Planung von BEM-Maßnahmen* berichtete rund die Hälfte der Praxispartner*innen (52,0%) von »Angst der BEM-Berechtigten vor Vorurteilen und Ausschluss aus dem Kollegenkreis«, »finanziellen Einbußen« (48,0%) sowie dem fehlenden »Vertrauen in BEM-Maßnahmen, Verantwortliche und den Datenschutz« (44,0%).

Während der *Umsetzung von Maßnahmen* standen drei Viertel (75,0%) der Praxispartner*innen vor der Hürde, dass »kein passender neuer Arbeitsplatz verfügbar« war; (fast) jede/r zweite Praxispartner*in berichtete davon, dass BEM-Berechtigte während der Maßnahmenumsetzung »Leistungsdruck am Arbeitsplatz« (50,0%) erleben oder »eine zu geringe Motivation« an den Tag legen (43,0%).

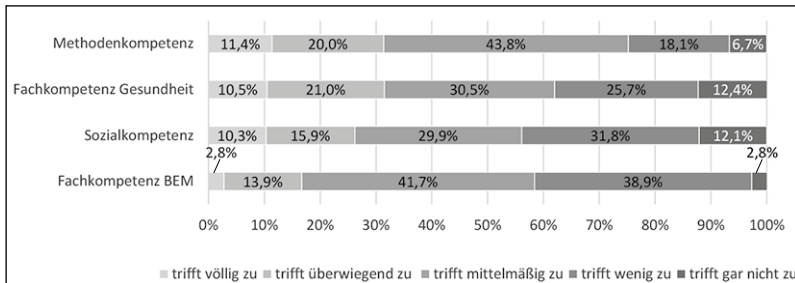
3.3 Qualifizierungsbedarfe

Die Ergebnisse zeigen, dass aus Sicht der Praxispartner*innen im Großen und Ganzen ein »mittelmäßiger« Bedarf an Qualifizierung bestand. Insgesamt sahen die Praxispartner*innen den größten Qualifizierungsbedarf im Bereich *Methodenkompetenz*, gefolgt von *Fachkompetenz Gesundheit*, *Sozialkompetenz* und *Fachkompetenz BEM*.

Abbildung 8 erfasst die jeweilige Zustimmung zu Qualifizierungsbedarfen aus Sicht der Praxispartner*innen.

Ein großer Teil der Praxispartner*innen (43,8%) sah einen »mittelmäßigen« Bedarf bezüglich *methodischer Kompetenzen*. In diesem

Abb. 8: Häufigkeiten der Qualifizierungsbedarfe in Prozent. Skala Methodenkompetenz, n = 105; Skala Fachkompetenz Gesundheit, n = 105; Skala Sozialkompetenz, n = 94; Skala Fachkompetenz BEM, n = 108.



Quelle: Eigene Darstellung

Bereich bestand – unter Betrachtung der Einzelitems – der höchste Qualifizierungsbedarf hinsichtlich der »Diagnostik der Arbeitsfähigkeit (Einschätzung der psychischen und körperlichen Fähigkeit einer/s Beschäftigten, die ihr/ihm zugewiesenen Arbeitsaufgaben zu bewältigen)«. Diesbezüglich stimmten 50,5% »völlig« oder »überwiegend« zu.

Dass ein Qualifizierungsbedarf zu *Fachkompetenz Gesundheit* bestand, sah ein knappes Drittel der Praxispartner*innen (30,5%) als »mittelmäßig zutreffend« an. In diesem Bereich sah rund jede/r Zweite (51,4%) Qualifizierungsbedarf zu den Themen »Depressionen, depressive Episoden und bipolare Störungen«.

Ebenfalls als »mittelmäßig« zutreffend schätzte fast ein Drittel der Praxispartner*innen (29,9%) die Erweiterung ihrer *Sozialkompetenzen* ein. In diesem Bereich bestand »völliger« oder »überwiegender« Qualifizierungsbedarf in der Aneignung angemessener »Problemlösestrategien«; so 38,7% der Befragten.

Dass ein Qualifizierungsbedarf hinsichtlich der *Fachkompetenz BEM* bestand, sah ein großer Teil der Praxispartner*innen (41,7%) als »mittelmäßig zutreffend« an; weiterführende Erkenntnisse bezüglich »Leistungen der Kostenträger« erachtete jede/r Zweite (50,9%) als »völlig« oder »überwiegend« bedeutsam.

4. Diskussion, Fazit und Ausblick

Die vorliegende Analyse aus Sicht von Praxispartner*innen im BEM zeigt, dass die Maßnahmenplanung in den Betrieben weitestgehend zufriedenstellend umgesetzt wird. BEM-Berechtigte erhalten ausreichend Zeit, um über die Arbeitsfähigkeit zu sprechen, sie können eigene Vorschläge zum BEM einbringen und erhalten hilfreiche Vorschläge zu ihrer Eingliederung. Bei einem überwiegenden Teil der Praxispartner*innen treten jedoch auch Hürden während der Maßnahmenplanung und -umsetzung auf. Sowohl strukturelle, betriebsinterne Faktoren, wie das Fehlen geeigneter alternativer Arbeitsplätze für Rückkehrende, als auch individuelle, persönliche Gründe, wie die Angst vor Vorurteilen und Ausschluss aus dem Kolleg*innenkreis sind bedeutsam.

Qualifizierungsbedarfe werden vor allem hinsichtlich methodischer Kompetenzen, zum Beispiel Gefährdungs- und Belastungsanalysen sowie fachlicher Kompetenzen zu gesundheitlichen Themen, wie psychische Beeinträchtigungen gesehen.

Die Bedarfserhebung zeigt, wie wichtig es ist, Vertrauen in das BEM aufzubauen und Unkenntnis zu reduzieren. Die Aufklärung über Ziele und Prozessschritte des BEM sowie die Sensibilisierung betrieblicher Praktiker*innen und Kolleg*innen hinsichtlich psychischer Erkrankungsbilder kann dazu beitragen, dass sich in Betrieben eine vertrauensbasierte, wertschätzende BEM-Kultur etabliert, die zum Gelingen von BEM beiträgt. Darüber hinaus stellt die gezielte Qualifizierung betrieblicher Praktiker*innen das Vorhandensein notwendiger Wissensbestände sowie Handlungskompetenzen sicher und bietet damit eine solide Basis für den konstruktiven, vertrauens- sowie verständnisvollen Umgang mit zurückkehrenden Mitarbeitenden.

Um den Bedarfen im BEM vollumfänglich zu begegnen, ist es notwendig, sämtliche Perspektiven zu betrachten. Insbesondere der Blick (psychisch beeinträchtigter) BEM-Berechtigter sowie die Expertise außerbetrieblicher Akteur*innen hinsichtlich hemmender und fördernder Faktoren im BEM liefern wertvolle Hinweise zur Ausgestaltung eines erfolgreichen BEM und ermöglicht, den besonderen Herausforderungen gezielt zu begegnen. Um diese mehrperspektive Sicht zu erschließen, ist die vorliegend durchgeführte Bedarfserhebung im Mixed-Method-Design besonders geeignet. Die Ergebnisse der quantitativen Online-Befragung liefern präzise Daten zu vielfältigen Themenkomplexen und

ermöglichen einen umfassenden, objektiven Überblick des Zustandes im BEM aus Sicht der beteiligten Akteur*innen.

Weiterführende Auswertungen werden sich den Ergebnissen der qualitativen Interviews widmen, durch die sich durch spezifisches Vertiefen der vorliegenden quantitativen Ergebnisse noch detaillierte Hintergrund- und Kontextinformationen zu den Faktoren erschließen lassen, die das BEM positiv beeinflussen und konkrete Hinweise auf digitale Lösungen liefern, welche den BEM-Prozess aus Sicht der unterschiedlichen BEM-Akteur*innen – und so auch aus Sicht der Praxispartner*innen – optimieren.

Aufbauend auf den vorliegenden sowie weiteren Ergebnissen werden dann in einem nächsten Schritt gezielt digitale Angebote entwickelt. Diese können der Informations- und Kompetenzvermittlung dienen sowie die Vernetzung und Kooperation der beteiligten BEM-Akteur*innen fördern und dazu beitragen, den besonderen Herausforderungen im BEM, insbesondere hinsichtlich psychischer Beeinträchtigungen, zu begegnen.

Literatur

- Adolph, L./Kirchhoff, B./Geilen, J.H. (2020): Sicherheit und Gesundheit in der digitalen Arbeitswelt, in: G. Maier/G. Engels/E. Steffen (Hrsg.): Handbuch Gestaltung digitaler und vernetzter Arbeitswelten. Springer. Download unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-52979-9>.
- BAuA (2020): Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Download unter: <https://doi.org/10.21934/BAUA:BERICHT20191007>.
- Bushe, G. R. (2011): Appreciative Inquiry: Theory and Critique, in D. Boje/B. Burnes/J. Hassard (Hrsg.): The Routledge Companion To Organizational Change, S. 87–103. London: Routledge. Download unter: <https://doi.org/10.4324/9780203810279>.
- Döring, N./Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Springer. Download unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>.
- Freigang-Bauer, I./Gröben, F. (2011): Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen: Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure. Hans-Böckler-Stiftung.
- Giesert, M./Reuter, T. (2015): Qualifizierung betrieblicher AkteurlInnen – Kooperation und Handlungskompetenz fördern, in J. Prümper/T. Reuter/A. Sporbert (Hrsg.): BEM-Netz – Betriebliches Eingliederungsmanagement

- erfolgreich umsetzen: Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt, S. 63–68. HTW Berlin.
- Gimpel, H./Lanzl, J./Manner-Romberg, T./Nüske, N. (2018): Digitaler Stress in Deutschland. Eine Befragung von Erwerbstätigen zu Belastung und Beanspruchung durch Arbeit mit digitalen Technologien. Hans-Böckler-Stiftung.
- Knieps, F./Pfaff, H. (Hrsg.) (2021): BKK Gesundheitsreport 2021. Krise – Wandel – Aufbruch: Zahlen, Daten, Fakten. MWV.
- Knoche, K./Sochert, R. (2013): iga.Report 24. Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. BKK BV, DGUV, AOK-BV, vdek. <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20191007>,
- Lohmann-Haislah, A. (2019): Stressreport Deutschland 2019. BAuA.
- Nerdinger, F. W./Blickle, G./Schaper, N. (2019): Arbeits- und Organisationspsychologie. Springer. Download unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56666-4>.
- Ohlbrecht, H./Detka, C./Kuczyk, S./Lange, B. (2018): Return to Work und Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement, in: Die Rehabilitation, Nr. 57 (3), S. 157–164. Download unter: <https://doi.org/10.1055/a-0608-9402>.
- Pöser, S./Becke, G./Schwerdt, C. (2017): Psychische Gesundheitsrisiken als Herausforderung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM): Problemfelder, Gestaltungsbedarfe und -ansätze für betriebliche Akteure, in: Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, Nr. 19. Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen. Download unter: www.econstor.eu/handle/10419/168381.
- Riechert, I./Habib, E. (Hrsg.) (2017): Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Mitarbeitern mit psychischen Störungen. Springer. Download unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49112-6>.
- Rothe, I./Adolph, L./Beermann, B./Schütte, M./Windel, A./Grewer, A./Formazin, M. (2017): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Wissenschaftliche Standortbestimmung. BAuA. Download unter: www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Psychische-Gesundheit.html.
- Stegmann, R./Schröder, U. B. (2018): Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt: Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement. Springer. Download unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17882-6>.

Janna C. Stark

Himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt.

(K)ein gutes Leben mit einer bipolaren Störung

Bipolar – was heißt das?

Mein Leben lang war ich wütend, und ich wusste nicht warum. Dann – Anfang vierzig – kam die Achtsamkeit in mein Leben. Die Achtsamkeit tat mir gut, half mir meine Herausforderungen und mich selbst, besser zu verstehen. Die Wut wurde weniger. Mit der Wut verließ mich aber auch die Energie, die mich bis dahin durchs Leben getragen hatte. Dafür zog die Depression ein.

Heute weiß ich, dass ich eine bipolare Störung habe. Die Diagnose ist keine Entschuldigung, aber sie erklärt vieles. Endlich weiß ich, was mit mir los ist. Vieles aus der Vergangenheit, meine Wutausbrüche, meine Zweifel, das hin und her geworfen werden zwischen »himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt« haben einen Namen bekommen und eine Erklärung.

Der Ausdruck »himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt« beschreibt sehr treffend die Gedanken und Gefühlswelt bipolarer Menschen. »Zu Tode betrübt« steht für die depressiven Phasen, in denen Niedergeschlagenheit, Freud- und Antriebslosigkeit typische Symptome sind, aber auch Wut und Verzweiflung. »Himmelhochjauchzend« beschreibt die Manie. Typisch sind beispielsweise ein unbegründetes Hochgefühl, Gedankenrasen und Ideenflut, übersteigerte Aktivität, vermindertes Schlafbedürfnis, Gereiztheit oder der Drang zu viel zu reden. Im Extremfall kann es zu totalem Realitätsverlust und völliger Selbstüberschätzung kommen, und dadurch zu großen familiären, finanziellen und beruflichen Problemen. Betroffene haben ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko. Das Risiko ist am höchsten, wenn nach der Hochphase der Manie, in der man sich vielleicht überschuldet hat, die Familie verlassen oder den Job gekündigt hat, die Depression folgt und die Menschen vor dem Scherbenhaufen ihres Lebens stehen.

Glücklicherweise bin ich an dieser Stelle überhaupt nicht gefährdet, denn ich habe eine ziemlich große Existenzangst. Die Existenzangst war zwar oft hinderlich, wenn es um wichtige Entscheidungen in meinem Leben ging. Aber sie ist auch ein großer Schutzfaktor, für den ich heute sehr dankbar bin. Sie verhindert, dass ich zu große Risiken eingehe, mich finanziell ruiniere oder auf die Idee komme, mich zu suizidieren.

Je nach Verlauf unterscheidet man Bipolar-I- und II-Störungen. Bei den Bipolar-I-Störungen sind die manischen Phasen deutlicher und auffälliger. Früher wurde die Bipolar-I-Störung als manische Depression, die Betroffenen als manisch-depressiv bezeichnet. Bei den Bipolar-II-Störungen sind die Phasen der Hochstimmung weniger ausgeprägt, man spricht dabei von Hypomanie. Phasen von Manie und Depression können über Wochen und Monate anhalten, dazwischen kann es aber auch mehrjährige Phasen mit vollständiger Remission, das heißt ohne jegliche Krankheitsanzeichen, geben. Bei manchen Betroffenen schwanken die Stimmungen auch sehr schnell, wöchentlich, täglich oder sogar stündlich. Dann spricht man von Rapid oder Ultrarapid Cycling.

Der Verlauf der Erkrankung und die damit einhergehenden Symptome sind sehr individuell. Kennst Du einen bipolaren Menschen, kennst Du *einen* bipolaren Menschen!

Das Leben mit einer bipolaren Störung ist oft nicht einfach. Unerkannt und unbehandelt können auch leichtere Krankheitsverläufe zu erheblichem Leiden führen. Mit passender therapeutischer Unterstützung und einem verständnisvollen Umfeld ist dagegen meist ein gutes Leben möglich.

Ich hatte schon immer ein gutes Leben, liebevolle Eltern, die nur das Beste für mich und meinen Bruder wollten, eine gute Ausbildung, war erfolgreich im Beruf, und mit das Wichtigste: Ich hatte immer gute Freunde an meiner Seite, die mich so genommen haben, wie ich bin. Aber mein Leben war nie leicht, oft habe ich es mir selbst schwer gemacht. Leicht ist es immer noch nicht, aber mit der Diagnose habe ich Wissen und Werkzeuge an die Hand bekommen, die mir helfen mit den alltäglichen Herausforderungen besser umzugehen. Das macht es leichter, nicht nur mir, auch meinen Mitmenschen, nicht immer, aber immer öfter.

Von Anfang an

Beginnen wir am Anfang. Geboren wurde ich am 1. Mai 1966, einem sonnigen Sonn- und Feiertag, um 5.45 Uhr im Katholischen Krankenhaus in Unna. Die Fahne an der Tankstelle meiner Eltern in Pelkum wurde gehisst und so die neue Erdenbürgerin offiziell und für alle sichtbar willkommen geheißen.

Die ersten Jahre war ich ein blondes Engelchen. Dann hatte ich zwei epileptische Anfälle. Danach kam ein B dazu. Blond war ich immer noch, aber aus dem Engelchen wurde ein Bengelchen, oder besser gesagt: ein trotziges Teufelchen. Im Nachhinein weiß man vieles besser, und heute ist bekannt, dass die Medikamente, die ich damals nehmen musste, zu Wesensveränderungen, zu Aggressivität, gestörtem Sozialverhalten und zu kognitiven Einschränkungen führen können.

Abgesehen davon, dass ich oft trotzig, wütend oder aufmüpfig war, Schwierigkeiten beim Gedichtelernen hatte, manchmal fast meinen Kopf zu Hause vergessen hätte, wenn er nicht angewachsen gewesen wäre, und meine Eltern viel Nerven gekostet habe, bin ich ganz gut durch Kindheit und Jugend gekommen. Vielleicht auch weil nach zehn Jahren Schluss war mit den Medikamenten. An dem Tag, an dem ich meinen 14. Geburtstag feiern wollte, spielten wir auf dem Schulhof Fußball. Ich bückte mich, um den Ball aufzuheben, und als ich wieder hochkam, dotzte mein Kopf heftig an das Kinn eines Mitschülers. Im Unterricht danach erzählte ich ziemlich viel Unsinn, mein Vater holte mich ab und brachte mich ins Krankenhaus. Dort wurden mittels EEG die Gehirnströme gemessen. Diagnose: Gehirnerschütterung. Die Geburtstagsfeier fiel ins Wasser. Aber wie so oft im Leben: Alles hat auch eine gute Seite. Es gab im EEG keine Hinweise mehr auf eine Epilepsie, und die Medikamente konnten abgesetzt werden. Was ein Glück im Unglück! Auch wenn ich in dem Augenblick lieber meinen Geburtstag gefeiert hätte.

Die Angst, dass die Epilepsie zurückkommen könnte, blieb jedoch und damit auch die Angst davor, die Kontrolle zu verlieren, das Bewusstsein, dass mit mir und meinem Kopf etwas nicht in Ordnung ist. Ich war zwar seltener wütend, sozial verträglicher, aber mein Ruf war ruiniert, und blieb es auch bis zum Ende der Schulzeit.

Mit 45 Jahren erzählte mir eine Freundin, dass fast jedes fünfte Kind epileptische Anfälle hat, die sich bei den meisten aber ohne Folgen

»verwachsen«. Was für eine Erleichterung! Die Angst, die Kontrolle zu verlieren, ist zwar immer noch da, aber seltener.

Das erste Tief

Schon als Kind wollte ich Tierärztin werden. Im Tiermedizinstudium fühlte ich mich wohl, ich war ich nicht mehr so anders als die anderen. Rückblickend gab es aber auch die ersten Anzeichen für eine bipolare Veranlagung. Während andere sehr strukturiert lernten, sich morgens um 8 Uhr an den Schreibtisch setzten und um 17 Uhr »Feierabend« hatten, lief das bei mir eher chaotisch. Übersprungshandlungen, wie fernsehen, Kaffee trinken, Zeitung lesen oder telefonieren, hielten mich vom Lernen ab, bis der Druck groß genug war und ich mich an den Schreibtisch setzte. Dann lernte ich oft bis in die Nacht hinein - oder auch mal bis zum nächsten Morgen.

Vor der allerletzten Prüfung, Gynäkologie, wurde es extrem. Wenn ich die Prüfung bestünde, wäre ich Tierärztin. Was ich danach machen wollte, wusste ich noch nicht.

Für die Prüfung mussten wir einen gynäkologischen Krankenbericht über eine Kuh schreiben. Aber ich konnte nicht, ich hatte eine Schreibhemmung, ich war wie gelähmt. Ich saß vor einem leeren Blatt Papier, konnte keinen vernünftigen Gedanken fassen und schon gar nicht zu Papier bringen.

Nachdem ich stundenlang in meiner Wohnung abwechselnd auf und ab tigerte oder zusammengekauert in der Ecke saß, Unmengen an Tränen vergossen hatte und kurz davor war alles hinzuschmeißen, rief ich Freunde an, die bereits mit dem Studium fertig waren, und fragte, ob sie mir helfen könnten. Ich fuhr zu ihnen, wir redeten erst mal, und irgendwann schaffte ich es, mit dem Schreiben zu beginnen, mit einem damals hochmodernen Atari-Computer, mit der Hand schreiben ging gar nicht. Ohne meine Freunde und ohne den Computer wäre ich aufgeschmissen gewesen. Erst spätabends kam ich in meine WG. Die Prüfung am nächsten Tag habe ich nach einer sehr kurzen Nacht – trotzdem oder deswegen – mit Bravour bestanden.

Himmelhochjauchzend

Die erste »Hochphase«, an die ich mich bewusst erinnere, erlebte ich während meines Promotionsstudiums. Das Thema meiner Promotionsarbeit war das »Isoliert perfundierte Rindereuter – Ein Modell zur Prüfung der Hautverträglichkeit«. Dabei ging es um eine Ersatzmethode für Verträglichkeitsuntersuchungen, die bis dahin an lebenden Tieren durchgeführt wurden. Die Euter musste ich vom Schlachthof holen und im Institut wurden sie dann stundenlang mit Nährlösung durchströmt, oder um es fachlich korrekt auszudrücken: perfundiert. Dazu wurden sie in einer Vorrichtung aufgehängt. Anfangs nutzte ich das Gestell meiner Vorgängerin, eine mehr oder weniger provisorische Lösung. Da ich von meinem Vater handwerkliches Geschick und Erfindungsreichtum geerbt hab, habe ich irgendwann auf dem Papier eine neue Aufhänge-Vorrichtung entworfen. Nach zwei durchwachten Nächten ging es mir richtig gut, man könnte auch sagen: ich war völlig überdreht. Das war mir natürlich nicht bewusst, ich war einfach nur begeistert von meinem tollen Entwurf, den ich so schnell wie möglich umsetzen wollte. Die Worte sprudelten nur so aus mir heraus und meinen Betreuer überrollte ich quasi mit meiner Idee. Das fand der gar nicht lustig, und ließ mich einfach abprallen. Wer will schon überrollt werden. Und, zack, nach der »Manie« fand ich mich in der »Depression« wieder. An die Einzelheiten des Gesprächs erinnere ich mich nicht, aber genau an das Gefühl der Enttäuschung, dass meine geniale Idee nicht auf fruchtbaren Boden traf.

Ein Muster, das sich danach noch unzählige Male wiederholen sollte. Das waren natürlich keine echten manischen oder depressiven Phasen, doch ein Hinweis darauf, dass ich ein bipolarer Mensch bin. (Noch) nicht krank oder gestört, aber mit einer entsprechenden Veranlagung. Dem Hochgefühl, das ich bei der Entwicklung meiner Ideen, neuer Konzepte und Strategien hatte, folgte oft Ernüchterung und Enttäuschung, wenn diese von meinen Vorgesetzten oder Kollegen abgelehnt oder, wie es sich für mich anfühlte, »abgeschmettert« wurden. Viele Projekte konnte ich am Ende trotzdem umsetzen, doch meist war der Weg dahin kräftezehrend.

Lange Zeit hatte ich genug Kraft und Ausdauer, um diese Hochs und Tiefs, die Kämpfe und Anstrengungen zu kompensieren. Auch wenn es meine Chefs nicht leicht mit mir hatten und ich nicht mit ihnen, kamen

wir doch mehr oder weniger gut miteinander aus, weil sie meine Stärken schätzten und dafür die damit verbundenen Schwächen akzeptierten. Meist hatten wir zumindest ähnliche Vorstellungen von dem Job, den ich zu machen hatte. Wenn es mir zu bunt wurde, wechselte ich die Stelle. Regelmäßig, aber nicht oft.

Ankommen mit vierzig – mit Intuition zum Ziel

Meine berufliche Laufbahn habe ich nie wirklich geplant. Ich wollte einfach einen Job, der mir Spaß macht. Technische oder Produktmanagerin war mein Traumjob, weil ich dort meine tierärztliche Tätigkeit mit meinem Interesse an Marketing verbinden konnte. Ich musste nicht alles wissen, »nur« wissen, wen ich fragen kann. Ich hielt die Fäden in der Hand, und musste die anderen »nur« zum Mitmachen bewegen. Mein anderes berufliches Ziel: Mit vierzig an dem Ort, in dem Unternehmen anzukommen, an dem ich bis zur Rente bleiben wollte. So ist es dann auch gekommen, nur anders als ich dachte.

Mit vierzig – mitten im Ski-Urlaub in Zermatt – bekam ich einen Anruf von einem Headhunter. Mittlerweile war ich beruflich in der Nähe von München gelandet. Die ausgeschriebene Stelle befand sich in der Nähe von Mainz, also mehrere Hundert Kilometer entfernt. Die Stelle war der Traum. Den zukünftigen Chef kannte ich von früher, eine Zusammenarbeit konnte ich mir gut vorstellen. Aber: Wieder gute Freunde zurücklassen, ganz von vorne anfangen, wollte ich das wirklich? Ich habe Wochen gebraucht, unzählige, stundenlange Gespräche geführt, und mich dann dagegen entschieden und die Stelle telefonisch abgesagt.

Als ich am nächsten Morgen wach wurde, war mir schlecht, mein Magen brannte, mir war klar: Die Entscheidung war falsch. Ich habe dann noch eine Nacht darüber geschlafen. Als mein Bauch am nächsten Morgen immer noch wehtat, entschloss ich mich, die Stelle doch anzunehmen. Es kostete mich reichlich Überwindung meinen potenziellen Chef noch mal anzurufen. Insgeheim rechnete ich damit, dass er mich zum Teufel schicken würde oder dahin, wo der Pfeffer wächst. Mein Anruf erreichte ihn in Amerika, wir verabredeten uns zu einem Telefonat ein paar Tage später. Und tatsächlich hat er mich trotz des Hin und Her eingestellt. Ich habe die Entscheidung nie bereut und glaube er auch nicht. Er wurde der beste Chef, den ich jemals hatte. Auch wenn er mich nicht immer verstand, nahm er mich so, wie ich war,

nutzte meine Stärken, und unterstützte mich dabei an meinen Schwächen zu arbeiten. Mit ihm zusammen und vielen tollen Kollegen durfte ich weltweit den erfolgreichsten Tierimpfstoff einführen, den es je gab. Die beste Zeit meines Berufslebens.

Gelernt habe ich damals, dass ich mich auf mein Bauchgefühl verlassen kann. Das funktioniert allerdings nur in Bereichen, in denen ich mich auskenne, denn Intuition ist in den Bauch gerutschtes Wissen und Erfahrung.

Tour der Leiden oder: Wie ich olympisches Gold gewann

Nach dreieinhalb Jahren endete leider unsere direkte Zusammenarbeit. Ich bekam einen neuen Chef, und meine »Tour der Leiden« begann. Er hatte sich mich nicht ausgesucht und ich mir nicht ihn. Wir hatten sehr unterschiedliche Vorstellungen davon, wie ich meine Stelle auszufüllen hatte, welche Schwerpunkte zu setzen waren.

Hinzu kamen kulturelle Unterschiede. Als Westfälin, dazu noch Sternzeichen Stier und bipolar gestört - wie ich heute weiß - bin ich offensiv, direkt und hartnäckig, manchmal starrsinnig und aufbrausend, mein Gegenüber eher das Gegenteil, quasi nie die Fassung verlierend oder laut. Da trafen Welten aufeinander. Die Chemie stimmte einfach nicht. Das konnte nicht gut gehen, aber ich wollte es nicht wahrhaben.

Außerdem war er ja nicht der erste Chef, mit dem ich Schwierigkeiten hatte. Ich hatte es schon schwer genug mit den Chefs, die ähnlich tickten, ähnliche Vorstellungen hatten, und sie mit mir. Mein Unabhängigkeitsstreben war schon immer sehr ausgeprägt, auch Autoritäten können mich nur mit wirklich guten Argumenten überzeugen. Etwas zu tun, das mir nicht sinnvoll erscheint, ist für mich fast unmöglich.

Ich wollte nicht wieder umziehen und mir ein neues soziales Umfeld aufbauen, nur um dann nach zwei, drei Jahren festzustellen, dass es auch mit dem nächsten Chef nicht viel besser lief. Mich selbst wurde ich ja nicht los. Also blieb nur eins: an mir selbst zu arbeiten. Oder wie es Mahatma Gandhi ausdrückte: »Sei Du selbst die Veränderung, die Du Dir wünschst für diese Welt«. Der Weg war schwierig, steinig und hart. Von vielen Tiefen und Höhen geprägt. Er hat sich gelohnt. Heute fühle ich mich wie ein Tour de France-Sieger oder die Gewinnerin des olympischen Marathons. Viele Menschen würden vermutlich gerne eine Gold-Medaille, den Ironman auf Hawaii oder die Tour de

France gewinnen. Doch die Allerwenigsten sind wahrscheinlich bereit, die damit verbundenen Mühen und Schmerzen auf sich zu nehmen.

Meinen Weg habe ich mir nicht bewusst ausgesucht. Heute weiß ich: Es war der richtige Weg, trotz aller Tränen, Wut und Verzweiflung. Es war der Weg zu mir selbst, mich selbst so anzunehmen zu können, wie ich bin, wohlwollend mit meinen eigenen Unzulänglichkeiten umzugehen, und nicht nur sagen, sondern auch fühlen zu können: Ich bin gut so wie ich bin. Nicht immer, aber immer öfter.

Seit ich besser mit mir selbst zurechtkomme, läuft es auch besser mit meinen Mitmenschen. Es fällt mir leichter, ihre Stärken zu sehen und ihre Unzulänglichkeiten auszuhalten. In diesem Sinne bin ich auch meinem letzten Chef dankbar, denn ohne ihn hätte ich mich nicht zu der entwickelt, die ich heute bin. Robert Betz hat für solche Menschen das schöne Wort »Arschengel« geprägt.

Vielleicht hätte es auch einen leichteren Weg gegeben, einen mit weniger Leid und Schmerz, dann wäre ich vielleicht nur zweite Siegerin oder Deutsche Meisterin geworden. Das hätte auch gereicht für ein gutes oder glückliches Leben. Aber jetzt es ist gut so, wie es ist.

Hochstaplerin

Mein ganzes Berufsleben war davon geprägt, dass ich das Gefühl hatte, dass mit mir, mit meinem Kopf etwas nicht stimmt, ich nicht gut genug bin. Ich dachte, ich müsste immer mehr leisten, um den Ansprüchen der anderen zu genügen, um meinen Job nicht zu verlieren. Im Nachhinein klingt das auch für mich abstrus, und ich weiß, dass es vor allem meine eigenen Ansprüche waren, die mich getrieben haben, mein Perfektionismus.

In der Situation selbst war das gar nicht lustig. Der Druck, der auf mir lastete, war enorm. Eigentlich niemandem war ein Blick hinter die Fassade erlaubt, schon gar nicht im beruflichen Umfeld. Meine Selbstzweifel, meine Ängste behielt ich schön für mich. Nach außen wirkte ich stark und ehrgeizig. Ich war erfolgreich, aber auch unentspannt, undiplomatisch und unnahbar.

Heute weiß ich, dass ich schon damals unter Denkverzerrung litt. Meine Erwartungen waren überzogen und unrealistisch. Ich war richtig gut und erfolgreich und habe es selbst nicht gemerkt. In den jährlichen Mitarbeitergesprächen wurde meine Arbeit immer hochgelobt,

die Bewertung lag meist weit über dem Durchschnitt. Und ich dachte: Das ist alles nur Zufall. Die anderen sind doch viel besser als ich. Ich mache doch gar nichts Besonderes. Irgendwann merken das auch meine Chefs, und dann bin ich meinen Job los.

Für diese Gedankengänge gibt es einen Fachbegriff: das Impostor- oder Hochstapler-Syndrom. Wie schon erwähnt unterstützte mein bester Chef mich dabei, an meinen Schwächen zu arbeiten. Dazu gehörte auch ein Coaching. Neben Qigong und Meditation war das Coaching für mich der erste Schritt zur Selbstreflexion und dahin wahrzunehmen, was wirklich ist. Noch heute bin ich dankbar dafür. Die Coach sagte damals zu mir: »Wenn Sie 80 % leisten, ist das immer noch 120 % des Durchschnitts.« Das war das erste Mal, dass mir wirklich bewusst wurde, dass meine Ansprüche und Erwartungen möglicherweise nicht der Norm entsprechen und aus dem Rahmen fallen. Seitdem hilft mir der Satz »80 % tun es auch!« Ressourcen zu sparen und meinen Perfektionismus nur dort auszuleben, wo es Zeit und Umfeld erlauben: nicht immer, aber immer öfter.

Zu Tode betrübt

Auf die Stelle, die dann schließlich mein letzter Chef bekam, hatte ich mich auch beworben. Ich hatte lange gezögert, mich dann aber doch dafür entschieden. Auch um hinterher nicht sagen zu müssen: »Ach, hätte ich doch nur.« Den Plan B hatte ich in der Tasche. Ich war Mitte vierzig und mir war klar, dass ich zu viel arbeitete und mein Privatleben vernachlässigte. Ich bekam Angst, Angst allein alt zu werden und einsam zu sterben.

Die ausgeschriebene Stelle war eine Führungsposition. Hätte ich sie bekommen, hätte ich die nächsten Jahre keine Zeit gehabt, mich um mein Privatleben zu kümmern, und schon gar nicht um eine Beziehung. Mein Versprechen an mich selbst: Wenn ich die Stelle nicht bekomme, nehme ich mir Zeit für mich und mein Beziehungsleben. Als ich die Stelle nicht bekam, war ich tatsächlich ein bisschen erleichtert und machte mich auf die Suche nach einer besseren Hälfte. Ich wurde erstaunlich schnell fündig und verliebte mich Hals über Kopf. Ich zog in eine neue Stadt und nahm einen deutlich längeren Arbeitsweg in Kauf. Was tut man nicht alles für die Liebe.

Die erste Zeit lief es gut, mit der Liebe und auch im Job. Mit der Zeit stellte sich allerdings heraus, dass mein Chef und ich ziemlich konträre Vorstellungen von meinen Aufgaben hatten. Und auch das Beziehungsleben lief nicht reibungslos. Ein Grund: Meine bessere Hälfte meinte, die Arbeit würde mich zu sehr in Anspruch nehmen und ich solle doch weniger Zeit im Büro verbringen. Kürzertreten konnte ich aber nicht, denn da war ja immer noch – Sie wissen schon – die Denkverzerrung und die Angst nicht gut genug zu sein und schließlich meinen Job zu verlieren. Auch wenn sich die Umstände geändert hatten, es war immer noch mein Traumjob. Den konnte ich nicht aufgeben, ich konnte nicht loslassen. Einen anderen, ähnlich gut auf mich zugeschnittenen Job in erreichbarer Nähe, gab es nicht und so blieb ich, wo ich war. Ich krieg das schon hin – dachte ich.

Pustekuchen, an meinen eigenen Ansprüchen verzweifelnd, geriet ich mehr und mehr in eine depressive Phase. Ich kam morgens nicht mehr aus dem Bett, schaffte es kaum pünktlich zur Arbeit zu kommen, starrte immer öfter Löcher in die Luft, konnte mich zu nichts aufraffen, nicht mal im Urlaub. Meine bessere Hälfte erkannte das und schickte mich zum Psychiater. Der diagnostizierte eine mittelgradige Depression, verschrieb mir Medikamente und riet mir, die Stelle zu wechseln. Die Medikamente nahm ich, aber die Stelle konnte und wollte ich nicht wechseln. Grundsätzlich war es immer noch mein Traumjob, und meinen Chef würde ich schon noch von meinen Qualitäten überzeugen.

Allerdings waren meine Kompensationsmechanismen langsam ausgeschöpft. In der Beziehung kriselte es immer mehr, auf der Arbeit wurde ich immer dünnhäutiger, verlor auch mal die Fassung. Tränen liefen, Türen knallten. Es war klar, es muss was passieren, sonst wäre ich tatsächlich bald meinen Job los. Und so ging ich ins Trainingslager, um mein Leben wieder in den Griff zu bekommen, in meine erste psychosomatische Reha.

Von der Depression zur Manie

Als ich eine Woche in der Klinik war, teilte mir meine bessere Hälfte mit, dass sie zu Hause ausgezogen sei. Zunächst fiel ich ins Bodenlose, wurde zum Glück aber durch eine Mitpatientin, die heute eine gute Freundin ist, und meine Therapeutin aufgefangen. Dann kippte die Stimmung. Aus der Depression, in der ich mich vorher befand, wurde

eine Manie, zumindest eine Hypomanie. Ich hatte mir eine Galgenfrist ausgebeten, eine Woche später wollten wir noch einmal reden. In der Zwischenzeit musste ich mir eine gute Strategie ausdenken, um meine Beziehung zu retten. Das braucht natürlich Zeit, also arbeitete ich die Nächte durch. Tagsüber war ich ja im Trainingslager.

Je weniger ich schlief, desto mehr sprudelten die Ideen. Beim Abendessen sagte meine Freundin zu mir: »Es reicht, wenn Du mir von jeder dritten Idee erzählst.« Dabei war es nur jede Zehnte, die ich mit ihr teilte. Der Chefarzt der Klinik hatte einen trockenen Humor. Nach ein paar Tagen erklärte er mir: »Sie kennen doch Krieg und Frieden, oder? Krieg und Frieden war nach drei Monaten fertig. Leo Tolstoi auch.« Sollte heißen: Achten Sie auf sich selbst. Ein Rat, der mir später noch oft helfen sollte.

Nach dem Beziehungsgespräch stand fest: Die Beziehung ist nicht mehr zu retten. Zumindest hatte ich Klarheit. Die half mir loszulassen und wieder etwas runterzukommen. Im »Normalbereich« war ich damit noch lange nicht. Denn jetzt fing ich an, Pläne zu schmieden, wie es mit meinem Leben weitergehen könnte. Auslöser war ein weiterer Spruch bei der Chefarztvisite: »Sie müssen sich auch nicht immer nur nach oben orientieren. Sie dürfen auch mal nach unten schauen.« Das war die Initialzündung für meine Qigong-Ausbildung. Zu Hause hatte ich eine Qigong-Lehrerin. Ich hätte nie daran gedacht, selbst Qigong zu unterrichten, weil ich es mir bei dem Vorbild nie zugetraut hätte. In der Klinik gab es auch Qigong, nur ganz anders. Das, was dort geboten wurde, genügte eigentlich nicht meinen Ansprüchen, aber ich wusste: Das kann ich auch, vielleicht sogar besser. Also versuchte ich es.

Zufällig begann in Bad Griesbach, wo ich zur Reha war, nur ein paar Wochen später ein neuer Lehrgang. Weit von zu Hause entfernt, aber was hieß schon zu Hause: eine große leere Wohnung, in einer für mich immer noch weitgehend fremden Stadt. Kurzentschlossen meldete ich mich an und mietete eine kleine, schnuckelige Wohnung vor Ort. Qigong-Ausbildung, Zweitwohnung und Fahrtkosten: Nicht ganz billig, aber ihren Preis wert. Die Entscheidung erwies sich als goldrichtig. Bad Griesbach wurde zu einem Rückzugsort, an dem ich Abstand gewinnen und zur Ruhe kommen konnte. Besonders die Wochenenden, an denen die Qigong-Ausbildung stattfand, taten mir gut.

Heute ist meine Qigong-Lehrerin immer noch großes Vorbild und ich bin sicher, sie wird es auch bleiben. Vorbilder geben Orientierung, aber wir dürfen unseren eigenen Weg suchen, und das habe ich getan.

Das, was ich damals von ihr gelernt habe, darf ich heute selbst weitergeben und anderen Menschen damit helfen, zu sich selbst zu kommen. Anders, aber ähnlich und vor allem: auch gut.

Der nächste Zusammenbruch

Aufgrund der besonderen Umstände dauerte die Reha länger als ursprünglich geplant. Erst nach acht Wochen ging es wieder nach Hause. Kurz darauf begann die Wiedereingliederung. Ich freute mich wieder auf die Arbeit, schließlich war sie auch Ablenkung von meiner gescheiterten Beziehung. Und es war gut, dass ich langsam anfangen konnte.

Die ersten Wochen zurück auf der Arbeit liefen gut. Zumindest dachte ich das. Ich war voll motiviert, hatte viele Ideen, und die Arbeit machte mir Spaß. Wie jedes Jahr organisierte ich die Verleihung eines Forschungspreises. Es war das sechste Mal, dass der Preis vergeben werden sollte. Ich war ziemlich aufgeregt, und ich freute mich sehr auf die Veranstaltung. Die Veranstaltung lief reibungslos, abgesehen davon, dass ich mit einem unserer Meinungsbildner und einer Kollegin für kurze Zeit im Aufzug feststeckte. Die Rückmeldungen waren toll, alle waren begeistert von der Organisation und der familiären Atmosphäre. Das anschließende Wochenende verbrachte ich in einem ziemlich hohen Hochgefühl.

Umso tiefer war dann der Fall in der darauffolgenden Woche. Mein Chef teilte mir mit, dass ich ein anderes Produkt betreuen sollte. Statt 300 Millionen Euro Umsatzverantwortung, nur noch 30 Millionen. Das war aber bei weitem nicht das Schlimmste. Der Impfstoff, den ich vorher betreut hatte, war mein Baby. Ich hatte ihn mit eingeführt, quasi auf die Welt gebracht. Ich kannte alle Stärken, von denen es viele gab, und auch die wenigen Schwächen. Jeder, der etwas über das Produkt wissen wollte, fragte als Erstes bei mir nach. Ich kannte nicht jedes Detail, aber ich wusste, wer zu fragen war. Das Produkt, für das ich dann zuständig war, war zehn Jahre vorher eingeführt worden. Alle anderen waren Experten, nur ich nicht. Ich war verloren, zumindest fühlte ich mich so.

Es gibt drei wichtige Bereiche im Leben, drei Beine eines stabilen Schemels: die Partnerschaft oder Familie, den Wohnort und das soziale Umfeld und die Arbeit. Meine Beziehung war zerbrochen, damit war

ein Bein weg. Auf zwei Beinen kann man noch stehen. Eine neue Wohnung, ein neues Umfeld musste auch her, da für mich alleine der weite Arbeitsweg keinen Sinn machte. Also war nur noch ein Bein übrig. Auf dem kann man immerhin noch balancieren. Dann nahm mir mein Chef auch noch das letzte Vertraute, das ich hatte. Ohne Beine kann niemand stehen, auch nicht der resilienteste Mensch.

Ich versuche anzunehmen, dass er nur das Beste wollte, für das Unternehmen und für mich. Ich konnte die Entscheidung sogar nachvollziehen, denn ich selber wusste zu dem Zeitpunkt nicht, wie belastbar ich noch war, was ich noch leisten konnte. Nur die Art und Weise, wie sie zustande kam und kommuniziert wurde, tut heute noch weh. Plötzlich war nichts mehr, wie es war. Meine ganze Welt brach zusammen. Gerettet haben mich Freunde, meine Familie und mein Rückzugsort in Bad Griesbach. Glücklicherweise bin ich überhaupt nicht suizidgefährdet – Sie wissen schon: meine Existenzangst – sonst hätte es auch ganz böse ausgehen können.

Spätestens jetzt hätten sich die meisten psychisch gesunden Menschen einen neuen Job gesucht, in einer anderen Abteilung oder auch in einem anderen Unternehmen. Aber ich konnte nicht, denn mein Selbstwertgefühl war am Boden und ich war psychisch krank – immer noch, auch wenn mir das damals so nicht bewusst war.

Feuerlöscher und Denkverzerrung

Ich reduzierte meine Arbeitszeit auf 80%, was zeitlich immer noch 100% eines »normalen« Jobs entsprach, aber zumindest waren es keine 120 oder 150% mehr. Ich absolvierte meine Qigong-Ausbildung und träumte von einer Nebentätigkeit als Eventmanagerin und Achtsamkeitstrainerin. Ein Logo wurde entworfen, eine Website erstellt, Werbegeschenke geordert und Eröffnung gefeiert. Da ich aber immer noch über 40 Stunden pro Woche in meinem eigentlichen Job feststeckte, und nicht wirklich gesund war, blieb es erstmal bei den Träumen, abgesehen von der ein oder anderen Stunde Qigong, die ich unterrichten durfte. Die Nebentätigkeit war nicht mit meinem Hauptberuf vereinbar – vorerst. Und auch ein weiteres Ziel, das ich mir während der Reha – meinem Trainingslager für das wirkliche Leben – gesetzt hatte, musste erst einmal warten. Wörtlich: »Ich möchte reich werden, nicht an Geld, sondern an menschlichen Begegnungen. Und ich möch-

te zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung psychischer Erkrankungen beitragen, oder besser: davon betroffener Menschen, und diese in die Mitte der Gesellschaft, insbesondere in die Arbeitswelt, rücken.« Damals etwas holprig formuliert, aber immer noch mein Ziel. Auch wenn ich es zwischendurch fast aus den Augen verloren hätte.

Ich suchte mir eine Therapeutin, die immer wieder das Feuer löschen musste, wenn ich mit meinem Chef aneinandergeraten war, und machte ansonsten weiter so wie bisher. Zwei Jahre später war die Qigong-Ausbildung abgeschlossen, ich arbeitete wieder Vollzeit und hatte meine Träume auf Eis gelegt. Ich hatte das Gefühl, alles liefe wieder in normalen Bahnen. Aber das tat es nicht. Meine Vorstellungen und die meines Chefs standen sich immer noch diametral gegenüber. Nur nahm ich das nicht wahr, weil mein Chef die Kritik zwischen den Zeilen äußerte.

Zwischen den Zeilen zu lesen ist leider nicht meine Stärke. Bei den Westfalen gibt es erst was auf die Nase, dann wird geredet, zum Schluss ein Bier zusammen getrunken und alles ist wieder gut. Die leisen Töne sind nicht so unser Ding, und schon gar nicht meins. Deutlich wurden die Diskrepanzen zwischen uns bei der abschließenden jährlichen Beurteilung. Ich fiel aus allen Wolken, als mein Chef mir mitteilte, dass ich zwar alle Aufgaben wie abgesprochen erledigt hätte, dass ich aber seine Erwartungen nicht erfüllen würde. Das hatte nicht nur monetäre Auswirkungen. Viel schlimmer war für mich, dass ich es nicht hatte kommen sehen. Ich zog alle Register, um die Beurteilung zu ändern, und machte dadurch alles nur noch schlimmer. Ich bat auch um ein Gespräch mit dem Betriebsrat, der Personalabteilung und seinen Vorgesetzten. Ich wollte erklären, warum ich so war, wie ich war, im Grunde genommen eine gute und loyale Mitarbeiterin. Nur bräuchte ich dafür eine lange Leine und das Vertrauen meines Vorgesetzten. Erreicht habe ich das genaue Gegenteil, noch mehr Misstrauen, noch mehr Kontrolle. Kein Wunder ich hatte einen einstündigen Monolog gehalten und die anderen kaum zu Wort kommen lassen. Wenn ich zurückschaue, weiß ich, dass das völlig unangebracht war.

Ein paar Monate später wurde mir ein Aufhebungsvertrag angeboten. Auch das konnte ich verstehen. Nur annehmen konnte ich ihn nicht. Denn ich wußte nicht wohin. Mittlerweile hatte ich eine schöne Wohnung gefunden, nur ein paar Kilometer vom Arbeitsplatz entfernt, mir ein neues soziales Umfeld aufgebaut, und eine Psychotherapeutin auf die ich mich verlassen konnte.

Ich konnte nicht weg, denn dann wäre ich womöglich am Ende des Tages in der Gosse gelandet. So habe ich tatsächlich gedacht und gefühlt. Sie erinnern sich: Denkverzerrung. Ein typisches Symptom in der Depression, aber auch in der Manie. Ein depressiver Mensch unterschätzt, ein manischer überschätzt sich.

Schlusswort

Seitdem ist noch viel passiert. Es ging weiter bergab, bevor es dann endlich wieder bergauf ging. Glücklicherweise hat mir der liebe Gott eine ganze Menge an Hirnzellen mitgegeben. Für die Routinen des täglichen Lebens manchmal schon zu viele, doch bei der Krankheitsbewältigung sind sie sehr hilfreich. Ich habe Spaß am Denken, und das Beobachten habe ich als Tierärztin gelernt. Ich kann logisch-analytisch und vernetzt denken, mir neues Wissen innerhalb kurzer Zeit aneignen. Ich übe ein gutes und gesundes Leben zu führen. Das funktioniert aber nur, wenn ich mich von Dingen, die MICH belasten, soweit möglich fernhalten kann. Das sind in den Augen anderer Menschen oft Kleinigkeiten, mich jedoch können sie aus der Bahn werfen. Andere Dinge wiederum, die anderen schwerfallen, fallen mir total leicht.

Hinter mir liegen neun Jahre Selbstreflektion in Form von Psychotherapie, mehr als sechs Monate Trainingslager in Form von Klinikaufenthalt, und gut 25 Jahre als Tierärztin in der veterinärpharmazeutischen Industrie. Die letzten drei Jahre habe ich intensiv zur Recherche genutzt und mich im Bereich psychische Gesundheit fortgebildet.

Meinen Traumberuf musste ich aufgeben, meine Gesundheit ist wichtiger. Mit den Worten Schopenhauers: Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.

Mein Leben als Tierärztin ist vorbei, doch wo eine Tür zugeht, geht eine andere auf. Jetzt freue ich mich auf mein Leben als Mentorin für psychische Gesundheit, Expertin für Neurodiversität und Achtsamkeitstrainerin. Das was ich in meinem Leben lernen und erfahren durfte möchte ich jetzt an andere Menschen weitergeben, sie auf ihrem Weg ein Stück begleiten, ihren Blick öffnen, für das was möglich ist und ihnen so das Leben ein bisschen leichter machen.

Heute, mit all dem Wissen, all den Erfahrungen der letzten Jahre, und ohne den Druck Entscheidungen über Leben und Tod, Gesundheit und Leid, treffen zu müssen, bin ich oft glücklich und zufrieden.

Ich weiß, worauf ich achten muss, wenn ich drohe in die Manie zu rutschen: Ausreichend Schlaf und Reizreduktion. Auch die depressiven Phasen sind nicht mehr so schwer. Ich weiß, dass es eigentlich immer einen Auslöser gibt. Den muss ich finden und auflösen. Das gelingt mir schneller, nicht immer, aber immer öfter.

Ich weiß, dass es nicht egoistisch ist, zuerst für sich selbst zu sorgen, bevor ich mich um andere kümmere. Tatsächlich ist es ein Akt der Nächstenliebe. Denn in der Bibel heißt es: »Liebe Deinen Nächsten, wie Dich selbst.« Und nur wenn ich mich selbst liebe, kann ich auch die Anderen lieben. Im Flieger heißt es nicht umsonst: »Setzen Sie sich zuerst selbst die Sauerstoffmaske auf, und dann ihren Mitreisenden.« In diesem Sinne: Sorgen Sie gut für sich selbst!

| Die Autorinnen und Autoren



Klaus Berg ist Krankenkassenfachwirt, Certified Disability Manager Professional (CDMP), Leiter der Gesundheitsmanufaktur der IKK Südwest in Mainz.

klaus.berg@arbeitsfaehig.com



Sabine Bilda ist Dipl.-Sozialpädagogin und Systemische Beraterin. Seit 2020 arbeitet sie als Fallmanagerin in der Blaufeuer-Beratungsstelle am Standort Berlin.

s.bilda@blaufeuer.info



Lisa Binse, Dipl.-Rehapäd. und MPH, bearbeitet seit 2020 im Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW den Schwerpunkt »Prävention in der Arbeitswelt«.

lisa.binse@lia.nrw.de



Thomas Demmer ist zertifizierter AF-Coach, zertifizierter Gesundheitsberater und Personalratsvorsitzender bei der Kreisverwaltung Soest.

thomas.demmer@kreis-soest.de



Dr. Janina Dyba, Dipl.Psych., ist als Referentin für den Fachverband Sucht+ e.V. (FVS) in Bonn und als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Sucht und Präventionsforschung in Köln tätig.

j.dyba@sucht.de

Die Fotos wurden von den Autorinnen und Autoren zur Verfügung gestellt.



Marianne Giesert, geschäftsführende Gesellschafterin und Direktorin der Institut für Arbeitsfähigkeit GmbH, Dipl. Sozialökonomin und Dipl. Betriebswirtin. Ihre Kernkompetenzen liegen im Bereich Beratung, Seminare, Tagungen, nationale und europäische Projekte, Publikationen, Aus- und Weiterbildungen mit Zertifikat. Sie ist Supervisorin, Coach und seit Ende 2000 als ECA-Business- und Management-Coach sowie als Lehrcoach und als AFCoach tätig.
marianne.giesert@arbeitsfaehigkeit.com



Dr. Rüdiger Hannig ist Vorstandsvorsitzender des BApK's und seit vielen Jahre Angehöriger. Er engagiert sich in unterschiedlichen Gremien für die Interessen der Angehörigen als der größten Gruppe im psychiatrischen System. Er erhofft sich davon, einen gesellschaftlichen Raum zu schaffen, in dem das Leid der Angehörigen und Betroffenen verringert wird und neue Wege für alle Beteiligten gefunden werden.

hannig.bapk@psychiatrie.de



Dr. Thomas Klein ist Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht+, Fachverband für Sucht plus Psychosomatik (FVS), war über 3 Jahrzehnte Leiter einer Fachklinik für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, hat einen Lehrauftrag an der Technischen Hochschule Mittelhessen und langjährige Erfahrungen in der Vorgesetztenschulung mittelständischer und großer Betriebe im Bereich Gesundheitsmanagement.

T.klein@sucht.de



Wolfhard Kohte: Von 1992 bis 2012 Inhaber der Gründungsprofessur Zivilrecht II an der Juristischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mit den Aufgabengebieten Bürgerliches Recht, Deutsches und Europäisches Arbeits-, Unternehmens- und Sozialrecht. Seit vielen Jahren ist er an verschiedenen interdisziplinären Projekten beteiligt. Zahlreiche Veröffentlichungen zum deutschen und europäischen Arbeitsschutzrecht sowie zum Recht der Inklusion, AKTUELL Vorbereitung der 5. Auflage des Kommentars

Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX. Er war Forschungsdirektor am ZSH, dem Zentrum für Sozialforschung Halle e. V., und ist Mitherausgeber der Zeitschrift *Recht und Praxis der Rehabilitation* (RP-Reha) sowie des Onlineforums www.reha-recht.de.

wolfhard.kohte@zsh.uni-halle.de



Ines Krahn ist Netzwerkkoordinatorin und Geschäftsführung vom Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (Netzwerk SPiG).

krahn@selbsthilfefreundlichkeit.de



Dr. Peter Krauss-Hoffmann, Dipl.-Päd. und Dipl.-Arb.-Wiss., ist Fachgruppenleiter im Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes NRW. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen »Erhalt und Förderung der Employability«, »Digitalisierung der Arbeit« und »Prävention in der Arbeitswelt«.

peter.krauss-hoffmann@lia.nrw.de



Ruth Kremser, M. Sc. Psychologie, ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt BEMpsy an der Zusammenarbeit mit Praxis- und Netzwerkpartner*innen sowie an der Entwicklung und Umsetzung der regionalen Lern- und Experimentierräume in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz beteiligt. Sie wirkt außerdem an Publikationen, Webartikeln und der Öffentlichkeitsarbeit mit.

ruth.kremser@gaw-wai.de



Brit Leissler (RCA) ist Produkt Designerin mit weitreichender Erfahrung in interdisziplinärem Design und agiler Produkt-Entwicklung mit Schwerpunkt Design Thinking/HCD. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin des vom BMAS geförderten Projekts BEMpsy: Digital einfach machen (www.bempsy.de; Laufzeit 2020–2023) ist sie zuständig für die User Experience und das Interface Design des zu entwickelnden Onlineportals für das BEM, ebenso für die partizipative, agile Entwicklung digitaler Tools für das BEM.

brit.leissler@HTW-Berlin.de



Klaus Leuchter ist Disability Manager (CDMP), BEM-Berater und Leiter der BEM-Akademie des Vereins zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung – esa e.V. Als Sozialversicherungsfachangestellter hat er langjährige Berufserfahrungen im Sozialversicherungsrecht. Seine Schwerpunkte sind die Beratung von Betrieben, insbesondere Klein- und Kleinstbetrieben, zu den Themen Sucht und Arbeit sowie Umgang mit langzeiterkrankten Beschäftigten (BEM). Klaus Leuchter ist Initiator und Mitbegründer des Vereins Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. und des Vereins zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung esa e.V. Er ist Geschäftsführer und BEM-Berater des esa e.V.

leuchter@esa-sh.de



Lorenz Leven ist Psychologe und Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Klinische Epidemiologie der Universität Würzburg, die Blaubeuer im Rahmen des Projekts SEMpsych wissenschaftlich begleitet.

lorenz.leven@uni-wuerzburg.de



Jasmin Meichsner arbeitet seit 2015 als Gesundheitswissenschaftlerin im Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW mit den Schwerpunkten Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention in der Arbeitswelt.

jasmin.meichsner@lia.nrw.de



Dipl. Psych. Anika Melzer unterstützt als wissenschaftliche Mitarbeiterin das vom BMAS geförderte Projekt »BEMpsy: Digital einfach machen« (www.bempsy.de; Laufzeit 2020–2023). Der Fokus ihrer Arbeit liegt hierbei bei der umfangreichen Bedarfsanalyse rund um das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), der Projektevaluation und der partizipativen Entwicklung digitaler Tools für das BEM.

Anika.Melzer@HTW-Berlin.de



Manuela Metzner, M.Sc. Psychologie, unterstützt als wissenschaftliche Mitarbeiterin das BEMPsy-Team bei der Erhebung der Bedarfe aller in der BEM-Praxis beteiligten Akteure. Ihre Hauptaufgaben liegen in der Entwicklung und Umsetzung von Befragungskonzepten, der Datenanalyse und Projektevaluation sowie der partizipativen Entwicklung digitaler Tools für das BEM.

Manuela.Metzner@HTW-Berlin.de



Kathrin Moreno Superlano, M.Sc. Human Factors, ist stellvertretende Projektleiterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im vom BMAS geförderten Projekt »BEMpsy: Digital einfach machen« (www.bempsy.de; Laufzeit 2020–2023). Neben der operativen Projektleitung sind ihre Schwerpunkte eine umfangreiche Bedarfsanalyse rund um das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), die Projektevaluation und die partizipative Entwicklung digitaler Tools für das BEM.

kathrin.moreno@HTW-Berlin.de



Mag. Dr. Franz Pietsch ist Leiter der Gruppe Humanmedizinrecht im österreichischen Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Seinem Verantwortungsbereich ist unter anderem auch die Fachabteilung für nicht übertragbare Krankheiten, psychische Erkrankungen und Altersmedizin zugehörig.

franz.pietsch@sozialministerium.at



Dr. Jochen Prümper ist Professor für Wirtschafts- und Organisationspsychologie an der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) Berlin und Projektleiter des vom BMAS geförderten Projekts »BEMpsy: Digital einfach machen« (www.bempsy.de; Laufzeit 2020–2023).

jochen.pruemper@htw-berlin.de



Carina Rabe ist Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Stadt und Landkreis Fürth, M.A. Systemische Beratung, Systemische Supervisorin und Coach.
carina.rabe@bezirk-mittelfranken.de



Tobias Reuter ist Diplom-Ökonom und geschäftsführender Gesellschafter der Institut für Arbeitsfähigkeit GmbH. Er verfügt über viele Jahre Erfahrungen im Bereich Arbeitswissenschaft, Personalentwicklung, Personalführung sowie Kommunikation und Gesprächsführung sowie in der Beratung von Unternehmen bei der Implementierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Seine Schwerpunkte liegen dabei bei den Themenfeldern Betriebliches Eingliederungsmanagement und gesundes und altersgerechtes Führen.

tobias.reuter@arbeitsfaehig.com



Waltraud Rinke war während ihrer langjährigen Berufstätigkeit bis März 2020 als Führungskraft im Personalbereich der DB Regio AG tätig. Seit 2017 ist sie ehrenamtliche Vorsitzende der Deutschen DepressionsLiga e.V, der bundesweit tätigen Patientenvertretung für Menschen, die unter unipolarer Depression leiden.

w.rinke@depressionsliga.de



Manfred Schneider ist pensionierter Kriminalbeamter und war als nebenamtl. Sozialer Ansprechpartner bei der Polizei tätig. Er ist zert. Genesungsbegleiter. Mitglied im Landespsychiatriebeirat und Landesteilhabebeirat in Rheinland-Pfalz, Mitglied der Fachkommission Maßregelvollzug RLP und arbeitet mit der Hochschule der Polizei RLP, der Hochschule für Soziales Rhein-Main. Des Weiteren ist er externer Genesungsbegleiter bei der Stadtverwaltung Bad Kreuznach. Er ist Mitglied diverser Vereine im Bereich der psychischen Gesundheit in Deutschland und Mitglied von Mental Health Europe, Unterstützer der »grünen Schleife« und 1. Vorsitzender des Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e.V.

manfredschneider.kh@web.de



Martin Schultz, Diplom-Verwaltungswirt, Marketingkommunikationswirt, Fitnessfachwirt Psychologischer Berater und EX IN-Genesungsbegleiter, Vorstandsmitglied exPEERienced e.V.M

martin.schultz@email.de



Carsten Speckmann ist Verwaltungswirt, zertifizierter AF-Coach, Leiter der BEM-Geschäftsstelle und Mitarbeiter des Teams BGM bei der Kreisverwaltung Soest.

carsten.speckmann@kreis-soest.de



Janna C. Stark war 25 Jahre als Tierärztin und Produktmanagerin in der veterinärpharmazeutischen Industrie tätig. Heute ist sie Mentorin für psychische Gesundheit und Achtsamkeitstrainerin.

janna.c.stark@outlook.de



Franziska Stiegler studierte Sozialwissenschaften und Psychologie in Berlin und arbeitet als Referentin für gesundheitliche Auswirkungen des Wandels der Arbeit im Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Berlin. Zuvor leitete sie das Projekt psyGA – Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt beim BKK Dachverband e.V. und arbeitete als Beraterin und Trainerin für ein Mitarbeiterunterstützungsprogramm in Frankfurt am Main.

franziska.stiegler@bmas.bund.de



Prof. Dr. med., Dr. phil., M.Sc. Alf Trojan (London), Mediziner, Soziologe, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung, Bürgerbeteiligung, Gesundheitsberichterstattung; Selbsthilfegruppen; Kommunale Gesundheitspolitik; Stadt Gesundheit.

trojan@uke.de



Kerstin Trostmann ist Leiterin für Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit beim Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. Außerdem betreut sie verschiedene Projekte u. a. aus den Bereichen Antistigma und Junge Selbsthilfe.

trostmann.bapk@psychiatrie.de



Elisabeth Wienemann war im Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft an der Leibniz Universität Hannover als Dozentin mit Schwerpunkt Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalentwicklung tätig. Sie ist Mitautorin der Qualitätsstandards für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen.

mail@elisabeth-wienemann.de



Cordt Winkler ist Autor des Buches »ICH ist manchmal ein anderer - Mein Leben mit Schizophrenie«. Er ist als Ex-IN-Genesungsbegleiter in der Stationsäquivalenten Behandlung tätig und lebt in Berlin.

cordt@cordtwinkler.com



Merle Wunderling ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt BEMpsy an der Zusammenarbeit mit Praxis- und Netzwerkpartner*innen sowie an der Entwicklung und Umsetzung der regionalen Lern- und Experimentierräume in Bayern und Berlin/Brandenburg beteiligt. Sie wirkt außerdem an Publikationen, Webartikeln und der Öffentlichkeitsarbeit mit und ist

als Arbeitsfähigkeitscoach tätig.

merle.wuenderling@gaw-wai.de