

**Berufliche (Re-)Integration psychisch Kranker - Erfolgsfaktoren,
Herausforderungen - wie Institutionen Unternehmen und MitarbeiterInnen
unterstützen können - am Beispiel vom Institut zur beruflichen Integration (ibi).**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

MSc

im Universitätslehrgang Social Work

eingereicht von

Mag. (FH) Nina-Désirée Sonnleitner

Zentrum für Gesundheitsförderung, Sport und Sozialwirtschaft

an der Donau-Universität Krems

Betreuer/in: Claudia Caruso, MSc

Begutachter/in: DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS

Wien, am 23. 12. 2015

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag. (FH) Nina-Désirée Sonnleitner, geboren am 19.6.1981 in Wien erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Nina-Désirée Sonnleitner

ABSTRACT

Berufliche (Re-)Integration psychisch Kranker beschäftigt sich mit der Eingliederung von psychisch Erkrankten in den Arbeitsmarkt. Maßnahmen beginnen bei Ergo- bzw. Arbeitstherapie in stationären Einrichtungen und strecken sich von der Arbeit in geschützten Werkstätten über spezielle Ausbildungsprogramme bis hin zur Begleitung in den ersten Arbeitsmarkt und die über die Einstellung hinaus andauernde Arbeitsassistenz bei Beratung bei Konflikten und Krisen während einer Anstellung. Um die Erfolgsfaktoren und Herausforderungen der Unternehmen in der Zusammenarbeit mit Erwerbstätigen mit psychischen Erkrankungen zu untersuchen und weiter zu eruieren, wie die Arbeitsassistenz diese ideal unterstützen kann, wurden qualitative Interviews geführt und sodann mit der aktuellen Literatur gegenübergestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Randgruppe psychisch Kranker im Arbeitsalltag stark abhängig von ihrem Umfeld ist. Die größten Herausforderungen der Firmen und ihren Führungskräften liegen darin, Vertrauen und Verständnis zu bzw. für die Betroffenen aufzubauen. Weiter bereiten das Verhalten und die Leistung der psychisch Kranken und natürlich die Offenlegung der Krankheit aber auch Faktoren aus dem privaten Umfeld, die die Unternehmen nicht beeinflussen können, Schwierigkeiten, die aber laut Befragten mit viel Ausdauer und Engagement zu bewältigen sind. Die Erfolgsfaktoren sehen die Interviewpersonen in der Tätigkeit, Kommunikation, Zeit und der Einbindung bzw. dem Verantwortungsgefühl der Vorgesetzten sowie die Ergebnisse zeigen, dass Hilfestellung von außen durch die Arbeitsassistenz die berufliche (Re-)Integration erfolgreich machen kann. Denn wie die Empirie zeigt, können Einrichtungen wie das ibi (Institut zur beruflichen Integration) oder inter.work positiv bei Vorurteilen, Stigmen und Konflikten im Umgang mit psychisch Kranken beraten und KollegInnen und Vorgesetzte für die Zusammenarbeit mit dieser Zielgruppe sensibilisieren, sowie die benötigte Hilfestellung in der Erarbeitung von Lösungen anbieten und die Arbeitsbeziehung im Idealfall wieder zu stabilisieren. Die Resonanz der Firmen, die bereits Kontakt mit der PSZ Arbeitsassistenz hat, war äußerst positiv und es wurde betont, dass sich mehr Unternehmen der schwierigen Aufgabe stellen würden, psychisch Kranke einzustellen, wenn es mehr (Förder-)möglichkeiten für Unternehmen gäbe.

Job reintegration of mentally ill persons deals with the professional integration of mentally sick people in the labour market. Measures of occupational integration include ergotherapy and work therapy in stationary facilities, protected places of work, specific vocational training programmes and support to get an employment into the first labour market as well as continuous work assistance once a position is found for the person in case of any problems or conflicts which might arise at the workplace. In order to evaluate the success factors and main challenges of companies in their working relationships with persons who have a mental illness and to analyse how work assistance can support these best, qualitative interviews were deducted and compared to with current findings on the field. Results show that the fringe group of mentally ill persons depend a lot on their working environment. The major challenges of the companies and their managers are to build trust and understanding for the concerned persons. Further, the behaviour and the performance of the affected persons and the disclosure of the sickness in the company as well as factors in the private environment of these create difficulties, which can though be handled by being persistent and committed by the involved people. According to the interviewees the factors of success are the kind of work of the sick person has to carry out, communication, time, the involvement and the sense of responsibility of the direct superior. Moreover, the study shows that external support of the work assistance can make the professional integration successful. Empirical analysis reveals that institutions like ibi and inter.work affect positively in case of prejudices, stigmas and conflicts in the collaboration with mentally sick people and can give helpful advice to colleagues and supervisors and assist in finding solutions and help in order to bring again stability in the work relationship. The feedback of the companies who were already in contact with the work assistance of the PSZ was extremely positive and stressed that more firms would face the difficult task and employ mentally sick persons, if there was more aid and fundings for these.

Stichworte:

Berufliche Integration, Berufliche Reintegration, Berufliche Rehabilitation, Psychisch Kranke, Arbeitsassistenz, Supported Employment, Arbeitsrehabilitation, Erfolgsfaktoren, Erfolgreiche Arbeitseingliederung, Mentale Probleme, Konflikte am Arbeitsplatz, Stigmen psychisch Erkrankter, Randgruppe, Soziale Exklusion, Soziale Lage, Interventionen, Rolle Soziale Arbeit bei psychischen Erkrankungen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	5
2. Theorie und Methodik	7
3. Fragestellung und Sinnstiftung	7
4. Begriffserklärung Berufliche (Re-)Integration	8
4.1 Arten von Arbeitsrehabilitation	8
4.2 Veränderbare, voraussagbare Größen der erfolgreichen Arbeitsrehabilitation psychisch Kranker	9
4.3 Besonderheiten der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker	9
4.3.1 Vorurteile und Stigmen	10
4.3.2 Stigmenverstärkung durch Medien	12
4.4 Soziale Exklusion psychisch Kranker	13
4.4.1 Methoden gegen Arbeitsexklusion	13
4.4.2 Aspekte erfolgreicher Eingliederung	14
4.4.3 Supported Employment	17
4.4.4 Interventionen bei Konflikten in Unternehmen	17
4.4.5 Typen „schwieriger“ MitarbeiterInnen	18
4.4.6 Typen von Vorgesetzten	19
4.4.7 Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation	19
4.4.8 Die Rolle der Sozialen Arbeit im Umfeld psychischer Erkrankungen	20
4.5 Generelle zukünftige Richtlinien bzw. Verbesserungen für psychische Erkrankungen im Arbeitsumfeld	20
5 Randgruppe psychisch Kranker	21
5.1 Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen	21
5.1.1 Depressionen (F32)	21
5.1.2 Bipolare Störungen (F31)	22

5.1.3 Angststörungen (F40,F41)	22
5.1.4 Schizophrenie (F20)	23
5.1.5 Persönlichkeitsstörungen (F60, F61)	23
5.1.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	24
5.2 Definition von Randgruppen	24
5.2.1 Entstehung von Randgruppen	25
5.2.2 Bewältigung der Betroffenen der beschädigten Identität	26
5.2.3 Soziale Lagen von Randgruppen	27
5.3 Psychisch Kranke als Randgruppe	29
5.4 Historische Entwicklung der sozialen Integration der Randgruppe psychisch Kranker	29
5.5 (Gesellschaftliche) Exklusionskritik	30
5.6 Mentale Probleme am Arbeitsplatz	33
6 Empirische Sozialforschung	37
6.1 Forschungsgegenstand	37
6.1.1 PSZ Arbeitsassistenten	37
6.1.2 Interviewte Personen	39
6.1.3 Kategorien	39
6.2 Methodik	40
6.2.1 Qualitatives Interview	40
6.2.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse	43
6.3 Ergebnisse der Empirie	45
6.3.1 Arbeitssituation der Beteiligten	45
6.3.1.1 Generelle Arbeitssituation der Betroffenen	45
6.3.1.2 Zufriedenheit der Vorgesetzten und der betroffenen MitarbeiterInnen	45

6.3.1.3 Aufgabengebiet der Erkrankten	46
6.3.1.4 Kommunikation mit den Betroffenen	46
6.3.1.5 Veränderung seit Offenlegung der Krankheit bzw. seit der Zusammenarbeit mit der PSZ Arbeitsassistenz	47
6.3.1.6 KollegInnen der Betroffenen	48
6.3.1.7 Größte Schwierigkeit bzw. am herausforderndsten oder positiv in der Zusammenarbeit mit psychisch kranken MitarbeiterInnen	48
6.3.1.8 Hauptproblematik	49
6.3.1.9 Rückfälle und lange Absenzen	49
6.3.1.10 Führungsstil der Vorgesetzten	49
6.3.1.11 Präventive Maßnahmen	50
6.3.2 Vorurteile	50
6.3.2.1 Veränderung in der Zusammenarbeit seit Offenlegung der psychischen Erkrankung bzw. seit Begleitung durch die PSZ Arbeitsassistenz	51
6.3.3 Zusammenarbeit mit der PSZ Arbeitsassistenz	51
6.3.3.1 Initiative zur Zusammenarbeit mit der Arbeitsassistenz	51
6.3.3.2 Generell	51
6.3.3.4 Wünschenswerte Themen in der zukünftigen Beratung	52
6.3.3.5 Erneuter Kontakt bei Konflikten	53
6.3.3.6 Information über das Krankheitsbild	53
6.3.4 Generelle Fragen	53
6.3.4.1 Erfolg der Arbeitsassistenz	53
6.3.4.2 Statistische Daten	54
6.3.4.2.1 Ausbildung und Unternehmenszugehörigkeit	54
6.3.4.2.2 Psychische Erkrankung bei Anstellung	54
6.3.4.3 Zukünftige Einstellung psychisch erkrankter MitarbeiterInnen	54

6.3.4.4 Erfolgskritische Faktoren für die berufliche Integration psychisch Kranker	55
6.4 Interpretation der empirischen Ergebnisse	56
6.5 Gegenüberstellung mit der Theorie	59
7 Ergebnisse zu den Forschungsfragen	64
7.1 Ergebnis zu Forschungsfrage 1	64
7.2 Ergebnis zu Forschungsfrage 2	65
7.3 Ergebnis zu Forschungsfrage 3	65
7.4 Ergebnis zu Forschungsfrage 4	66
8 Zusammenfassung	69
9 Conclusio	74
Literaturverzeichnis	76
Quellenverzeichnis	80
Tabellenverzeichnis	81
Abbildungsverzeichnis	82
Abkürzungsverzeichnis	83
Anhang A	84
Anhang B	86
Anhang C	90

1. Einleitung

„Jeder hat das Recht auf Arbeit, auf freie Berufswahl, auf gerechte und befriedigende Arbeitsbedingungen sowie auf Schutz vor Arbeitslosigkeit.“ (Vereinte Nationen, 1948, S. 5)

Laut WHO leiden weltweit mehr als 500 Millionen Menschen an einer psychischen Erkrankung, Alkoholismus und/oder einer Drogensucht. Das heisst, 1,5 - 2% der Bevölkerung jedes Landes ist hiervon betroffen. (vgl. Harnois und Gabriel, 2000, S. 19) Gleichzeitig ist jedoch der Arbeitsplatz eine der Hauptumgebungen, die unser psychisches Wohlbefinden und die psychische Gesundheit beeinflussen (vgl. Harnois und Gabriel, 2000, S. 5). Umso bedenklicher, dass bis zu 90% der psychisch Erkrankten arbeitslos sind (vgl. Harnois und Gabriel, 2000, S. 9) und in Betracht gezogen werden muss, dass Arbeitslosigkeit zu einem Verlust der Tagesstruktur, der sozialen Kontakte, zu finanziellen Schwierigkeiten, einer Stigmatisierung der Gesellschaft und vieles mehr führt und andererseits belegt ist, dass Arbeit bzw. Arbeitstherapie zu einer Verbesserung der Symptomatik und natürlich somit zu einer Verbesserung der Lebensqualität von psychisch erkrankten Menschen führt und sich hieraus die Notwendigkeit ergibt, eine (Re)-Integration dieser Gruppe in den Arbeitsalltag anzustreben. (vgl. Matschig et al., 2008, S. 271)

„Viele psychisch Kranke könnten arbeiten, wenn die Arbeitsumgebung besser angepasst wäre“ (Baer, Online)

Erwerbslosigkeit beeinträchtigt nachgewiesener Weise die seelische Gesundheit. Gesundheitliche Beeinträchtigungen erschweren den beruflichen (Wieder-)Einstieg, wie aber auch Erwerbslosigkeit psychische Beschwerden verursacht. In Ländern, in denen Erwerbslose höhere und längere Unterstützungen erhalten, sowie höhere Investitionen in Arbeitsmarktprogramme getätigt werden, zeigen sich geringere psychische Beeinträchtigungen und eine geringere Suizidrate Erwerbsloser.

Da Erwerbsarbeit also neben der finanziellen Absicherung, zeitliche Struktur, soziale Kontakte, Sinnstiftung sowie einen Wegfall des negativen seelischen Befindens durch die Stigmatisierung der Gesellschaft im Falle einer Erwerbslosigkeit, gewährleistet, ist die Erwerbstätigkeit umso wichtiger im Falle psychisch Kranker. (vgl. Mühlpfordt, 2014, S.1)

Weiter ist selbstbestimmte Teilhabe kranker Menschen, sprich Reintegration in Familie, sozialem Umfeld und Berufstätigkeit bzw. Wiedererlangung dieser in der Sozialgesetzgebung verankert. (vgl. Winter, 2014, S.1)

Was also können Unternehmen für Erwerbstätige mit psychischen Erkrankungen tun bzw. wie kann diese Gruppe idealerweise beruflich re-integriert werden?

Diese Masterthesis soll zuerst Begriffe wie Berufliche (Re-)Integration und die Randgruppe der psychisch Erkrankten näher beschreiben und sodann die Schwierigkeiten und erfolgskritischen Faktoren bei der Beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker aufzeigen. Die PSZ (Psychosoziale Zentren GmbH) Arbeitsassistentz mit ihren Einrichtungen, den Institut zur beruflichen Integration Wien, NÖ und inter.work, die sich der beruflichen Arbeitsassistentz widmen, haben sich bereit erklärt, die Zusammenarbeit mit Unternehmen, die psychisch kranke MitarbeiterInnen beschäftigen und hier Leistungen der PSZ im Bereich der Beruflichen Arbeitsassistentz oder Unternehmenscoaching in Anspruch nehmen, zu beleuchten, um die benötigten Unterstützungsleistungen sowie Herausforderungen der Unternehmen besser zu verstehen.

Kernstück dieser Masterthesis ist also die Empirische Untersuchung, die mittels Interviews von neun ExpertInnen in verschiedenen Unternehmen, die einerseits bereits Erfahrung im Bereich der beruflichen Arbeitsassistentz aufweisen können oder über keinerlei externe Hilfestellung in der Arbeit mit psychisch Kranken verfügen, die Bedürfnisse und Vorurteile der Unternehmen beleuchtet um somit das Angebot bzw. die Unterstützung der Arbeitsassistentz aufgrund der Ergebnisse zu reflektieren, um sodann die Beratungsleistungen solcher Institutionen verbessern zu können.

2. Theorie und Methodik

Nach Begriffsklärung und Aufzeigen des Standes der Forschung auf dem Gebiet der Beruflichen (Re-)Integration befasst sich diese Master Thesis mit qualitativer Forschung wie folgt: Es werden neun ExpertInneninterviews mittels Leitfadeninterview durchgeführt, die anschließend durch zusammenfassendes Protokoll nach Mayring transkribiert und anhand von Kategorien nach Mayring ausgewertet werden. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte mit der PSZ Arbeitsassistentin. Die Stichprobe soll die KundInnen möglichst heterogen repräsentieren. Interviewpartner sind Entscheidungsträger, Personalverantwortliche, sowie Führungskräfte und Betriebsräte in Unternehmen, die im Umgang mit MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen Unterstützungsleistungen von ibi Wien, ibi Nö oder inter.work erhalten haben bzw. aktuell mit dem Institut zusammenarbeiten oder aber auch im Gegensatz hierzu keine externe Hilfestellung bzw. von einem anderen Anbieter im Umgang mit psychisch Kranken erhalten haben, um herauszufinden, welche Beratung hier von Bedarf ist.

3. Fragestellung und Sinnstiftung

Nach Behandlung der wissenschaftlichen Literatur und Auswertung der geführten Interviews sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

FF1: Welche Herausforderungen stellen sich für Unternehmen in der Beschäftigung psychisch kranker MitarbeiterInnen?

FF2: Welche sind die Erfolgsfaktoren in der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker?

FF3: Was sind aus Sicht der befragten Unternehmen die Hauptproblematiken in der (Re-)Integration bzw. Bedürfnisse, Stigmen und Vorurteile, bei welchen die Unternehmen und MitarbeiterInnen Unterstützung benötigen.

FF4: Wie kann die PSZ Arbeitsassistenten als Institution die Beratungsleistungen aus Firmensicht verbessern bzw. noch besser auf die Bedürfnisse und Problemstellungen der Unternehmen eingehen?

Der Mehrwert für die Forschung ergibt sich daraus, dass hinsichtlich der Bedeutung der Erwerbstätigkeit für das seelische Befinden die gleichzeitige ansteigende Ausgrenzung von psychisch kranken Menschen aus dem Arbeitsmarkt bereits bedenklich ist, dass es hier jedoch Lücken in der Beratung und fehlende wissenschaftlich belegte Konzepte gibt, wie ArbeitgeberInnen in Situationen beraten werden sollen (vgl. Baer, 2013, S. 123-131), ist es Ziel dieser Arbeit, diese Situation empirisch zu evaluieren und einerseits Beratungsleistungen verbessern zu können bzw. für zukünftige Forschungen auf diesem Gebiet einen weiteren Grundstein zu legen.

4. Begriffserklärung Berufliche (Re-)Integration

4.1 Arten von Arbeitsrehabilitation

Laut Matschnig et al. lassen sich die unterschiedlichen Arten der Arbeitsrehabilitation nach den Rahmenbedingungen der Betreuung, sprich Häufigkeit, Art, Ort, Anforderungen, bzw. Nähe zum Arbeitsmarkt eingliedern und richten sich so von Ergotherapie in stationären Einrichtungen über geschützte Werkstätten und speziellen Ausbildungsprogrammen bis hin zur Begleitung in den ersten Arbeitsmarkt. Unterschieden wird hier im englischen Raum vor allem zwischen den zwei großen Ansätzen: „first train - then place“, bei dieser Methode nimmt der/die KlientIn an bestimmten Trainingsprogrammen vor der Arbeitsmarkteingliederung teil bzw. arbeitet zeitlich begrenzt an einem geschützten Arbeitsplatz. Im Gegensatz dazu wird der/die KlientIn bei „first place - then train“ bereits während der ersten Rehabilitationsphase unter professioneller Unterstützung in den ersten Arbeitsmarkt integriert und arbeitet dort unterstützt. In der Literatur wird der „first place - then train“ Ansatz als der führende behandelt, da diese Gruppe leichter Beschäftigung findet und auch eine höhere Arbeitsleistung bringt. Beträchtliche Schwierigkeiten, den Arbeitsplatz zu

erhalten, haben allerdings nicht nur TeilnehmerInnen des first train, then place Ansatzes, sondern ebenso TeilnehmerInnen von Individual Placement and Support Programmen. (vgl. Matschnig et al., 2008, S. 272f.)

4.2 Veränderbare, voraussagbare Größen der erfolgreichen Arbeitsrehabilitation psychisch Kranker

Überraschenderweise zeigt sich kein bedeutender Zusammenhang zwischen der Ausprägung psychiatrischer Symptomatik zu Beginn der Maßnahme und der Arbeitsleistung. Innerhalb der psychischen Erkrankungen gibt es allerdings Unterschiede - so haben Menschen mit Schizophrenie als Erkrankung eine geringere Erfolgswahrscheinlichkeit als Menschen mit affektiven oder Persönlichkeitsstörungen. Allerdings besteht ein Einfluss gewisser soziodemografischer Merkmale. Das heisst, verheiratete PatientInnen, bzw. PatientInnen, die in einer Partnerschaft leben, finden leichter Arbeit bzw. können bessere Ergebnisse der Arbeitsrehabilitation nachweisen.

Weiter ist auch das Ausbildungsniveau und die frühere Arbeitstätigkeit der KlientInnen ausschlaggebend. Sprich höhere Ausbildung sowie vorangegangene Beschäftigung (bzw. kürzere vorangegangene Arbeitslosigkeit) und ein möglichst früher Beginn der Maßnahme erhöht die Erfolgswahrscheinlichkeit jedenfalls.

Einer der wichtigsten Erfolgsprädiktoren stellt die Anpassungsfähigkeit sowie das Arbeitsverhalten und die Belastbarkeit dar. Der Einfluss von Motivation bzw. der Wunsch nach Beschäftigung drückt sich als sicherstes Prognosekriterium der KlientInnen aus, weshalb motivationsfördernde Elemente Teil jeder Maßnahme sein sollten, bzw. diese auch vor jedem Prozess geprüft werden sollten.

(vgl. Matschnig et al., 2008, S. 273-276)

4.3 Besonderheiten der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker

Abgesehen von der Stigmatisierung, auf die in Abschnitt 4.3.1 näher eingegangen wird, ist ein wesentliches Merkmal das Rückfallrisiko, sprich das mögliche Wiederauftreten einer akuten Krankheitsphase, die Chronizität der Erkrankung mit immer wiederkehrenden Krankheitsepisoden und das daraus sich ergebende Bedürfnis von flexiblen Übergängen in der Rehabilitation bzw. dass letztlich das

Rehabilitationsziel auf die einzelnen Erkrankten, deren Bedürfnisse und Leistungsfähigkeit zugeschnitten werden muss, was natürlich die Evaluationsmethodik und die Prognosefähigkeit erschwert. (vgl. Längle et al., 1997, S. 480-488) Dass eine Verbesserung des Copings allerdings nur bei Rehabilitanden möglich ist, die sich in den jeweiligen Maßnahmen nicht überfordert fühlen und die ihrer gesundheitlichen Lage angepasst ist, betonen auch Wuppinger und Rauch. (vgl. Wuppinger und Rauch, 2010, S. 24)

4.3.1 Vorurteile und Stigmen

Entscheidende Probleme bzw. Gründe für die Zunahme von Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsproblemen bzw. negative Auswirkungen für den Verbleib psychisch Kranker am Arbeitsmarkt sind die Stigmatisierung psychischer Krankheiten, die fehlende Frühintervention sowie mangelnde Unterstützung seitens ArbeitgeberInnen, Hausärzten, sowie die fehlende Integration der Unterstützungssysteme seitens der PsychiaterInnen.

Ohne Zweifel ist eine bekannte frühere oder aktuelle psychische Störung vorurteilsbelastend und wirkt sich nicht nur auf Selbstvertrauen sondern auch auf die sozial-berufliche Funktion der Betroffenen aus. Diese Stereotype können ebenso den Erfolg von Rehabilitations-Maßnahmen einerseits bei Problemen an einem bestehenden Arbeitsplatz und andererseits auf der Suche nach einer neuen Stelle erheblich hindern. Vorurteile tragen so dazu bei, dass rehabilitative Maßnahmen bei psychischen Problemen deutlich geringeren Erfolg haben, als bei anderen Erkrankungen. Weiter würden ArbeitgeberInnen sehr verlässliche und einsatzfähige KandidatInnen kaum einstellen, wenn sie von einer früheren Störung wüssten bzw. BewerberInnen mit physischen Störungen klar vorziehen. Innerhalb der psychischen Störungen ist die Anstellungsbereitschaft von ArbeitgeberInnen von Menschen mit Depressionen schon sehr gering, die Chancen bei Bekanntheit von Schizophrenie oder einer Alkoholabhängigkeit sinken gegen Null. Auch eine Übernahme der Vorurteile durch die Betroffenen selbst ist nicht selten. Diese schämen sich, suchen erst spät, wenn überhaupt Hilfe auf, brechen Behandlungen teilweise ab oder setzen die Medikamenteneinnahme oft ab bzw. verstecken ihre psychischen Probleme sehr oft am Arbeitsplatz aus Angst, nicht eingestellt zu werden, unfair behandelt oder

ausgeschlossen zu werden oder auch als Spezialfall gesehen zu werden. Baer betont hier, dass nur die Hälfte der Personen mit diesen Befürchtungen derartige Diskriminierungen bereits erlebt hat, aber dieses Vermeidungsverhalten dennoch oft dazu führt, eine Stelle zu suchen bzw. zur Vermeidung der Offenlegung der Probleme, wobei sich rund drei Viertel der Arbeitgeber dies wünschen würde. Hier ist natürlich auch anzumerken, dass die Verheimlichung ebenso belastend für die Betroffenen ist und somit jegliche Unterstützung und Verständnis sowie etwaige Arbeitsplatzveränderungen gar nicht erst möglich sind. (vgl. Baer, 2014, S. 240f)

Laut Baer unternehmen ArbeitgeberInnen oft über lange Zeit viele Anstrengungen, um MitarbeiterInnen mit psychischen Problemen im Unternehmen zu halten und Führungskräfte sind hier à la longue selbst mit dieser Situation überfordert. Beklagt wird hier in erster Linie die mangelnde Zuverlässigkeit, Belastbar- und Leistungsfähigkeit sowie das erhöhte Absenksrisiko. Psychisch Kranke sind zwar im Gegensatz zu den Stereotypen zumeist teilleistungsfähig, jedoch nur bei Anpassungen der Belastung der Arbeitsumgebung.

Eine weitere Problematik laut Baer ist, dass die gängigen Stereotypen im Prozess den Betroffenen schadet und eine bessere Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten hier hilfreich ist. Der/die PsychiaterIn begünstigt PatientInnen nicht ausschließlich mit Krankschreibungen. Wie auch die Geduld von Arbeitgebern höher wäre, würden sie im Prozess besser involviert und informiert werden. Die Arbeitsunfähigkeit schließlich ist auch keine ideale Endlösung. Denn wie bereits erwähnt, ist es wichtig, dass sich die Behandelnden und Beteiligten bewusst sind, dass die Erwerbstätigkeit der Betroffenen im Normalfall das psychische Gesunden und Stabilisieren unterstützt. (vgl. Baer, 2014, S. 242-245)

Deutlich aufgezeigt wird auch, dass die Wiedereingliederung sich um ein Vieles schwieriger gestaltet als präventive Maßnahmen. Aber auch Baer betont hier, das Fehlen von Konzepten in der Kooperation zwischen ArbeitgeberInnen und PsychiaterInnen, sowie in der Aus- und Weiterbildung der HR Verantwortlichen und Führungskräften von psychisch erkrankten MitarbeiterInnen. (vgl. Baer, 2014, S. 245-247)

Weiter ist hier zu unterstreichen, dass die wohl klarste Wertung ist, psychisch Kranke im Rahmen der beruflichen Rehabilitation „normalisieren“ und leistungsfähig machen

zu wollen und den Betroffenen vermittelt wird, dass „normal“ sein mehr Wert hat, als psychisch krank zu sein. Diese „äußere Ordnung“ ist gerade in der Rehabilitation nicht hilfreich. Denn hier sollte es möglich sein, dass psychisch Kranke ihre eigenen Bedürfnisse erkennen lernen, Selbstvertrauen und -wertgefühl erlangen, sich durchsetzen und ihre Krankheit eingliedern, sowie ihre Talente einzusetzen lernen. (vgl. Domingo und Baer, 2003, S. 356)

„Wie sehr psychisch Kranke Lust bekommen auf „Arbeiten-wollen“ hängt von der Qualität der Rehabilitation Versorgung, ihren Rahmenbedingungen und der Qualität der dort stattfindenden Beziehungen ab.“ (Domingo und Baer, 2003, S. 357)

Ehrlich zu sein, in der Erwartung und den Informationen, dass es sich zB um eine/n KlientIn handelt, der/die gerne arbeiten würde, der/die das auch kann aber wenn es ihm oder ihr nicht gut geht, er oder sie Absenzen hat, dass er/sie sensibel ist bei Konflikten,... aber dass er/sie unter Betreuung und Information der ArbeitskollegInnen gegenüber über seine/ihre Fähigkeiten sowie bei nötigen Arbeitsplatzanpassungen viel beitragen kann, ist dringend benötigt, um Überforderung, Stress, Frustration etc. bei allen Beteiligten zu vermeiden und Engagement, Willen und positive Ergebnisse zu ermöglichen. (vgl. Domingo und Baer, 2003, S. 357)

4.3.2 Stigmenverstärkung durch Medien

Die Rolle der Medien ist zentral bei der Bildung und Aufrechterhaltung von Stigmen der Gesellschaft gegenüber psychisch Kranken, da ein Großteil der Informationen, die meinungsbildend ist, über Massenmedien aufgenommen und übernommen wird. Das durch die Medien übermittelte Bild ist meist negativ bis aggressiv, was unberechenbare und gewalttätige Stereotypen verstärkt. Die Übertragung durch Spielfilme, die auch eher ein negatives Bild vermitteln, ist ebenso kritisch, da die auf der Fiktion beruhende Darstellung wenig kritisch konsumiert wird, wobei hier erwähnt werden muss, dass sich die Darstellung seit den 90er Jahren verbessert hat, psychische Krankheiten nicht mehr als unheilbar dargestellt werden und immer

häufiger die Rolle der sozialen Umwelt und der Bewältigung in den Vordergrund rücken. (vgl. Baumann et al., 2003, S. 372-378)

4.4 Soziale Exklusion psychisch Kranker

Durch die Stigmatisierung der Gesellschaft und der daraus resultierenden Benachteiligung bzw. dem Ausschluss von der sozialen Teilhabe leiden viele psychisch Kranke. Seit den 70er Jahren strebt die psychiatrische Versorgung an, diese Benachteiligung abzubauen und so sind neuere Formen der Versorgung auf die Integration der Betroffenen gerichtet. So wurden langfristige stationäre Aufenthalte in Psychiatrien zum Beispiel abgeschafft, die soziale Inklusion ist dennoch offenbar nicht erreicht worden. So sind nur 24% der psychisch erkrankten Erwachsenen erwerbstätig und haben ein doppelt so hohes Risiko ihren Arbeitsplatz zu verlieren, ein dreifaches Risiko verschuldet zu werden und geschieden zu werden. Ebenso hat jede/r vierte MieterIn mit psychischen Störungen Mietrückstände und droht, seine/ihre Wohnung zu verlieren. Die meisten Betroffenen (vier von zehn) haben ausschließlich Kontakt zu anderen PatientInnen oder BetreuerInnen, enthalten sich jeglicher Aktivitäten und 80% von ihnen fühlen sich isoliert. Auch der Wohnungszugang ist für diese Personen verschlossen und so zählt diese Gruppe zu den meist ausgeschlossenen der Gesellschaft. (vgl. Richter et al., 2006, S. 704f)

4.4.1 Methoden gegen Arbeitsexklusion

Die geringe Arbeitsintegration schlägt sich natürlich ebenso in der Einkommenssituation nieder, die die finanziellen Defizite der Erkrankung verdeutlicht. Auch Richter et al. verweisen hier auf die Strategie des Supported Employments als wirksame Methode, die Unterstützung bei der Suche nach einem Arbeitsplatz im ersten Arbeitsmarkt, Arbeitsaufnahme ohne vorhergehende lange und geschützte Trainingsmaßnahmen und danach eine langfristige Betreuung am Arbeitsplatz durch einen eigenen Job-Coach und Beratung und gegebenenfalls finanzielle Anreize für ArbeitgeberInnen beinhalten. (vgl. Richter et al., 2006, S. 706-707)

Auch Eikermann et al. betonen hier, dass beschützende Arbeitsangebote negative Folgen der Beschäftigungslosigkeit zwar verringern, jedoch keine wirkliche Inklusion in das Arbeitsleben darstellen. (vgl. Eikermann et al., 2005, S. 1108f)

4.4.2 Aspekte erfolgreicher Eingliederung

Wie bereits erläutert, haben psychisch Kranke nicht nur den Wunsch zu arbeiten, sondern sind zumeist auch dazu fähig, wenn sie passend unterstützt werden. Dennoch sind die Erwerbsquoten einiges niedriger als bei körperlich Behinderten und auch die Eingliederungsmaßnahmen deutlich weniger effektiv. Worin genau liegt hier die Schwierigkeit? Aus Sicht der Klein- und Mittelbetriebe würde lieber ein unzuverlässiger wenig leistungsbereiter Gesunder als ein psychisch Kranker eingestellt werden. Ausschließlich wenn die Personalverantwortlichen im engeren persönlichen Umfeld Kontakte mit psychischen Leiden hatten, steigt die Aufnahmebereitschaft dieser Gruppe. 70% der KMU's bewerten die Erfahrungen mit MitarbeiterInnen mit psychischen Problemen als schlecht oder sehr schlecht und haben eine noch niedrigere Bereitschaft in der Zukunft wieder psychisch Kranke einzustellen. Neben der Stigmatisierung steht also die Überforderung und Hilflosigkeit der Betriebe im Umgang mit den psychisch Kranken im Weg. So sind die wichtigsten Hilfestellungen zur Problembewältigung der Unternehmen eine Minimierung des Risikos zB durch Probebeschäftigung, Schnupperwochen, finanzielle Unterstützung bei Krankheitsausfall, Subventionen der Sozialversicherung wie auch fachliche Unterstützung im Rahmen von Beratung und Information über die Krankheit, sowie langfristiges Coaching. Dann würden 30% der Betriebe Menschen mit psychischen Erkrankungen anstellen. Ergo ist nicht die fehlende Bereitschaft das Problem, sondern die Überforderung und Hilflosigkeit der Betriebe, die durch Sensibilisieren, Schulungen und Coaching verbessert werden kann. Für die PatientInnen ist ebenso die Angst und nicht der Arbeitswille ausschlaggebend und so wünschen sich die Betroffenen regelmäßige kurze Feedbacks der Vorgesetzten, Schnupperwochen, Coaching durch Fachkräfte. Die Bedürfnisse der beiden Seiten sind hier also nahezu deckungsgleich, woraus sich schließen lässt, dass der zwischenmenschliche Kontakt und die Arbeitsbeziehung den Erfolg des Arbeitsversuchs immens beeinflusst.

(vgl. Baer, 2007, S.18-20)

Rössler und Riecher-Rössler betonen die engen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Ebenen, die bei psychischen Erkrankungen jedenfalls berücksichtigt werden sollen:

- Die erste Ebene beinhaltet die seelischen Funktionseinbußen (psychological impairment) - das heisst hier offenbaren sich die grundlegenden Störungen (Merkfähigkeit, Konzentration, Stimmung und Gefühle, Motivation, Antrieb, Ausdauer, Belastbarkeit,...).
- Diese schränken wiederum die zweite Ebene der Handlungsfähigkeit betreffend zwischenmenschlicher Kommunikation, Kontaktfähigkeit, Selbstversorgung und Alltagsbewältigung ein (social disability).
- Die dritte Ebene der sozialen Benachteiligungen (social handicaps), die aus der sozialen Behinderung entstehen, inkludieren alle Einschränkungen, die durch ungünstigen Lebensbedingungen resultieren wie zB Arbeitslosig- oder Obdachlosigkeit. Diese sind besonders deutlich, wo bereits vor der Erkrankung eine schlechte soziale Anpassung vorhanden war. (Rössler und Riecher- Rössler, 1994, S. 3)

Folgende Abbildung stellt die mögliche Einflussnahme auf die seelische Erkrankung pro Ebene dar:

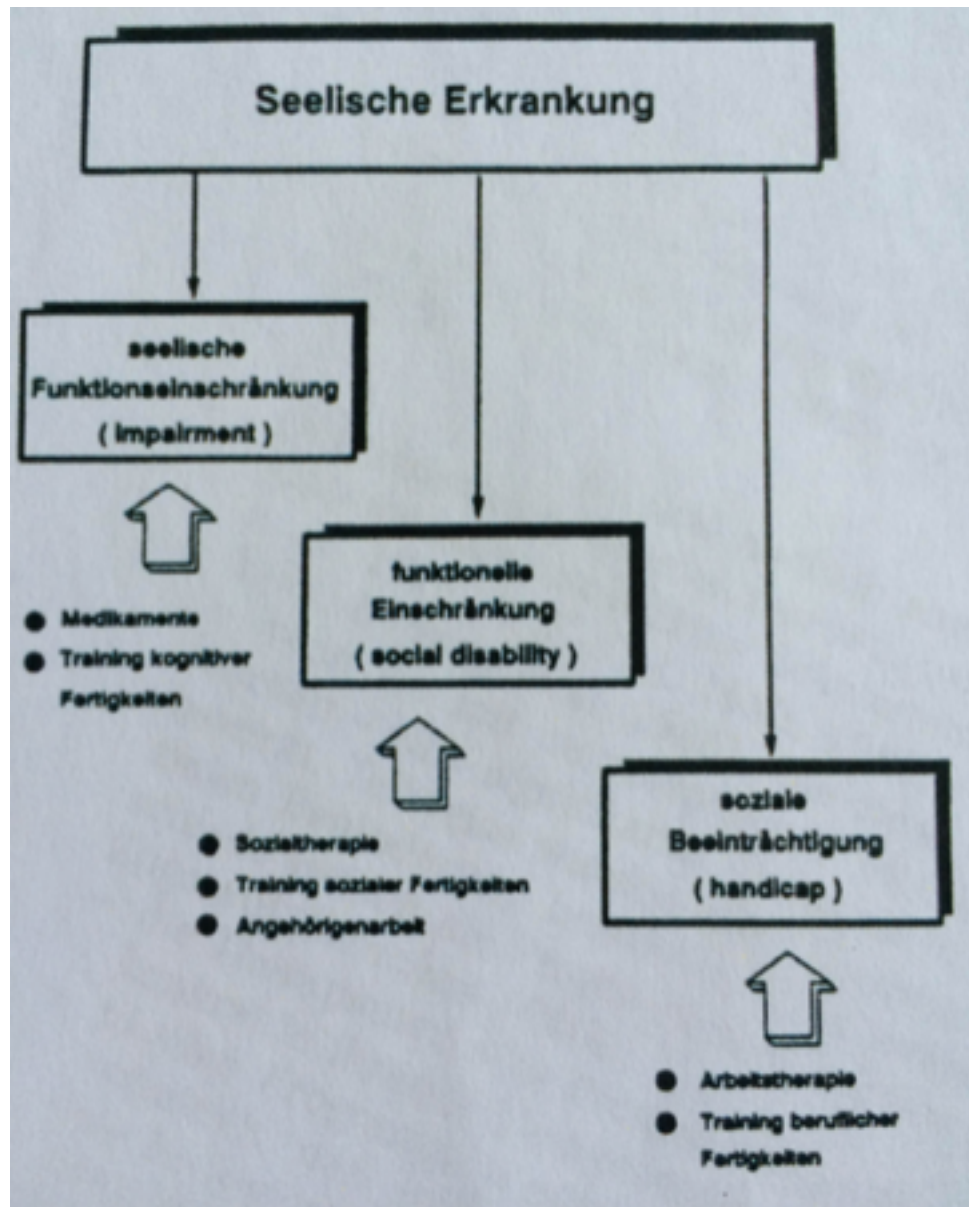


Abbildung 1 Einflussnahme auf Funktionseinschränkungen der seelischen Erkrankung (Rössler und Riecher-Rössler, 1994, S. 4)

So sollte also eine Arbeitstherapie, ein Arbeitstraining oder die berufliche (Re-)Integration nie die kognitiven und sozialen Fertigkeiten außer Acht lassen. (vgl. Rössler und Riecher-Rössler, 1994, S.4-5)

4.4.3 Supported Employment

Wie bereits erwähnt, zeigt sich in der Literatur, dass das sogenannte Supported Employment Modell die höchsten Wiedereingliederungschancen erzielen lassen. Merkmale des Konzepts sind:

- erst platzieren, dann trainieren
- 50% unter Wettbewerbsbedingungen arbeiten
- Bezahlung von mindestens dem gesetzlichen Mindestlohn
- Arbeitsort ist der erste Arbeitsmarkt, die Mehrheit der ArbeitnehmerInnen des Betriebes ist nicht behindert
- keine zeitliche Befristung des Dienstverhältnisses
- Begleitung durch einen Job-Coach der Betroffenen und deren Vorgesetzten

Zentrale Aufgaben des Job Coaches nach dem Supported Employment Modell:

- Gewinnung von Arbeitsstellen für die Betroffenen, die privatwirtschaftlichen und nicht-wohlfahrtlichen Kriterien entsprechen
- Dauerhafte Sicherung des Arbeitsplatzes unter eventuellem Miteinbeziehen anderer Systeme im Sinne des Case Managements

(vgl. Hoffmann und Jäckel, 2007, S. 9-10)

4.4.4 Interventionen bei Konflikten in Unternehmen

Neben der Nichtanstellung oder anderer Benachteiligungen durch Stigmata von psychisch Kranken im Unternehmenskontext spielen diese auch eine Rolle bei Konflikten in Betrieben. Laut Baer lösen Vorgesetzte Probleme, wenn sie von einem somatischen Problem bei einem/r auffälligen MitarbeiterIn ausgehen, die Situation besser, als wenn es sich um psychische Schwierigkeiten handelt. Laut einer Befragung gelang es nur 14% der Arbeitgeber richtig zu intervenieren, wenn es um eine/n psychisch kranke/n MitarbeiterIn ging, nur halb so oft, wie bei einem/einer MitarbeiterIn

mit körperlicher Störung. Was wiederum die Überforderung der ArbeitgeberInnen veranschaulicht. Problematisch ist hier auch die Abnahme des Mitgefühls, da dies die Kündigungswahrscheinlichkeit erhöht, wenn trotz (falscher) Interventionen keine Verbesserung der Situation eintritt.

Laut Baer geht es hier also nicht um Kampagnen der sozialen Verantwortung, sondern um Risikominimierung bei den Unternehmen, sowie wissenschaftliche Konzepte, wie Arbeitgeber in unterschiedlichen Situationen beraten werden sollen. (vgl. Baer, 2013, S. 126-127)

4.4.5 Typen „schwieriger“ MitarbeiterInnen

Typische Auffälligkeiten schwieriger MitarbeiterInnen sind wie folgt einzuteilen bzw. zu erkennen:

- Depression, Burn-out (13% der schwierigen MitarbeiterInnen): keine Eigeninitiative, Konzentrationsprobleme, kann Dinge nicht anpacken, kein Vertrauen in sich selbst, Passivität, große Anzahl an Überstunden.
- „Charakter-„ und Leistungsprobleme (13%): streitet Fehler ab, gibt immer anderen die Schuld, bringt Aufgaben nicht zu Ende, setzt Arbeitskollegen herab, vergisst oft Dinge, ist aufsässig bei Befehlen.
- Ausschließlich Leistungsversagen (19%): vergisst oft Dinge, bringt Aufgaben nicht zu Ende, Probleme bei der Konzentration.
- „Charakterprobleme“ - gute Leistung (23%): streitet Fehler ab, gibt anderen die Schuld, wertet ArbeitskollegInnen ab, ist launisch und unberechenbar, aufsässig bei Befehlen, entwertet Vorgesetzte, verliert völlig die Nerven bei Kritik.
- Isolierte Probleme, geringe Gesamtbelastung (32%).

Die stärkste Belastung zeigt sich in den zwischenmenschlichen Problemen, die die Vorgesetzten aber auch die MitarbeiterInnen und Teams belasten. Leistungsabsenzen sind hier nicht so bedeutsam. Generell kann gesagt werden, dass in der möglichst frühen Erkennung von Problemen die Bedeutung der zwischenmenschlichen Konflikte unterschätzt sowie die Krankheitsabsenzen überschätzt werden.

(vgl. Baer, 2013, S. 128-129)

4.4.6 Typen von Vorgesetzten

Prinzipiell lassen sich die Vorgesetzten in vier Typen einteilen:

- Aktivismus-Typ (15%): diese Führungskräfte lassen kaum etwas unversucht, um ein Problem zu lösen, sind jedoch wenig zielgerichtet, dieser Typ findet sich vor allem in großen Betrieben.
- „Vermeider“-Typ (24%): interveniert besonders selten, beobachtet und wartet ab, ist häufig in kleinen Betrieben zu finden.
- „Autoritärer“-Typ (47%): fordert Leistung ein, spricht Konsequenzen und Pflichten sowie die Leistungsmotivation an, besonders häufig in kleinen Betrieben.
- „Distanzierter“-Typ (14%): droht weder noch appelliert, fordert MitarbeiterInnen jedoch auf einen Arzt/eine Ärztin oder PsychologIn aufzusuchen. Beste, jedoch seltenste Strategie.

(vgl. Baer, 2013, S. 128-130)

Die Team- und Betriebskultur ist jedenfalls ausschlaggebend und entscheidend dafür, wie gut psychisch auffällige MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz gehalten werden können. Auch hier ist es ratsam, die Teams der psychisch kranken MitarbeiterInnen zu informieren, um ein hilfreiches Verhalten der KollegInnen zu fördern. Sehr viel Potenzial, um den Verlust des Arbeitsplatzes (90% der Fälle) zu vermeiden, liegt in der Kommunikation mit den Behandelnden des/r PatientInnen, um zu verstehen, welche Anpassungen des Arbeitsplatzes nötig sind und was erwartet werden kann von den Erkrankten, was Ärzte/Innen leider häufig unterschätzen. (vgl. Baer, 2013, S. 130-131)

4.4.7 Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation

Abgesehen von der Unverzichtbarkeit aber auch Schwierigkeit der Feststellung des Erfolgs der beruflichen Rehabilitation, ist die Analyse der Wirkungsweise von Maßnahmen, um grundlegende Einsichten in die Programmziele der Konzepte und der

äußeren Einflussfaktoren zu erlangen. Worauf es also ankommt, sind die Entwicklung und Umsetzung konzeptgeleiteter Ansätze, um den Erfolg feststellen und bewerten zu können. (vgl. Plath und Blaschke, 1999, S. 67)

4.4.8 Die Rolle der Sozialen Arbeit im Umfeld psychischer Erkrankungen

Auftrag der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ist die sozialen Diagnose und Behandlungsplanung, das heisst:

- Begrenzung nachteiliger Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, sprich Vermeidung von Exklusion in Arbeit, Wohnen und materieller Existenz.
- Unterstützung bei Korrekturmaßnahmen falls nachteilig oben genannte Folgen eintreten wie Reintegration, Ausbildung, Wohnen, Freizeit
- Exklusionseffekte kompensieren: Integration und Mitgestaltung fördern, eventuell durch betreutes Wohnen und Arbeiten
- Beratung des interprofessionellen Teams über die soziale Situation und Ressourcen
- Koordination von Reintegrationsmaßnahmen

(vgl. Hierlemann, Online)

4.5 Generelle zukünftige Richtlinien bzw. Verbesserungen für psychische Erkrankungen im Arbeitsumfeld

Die OECD plädiert auf dem Gebiet für rigorosere Implementierung und Evaluierung von Richtlinien, um die Ergebnisse des Arbeitsmarktes zu verbessern. Hier werden auch bessere finanzielle Anreize sowie Vorgaben und Verpflichtungen gefordert. Ebenso sollte jeder Sektor Verantwortung übernehmen, dass die Angebote und Dienstleistungen mit den Bedürfnissen der KlientInnen besser abgestimmt sind, was ein viel besseres Wissen über die Wünsche und Bedarfe der psychisch Kranken voraussetzt. Nach einem Vergleich von Initiativen in zehn OECD Ländern scheint eine Beschäftigungsberatung im psychischen Gesundheitssystem bzw. in der psychiatrischen Versorgung und psychologische Expertise im Arbeitsplatzumfeld der

einfachste und möglichst kosteneffektivste Ansatz zu sein. (vgl. Arends et al., 2014, S. 3)

So muss bereits während dem Klinikaufenthalt über das Thema Arbeit, Beruf und Ausbildung beraten werden, eine Teilhabe nach Neigung und Fähigkeiten sowie das existenzsichernde Einkommen und eventuelle Subventionen dauerhaft gesichert sein. Ein Herauslösen aus dem heimatlichen Sicherungsnetz sollte unbedingt vermieden, eine Integration in den normalen Arbeitsmarkt angestrebt und eine fortlaufende Betreuung während der Erwerbstätigkeit gewährleistet werden. (vgl. Laupichler, 2002, S. 55)

5 Randgruppe psychisch Kranker

5.1 Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen

Bevor hier auf die Definition von Randgruppen und die der psychisch Kranken näher eingegangen wird, folgt ein kurzer Überblick über die für diese Arbeit relevantesten, verschiedenen psychischen Erkrankungen, die in Kapitel 5 der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der WHO wie folgt klassifiziert werden (F00-F99):

5.1.1 Depressionen (F32)

Typischerweise kommen Depressionen in leichten, mittelschweren oder schweren Episoden (Phasen) vor. Der/die PatientIn leidet unter Stimmungsschwankungen, Energie- und Aktivitätsabnahme bzw. -verlust. Die Kapazität für Vergnügen, Interesse und Konzentration nimmt ab und ausgeprägte Müdigkeit ist häufig. Schlafstörungen und Appetitverlust gehen meist einher mit den anderen Symptomen. Auch das Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein sind vermindert.

(vgl. WHO, Online)

Im Arbeitsbereich werden so vor der Erkrankung aktive und integrierte Persönlichkeiten nicht mehr an Veranstaltungen mit KollegInnen teilnehmen, sind tiefttraurig und wirken unsicher. Wird ihre Leistung oder das Verhalten kritisiert, kann dies zu starken Selbstzweifeln führen. Vor allem Aufmerksamkeits- und Antriebsstörungen werden im Arbeitsumfeld häufig bei Betroffenen auffällig, den Betroffenen fehlt die Kraft, sie benötigen häufiger Pausen, sind unpünktlich, unkonzentriert, machen vermehrt Fehler und als Folge kann Panik auftreten, die Arbeit nicht mehr bewältigen zu können und eventuell den Arbeitsplatz zu verlieren. (vgl. PSZ, 2013, S. 17)

5.1.2 Bipolare Störungen (F31)

Die Erkrankung ist charakterisiert von zwei oder mehr Episoden, in denen die Stimmung der PatientInnen sowie deren Aktivitätslevel erheblich gestört ist. Die Störung besteht aus gelegentlichen Steigerungen der Stimmung, Energie und Aktivität (Manie) und andererseits aus einer Senkung dieser (Depression). Wiederholte Episoden der (Hypo)manie werden als bipolar klassifiziert. (vgl. WHO, Online)

In der manischen Phase sind die Erkrankten im privaten und Berufsalltag voller Euphorie und Tatendrang, schlafen wenig, sind voller Energie, arbeiten hektisch und exzessiv, das Denken ist beschleunigt, Rededrang und Selbstwertgefühl sind hoch bis übersteigert. Die Stimmung kann jedoch auch gereizt sein, was zu Konflikten mit KollegInnen führen kann. Problematisch sind jedenfalls finanzielle und andere Aktionen, die die manische Phase mit sich bringen kann. (vgl. PSZ, 2013, S. 19)

5.1.3 Angststörungen (F40,F41)

In der Regel werden Situationen, die Ängste hervorrufen, gemieden oder mit Furcht ertragen. Die PatientInnen fokussieren auf individuelle Symptome wie Herzklopfen und Ohnmacht und werden oft begleitet von Zweitängsten vor Sterben, Kontrollverlust oder Verrückt zu werden. Phobien und Depressionen sind oft gleichzeitig vorhanden (koexistieren).

(vgl. WHO, Online)

Angststörungen können die Lebensqualität der Erkrankten beachtlich beeinträchtigen und führen oft dazu, dass die Betroffenen bestimmte Situationen, die Angst auslösen vermeiden, sich zurückziehen und sich isolieren. (vgl. PSZ, 2013, S. 20)

5.1.4 Schizophrenie (F20)

Schizophrene Störungen sind charakterisiert durch grundlegende Verzerrung des Denkens und der Wahrnehmung und Emotionen, die nicht passend oder abgestumpft sind. Klares Bewusstsein und intellektuelle Kapazität sind meist erhalten. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind ein Echo der Gedanken, wahnhafte Vorstellung oder wahnhafte Kontrolle, Einfluss oder Passivität, Halluzinationen, Stimmen, die den/die PatientIn beeinflussen oder ihn/sie in der dritten Person diskutieren lassen. (vgl. WHO, Online)

Die Erkrankung zeigt zumeist privat wie im Arbeitsumfeld, dass etwas mit dem Betroffenen nicht in Ordnung ist. PatientInnen verlieren den Überblick, wirken bei der Tätigkeit teilnahmslos, unkonzentriert, unstrukturiert, Abweichungen bringen große Unruhe mit sich. Bei steigendem psychischen Druck können Alkohol- und Drogenkonsum zunehmen. Auch Regeln und Vorschriften werden oft missachtet. Die Betroffenen reagieren oft unerklärlich, misstrauisch, können wie ausgewechselt erscheinen bis hin zu einem aggressiven Verhalten gegenüber KollegInnen. (vgl. PSZ, 2013, S. 22-23)

5.1.5 Persönlichkeitsstörungen (F60, F61)

Diese massiven Störungen in Persönlichkeit und Verhalten der Personen, gehen nicht direkt aus einer Krankheit, Gehirnschaden oder anderen psychiatrischen Störung hervor, sondern werden in der Regel von beachtlichen persönlichem Schmerz und sozialer Zerrüttung begleitet, die sich gewöhnlich in der Kindheit oder Jugend manifestiert und bis ins Erwachsenenalter besteht. (vgl. WHO, Online)

Die verschiedenen Ausprägungen äußern sich völlig unterschiedlich im Arbeitsalltag, im Arbeitsstil und in den sozialen Beziehungen. Probleme, die diese mit sich bringen,

können sich bei häufigem Wechsel des Arbeitsplatzes verschärfen. (vgl. PSZ, 2013, S. 24)

5.1.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

Diese Störungen sind zurückführbar auf den Genuss einer oder mehrerer psychoaktiver Substanzen, die ärztlich verschrieben oder nicht verschrieben worden sind und reichen von Alkohol, über Opioide, Cannabinoide bis zum Missbrauch von Sedativa oder Hypnotika. (vgl. WHO, Online)

Suchtprobleme und psychische Erkrankungen haben wesentliche Auswirkungen auf Leistung und Klima im Unternehmen. Weiter treten Suchterkrankungen oft in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung auf bzw. werden psychische Erkrankungen oft begleitet durch Suchtmittelgebrauch. Bei beiden Erkrankungen ist eine Wesens- und Leistungsveränderung der Personen bemerkbar. (vgl. PSZ, 2013, S. 26)

5.2 Definition von Randgruppen

Laut Friedrich Fürstenberg ist der Zusammenhalt einer Gesellschaft definiert durch Art, Ausmaß und Faktoren der Beeinflussung der sozialen Integration. Problem der Spannung zwischen „oben“ und „unten“ war seit jeher Abbau von Privilegien bzw. Übertragung von Rechten der Mitwirkung. Freiheit und Gleichheit für alle BürgerInnen sowie Vereinheitlichung der Gesellschaft als Versprechen durch Wellen der Emanzipation und der Industrialisierung verwischten die Zweiteilung nur umso mehr. Eine Aufspaltung in zwei Lager ist nicht mehr die Grundlage der hervorbrechenden Mittelschicht. Wenngleich sich nun Desintegration in der Gesellschaft zeigt. Exkludiert wird allerdings nicht mehr nach Schichten, die einen fixen Platz in der Gesellschaftsstruktur haben, sondern nach Personen, die gänzlich oder teils außerhalb der sozialen institutionalisierten Handlungsfelder stehen.

(vgl. Fürstenberg, 1995, S. 55)

Auch heute gibt es nach Fürstenberg noch viele Menschen, die sich nur am Rande mit der Gesellschaft verbunden fühlen und dies zB durch abweichendes Verhalten

demonstrieren. Diese Randpersönlichkeitsstruktur bzw. der Maßstab der Distanz zum Kern der Gesellschaft sind jedenfalls die Akzeptanz der Werte der Gesellschaft, sowie dadurch die Stellung in der Gesellschaft. Randgruppen bezeichnen also das Phänomen der relativen Ferne zum Kern der Gesellschaft, die Haltung, die auch oft als Grundlage zur Gruppenbildung dient und das eher niedrige Niveau der Anerkennung sozio-kultureller Werte oder Normen bzw. einer geringen Teilhabe am sozialen Leben dieser. So beschäftigen sich StrafrechtlerInnen oft mit Banden, SozialarbeiterInnen mit Gruppen wie Obdachlosen oder Älteren, die aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden sind oder soziale Bindungen verloren haben, PädagogInnen mit Außenseitern in der Schule etc. (vgl. Fürstenberg, 1995, S. 56)

5.2.1 Entstehung von Randgruppen

Die Entstehung dieser Randgruppen passiert durch Unterbindung, Unterbrechung oder Störung des Prozesses der sozialen Integration bzw. der Eingliederung eines Individuums im sozialen Zusammenhang durch:

- einen unwirksamen Sozialisierungsprozess
- Abnahme der sozialen Persönlichkeit
- Veränderung der Normen und Werte des Individuums
- durch Kontakte, die das Individuum an den Werten der Gesellschaft zweifeln lassen.

(vgl. Fürstenberg, 1995, S. 57)

Auch Newman beschreibt Randgruppen durch deren Größe, Macht und der Abweichung herrschender Normen. Daher weichen Gruppen von Minderheiten von sozialen Normen ab, ordnen sich sozialer Macht unter und sind selten mehr als die Hälfte der Gesellschaft einer Bevölkerung. (vgl. Newman, 1973, S. 20, zit. nach Karstedt, 1975, Online)

Für Karstedt bezeichnet der Begriff der sozialen Randgruppe Gruppierungen, deren Werte, Normen und Verhalten bzw. Erscheinung als Bedrohung der herrschenden Gruppe als gültiges normatives System angesehen werden, da sie die sozialen Werte bedrohen, den gesellschaftlichen Standards nicht genügen oder die Normen in Frage stellen oder bekämpfen. Um das allgemeine Wertesystem und die eigenen sozialen Mittel der Gruppe zu sichern, schließt die herrschende die andere Gruppe aus bzw. drängt sie in eine Randposition und weist ihr einen abweichenden bzw. ausschließenden Status zu. Durch individuelle Problemlösungsstrategien können die Angehörigen einer Randgruppe ihr Verhalten ändern und paradoxer Weise wieder zum gesellschaftlichen Leben zugelassen werden.

(vgl. Karstedt, 1975, Online)

Weiter bedrohen Randgruppen generell nur einen Teilbereich gesellschaftlicher Standards bzw. erfüllen nur gewisse Anforderungen nicht. Je wichtiger diese jedoch für die Gesellschaft sind, vor allem im Arbeitsprozess und je größer hier die Differenzen, desto stärker ist die Bedrohung für die Gesellschaft und daher die Distanz.

Außerdem wird die Position der Randgruppe durch die herrschende Gruppe bestimmt, um deren eigenen Legitimation zu sichern, was bis zur Isolation reichen kann. So sieht man den Ausschluss von Alkoholikern oder psychisch Kranken zB erst durch den Prozess der Integration.

Um gegen den Konflikt bzw. Ausschluss der herrschenden Gruppe anzukämpfen bzw. die eigene Existenz zu sichern und eigene Bedürfnisse zu befriedigen, gibt es Strategien der Problemlösung der Randgruppen, die im Fall der Alkoholiker und psychisch Kranken eher entwickelt werden können, da die Abweichung vom herrschenden Wertesystem nur teilweise besteht bzw. verborgen werden kann.

(vgl. Karstedt, 1975, Online)

5.2.2 Bewältigung der Betroffenen der beschädigten Identität

Der Umgang mit Stigmen der Individuen selbst ist bzw. kann laut Goffman zweigeteilt sein - sprich je nach Bezugsrahmen und Tagesablauf neigt er oder sie dazu, die Umgebung zu täuschen. So planen zB PatientInnen nach der Entlassung aus einer Nervenheilanstalt, bei ihrem Wiedereintritt in die Gesellschaft in irgendeinem Maße

zu täuschen. Betroffene, die zu Wiedereingliederungsmaßnahmen gezwungen werden und so die erste Arbeitsstelle über das Stigma informiert ist, planen bereits nicht alle Arbeitskollegen zu informieren, bzw. sobald sie lange genug an dem Arbeitsplatz gewesen sind, um etwas Geld zu sparen oder ein gutes Arbeitszeugnis zu bekommen, die Stelle zu verlassen und eine andere zu suchen, an der das Stigma unbekannt ist. Andere täuschen mit einem anderen Attribut und versuchen so geistige Defekte mit einem geringeren Übel zu überspielen. Häufig wird die Strategie angewandt, die Umwelt aufzuteilen - in eine größere Gruppe, die im Ungewissen über das Stigma gelassen wird und eine kleine Gruppe, die informiert wird und auf deren Hilfe die Stigmatisierten trauen. So bauen diese auch auf den produktiven Kreis - Verwandte, bzw. ehemalige MitpatientInnen, die ebenso betroffen sind, die taktvoll die Stigmen verschweigen. Die Enthüllung jedoch kann einen Wendepunkt nehmen, je nach Phase der Krankheit, typischerweise in der letzten reifen geschieht diese freiwillig. (vgl. Goffman, 2012, S. 116-128).

5.2.3 Soziale Lagen von Randgruppen

Laut dem Soziale Lagen Modell Hradil's sind die Lebensbedingungen von Randgruppen insofern ungleich als der Diskriminierungsgrad sehr hoch ist, Geld sowie soziale Absicherung der Gruppe auf einer Skala von 1-6, wobei 1 sehr gut und 6 sehr schlecht ist 3-5 entspricht, die formale Bildung der Randgruppen 4-5, die Wohnbedingungen 3-6 und die soziale Rolle bei 4-6 liegt. Insgesamt also relativ gleich den Arbeitslosen und Armen bzw. etwas schlechter gestellt als Normalverdiener mit hohen Risiken. (vgl. Burzan, 2011, S. 141)

In den einzelnen Situationen sollen jeweils die strukturellen Bedingungen berücksichtigt und die Interaktion und Reaktion zwischen den Beteiligten besonders hinsichtlich der jeweiligen Handlungen und Organisation berücksichtigt werden. (vgl. Tabelle 1)

Tabelle 1 Vier Dimensionen der Abweichung der Randgruppe psychisch Kranker und Alkoholiker nach Karstedt (vgl. Karstedt, 1975, Online)

Soziale Randgruppe	Werte & Normen, denen Randgruppe nicht genügt oder durch Abweichung bedroht	Strategie der herrschenden Gruppe zur Sicherung der eigenen Machtressourcen	Problemlösung und Strategie der Randgruppe	Selbstbild / Rollenverhalten
Alkoholiker, Drogensüchtige	Arbeit und Leistung bestimmende Werte; Normen des gesellschaftlichen Drogenkonsums	Kriminalisierung (Drogen); Unterbringung in totalen Institutionen; soziale Kontrolle durch Behörden des Wohlfahrtsstaates; therapeutische Maßnahmen	Bei Drogensüchtigen eher kollektive Problemlösungsstrategien: Rückzugssubkultur; bei Alkoholikern eher individuelle Problemlösungsstrategien Insassensubkulturen in totalen Institutionen	Selbstbild und Rollenverhalten an dem normativen System der Subkultur orientiert; bei Alkoholikern: negatives Selbstbild; Selbstbild als Kranker; »reueiger Sünder«; Verbergen der Abweichung; Distanzierung v. abweichend. Rolle; Techniken der Neutralisation
Psychisch Kranke, Körperbehinderte	Arbeit und Leistung bestimmende Werte und Normen; normale Rollen und Funktionen des Erwachsenen	Ausschließung und Isolierung in totalen Institutionen; soziale Kontrolle durch Behörden; therapeutische Maßnahmen	Insassensubkulturen in Institutionen; vorherrschend individuelle Problemlösungsstrategien	Entwicklung eines negativen Selbst-Bildes; Selbstbild als »Kranken«; Verbergen der Abweichung; Distanzierung von der abweichenden Rolle; Status des »Geheilten«; Repräsentation der Abweichung (Zwergwüchsige)

5.3 Psychisch Kranke als Randgruppe

Geisteskranke stellten bereits Ende des Mittelalters und in der frühen Neuzeit eine echte Randgruppe dar, gleich ob die Störung ihres Verhaltens als natürlich oder übernatürlich bzw. moralisch galt. Letztere ermöglichte durch Leugnung von naturwissenschaftlichen Fakten und Loslösung dieser Gruppe aus der Kirche nunmehr diese noch schlechter als Schwerverbrecher zu behandeln. Weiter galt die Melancholie damals als die Krankheit der KünstlerInnen und Genialen.

(vgl. Roeck, 1993, S. 61)

5.4 Historische Entwicklung der sozialen Integration der Randgruppe psychisch Kranker

Die Entfernung aus dem vertrauten sozialen Milieu von PatientInnen mit psychiatrischen Diagnosen und der gegebenen folgenden Einweisung in psychiatrische Heilanstalten im 19. Jahrhundert wird seit dem Ende des 19. Jahrhunderts rückgängig gemacht und so versucht, durch sozial integrative Strukturen zu ersetzen (durch extrarurale familiäre Pflege etc.). Anfang des 20. Jahrhunderts wurde die Arbeitskraft noch zu Anstaltszwecken verwertet, und auch Anfang der 30er Jahre wurde die Lage prekärer, da befürchtet wurde, dass AnstaltspatientInnen die Arbeitsplätze außerhalb gefährden würden. Diese Sorge setzte sich lange durch und so stagnierte die offene Fürsorge und Familienpflege als kostengünstigere Verpflegungsform lange Zeit.

Erst nach 1933 kam der Arbeitstherapie durch den resozialisierenden Einfluss eine besondere Bedeutung zu und es erfolgte ein Paradigmenwechsel in die Richtung, dass der Mensch nicht mehr als aus der Gemeinschaft gelöstes Wesen gesehen werden darf. Allerdings wurde 1939 die größtmögliche Arbeitsfähigkeit zu einem Selektionskriterium der Psychiatrie im Nationalsozialismus. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das Thema der sozialen Integration von psychisch Kranken wieder aufgenommen und es entwickelten sich langsam teilstationäre Einrichtungen sowie ambulante Betreuung und betreutes Wohnen für die Betroffenen. So wurde 1963 Primat psychiatrischen Handelns die Prämisse der Rückführung ins freie, verantwortliche, tätige Leben und 1967 das Hauptziel der beruflichen Rehabilitation die

vollständige Eingliederung in das gesellschaftliche Arbeitsleben. In den 80er Jahren galt erstmals die ehest frühe berufliche Wiedereingliederung als besonders wichtig. Das Patientenkollegenmodell soll hier noch abschließend erwähnt werden, da es nicht nur eine Anpassung der psychisch Erkrankten am Arbeitsplatz fordert, sondern auch die Veränderungsbereitschaft der Arbeitskollegen der Betroffenen verlangt und so die Integration zweiseitig betrachtet wird.

(vgl. Schmiedebach et al., 2002, S. 286-291)

5.5 (Gesellschaftliche) Exklusionskritik

Kronauer sieht den Exklusionsbegriff nicht nur als Ausgrenzung, bzw. wie Menschen verarmen, arbeitslos werden und sie diese Lagen verfestigen, sondern auch auf Institutionen und Akteure, die ausgrenzen. Denn es sind die Unternehmenszentralen, die entscheiden, welche Arbeitsplätze geschaffen oder abgeschafft werden, Selektionskriterien, Leistungsmessungen und Zuteilungen an sozialstaatlichen Institutionen, sowie die Wirtschafts- und Sozialpolitik die alltägliche Diskriminierungen und Machtungleichheiten gesellschaftlich und wohlfahrtsstaatlich ermöglicht bzw. sichtbar macht.

Die Erwerbsarbeit, soziale Beziehungen und der Bürgerstatus können auch in gesellschaftliche Zonen, die miteinander verbunden, gegenseitig durchlässig und ebenso voneinander abgegrenzt sind, eingeteilt werden:

- Die „Exklusivitäts-Zone“, die diejenigen umfasst, die vom Wandel in erster Linie profitieren, hohe Einkommen und gute Beziehungen zu ihresgleichen haben und am wenigsten auf soziale Sicherungssysteme angewiesen sind.
- Die „Integrations“-Zone, die größte, aber abnehmende Zone, in der es noch ein relativ hohes Niveau an Arbeitsplatzstabilität gibt, soziale Rechte einen Lebensstandard noch absichern, soziale Beziehungen emotionale und gegebenenfalls materielle Hilfen geben, wenn auch Arbeitsbelastung und Abstiegsängste bzw. brüchig werdende Erwerbsverläufe oder Einkommensstagnation sowie sinkende sozialstaatliche Leistungen für höhere Beiträge und ungewisse Lebensstandards der nächsten Generationen sich deutlich machen.

- In der „Verwundbarkeits“-Zone oder Zone der „Gefährdung“, die zwar kleiner ist, aber sich ausdehnt, ist Beschäftigungssicherheit nicht mehr vorhanden. Berufliche Unsicherheit, eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten und Unkalkulierbarkeit beherrschen diese Zone.
- In der „Ausgrenzungs“-Zone, die die kleinste aber eine ebenso wachsende Zone darstellt, sind die Menschen von der Erwerbsarbeit dauerhaft ausgeschlossen oder haben nur sporadisch Zugang zu gering entlohnten, wenig geschützten Arbeitsverhältnissen. Soziale Beziehungen sind nur zu Menschen in ähnlicher Lage vorhanden oder führen zu Vereinzelung. Gesellschaftliche Rollen oder Anerkennung existieren nicht. Die institutionelle Abhängigkeit von Hilfe vom Staat erlaubt es weder einen Lebensstandard zu ermöglichen noch sozial mitzuhalten.

Ausschlaggebend ist hier laut Kronauer, wie sich die Zone der Integration in Zukunft entwickelt, wird diese an Normen festhalten und sie verteidigen oder Bildung, Sicherung und Ressourcen sowie gesellschaftliche Verantwortung suchen?

(vgl. Kronauer, 2002, S. 7-9)

„Disability not only affect individuals but also impacts on the entire community. The cost to society of excluding people with disabilities from taking an active part in community life is high. This exclusion often leads to diminished productivity and losses in human potential. The United Nations estimates that 25% of the world's population is adversely affected in one way or another as a result of disabilities.“ (WHO, 2000, S. 1-2)

So setzen sich die Kosten der Behinderung aus folgenden drei Teilen zusammen:

- direkte Kosten der Sozialhilfe, Behandlung, medizinische Versorgung, etc.
- indirekte Kosten denen, die nicht direkt Betroffen sind (Betreuer, Pflege,...)
- Opportunitätskosten nicht ausgeübten Einkommens durch Unfähigkeit.

(vgl. WHO, 2000, S. 2)

Klar ist auch, dass die hohe Belastung durch psychische Erkrankungen als Resultat durch das Altern der Bevölkerung, und soziale Probleme etc. voraussichtlich noch mehr anwachsen wird. (vgl. WHO, 2000, S. 3)

Und auch wenn ArbeitgeberInnen den Arbeitsplatz lange nicht als kausalen Faktor mentaler Probleme sahen, ist das Arbeitsumfeld angemessen, Personen über mentale Gesundheitsprobleme zu informieren, ihr Bewusstsein zu erhöhen, sie über positive mentale Gesundheitspraktiken zu unterrichten, Früherkennungsprogramme sowie Services für Behandlungen und Rehabilitation einzurichten. Letztendlich werden alle davon profitieren, da soziale und wirtschaftliche Kosten für die Gesellschaft reduziert werden. (vgl. WHO, 2000, S. 3-4)

„The workplace is one of the key environments that affect our mental well-being and health“ (WHO, 2000, S. 5)

Das psychische Wohlbefinden wird durch folgende fünf Punkte, psychologischer Erfahrungen positiv beeinflusst:

- Zeitstruktur
- soziale Kontakte
- kollektiver Einsatz und Zweck (außerhalb der Familie)
- soziale Identität (Selbstdefinierung)
- reguläre Aktivität

(vgl. WHO, 2000, S. 5)

„Job-stress“ dagegen entsteht, wenn die Anforderungen an die Stelle sich mit den Fähigkeiten oder Ressourcen des Beschäftigten nicht decken. Potentielle Gründe hierfür können Mehrarbeit, fehlende klare Anweisungen, unrealistische Deadlines, fehlende Entscheidungen, Jobunsicherheit, isolierte Arbeitsbedingungen, Überwachung und unpassende Kinderbetreuung sein.

(vgl. WHO, 2000, S. 6)

5.6 Mentale Probleme am Arbeitsplatz

Um die Entstehung möglicher mentaler Probleme zu vermeiden, sollten ArbeitgeberInnen eine Strategie für die Gesundheitsförderung haben um so:

- Arbeitsplatzprobleme, die durch mentale Krankheit entstehen, zu identifizieren
- die Gesundheit der MitarbeiterInnen zu fördern
- Arbeit und Arbeitsplatz umstellen zu können
- Mitarbeiterinnen zu ermöglichen, im Job zu bleiben.

Externe Services, die hier Hilfe leisten, sowie reguläre ehrliche Gespräche mit den MitarbeiterInnen sowie Beratung von HR und Gesundheitsexperten können hier die Absenzzzeiten minimieren.

(vgl. WHO, 2000, S. 7)

Konsequenzen mentaler Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz sind:

- Fehlzeiten wie Krankenstände, schlechter Gesundheitszustand, physischer Zustand
- Arbeitsleistung und Produktivität sinkt, Fehleranfälligkeit steigt, Unfälle häufen sich, schlechte Entscheidungsfähigkeit, Arbeitsplanung und -übersicht geht verloren
- Einstellung und Motivation sinken, Burn-out
- höhere Arbeitsstunden vs. weniger Leistung
- schlechtes Zeitmanagement
- höhere Fluktuation der MitarbeiterInnen

- schlechtere Arbeitsbeziehungen, mehr Konflikte zwischen KollegInnen, diszipliniäre Probleme steigen.

(vgl. WHO, 2000, S. 8-9)

„Re-employment has been shown to be one of the most effective ways of promoting the mental health of the unemployed.“ (WHO, 2000, S. 9)

Trotzdem decken die meisten Human Resources und Trainings Programme das Thema mentale Gesundheit am Arbeitsplatz nicht ab und oft sind ArbeitgeberInnen und Führungskräfte überfordert, die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz als wichtig anzuerkennen und zu akzeptieren, eine effektive Implementierung Antidiskriminierungsvorschriften umzusetzen sowie präventive und Rehabilitierungsprogramme einzuführen.

(vgl. WHO, 2000, S. 11)

Konkrete Schritte, die Arbeitgeber setzen können, um MitarbeiterInnen bei der Reintegration zu unterstützen:

- den behandelnden Arzt über die genauen Arbeitsaufgaben informieren, bevor das Rückkehrdatum festgesetzt wird.
- ein schnelles Rückkehrdatum zur Arbeit unterstützen (je länger ein/e MitarbeiterIn nicht der Arbeit nachgeht, je mehr wird er/sie sich um Jobverlust sorgen und desto losgelöster wird er/sie von der Arbeit werden).
- stufenweise Rückkehr erwägen (wochenweise, bzw. Teilzeit, flexible Zeiteinteilung, Abwesenheitszeit für medizinische Termine, etc. um eine rasche Rückkehr zu ermöglichen).

(vgl. WHO, 2000, S. 15)

Andere mögliche stress-senkende Methoden für den Arbeitsplatz:

- Arbeitstempo ändern
- Geräuschpegel am Arbeitsplatz senken
- Wasser, Tee etc. am Arbeitsplatz anbieten (trockener Mund durch manche Medikamente)
- Leistung und Performance fördern und loben
- Überbeschützung vermeiden
- sicherstellen, dass der/die MitarbeiterIn als Teammitglied behandelt wird und von keinen sozialen Events o.ä. ausgeschlossen wird.

(vgl. WHO, 2000, S. 16)

Weiter ist der Kontakt durch HR bereits während der Abwesenheit förderlich, der alte Arbeitsplatz sollte jedenfalls erhalten bleiben (auch wenn eventuelle Adaptierungen notwendig sind), mögliche Hilfe von außen annehmen, sowie Kontakt mit dem behandelnden Arzt, der behandelnden Ärztin suchen. (vgl. WHO, 2000, S. 17)

Die Krankheit überwinden 60-80% mit gut gemonitorter Medikation, psychosozialer Hilfe und einem Unterstützungsprogramm. (vgl. WHO, 2000, S. 25)

Von äußerster Wichtigkeit, ist Aufklärung und Information über die Stigmen, um die Betroffenen nicht auszuschließen.

(vgl. WHO, 2000, S. 28)

Mythen über mentale Erkrankungen und Arbeitsplatz:

- Mentale Erkrankung ist dasselbe wie mentale Zurückgebliebenheit
- Erholung von der mentalen Erkrankung ist nicht möglich
- Mental erkrankte MitarbeiterInnen sind zweitklassige MitarbeiterInnen

- Menschen mit psychiatrischen Einschränkungen können keinen Stress am Arbeitsplatz ertragen
- Mental erkrankte Menschen sind unberechenbar, gewalttätig und gefährlich.

(vg. WHO, 2000, S. 29-30)

Abschließend lässt sich sagen, dass die Förderungs- und Präventionsprogramme das Klima und Engagement sowie die Harmonie unter den MitarbeiterInnen positiv beeinflusst und ein „Verstecken“ der Krankheit sowie Stigmen verringert. Rehabilitationsprogramme sollten weiter, wie bereits erwähnt, immer auf frühe Rückkehr ausgerichtet sein und das Unterstützungssystem des Betroffenen unbedingt miteinschließen.

(vgl. WHO, 2000, S. 58)

6 Empirische Sozialforschung

6.1 Forschungsgegenstand

6.1.1 PSZ Arbeitsassistentz

Die PSZ Arbeitsassistentz ist eine Einrichtung der Psychosozialen Zentren GmbH (PSZ). Sie setzt sich zusammen aus den Einrichtungen „Institut zur beruflichen Integration“ in Wien (ibi wien) und im niederösterreichischen Weinviertel (ibi NÖ) und der Einrichtung „inter.work“, die im niederösterreichische Industrieviertel tätig ist.

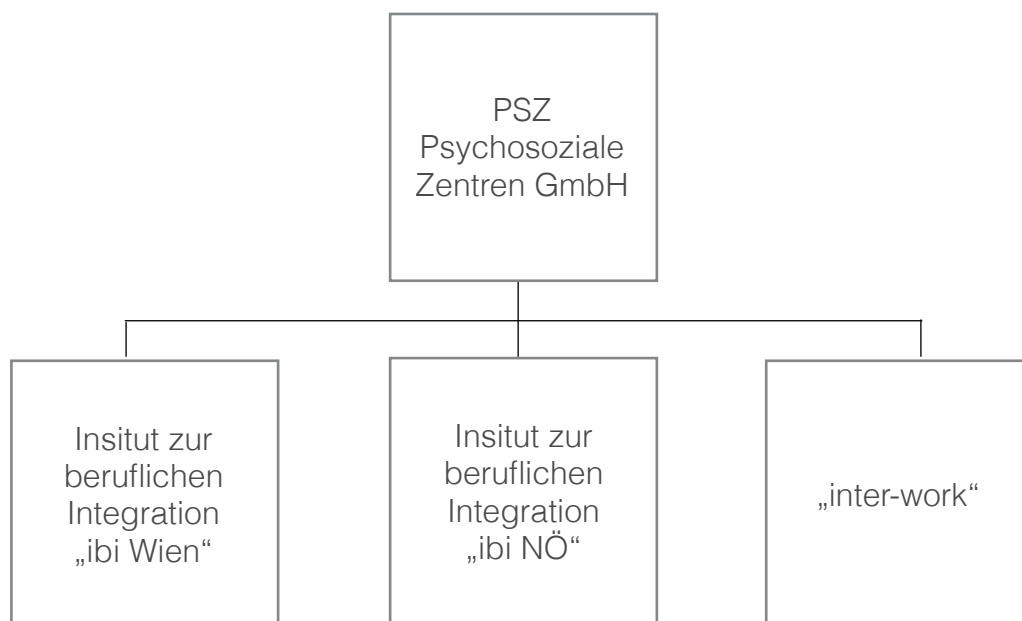


Abbildung 2 Struktur der Psychosoziale Zentren GmbH (PSZ) Arbeitsassistentz (Eigene Darstellung)

Das ibi Wien, ibi Niederösterreich und inter.work sind als Teil der Psychosoziale Zentren GmbH zuständig für den Bereich Arbeit und Beschäftigung von psychisch Kranken und bieten folgendes Angebot an:

- Arbeitsassistenz für Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Problemen, psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen sowie für DienstgeberInnen und KollegInnen im beruflichen Umfeld der Betroffenen.

Angeboten wird Beratung, Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, Hilfestellung bei Problemen am Arbeitsplatz (Integrationsbegleitung, Jobcoaching sowie Mentoring), rechtliche Informationen, finanzielle Fördermöglichkeiten und Informationen zu Kündigungsschutz aber auch das Finden von sozial und betriebswirtschaftlich gangbaren Lösungen im Falle der Lösung von bestehenden Dienstverhältnissen.

Die Fachkräfte aus multiprofessionellen Teams aus den Bereichen Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit und Pädagogik arbeiten mit den KundInnen in der Regel in wöchentlich stattfindenden Einzelgesprächen an Zielen für die individuellen Situationen. (PSZ, Online)

- Jobcoaching unterstützt bei Einschulung, Einarbeitung am neuen Arbeitsplatz, bei Wiedereinstieg nach längeren Krankenständen oder bei krankheitsbedingten Problematiken am Arbeitsplatz, ebenso bei Umschulung und innerbetrieblicher Neuorientierung, sowie bei rechtlichen Fragestellungen.

Die DienstgeberInnen erhalten Information zu allen relevanten Fragen zum Thema Einstellung und Beschäftigung psychisch erkrankter MitarbeiterInnen von Jobcoaches. Ebenso können Vorträge, Seminare und persönliche Coachinggespräche organisiert werden. Die Gespräche mit den Jobcoaches aus den Bereichen Arbeitspsychologie, Sozialarbeit, Psychotherapie und der Wirtschaft finden in der Beratungsstelle oder vor Ort in den Unternehmen statt. (PSZ, Online)

6.1.2 Interviewte Personen

Die konkreten Positionen der Interviewpersonen können dem Quellenverzeichnis der Arbeit entnommen werden. Die Auswahl erfolgte möglichst heterogen, um hier breite Erfahrungen in der Arbeit mit psychisch Erkrankten bzw. mit der Arbeitsassistenz der PSZ abdecken zu können bzw. auch einen Vergleich zu ziehen, bei dem es noch keine Vorerfahrungen gab oder bereits eine Erfahrung mit einem anderen Institut vorweisen kann. Die Befragten stellten sich freiwillig unter der Bedingung, Anonymität versus Ihnen und den Unternehmen zu gewahren zur Verfügung, weswegen die Interviews mit den Einzelpersonen anonymisiert wurden.

6.1.3 Kategorien

Um die Forschungsfragen, die aus der zugrundeliegenden Theorie der Thematik der beruflichen (Re-)Integration psychisch Kranker entwickelt wurden, zu beantworten, wurde auch der Fragebogen sowie die Auswertung der Empirie in folgende Haupt- und Unterkategorien geteilt:

- Arbeitssituation der Beteiligten:
 - Arbeitssituation und Zufriedenheit der betroffenen MitarbeiterInnen
 - Tätigkeit und Stundenausmaß
 - Kommunikation
 - Veränderung seit Auftreten der Krankheit bzw. seit Hilfestellung durch die Arbeitsassistenz
 - größten Schwierigkeiten für die Erkrankten bzw. Hauptproblematiken aus Unternehmenssicht
 - Zusammenarbeit mit KollegInnen
 - Führungsstil der Führungskraft
 - Umgang mit Absenzen bzw. langen Krankenständen
 - Präventive Maßnahmen

- Vorurteile
 - Vorurteile im Unternehmen
 - Veränderung seit der Zusammenarbeit mit der PSZ Arbeitsassistenz

- Zusammenarbeit mit der PSZ Arbeitsassistenz bzw. Umgang des Unternehmens mit der Erkrankung des/der MitarbeiterIn
 - Initiative zur und Beurteilung der Zusammenarbeit
 - Wünsche bzw. Verbesserungspotenzial aus Unternehmenssicht
 - Zukünftige Kontaktaufnahme mit der Arbeitsassistenz
 - Definition des Erfolgs der Arbeitsassistenz für die Unternehmen

- Generelle Fragen
 - Ausbildung und Zugehörigkeit im Unternehmen des/der Betroffenen und der Führungskraft
 - Auftreten der Erkrankung
 - Zukünftige Einstellung psychisch kranker MitarbeiterInnen
 - Erfolgsfaktoren in der beruflichen Integration psychisch Kranker

Das Schreiben, das zur Information an die Unternehmen ging befindet sich in Anhang A dieser Arbeit bzw. können die konkreten Fragen dem Interviewleitfaden in Anhang B entnommen werden.

6.2 Methodik

6.2.1 Qualitatives Interview

Mittels Methode sprachlicher Basis kommen die Subjekte selbst zum Ausdruck als Experten ihrer Inhalte. Das qualitative Interview bezieht sich auf die Auswertung des Interviewmaterials mit qualitativ-interpretativen Techniken. So wird im

problemzentrierten oder „fokussierten“ Interview, eine bestimmte Problemstellung zentral, auf die der Interviewer nach vorangehender Analyse und Ausarbeitung sowie Zusammenstellung eines Interviewleitfadens, immer wieder im Laufe des Interviews zurückkommt. Vorteile dieser Interviewform ist die Offenheit der Befragung - Überprüfung des Verstehens des Befragten, Schilderung der subjektiven Perspektive des Befragten sowie eine stärkere Vertrauensbeziehung zwischen Interviewer und der befragten Person, was die Befragung ehrlicher, reflektierter, genauer und eben offener als bei einem Fragebogen macht. Nachdem Probeinterviews durchgeführt werden, hier kann der Leitfaden eventuell noch modifiziert werden, danach beginnt die Interviewphase. Die Interviews, die sich in Sondierungsfragen (wie steht der Befragte zum Thema), Leitfadenfragen sowie ad-hoc Fragen, das heisst Fragen, die im Laufe des Interviews abseits des Interviewleitfadens gestellt werden, werden möglichst vorausgesetzt des Einverständnisses des Befragten, festgehalten (siehe folgendes Ablaufmodell). (vgl. Mayring, 2002, S. 66-69)

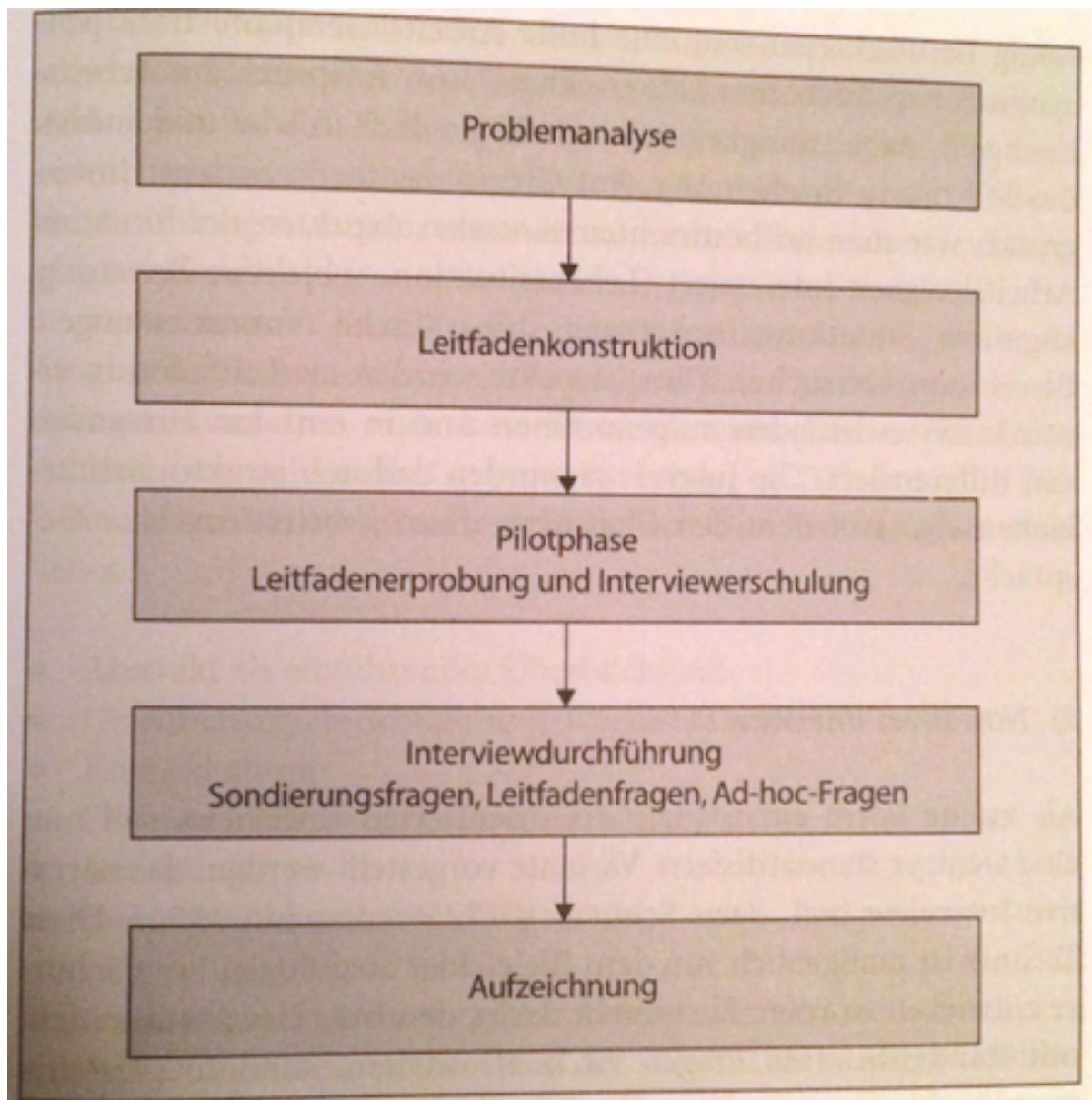


Abbildung 3 Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews nach Mayring (Mayring, 2002, S. 71)

Wie bereits erwähnt, ist diese Interviewform besonders geeignet für theoriegeleitete Forschung, sprich auf Themengebieten, wo bereits einiges über das Thema bekannt ist und spezifische Fragestellungen vorrangig sind. Ebenso erleichtert die Standardisierung des Leitfadens die Vergleichbarkeit in der Auswertung sowie die Verallgemeinerung der Interviewaussagen. (vgl. Mayring, 2002, S. 70)

Im nächsten Schritt wird das Interviewmaterial aufbereitet.

6.2.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Ziel des zusammenfassenden Protokolls ist, das Interviewmaterial bereits bei der Aufbereitung zu reduzieren und so nach Möglichkeit bereits vom Tonband aus eine Zusammenfassung vorzunehmen. Technisch und methodisch korrekt kann hier die qualitative Inhaltsanalyse angewandt werden. So wird das Allgemeinniveau des Materials zuerst vereinheitlicht und dann schrittweise höher gesetzt. Der Materialumfang wird durch Bündelung und Fallenlassen von Daten durch Verallgemeinerung verringert. Das heisst es wird reduziert durch:

- Auslassen von mehreren bedeutungsgleichen Stellen
- Generalisieren von Gedanken, die durch übergeordnete vorausgesetzt werden, werden durch diese ersetzt
- Konstruktion von Inhalten, die das Ganze abbilden und spezielle untergeordnete redundant machen
- Integration von Punkten, die wegfallen können, da sie bereits durch Konstruktion abgebildet wurden
- Selektion von bestimmten Themen, die wesentlich sind
- Bündelung von eng thematisch zusammenhängenden aber im Text verstreuten Inhalten und Wiedergabe deren als Ganzes.

(vgl. Mayring, 2002, S.94-95)

Siehe folgendes Ablaufmodell:

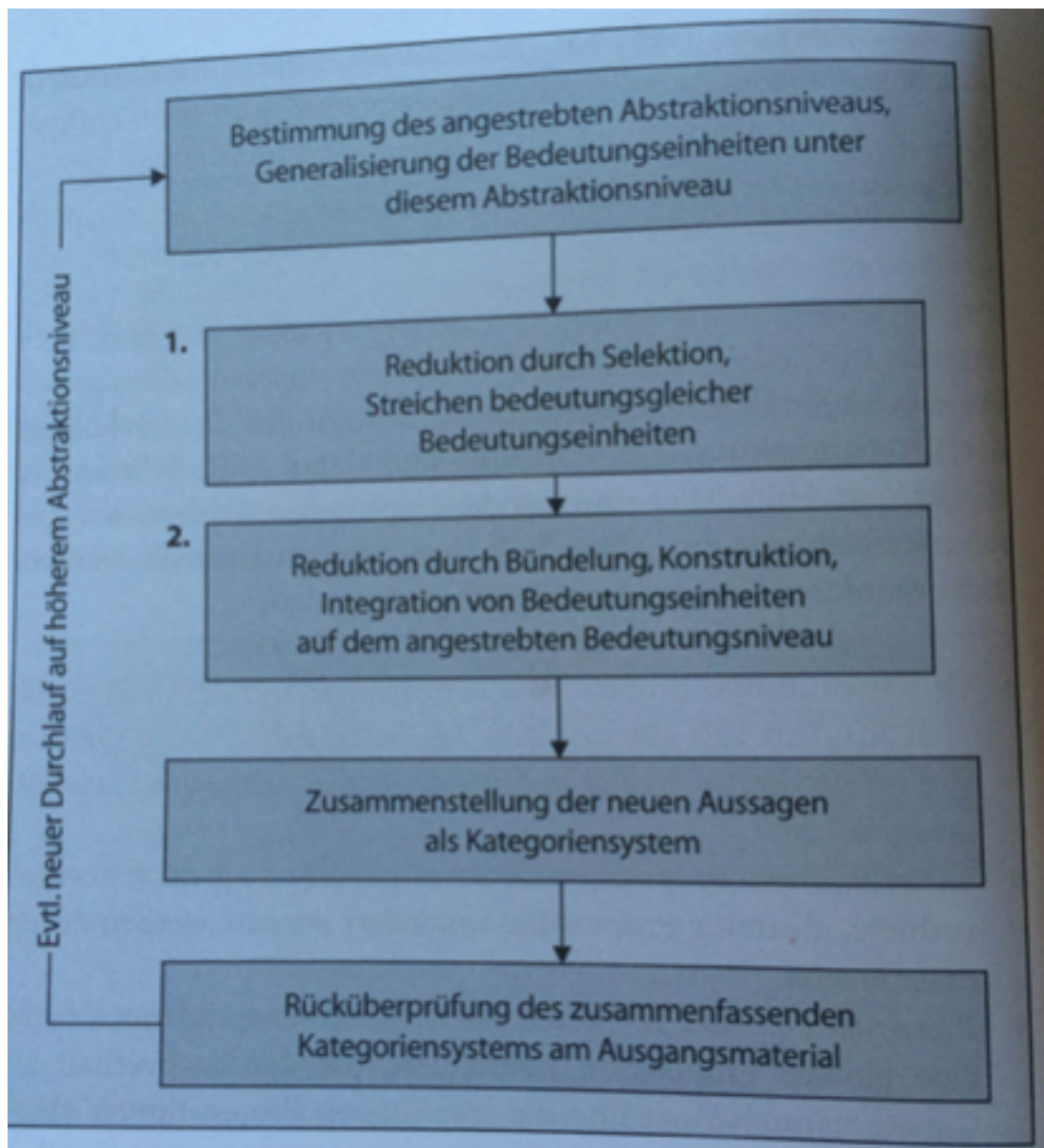


Abbildung 4 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2002, S. 96)

Der Prozess der Generalisierung von Daten, Weglassen der bereits vorkommenden, Bündelung ähnlicher Inhalte sowie Integration und Konstruktion von Gedanken um danach zusammenzufassen und zu überprüfen, ob die Zusammenfassung bereits allgemein genug ist, kann erneut durchlaufen werden, wenn dies noch nicht der Fall ist. (vgl. Mayring, 2002, S. 96-97)

Nach der Aufbereitung der Daten als zusammenfassende Protokolle (siehe Anhang C) und der Zusammenfassung der Daten und Bündelung bzw. Zusammenstellung der Aussagen in Kategorien werden die Ergebnisse in Abschnitt 6.3 ausgewertet dargestellt, in Abschnitt 6.4 interpretiert und in Abschnitt 6.5 mit der der Forschung zugrundeliegenden Theorie gegenübergestellt um sodann zu den Ergebnissen der Forschungsfragen der Arbeit in Kapitel 7 zu gelangen.

6.3 Ergebnisse der Empirie

6.3.1 Arbeitssituation der Beteiligten

6.3.1.1 Generelle Arbeitssituation der Betroffenen

Die generelle Arbeitssituation des/der betroffenen MitarbeiterInnen wird in fünf Fällen als schwierig, zunehmend schwieriger bis zu der Aussage, dass die Gruppe psychisch Kranker die am schwierigsten zu Integrierende ist, beurteilt, bzw. wurde in einem Fall von einer Nichteignung der Mitarbeiterin am Arbeitsplatz gesprochen. Nur eine Gesprächspartnerin beurteilt die Arbeitssituation der Mitarbeiterin als sehr gut. Zwei Interviewpartner beurteilen die Situation als gut, bzw. in einem Fall wird berichtet, dass der Betroffene gerne zur Arbeit kommt. Auch wird hier ausgesagt, dass die Arbeitssituation der MitarbeiterInnen immer stark abhängig vom betreuenden Umfeld ist.

6.3.1.2 Zufriedenheit der Vorgesetzten und der betroffenen MitarbeiterInnen

In vier Fällen wird angegeben, dass die MitarbeiterInnen unzufrieden sind bzw. die Situation schwierig bis schlecht ist oder die Vorgesetzten nicht zufrieden sind. Eine Interviewpartnerin gibt an, dass der Mitarbeiter seine Arbeit ordentlich ausführt, immer pünktlich ist und davon ausgeht, dass dieser im Unternehmen zufrieden ist und die Tätigkeit gut passt. Auch wenn die Arbeitsleistung nicht im gleichen Ausmaß wie bei MitarbeiterInnen ohne Einschränkungen erwartet wird, ist die Zufriedenheit höher. Die Zufriedenheit ist ebenso höher, wenn die Mitarbeiterin Bescheid gibt, wie es ihr geht,

sodass das Umfeld besser auf sie eingehen kann und das Unternehmen Verständnis aufbringen kann.

Der/die Vorgesetzte bzw. die „betreuende Person“ wurde in einem Fall als Erfolgsfaktor genannt, Betreuung des Betroffenen am Arbeitsplatz bzw. dass ein etwaiger Ausfall des/der Betroffenen in der Tätigkeit keinen großen Schaden anrichtet, wirkt als Hebel für die Zufriedenheit der Beteiligten. Weiter wird hier angemerkt, dass wenn sich die direkte Führungskraft der Situation annimmt und mit der/dem Betroffenen befasst und Hilfestellung herstellt bzw. „nicht aufgibt“ oder sich selbst in die Lage versetzt, bevor an eine eventuelle Kündigung gedacht wird, die gesamte Situation und somit die Zufriedenheit verbessert werden kann. Jedoch bei mehr Vorgaben und Druck versus den Betroffenen oder kein Gedanken machen der Vorgesetzten oder auch bei fehlenden Ressourcen der Gruppenleiter aufgrund einer hohen Führungsspanne dies nicht immer möglich ist, bzw. die Situation und somit die Zufriedenheit sich verschlechtert.

6.3.1.3 Aufgabengebiet der Erkrankten

In zwei Fällen ist das Aufgabengebiet gleich geblieben, in einem Fall war das Aufgabengebiet laut Aussage nicht das Problem, wurde jedoch trotzdem in eine leichtere Tätigkeit wie in zwei weiteren Fällen verändert, was nun gut funktioniert. In nur einer der geführten Befragungen wird angegeben, dass das Stundenausmaß verringert wurde, wodurch laut Angaben die Belastung nicht mehr so stark ist. In einem weiteren Fall hätte sich das Unternehmen eine Reduzierung der Stunden gewünscht, um ebenso nach eigener Aussage die Belastung zu reduzieren, die Mitarbeiter dies aber nicht angenommen haben.

6.3.1.4 Kommunikation mit den Betroffenen

Die Kommunikation mit den psychisch Erkrankten läuft nach Angaben der Interviewpersonen gut, unkompliziert, unproblematisch bis herausfordernd. Es wird ebenso angegeben, dass hart daran gearbeitet wurde bzw. nach der Betreuung durch die Arbeitsassistenten nun funktioniert. Ebenso ist anzumerken, dass in einem Fall mit

der Kollegin der Betroffenen die Kommunikation gut funktioniert, bzw. im anderen Fall mit dem Betriebsrat gut läuft aber mit der Führungsebene sich schwieriger gestaltet.

6.3.1.5 Veränderung seit Offenlegung der Krankheit bzw. seit der Zusammenarbeit mit der PSZ Arbeitsassistentin

In einem Fall wurde die Krankheit nicht offengelegt, auch in dem Fall, wo es den Anschein hat, als würde das Unternehmen die begünstigten Personen im Unternehmen reduzieren möchte, kann keine positive Veränderung festgestellt werden, im Gegenteil. Eine weitere Interviewperson gibt an, dass die MitarbeiterInnen davor und danach gleich „schwierig“ sind.

Alle Befragten, die mit der Arbeitsassistentin zusammenarbeiteten, berichten positiv über die Zusammenarbeit:

„...Zusammenarbeit mit der Arbeitsassistentin war super, von den betroffenen Mitarbeitern wurde diese leider nicht angenommen...“ (Interviewperson B, 2015)

„...positiv an der Betreuung war, dass die Mitarbeiterin das Feedback von ibi besser annehmen konnte und die Interessenlage des Unternehmens besser verstehen konnte, ihre Sichtweise wurde so gerade gerückt...“ (Interviewperson E, 2015)

„... ist durch die Betreuung wieder Stabilität eingekehrt...“ (Interviewperson F, 2015)

„ibi konnte hier die Wogen glätten...“ (Interviewperson G, 2015)

Allerdings muss ebenso angemerkt werden, dass eine Befragte auch angibt, dass trotz der positiven Zusammenarbeit mit ibi, und der Bemühungen seitens der betroffenen Mitarbeiterin, sich die Betreuung nicht positiv auf die Arbeitsleistung der Mitarbeiterin ausgewirkt hat.

6.3.1.6 KollegInnen der Betroffenen

In den meisten Fällen wird berichtet, dass das Verständnis seitens der KollegInnen sehr groß ist bzw. sehr lange unterstützt wird, mit zunehmenden Krankenständen aber das Verständnis zumeist abnimmt. In einem Fall wird erwähnt, dass die KollegInnen durch den Coach von ibi auf die Situation vorbereitet wurden und so bei wiederholter Fragestellung der Betroffenen mit Verständnis reagierten.

In einem weiteren Fall wird das Arbeitsklima unter den KollegInnen als rau beschrieben, was für sensible MitarbeiterInnen problematisch sein kann, dennoch wird das Umfeld als Familie beschrieben.

6.3.1.7 Größte Schwierigkeit bzw. am herausforderndsten oder positiv in der Zusammenarbeit mit psychisch kranken MitarbeiterInnen

Von drei InterviewpartnerInnen wird Vertrauen aufbauen bzw. Verständnis für die Krankheit zu haben oder zu erkennen, wie sich der/die Betroffene befindet als größte Herausforderung in der Zusammenarbeit mit psychisch kranken MitarbeiterInnen angegeben. Ebenso wird eine Inkompatibilität von Menschen in verschiedenen Gedankenwelten genannt, wie auch die Launenhaftigkeit der Betroffenen, die eine schlechte Stimmung im Team erzeugt oder dass die Leistung die größte Schwierigkeit hier ist. Auch wird Angst vor Versetzungen, Druck, Kontrollen bzw. inwieweit die Krankheit im Unternehmen offengelegt werden soll, um den/die Betroffene/n noch zu schützen aber das Umfeld zu sensibilisieren, angegeben. Weiter sind Faktoren aus dem privaten Umfeld der Erkrankten (Probleme, regelmäßige Medikamenteneinnahme, Wahrnehmen von Arztbesuchen), die nicht vom Unternehmen beeinflussbar sind, eine große Herausforderung und machen die MitarbeiterInnen teils zu einer „tickenden Zeitbombe“ (vgl. Interviewpartner I, 2015).

Als positiv wird lediglich von einer Interviewperson eine Aussage getroffen: „...*die Bereitschaft der DienststellenleiterInnen, die soziale Verantwortung wahrzunehmen und die Arbeit mit psychisch Kranken nicht als Störfaktor zu sehen.*“ (Interviewpartner F, 2015)

6.3.1.8 Hauptproblematik

Kritisch gesehen wird von den Befragten, dass auf die Betroffenen kein Verlass sei, diese nicht kontrollier- oder steuerbar seien. Ebenso wird als Hauptproblematik aus Unternehmenssicht die Arbeitsleistung bzw. die Fehlerhäufigkeit gesehen, die Auswirkung daraus auf die Kolleginnen, die diese oder die Abwesenheiten abfedern müssen, bzw. wenn zu den erstauftretenden psychischen Erkrankungen weitere Erkrankungen auftreten oder sich das Krankheitsbild verändert. Negativ wird ebenso beurteilt, dass von den betroffenen MitarbeiterInnen dieselbe Arbeitsleistung wie von MitarbeiterInnen ohne Einschränkung vom Unternehmen verlangt wird.

6.3.1.9 Rückfälle und lange Absenzen

In drei Fällen wird angegeben, dass keine oder kein hohes Maß von Krankenständen seitens der betroffenen MitarbeiterInnen gibt bzw. gegeben hat. Ein Befragter berichtet, dass Absenzen so relativiert werden, dass die Betroffenen ausschließlich Arbeiten durchführen, die bei Ausfall den laufenden Betrieb nicht gefährden. Eine weitere Interviewperson gibt an, dass nach der Absenz ein Gespräch mit dem Betriebsrat geführt wird, um künftig Überforderungen oder weitere Belastungen zu vermeiden, diese institutionalisierten Gespräche werden unter dem Titel „Willkommen zurück“ - Gespräche geführt (vgl. Interviewpartner B, 2015).

6.3.1.10 Führungsstil der Vorgesetzten

Laut Aussage der Interviewten:

„...der Führungsstil beeinflusst jedenfalls die Arbeitsfähigkeit des Mitarbeiters...“ (Interviewpartner B, 2015)

Sowie auch in einem weiteren Unternehmen darauf großer Wert gelegt wird, dass die Führungskraft dieser Aufgabe entspricht:

"Der Führungsstil der Vorgesetzten setzt ein Mittragen der Situation und ein voll involviert sein voraus. Diesbezüglich gibt es ein Prozedere, ob ein Einsatz in einer Dienststelle möglich ist." (Interviewpartner F, 2015)

Weiter wird von den Befragten beschrieben, dass die Führungskräfte konstruktiv, verständnisvoll und korrekt umgehen, jedoch die Arbeit einfordern, Grenzen aufzeigen und es auch klare Worte gibt, wenn der/die MitarbeiterIn die Situation nicht ernst nimmt. Lediglich ein Unternehmen berichtet, dass die Unternehmensspitze nicht versucht hat, mit der Erkrankung umzugehen.

6.3.1.11 Präventive Maßnahmen

Vier der befragten Unternehmen bieten präventive Maßnahmen in Form von Seminaren zum Thema Work-life-Balance oder Burn-out oder ähnlichem an, zwei Unternehmen stellen kostenlos psychologische Betreuung zur Verfügung und ein Unternehmen bietet spezielles Führungskräfte Training zum Umgang mit MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen an und evaluiert darüber hinaus die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz.

6.3.2 Vorurteile

In fünf der befragten Unternehmen existieren laut Angaben keine Vorurteile. In einem Fall war dies vor Einstellung des psychisch Erkrankten schon der Fall, änderte sich aber sodann und veränderte sich sobald der Betroffene das Vertrauen vom Umfeld erworben hat. In dem Unternehmen, in dem es Vorurteile unter den MitarbeiterInnen gibt, wird dies von der interviewten Person auf die fehlende eigene Fähigkeit bzw. Bereitschaft mit der Erkrankung umzugehen, zurückgeführt. In einem weiteren Unternehmen wird angegeben, dass es keine Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten gibt, wohl aber gegen die Aufnahme psychisch Kranker. Negativ eingestellt sind die MitarbeiterInnen im Unternehmen, wo angegeben wird, dass es Vorurteile gibt, dass die MitarbeiterInnen „gefährlich“ seien bzw. man diesen

MitarbeiterInnen keine Projekte geben kann und diese sehr viel Unterstützung benötigen.

6.3.2.1 Veränderung in der Zusammenarbeit seit Offenlegung der psychischen Erkrankung bzw. seit Begleitung durch die PSZ Arbeitsassistentin

„Die Zusammenarbeit mit dem ibi hat bestimmt positiv gewirkt an der Arbeit mit psychisch Kranken, jedoch nicht an der Neuaufnahme von Personen mit einer psychischen Erkrankung.“ (Interviewperson C, 2015)

„...außerdem werden so die Führungskräfte entlastet und müssen nicht alles selbst lösen...“ (Interviewperson E, 2015)

Eine Interviewperson, die das ibi nicht kennt kann sich eine Zusammenarbeit bei keinen anfallenden Kosten vorstellen. Wünschenswert wäre hier ein Treffen außerhalb des Unternehmens, zu den Themen wie kann man psychisch Kranken im Arbeitsumfeld helfen, soll mit dem direkten Vorgesetzten gesprochen werden, etc. (Interviewperson A, 2015)

6.3.3 Zusammenarbeit mit der PSZ Arbeitsassistentin

6.3.3.1 Initiative zur Zusammenarbeit mit der Arbeitsassistentin

In der Mehrzahl der Fälle ging die Initiative zur Zusammenarbeit mit der Arbeitsassistentin vom Unternehmen bzw. der Personalabteilung oder der Führungskraft aus. In zwei Fällen wurde ibi von den betroffenen MitarbeiterInnen selbst kontaktiert.

6.3.3.2 Generell

In sechs der acht Fälle, wo eine Zusammenarbeit bestand, wurde diese als überaus positiv beurteilt:

„...gestaltet sich super, sehr offen in der Kommunikation...“ (Interviewpartner B, 2015)

„...sehr gut ... Es ist wichtig, dass es solche Institutionen und die Mittel dafür gibt...“ (Interviewpartner C, 2015)

„...unkompliziert und fachlich kompetent.“ (Interviewpartner F, 2015)

„...super gelaufen.“ (Interviewpartner H, 2015)

Negative Resonanz kam auf die Fragestellung nur in einem Fall, wo die Mitarbeiterin die Hilfestellung nicht annehmen konnte bzw. in einem anderen Fall, wo sich der Beteiligte intensiveren Kontakt und Betreuung gewünscht hätte, dieser jedoch von der Personalabteilung des Unternehmens gestoppt wurde.

6.3.3.3 Adäquate Unterstützung seitens der Arbeitsassistenz

Die Frage, ob sich die Interviewten adäquat unterstützt von der Arbeitsassistenz in der Zusammenarbeit mit psychisch Kranken fühlen, wurde von allen positiv beantwortet. Zusätzlich wurde von einer Interviewpartnerin hervorgehoben, dass die Gespräche im Unternehmen nun verantwortungsbewusster wurden. Wünschenswert wäre zudem eine unternehmensseitige Betreuung, vorstellbar wäre sodann, mehr psychisch Kranke einzustellen. Eventuell würden dann auch mehr Unternehmen, die keine Ressourcen oder Erfahrung im Umgang mit psychisch Kranken haben, diese einstellen.

6.3.3.4 Wünschenswerte Themen in der zukünftigen Beratung

Genannt wurde hier der Wunsch nach einer weiteren Aufgabe der Arbeitsassistenz in der Beurteilung der geeigneten Arbeitsplatzgestaltung der betroffenen MitarbeiterInnen, ebenso mit dem Thema der Verantwortung und ob diese „weggenommen“ werden soll, wünschen sich die Befragten Unterstützung.

Nach der erfolgreichen Arbeitsassistenz im eigenen Unternehmensbereich kann sich eine Interviewperson vorstellen, dass diese durchaus in anderen Bereichen des Unternehmens bei Bedarf eingesetzt wird und wird dies der Personalabteilung vorschlagen.

Ebenso kam der Wunsch nach Information mit Panikattacken. Außerdem wurde als Verbesserungspotenzial bei der PSZ Arbeitsassistenz angeregt, dass es sehr viele Stellen in der Institution gibt, das heisst man muss sich erst durchfragen, um zur richtigen Stelle zu kommen, wünschenswert wäre ergo, klarer informiert zu werden, wer wofür zuständig ist. Positiv erwähnt wurde hier nochmal, dass das Miteinbeziehen der Organisationskultur, das heisst der KollegInnen und Führungskräfte in Gesprächen sehr gut ist. Weiter wurde als wünschenswert angegeben, Information über psychische Erkrankungen zu erhalten, um das Verhalten der MitarbeiterInnen besser verstehen zu können.

6.3.3.5 Erneuter Kontakt bei Konflikten

Vier Unternehmen gaben an, bei Konflikten jedenfalls wieder ibi oder inter.work zu kontaktieren.

6.3.3.6 Information über das Krankheitsbild

Hier wurde beantwortet, dass es eine gute Grundinformation gab bzw. darüber gut informiert wurde.

6.3.4 Generelle Fragen

6.3.4.1 Erfolg der Arbeitsassistenz

Den Erfolg der Arbeitsassistenz definieren die befragten Personen wie folgt:

„...wenn der Mitarbeiter am Arbeitsplatz gehalten werden kann oder dies nicht möglich ist, einen geordneten Ausstieg.“ (Interviewperson B, 2015)

„...wenn neue Lösungsoptionen, an die vorher nicht gedacht wurde, gefunden bzw. umgesetzt werden...“ (Interviewpartner E, 2015)

„...wenn wieder Stabilität in die Arbeitsbeziehung einkehrt...“ (Interviewperson F, 2015)

6.3.4.2 Statistische Daten

6.3.4.2.1 Ausbildung und Unternehmenszugehörigkeit

Das Ausbildungsniveau der Betroffenen reicht von keine Ausbildung bzw. Pflichtschulabschluss über fachliche Ausbildung bis zum Universitätsabschluss. Die Unternehmenszugehörigkeit ist mindestens sieben Jahre, wobei hier auffällt, dass fast 80% bereits sehr lange bis über 20 Jahre im Unternehmen sind. Auch die Vorgesetzten verfügen über eine relativ hohe Unternehmenszugehörigkeit.

6.3.4.2.2 Psychische Erkrankung bei Anstellung

In fünf Fällen bestand die psychische Erkrankung bereits bei der Anstellung, in einem Fall wurde sie allerdings erst später dem Unternehmen kommuniziert. Die anderen Befragten berichten, dass die Erkrankung erst im Laufe der Zeit aufgetreten ist.

6.3.4.3 Zukünftige Einstellung psychisch erkrankter MitarbeiterInnen

Auf die Frage, ob die Unternehmen bereit sind, zukünftig weitere psychisch erkrankte MitarbeiterInnen einzustellen, variieren die Antworten sehr - von:

“...weitere MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen einzustellen, ist unsere Verantwortung“ (Interviewperson F, 2015) über *“vorstellbar, wenn die Krise überwunden ist...“* (Interviewperson E, 2015) beziehungsweise *“...abhängig vom*

Krankheitsbild." (Interviewperson H, 2015) bis zum klaren "...nein, aus Gründen der Leistungserbringung." (Interviewperson C, 2015)

Das heisst, für die Hälfte der Befragten ist es vorstellbar, psychisch Kranke einzustellen, die anderen sehen dies eher kritisch.

6.3.4.4 Erfolgskritische Faktoren für die berufliche Integration psychisch Kranker

Erfolgskritische Faktoren sehen die Interviewpersonen:

- in der Tätigkeit: nicht die komplizierteste Arbeit zu geben, aber auch nicht als arbeitsunfähig ansehen.
- in der Kommunikation: nicht immer über die Erkrankung zu sprechen, jedoch bewusst auf diese Personen eingehen und kommunizieren, viel Zeit nehmen.
- Teamfähigkeit: trotz Erkrankung fördern und einbinden.

Unterstrichen wird jedenfalls, nicht zu verallgemeinern, jeder Fall hat andere Rahmenbedingungen, Führungskräfte und die Aufgabe ist anders.

Wichtig ist unter anderem das Verantwortungsgefühl, Humor der Führungskraft, sich auch selbst in die Lage der/des Betroffenen hineinzusetzen und sich vorzustellen, die Tätigkeit mit der Erkrankung der/des Betroffenen zu bewältigen, Menschliches nicht verlieren und dem Team Zusammenhalt vorleben.

Erfolgreicher hätte die berufliche Reintegration sein können, wenn offener mit der Erkrankung umgegangen worden wäre, der Betriebsrat früher involviert und ibi früher kontaktiert worden wäre. (Interviewperson G, 2015)

6.4 Interpretation der empirischen Ergebnisse

Aus den empirischen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass psychisch Kranke im Arbeitsalltag stark abhängig vom betreuenden Umfeld sind und die Gruppe psychisch Kranker die am schwierigsten zu integrierende aus Unternehmenssicht (zB im Vergleich zu körperlich beeinträchtigten Personen) ist.

Weiter sind fast 50% der betroffenen MitarbeiterInnen unzufrieden oder deren Vorgesetzte nicht zufrieden mit der Situation. Eine Ausnahme lässt sich aus der Empirie erkennen, wenn die Tätigkeit, die die erkrankten MitarbeiterInnen ausführen, gut passt, bzw. der/die MitarbeiterIn Bescheid gibt, wenn es ihm/ihr nicht gut geht und das Umfeld auf ihn/sie eingehen kann. Als Erfolgsfaktor wird hier die Führungskraft gesehen und deren Aufgabe der Betreuung bzw. Führung der Betroffenen, denn je besser sich diese in die Situation der Betroffenen MitarbeiterInnen hineinversetzen können, desto erfolgreicher kann die Situation gestaltet werden.

Weiter ist die passende Tätigkeit für psychisch Erkrankte zu finden bzw. zu evaluieren, eine Herausforderung für die befragten Unternehmen, wünschenswert wäre hier dies zur Aufgabe der Arbeitsassistenz zu machen.

Die Kommunikation mit Betroffenen wird als weiterer entscheidender Punkt gesehen, entweder ist diese eine kontinuierliche Herausforderung für die Beteiligten oder es gelingt, die Kommunikation mit den Betroffenen durch die Hilfestellung von außen - der Arbeitsassistenz - zu verbessern.

Letztere ist zwar kein Garant für eine positive Zusammenarbeit, jedoch äußerten sich die Befragten, die bereits Erfahrung mit einer Arbeitsassistenz hatten, sehr positiv zur Unterstützung, auch wenn die Leistung der Betroffenen am Arbeitsplatz nicht verbessert wurde, gilt dies doch als Versuch zur Verbesserung der Situation, einer besseren Kommunikation oder einem geordneten Ausstieg.

Die KollegInnen der Betroffenen reagieren in den meisten Fällen verständnisvoll, wenn sie miteinbezogen werden und vermieden wird, dass zuviel von diesen abgedeckt werden soll, ansonsten nimmt deren Verständnis ab, idealerweise finden also mit den KollegInnen und dem Coach vom PSZ Gespräche statt, um

vorzubereiten, wie mit den KollegInnen, die betroffen sind, umgegangen werden sollte und welche Situationen bzw. welche Probleme auftreten könnten.

Als größte Schwierigkeit bzw. am herausforderndsten wird Verständnis für und das Verhältnis zu den Betroffenen genannt bzw. Vertrauen zu diesen aufzubauen.

Weiter sind Faktoren aus dem privaten Umfeld, die das Unternehmen nicht beeinflussen kann, als besonders kritisch erachtet. Hilfestellung des Unternehmens ist hier nicht wirklich möglich, jedoch ein Aspekt mehr, den die Arbeitsassistenz mit den Betroffenen in neutralem Umfeld besprechen und gegebenenfalls bearbeiten kann.

Um sich nun den Schwierigkeiten zu stellen oder hier nicht gewillt zu sein, ist jedenfalls Ausdruck der sozialen Verantwortung und ob sich ein Unternehmen respektive die Führungskräfte dieser stellen oder nicht.

Hauptproblematik sehen die Unternehmen in der Arbeitsleistung bzw. Fehlerquote und sich auf die Erkrankten nicht verlassen zu können. Hier kann ebenso Abhilfe durch die Arbeitsassistenz geschafft werden, da von den Unternehmen berichtet wurde, dass diese für mehr Stabilität gesorgt hat, Wogen geglättet, bzw. eine neue Tätigkeit für die MitarbeiterInnen gesucht wurde, die besser passt. Auch eine Stundenreduktion kann in vielen Fällen, wenn es möglich ist, für die Betroffenen Abhilfe vor einem zu großen Druck schaffen.

Was lange Absenzen betrifft, kann aus der Empirie interpretiert werden, dass diese nicht das Hauptthema in der Zusammenarbeit mit psychisch Kranken sind. Lediglich vermieden werden muss, wie bereits erwähnt, dass die KollegInnen nicht dauerhaft für die Betroffene Person „mitarbeiten“ müssen, was sonst zu erhöhtem Druck bei den KollegInnen führt, wodurch wiederum deren Verständnis für die Erkrankung der KollegInnen abnimmt.

Als „best-practise“ wurde hier der Ansatz eines Unternehmens gefunden, die die Vorgesetzten der Betroffenen bezüglich Eignung, Führungsstil und Wollen evaluiert,

bzw. hier für alle Führungskräfte Trainings zum Umgang mit MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen angeboten werden.

Auch hier kann die Arbeitsassistentz Führungskräfte schulen und jedenfalls entlasten.

Wie bereits erwähnt, wurde die Arbeitsassistentz, von den Unternehmen, die bereits Erfahrung mit dieser haben als überaus positiv beurteilt oder diese wünschen sich noch mehr Unterstützung für die Firmenseite, um gegebenenfalls die Einstellung von psychisch Kranken vorstellbarer zu machen.

Hier stellt sich die Frage, wieso nicht mehr Unternehmen Hilfestellung von extern einholen, bzw. könnte man folgern, dass eventuell das Angebot des PSZ nicht bekannt genug ist.

Verbesserungspotenzial im Angebot vom Institut zur beruflichen Integration und inter.work ist die Behandlung des Themas der Aufgabenbewältigung von psychisch Kranken, Handhabung einer weniger verantwortungsvollen Tätigkeit und noch mehr Informationen für den Umgang mit Ausprägungen der Krankheitsbilder (zB Panikattacken, etc.).

Auch unternehmensintern im PSZ wäre eine klarere Information, um zur zuständigen Stelle zu kommen, wünschenswert.

Die Hälfte der befragten Unternehmen gab an, bei erneuten Konflikten wieder die Arbeitsassistentz zu kontaktieren, was entweder darauf schließen lässt, dass der Umgang mit Konflikten so gut geschult wurde, dass die Firmen dies nun selbst bewältigen können oder hier noch mehr in Richtung Nachbetreuung der Unternehmen unternommen werden könnte.

Den Erfolg der Arbeitsassistentz sehen die Befragten auf jeden Fall darin, die betroffenen MitarbeiterInnen mit Hilfe der Arbeitsassistentz zu halten oder wenn dies nicht möglich ist, einen geordneten Ausstieg zu erreichen, neue Lösungsoptionen unter Hilfestellung von außen zu erreichen bzw. wieder Stabilität in der Arbeitsbeziehung zu erlangen.

Besonders MitarbeiterInnen, die bereits sehr lange in Unternehmen sind, scheinen hier betroffen, eventuell gibt es Möglichkeiten, diese oder Unternehmen, wo viele über eine relativ lange Unternehmenszugehörigkeit verfügen, besser mit dem Angebot der Arbeitsassistenz zu erreichen. Oder im Gegenteil, die jüngeren mit dem Angebot zu erreichen bzw. ebenso die Überlegung, wie Unternehmen oder Betroffene, für die aus diversen Gründen eine Zusammenarbeit nicht vorstellbar ist, dafür zu sensibilisieren bzw. für diese Aufklärungsarbeit zu leisten.

Erfolgskritisch wird, wie sich bereits abgezeichnet hat, die zu bewältigende Tätigkeit gesehen, die ja die Basis der Leistung der Betroffenen für das Unternehmen und sie selbst darstellt, Kommunikation, Zeit und ganz klar die Einbindung ins Team.

Ebenso ist auch das Involvieren von externer Hilfe, ein offener Umgang mit der Erkrankung und Zusammenhalt von Bedeutung.

6.5 Gegenüberstellung mit der Theorie

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, könnten viel mehr psychisch Kranke arbeiten, wenn die Arbeitsumgebung besser angepasst wäre - dies wird von den empirischen Ergebnissen dieser Arbeit unterstrichen - die Befindlichkeit des/der Betroffenen ist vom Umfeld stark abhängig bzw. wenn der/die betroffene MitarbeiterIn Bescheid gibt, kann Rücksicht genommen werden. (vgl. Abschnitt 6.3.1)

Da die Erwerbsarbeit die benötigten sozialen Kontakte von psychisch Kranken gewährleistet (vgl. Kapitel 1) und laut Empirie die KollegInnen sich zumeist sehr verständnisvoll zeigen, ist dies um so mehr ein Grund diese in der Arbeitsassistenz, die in dieser Arbeit als Ansatz der Beruflichen (Re-)Integration beleuchtet wird, unbedingt miteinzubeziehen.

Es kann durch die Befragungen ebenso interpretiert bzw. die Theorie bestätigt werden, dass die Art der Erkrankung das Erlangen eines Arbeitsplatzes beeinflusst (vgl. Abschnitt 4.2). Laut einer Befragten ist die Einstellung von psychisch Kranken von der Erkrankung bzw. des Zeitpunktes der Krankheit abhängig. (vgl. Abschnitt 6.3.4.3)

Dass das Ausbildungsniveau ausschlaggebend ist, (vgl. Abschnitt 4.2) kann durch die befragte Gruppe nicht bestätigt werden. Die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Betroffene aller Ausbildungsniveaus betroffen sind, bzw. dass eine lange Unternehmenszugehörigkeit vermehrt psychische Erkrankungen mit sich bringt.

Ohne Zweifel ist die Motivation bzw. das Mitarbeiten, Lösungen zu finden seitens der Betroffenen unabdingbar bei jeglicher Hilfestellung, die Arbeitssituation der Betroffenen im Unternehmen zu verbessern. Allerdings wird hier auch die benötigte Krankheitseinsicht der psychisch erkrankten MitarbeiterInnen seitens der Unternehmen erwähnt, ohne die externe Hilfestellung durch Arbeitsassistenten ja gar nicht zu trage kommen kann. Das heisst, wenn die Betroffenen das Angebot nicht annehmen, kann das Unternehmen sie hierzu nicht zwingen, was natürlich kritisch gesehen wird, hier ist fraglich inwieweit dies eventuell durch betreuende ÄrztInnen positiv vermittelt werden könnte. Dies wird ebenso in Abschnitt 4.3. beschrieben, dass hier das Unterstützungssystem endstigmatisierend wirken sollte. Dass Unternehmen starke Vorurteile bezüglich psychisch Erkrankter haben, bestätigt sich nicht unbedingt durch die empirische Forschung dieser Arbeit, was aber auch dadurch sein kann, dass die befragten Unternehmen bereits mit psychisch erkrankten MitarbeiterInnen konfrontiert wurden und in einigen Fällen bereits positive Interventionen erfahren konnten. Die Theorie jedenfalls besagt, dass sich die Unternehmen mehr Offenheit seitens der Betroffenen wünschen, was durch die Empirie dieser Arbeit bestätigt werden kann, denn nur so kann das Umfeld reagieren und wie bereits erwähnt, zu einer Verbesserung der Situation am Arbeitsplatz führen, einen eventuellen Verlust des Arbeitsplatzes vermeiden und so die schwierige neue Suche einer Stelle gar nicht erst entstehen zu lassen.

Ebenso bestätigt die Empirie, dass Unternehmen, die sich erfolgreich mit beruflicher Integration befassen, Ausbildungsprogramme für Führungskräfte im Umgang mit psychisch kranken MitarbeiterInnen haben, was laut Baer jedenfalls bei vielen ArbeitgeberInnen noch fehlt. (vgl. Abschnitt 4.4.2)

Auch die Thematisierung der „normalen“ Leistungsfähigkeit in der Theorie (vgl. Abschnitt 4.3.1) versus dem idealen Einsatz der Betroffenen bestätigt sich von Unternehmen, die „erfolgreich“ in der beruflichen Integration sind. Ebenso betont wird hier, dass seitens Instituten wie ibi hier unbedingt Hilfestellung benötigt wird.

Die in Abschnitt 4.4.1 angesprochenen benötigten finanziellen Anreize für Unternehmen sowie vermehrte Hilfestellung für ArbeitgeberInnen durch Jobcoaches zB wurde ebenso von den Befragten bestätigt, wie die derzeitigen fehlenden Ressourcen und das intern nicht vorhanden know-how im Umgang (s. Abschnitt 4.4.2 und 4.4.4). Wären diese gegeben, wäre die Eingliederung von psychisch Kranken um ein vieles leichter.

Ebenso wie die in Abschnitt 4.4.5 diskutierte stärkste Belastung zwischenmenschlicher Probleme und die Wichtigkeit des frühzeitigen Intervenieren kann durch die empirischen Ergebnisse belegt werden, dass die kleinere Bedeutung bzw. das seltenere Vorkommen auf sehr lange Absenzen zutrifft.

Dass die Team- und Betriebskultur eine große Rolle im Halten von psychisch kranken MitarbeiterInnen spielt (vgl. Abschnitt 4.4.6) war auch in der Befragung zutreffend. Rückschlüsse auf Führungskraft-Typen laut Baer konnten in der Forschung nicht gemacht werden, die Führungsstile der Vorgesetzten der psychisch Kranken wurden fast alle als mitarbeiter- bzw. lösungsorientiert beschrieben, was sich allerdings ebenso durch die vermehrt positiven Erfahrungen mit der Arbeitsassistenz beschreiben lässt bzw. das Engagement der befragten Unternehmen. Rückschluss kann allerdings gemacht werden, dass falls sich die Führungskraft nicht für die Krankheit oder eine Besserung der Situation interessiert, auch ihr Führungsstil hier in der Zusammenarbeit keinen Unterschied macht. Lediglich ein Druck erhöhen und sich nicht mit der Situation befassen wollen, eine Kommunikation von „oben-herab“ bzw. ein Verängstigen der Betroffenen sind deutliche Zeichen bzw. Möglichkeiten der Führungskräfte, die Erkrankten aus den Abteilungen oder Unternehmen zu treiben. So ist der Führungsstil jedenfalls ein Medium, das Krankheiten fördern oder reduzieren kann. (vgl. Abschnitt 6.3.1.10)

Der in Abschnitt 4.4.7 beschriebene fehlende konzeptgeleitete Ansatz, um Erfolg in der beruflichen Integration von psychisch Kranken feststellen und bewerten zu können, zeigt sich wie folgt nach der Auswertung der qualitativen Interviews: da die Definition des Erfolges der beruflichen Integration in den Unternehmen sehr verschieden ist und die Bedürfnisse der Befragten, der Führungskräfte und der Erkrankten aus Sicht der Interviewpersonen überaus individuell sind, benötigt jede Situation eigene Handlungsempfehlungen und Hilfestellungen in der Kommunikation und im Umgang mit den Betroffenen. Rückgeschlossen kann allerdings werden, wie bereits erwähnt, dass es einer Hilfestellung bzw. Konzeptes bedarf, wie Unternehmen unter Anleitung oder alleine einschätzen können, welche Tätigkeiten unter Berücksichtigung der verschiedenen Krankheitsbilder von den Betroffenen durchgeführt werden können, wie mit Ausprägungen der Krankheiten von Unternehmensseite umgegangen werden kann, sowie mit Versetzungen bzw. weniger Verantwortung der psychisch Kranken. Der in Abschnitt 4.5 diskutierte Vorschlag der Beschäftigungsberatung - in diesem Fall möglicherweise abgedeckt durch Institutionen wie ibi und inter.work- ist jedenfalls ein möglicher bzw. in Erwägung zu ziehender Ansatz, der falls er nicht als Beratung für die Unternehmen stattfindet, bereits für Betroffene während der Behandlung als Beratung stattfinden könnte.

Dies könnte also eine Problemlösungsstrategie sein, um die Randgruppe der psychisch Kranken, wie Karstadt sie in Abschnitt 5.2.1 beschreibt, ihr Verhalten ändern lassen und wieder in den Teil des Arbeitslebens zugelassen zu werden, da die Unternehmen erkennen, dass sie mittels Unterstützung besser mit der Situation umgehen können. Ebenso könnte eine frühe Beratung den Umgang mit Stigmen laut Goffman (vgl. Abschnitt 5.2.2) positiv verändern, so müssten PatientInnen die Gesellschaft bzw. die Unternehmen nicht täuschen, was nicht nur Wiedereingliederung erleichtert sondern auch die soziale Lage (vgl. Abschnitt 5.2.3) der psychisch Kranken verbessern würde, wodurch sich idealerweise das Selbstbild und Rollenverhalten der Betroffenen sowie final die Strategie der herrschenden Gruppe verändert (vgl. Tabelle 1).

Die in Abschnitt 5.4 diskutierte Entscheidung von Unternehmen, welche Arbeitsplätze geschaffen oder abgeschafft werden, wer selektiert wird, wie Leistung geschieht und

wie die Wirtschafts- und Sozialpolitik die Gesellschaft beeinflusst, sind es ebenso die einzelnen Führungskräfte und Personalverantwortlichen in Unternehmen laut Empirie, die die soziale Verantwortung übernehmen oder eben nicht.

Ebenso der Wunsch der Unternehmen nach mehr Förderungen, wie die empirischen Ergebnisse zeigen, lässt sich durch die Theorie, die die Kosten der Gesellschaft durch nicht ausgeübte Einkommen durch Arbeitsunfähigkeit bestätigt, rechtfertigen. (vgl. Abschnitt 5.4)

Weiter sollten sich mehr Unternehmen mit den Konsequenzen auseinandersetzen, die mentale Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz mit sich bringen (s. Abschnitt 5.5) und wie die WHO mehr präventive Rehabilitierungsprogramme bzw. Subventionen für diese fordern.

7 Ergebnisse zu den Forschungsfragen

7.1 Ergebnis zu Forschungsfrage 1

FF1: Welche Herausforderungen stellen sich für Unternehmen in der Beschäftigung psychisch kranker MitarbeiterInnen?

Die Beschäftigung psychisch kranker MitarbeiterInnen - laut einer Befragten die am schwierigsten zu integrierende Gruppe - gestaltet sich für die meisten Beteiligten schwierig und ist immer sehr stark vom Umfeld abhängig. Als größte Schwierigkeiten bzw. am herausforderndsten in der Zusammenarbeit mit psychisch kranken Mitarbeiterinnen wurde Vertrauen zu diesen aufzubauen bzw. Verständnis für die Krankheit zu haben, genannt. Ebenso ist das Verhalten ein Thema, das schlechte Stimmung im Team erzeugen kann bzw. das Nicht-zusammenpassen von psychisch Kranken mit den KollegInnen oder Vorgesetzten. Weiter wird zweifellos die Leistung der Betroffenen als größte Schwierigkeit genannt. Außerdem ist die Offenlegung der Krankheit im Unternehmen bzw. gegenüber der engsten KollegInnen und den/die Betroffene/n jedoch noch zu schützen, eine weitere sensible Thematik, mit der Firmen umgehen müssen. Auch die Fragen nach Versetzungen, der Tätigkeit und Verantwortung der erkrankten MitarbeiterInnen bzw. wieviel die KollegInnen der Betroffenen während Absenzen der Erkrankten an Arbeit übernehmen sollen, ist von großer Bedeutung. Letztlich sind Faktoren aus dem privaten Umfeld der erkrankten MitarbeiterInnen, die das Unternehmen nicht beeinflussen kann, eine große Herausforderung für diese. Diese Herausforderungen machen den Umgang mit der Gruppe der psychisch Kranken eben zu einer Aufgabe, der nicht alle Führungskräfte gewachsen sind, bzw. die nicht alle annehmen wollen. Gleichzeitig wird diese aber in Unternehmen, die sich damit auseinandersetzen (wollen) als wichtige Aufgabe gesehen, denn versetzt man sich in die Lage der Betroffenen, ist diese laut der Befragten mit viel Ausdauer und Engagement zu bewältigen. (vgl. Abschnitte 6.3.1.1 und 6.3.1.7)

7.2 Ergebnis zu Forschungsfrage 2

FF2: Welche sind die Erfolgsfaktoren in der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker?

Die drei wichtigsten Erfolgsfaktoren in der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker sehen die Unternehmen jedenfalls in der Tätigkeit der betroffenen MitarbeiterInnen, sprich die passende Tätigkeit für diese zu finden - diese weder zu über- noch zu unterfordern. Weiter in der Kommunikation mit diesen und ebenso in der Zeit, die dafür aufgewendet wird, auf diese einzugehen sowie in der Teamfähigkeit und der Einbindung derer in die Teams. Weiter wird als erfolgskritisch gesehen, nicht zu verallgemeinern, da jeder Fall bezüglich der Rahmenbedingungen, der Führungskräfte und der Aufgaben anders ist. Auch das Verantwortungsgefühl der Führungskraft, ein sich in die Lage der erkrankten Person hineinzusetzen sowie sich vorzustellen, wie es ist, die Tätigkeit mit der Erkrankung zu bewältigen, gilt als Erfolgsfaktor.

Auch ein offener Umgang mit der Erkrankung, das Involvieren eines eventuell bestehenden Betriebsrates, sowie Kontakt und Hilfestellung durch eine Arbeitsassistenz können die berufliche Reintegration erfolgreich machen. (vgl. Abschnitt 6.3.4.4.4)

7.3 Ergebnis zu Forschungsfrage 3

FF3: Was sind aus Sicht der befragten Unternehmen die Hauptproblematiken in der (Re-)Integration bzw. Bedürfnisse, Stigmen und Vorurteile, bei welchen die Unternehmen und MitarbeiterInnen Unterstützung benötigen.

Hauptproblematik ist aus Unternehmenssicht die Kontrollier- und Steuerbarkeit der Betroffenen, wie auch die Arbeitsleistung bzw. die Fehlerhäufigkeit, die häufig durch KollegInnen abgefedert werden muss, kritisch gesehen wird. Weiter wird als

problematisch gesehen, wenn zusätzlich zur psychischen Ersterkrankung weitere Krankheitsbilder auftreten oder sich diese verändert. (vgl. Abschnitt 6.3.1.8)

Die Frage nach Vorurteilen wird in der Mehrzahl der Unternehmen als unkritisch gesehen, bzw. angegeben, dass keine existieren oder sich diese relativiert haben, sobald die Betroffenen Vertrauen vom Umfeld erworben haben. Hier wurde auch auf die fehlende Fähigkeit oder Bereitschaft der Vorgesetzten oder KollegInnen mit der psychischen Erkrankung von MitarbeiterInnen umzugehen, geschlossen. Festgestellt wurde ebenso, dass es Vorurteile gegen die Aufnahme psychisch Kranker ins Unternehmen gibt, nicht aber gegen bestehende KollegInnen mit einer solchen Erkrankung oder aber auch der erhöhte Unterstützungsbedarf von psychisch kranken MitarbeiterInnen kritisiert wird. (vgl. Abschnitt 6.3.1.12)

7.4 Ergebnis zu Forschungsfrage 4

FF4: Wie kann die PSZ Arbeitsassistenz als Institution die Beratungs-Leistungen aus Firmensicht verbessern bzw. noch besser auf die Bedürfnisse und Problemstellungen der Unternehmen eingehen?

Vorweg muss unbedingt betont werden, dass die Resonanz hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem ibi und inter.work äußerst positiv gesehen wird (vgl. Abschnitt 6.3.3.2) und besonders die direkten Führungskräfte hier in der Belastungssituation entlastet werden können.

Themen, die aus der Befragung resultieren, die die Unternehmen in der Zusammenarbeit mit psychisch kranken Mitarbeiterinnen bewegen sind folgende:

- Sensibilisieren der Unternehmen hinsichtlich der Aufnahme von Personen mit einer psychischen Erkrankung, ebenso hinsichtlich Fördermöglichkeiten für Unternehmen
- Gesprächsführung mit Betroffenen, unternehmenszentriertere Betreuung

- Beratung in der Arbeitsplatzgestaltung, Leistungsfähigkeit, Umgang mit Verantwortung von Betroffenen bzw. Versetzungen
- Umgang mit schwierigen Situationen (zB Panikattacken von MitarbeiterInnen)
- Struktur, Stellen und Ansprechpersonen in den PSZ
- Organisationskultur, Führungsstil in den Unternehmen
- Informationen über psychische Erkrankungen um das Verhalten besser verstehen zu können (auch für Kolleginnen der betroffenen MitarbeiterInnen)
- Führungskräfte Trainings, bzw. eventuell auch Beratung zu Eignung in der Führung psychisch Erkrankter
- Nachbetreuung und Konfliktmanagement Schulung

(vgl. Abschnitt 6.3.3.4)

Punkte, die jedenfalls durch die Hilfestellung der PSZ Arbeitsassistenten berücksichtigt und transportiert werden sollte:

- die KollegInnen unbedingt einbeziehen
- Wichtigkeit von zwischenmenschlichem hervorheben
- frühzeitiges Intervenieren!
- Aufklärungsprogramme für Unternehmen, die noch keine Erfahrung mit Arbeitsassistenten gemacht haben

- die Betroffenen davon überzeugen, dass der Arbeitsplatz wahrscheinlicher gehalten werden kann, wenn Krankheitseinsicht und Bereitwilligkeit für Annahme der Hilfestellung vorhanden ist.

8 Zusammenfassung

Der Arbeitsplatz als einer der Hauptfaktoren, die unser psychisches Befinden beeinflussen, sowie die Tatsache, dass jeder Recht auf Arbeit und befriedigende Arbeitsbedingungen hat, gegenübergestellt mit einer Arbeitslosenzahl von 90% psychisch Kranker, ließe annehmen, dass die (Re-)Integration dieser Gruppe in den Arbeitsalltag notwendig und angestrebt ist. Laut Theorie ist die Erwerbstätigkeit umso wichtiger für psychisch Kranke, da Arbeitslosigkeit nicht nur zu einem Verlust der Tagesstruktur, sozialer Kontakte und finanzieller Schwierigkeiten also auch Stigmatisierung in der Gesellschaft führt, sondern auch die psychischen Beeinträchtigungen und Suizidraten in Ländern geringer sind, die höhere und längere Unterstützungen und bessere Arbeitsmarktprogramme für Erwerbslose bieten.

Zentrale Fragestellungen dieser Masterthesis waren also welche Herausforderungen und Hauptproblematiken Unternehmen in der beruflichen (Re-)Integration psychisch Kranker haben, welche Erfolgsfaktoren Unternehmen, die Erfahrung in der Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten MitarbeiterInnen haben, nennen sowie wie ArbeitgeberInnen von Einrichtungen wie der PSZ Arbeitsassistenten noch besser unterstützt werden können. (vgl. Kapitel 1 und 2)

Als Unterstützung im „Individual Placement und Support“ Ansatz der Arbeitsintegration richtet sich die Arbeitsassistenten an MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen sowie ArbeitgeberInnen, um externe Hilfestellung in der Zusammenarbeit zu geben und folgt so dem Leitsatz von Niklas Baer, dass viele psychisch Kranke arbeiten könnten, wenn die Arbeitsumgebung besser adaptiert wäre. (vgl. Kapitel 1)

Hier sei ebenso erwähnt, dass zuallererst die Offenheit bezüglich des Bestehens der psychischen Erkrankung bzw. die Krankheitseinsicht der betroffenen MitarbeiterInnen gegeben sein muss, um aus ArbeitgeberInnensicht unterstützend wirken zu können. So wünschen sich drei Viertel der ArbeitgeberInnen Transparenz hinsichtlich der Offenlegung, Befürchtungen der MitarbeiterInnen sind allerdings Angst vor Stigmatisierung. Doch erst wenn die Offenheit gegeben ist, kann an der Zusammenarbeit gearbeitet, sowie der Arbeitsplatz und die Arbeitsumgebung angepasst werden, um die von vielen Unternehmen beklagte Leistungsfähigkeit,

Zuverlässigkeit und Absenzquote von psychisch Kranken zu verbessern. (vgl. Abschnitt 4.3)

Wie sehr psychisch Kranke also „Lust“ auf Arbeiten bekommen und dies wollen, hängt stark von der Ehrlichkeit und dem Arbeitsumfeld ab. (vgl. Abschnitt 4.3) Viele Unternehmen sind hier jedoch hilflos bzw. überfordert und würden aufgrund der Stigmatisierung von psychisch Kranken teils eher körperlich Behinderte einstellen. (vgl. Abschnitt 4.4.2) Minimiert werden kann dies durch Sensibilisieren, fachliche Unterstützung, Informationen über die Krankheit, Schulungen und Beratung der Unternehmen (vgl. Abschnitt 4.4.2) durch Institutionen wie zB dem PSZ bzw. durch finanzielle Subventionen. Ausschlaggebend beim Arbeitsversuch sind jedenfalls nicht nur die innere Motivation des/der Betroffenen, sondern immer auch die zwischenmenschliche Kommunikation, sowie das Beseitigen der Einschränkungen. (vgl. Abbildung 1) Weiter ist natürlich die frühzeitige Erkennung und das rechtzeitige Intervenieren laut Theorie wie auch die Führungskraft und die Team- bzw. Unternehmenskultur ausschlaggebend, um den Verlust des Arbeitsplatzes zu vermeiden.

Um zu verstehen, was den Erfolg der beruflichen Rehabilitation für die Beteiligten ausmacht, der laut Theorie schwierig festzustellen ist, wurde speziell die Frage nach der Definition des Erfolges durch die Arbeitsassistenz der Unternehmen abgefragt, sodass diese Ergebnisse jedenfalls nach der Untersuchung an die PSZ Arbeitsassistenz weitergeleitet werden kann. Denn wie Arends et al. beschreiben, ist die Beschäftigungsberatung im psychischen Gesundheitssystem bzw. in der psychiatrischen Versorgung der einfachste und kosteneffizienteste Ansatz auf diesem Gebiet. (vgl. Abschnitt 4.5)

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass das Thema Arbeit bereits während eines eventuellen Klinikaufenthalts bzw. zu Beginn der Krankheit professionell aufgegriffen werden sollte und die Soziale Arbeit hier das Thema Beruf und berufliche Möglichkeiten sowie die wahrscheinlich folgenden Herausforderungen bearbeiten sollte, Reintegrationsmaßnahmen koordinieren und zu professioneller externer Hilfestellung wie zB durch Arbeitsassistenz raten. (vgl. Abschnitte 4.4.8 und 4.5)

Auch kann gefolgert werden, dass es Aufgabe der Sozialen Arbeit ist bzw. sein sollte, die Distanz der Randgruppe der psychisch Kranken zum Kern der Gesellschaft zu

vermindern, sprich deren soziale Integration wieder herzustellen, was eben in Unterstützung durch Arbeitsassistentz im beruflichen Kontext passieren kann, indem die Abweichung herrschender Normen minimiert und in Zusammenarbeit bewältigt wird, indem auch der herrschenden Gruppe, die Bedrohung durch die Randgruppe genommen wird und an deren Normen gearbeitet wird einerseits und andererseits am Verhalten der Randgruppe gearbeitet wird, um wieder am gesellschaftlichen (Berufs-)Leben teilzuhaben. Diese Vermittlung sollte helfen, die herrschende Gruppe dazu zu bewegen, Anschluss für die psychisch Kranken zu ermöglichen und diese bestmöglich zu integrieren. (vgl. Abschnitt 5.2)

Weiter sollten auch etwaige Strategien der herrschenden Gruppe zur Sicherung der eigenen Machtressourcen bzw. Problemlösungen der Randgruppen, bearbeitet werden, das heisst bei Suchtkranken: Rückzug der Betroffenen zu vermeiden, bei psychisch Kranken: das Selbstbild als Kranke/r zu bearbeiten. (vgl. Tabelle 1)

Andernfalls werden die Gesellschaft, die Politik und in Folge die Unternehmen weiterhin die Gruppe psychisch Kranker von der Erwerbsarbeit ausschließen, indem sie Selektionskriterien, Leistungsmessungen und Arbeitsplatzgestaltung für die Gruppe der psychisch Erkrankten unmöglich machen und diese so der sozialen Lage Arbeitsloser gleichstellen und diese so wenig finanzielle Möglichkeiten, wenig geschützte Arbeitsverhältnisse und abhängig von sozialen Sicherungssysteme machen, ohne sich bewusst zu sein, welche Opportunitätskosten hier durch nicht ausgeübte Einkommen entstehen. Weiter wird so die Belastung durch psychische Erkrankungen noch mehr anwachsen, anstatt die sozialen und wirtschaftlichen Kosten für die Gesellschaft zu reduzieren und den Arbeitsplatz als Umgebung for mentale Zufriedenheit und Gesundheit auch für psychisch Kranke sicherzustellen. (vgl. Abschnitt 5.4. und 5.2.3)

Folglich gilt es also, bereits die Entstehung mentaler Probleme am Arbeitsplatz zu vermeiden und zu erkennen. So sollten ArbeitgeberInnen ihre Führungskräfte diesbezüglich schulen, Antidiskriminierungsvorschriften umsetzen und präventive und Rehabilitierungsprogramme einführen. Wie die folgenden empirischen Ergebnisse zeigen, kann hier Arbeitsassistentz jedenfalls positiv wirken.

Empirisch untersucht wurde in dieser Master Thesis, wie in Kapitel 6 detailliert beschrieben, die Arbeitssituation von betroffenen MitarbeiterInnen, deren Vorgesetzten, KollegInnen sowie die größte Schwierigkeiten, Herausforderungen und Erfolgsfaktoren in der beruflichen (Re-)Integration. Weiter wie die Zusammenarbeit mit der PSZ Arbeitsassistentin die Situation verändert hat, bzw. welche Beratungswünsche aus Sicht der interviewten Personen bestehen. Die Stichprobe wurde möglichst heterogen ausgewählt und anhand eines Leitfadeninterviews befragt, welches dann mittels zusammenfassender Protokolle und Analyse nach Mayring ausgewertet wurde und zusammenfassend folgende Ergebnisse brachte.

So lässt sich wie in Abschnitt 6.4 beschrieben, schlussfolgern, dass psychisch Kranke vom Arbeitsumfeld stark abhängig sind, laut Empirie die am schwierigsten zu integrierende Gruppe laut der Befragten ist und unter den Betroffenen und Beteiligten eine starke Unzufriedenheit herrscht. Ausnahme ist hier, wenn die Tätigkeit der Erkrankten gut passt oder das Umfeld gut auf diese eingeht. Als Erfolgsfaktor wird hier jedenfalls die Führungskraft der Betroffenen genannt. Die passende Tätigkeit für die psychisch kranken MitarbeiterInnen zu finden, wird hier jedenfalls als Herausforderung bzw. als Aufgabe der Arbeitsassistentin gesehen. Weiter wird die Kommunikation mit den Betroffenen als entscheidend eingestuft, die ebenfalls durch die Arbeitsassistentin verbessert werden kann. Auch wird das Miteinbeziehen der KollegInnen der psychisch Erkrankten als Erfolgsfaktor gesehen, da diese besser mit der Situation umgehen können, wenn diese durch die Jobcoaches der Betroffenen über die Krankheit etc. informiert werden. Für große Schwierigkeiten sorgt auch, Verständnis für bzw. ein gutes Verhältnis und Vertrauen zu den Betroffenen aufzubauen. Schwierig für die Unternehmen ist weiter, mit privaten Faktoren, die nicht vom Unternehmen beeinflusst werden können, umzugehen, worauf die Arbeitsassistentin als externe Hilfe in Gesprächen mit den Erkrankten eingehen kann. Gewillt sein, sich der Aufgabe der beruflichen (Re-)Integration zu stellen, zeigt jedenfalls soziale Verantwortung der Unternehmen und der Führungskräfte.

Die Hauptproblematik in der Zusammenarbeit mit psychisch Kranken MitarbeiterInnen sehen die befragten Unternehmen auf jeden Fall in der Arbeitsleistung bzw. der Fehlerquote, die dadurch verbessert werden kann, indem mit Hilfe der Arbeitsassistentin eine adäquate Tätigkeit für die Betroffenen gesucht

wird oder auch das Stundenausmaß zu verringern, was den Druck und die Belastung senken kann.

Lange Absenzen werden allerdings nicht als Hauptproblematik von den befragten Personen gesehen, wie eventuell vermutet werden würde.

Alles in allem kann gesagt werden, dass die Arbeitsassistenz überaus positiv von den Unternehmen, die bereits Erfahrung damit hatten, beurteilt wurde und angaben, dass sie die Einrichtungen der PSZ Arbeitsassistenz ibi und inter.work erneut kontaktieren würden, da diese erfolgreich beitragen, psychisch kranke MitarbeiterInnen im Unternehmen zu halten, Lösungsoptionen zu erarbeiten, die Arbeitsbeziehung wieder stabilisieren oder im schlechtesten Fall einen geordneten Ausstieg ermöglichen. Weiter bleibt so nicht alles an den direkten Vorgesetzten der Betroffenen „hängen“. Verbesserungspotenzial sehen die Interviewpersonen in der Bearbeitung des Themas der Aufgabengestaltung, wie mit dem Thema Verantwortung von psychisch Kranken umgegangen werden kann, wenn sie diese in ihrer Position nicht mehr bewältigen können, in der Information über Krankheitsbilder und Symptome, die diese mit sich bringen, wie zB dem Umgang mit Panikattacken. Wünschenswert wäre ebenso eine übersichtlichere Struktur der Services bzw. der Ansprechpartner innerhalb der PSZ und mehr Aufklärung für Firmen, die die Institution bzw. Fördermöglichkeiten noch nicht kennen, um so zukünftig noch mehr Unternehmen dazu zu bewegen, mit psychisch Kranken zu arbeiten oder diese einzustellen.

9 Conclusio

Nach Beantwortung der Forschungsfragen dieser Masterarbeit kann also auf jeden Fall gesagt werden, dass Einrichtungen wie das ibi und inter.work die Zusammenarbeit mit psychisch kranken MitarbeiterInnen jedenfalls für Unternehmen vereinfachen können, die Kommunikation verbessert werden, Konflikte gelöst und Verständnis durch Informationen über die Krankheit aufgebaut werden. Aufgaben, die in Zukunft noch besser bearbeitet werden können, sind zweifelsohne, die der entsprechenden Tätigkeit psychisch Kranker. Ebenso vermisst wird, die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen oder (psycho)therapeutische Unterstützung bei kritischen Themen wie Versetzungen oder „Degradierungen“ in der Position der Betroffenen. Viele Unternehmen würden eventuell gerne mehr helfen, als sie gesetzlich dürfen, andere wiederum „richten“ noch mehr im Krankheitsbild der Betroffenen an, als sein dürfte. Die berufliche (Re-)Integration sollte nach Meinung der Autorin bereits frühzeitig beginnen, nicht nur Unternehmen, die engagierte und verantwortungsvolle Führungskräfte und Personalverantwortliche oder Betriebsräte haben, sollten es sich zur Aufgabe machen, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen sondern sozialpolitisch hier mehr getan werden, um die Entstigmatisierung in der Gesellschaft von psychisch Kranken zu fördern. Auf dem Gebiet ist letztlich seit den 80er Jahren wenig passiert. Die Soziale Arbeit könnte auch hier einen noch viel größeren Beitrag leisten, sei es jetzt bereits nach einem stationären Aufenthalt, durch ambulante Beratung oder als Kontakt, der zur Arbeitsassistenz rät, bevor der Konflikt bereits zu einer Krise geführt hat. Ebenso wird kritisch gesehen, dass Institutionen wie ibi und inter.work einer großen Anzahl von Unternehmen nicht bekannt ist und dass es Unternehmen gibt, die gewillt sind psychisch Kranke anzustellen und sich diesen Herausforderungen zu stellen und es dann jedoch an Förderungen zu mangeln scheint. Andererseits es Firmen gibt, die der Ansicht sind, dass es am einfachsten ist, sich von psychisch kranken MitarbeiterInnen zu trennen und diese eventuell in die Berufsunfähigkeitspension zu schicken, als hilfreich ansehen. Dies entspricht keinesfalls dem Recht auf Arbeit, das jede/r hat. Niemand strebt an, wenn er/sie selbst in der Position ist, derart vom Arbeitsumfeld abhängig zu sein, sondern eben professionelle Hilfe von außen zu erhalten, um die Situation für alle Beteiligten bestmöglich und so fair wie möglich zu gestalten,

Verständnis für beide Seiten herzustellen und natürlich auch die finanziellen und wirtschaftlichen Aspekte der DienstgeberInnen sowie der DienstnehmerInnen zu gewahren.

Nach Betrachtung der Auswertung der empirischen Forschung und Reflexion der Ergebnisse, wäre es vermutlich dienlich gewesen, mittels der qualitativen Interviews ebenso abzufragen, wie die Unternehmen, die Krankheit bzw. die Symptome erkannten, welche ersten Schritte sie gesetzt haben, bzw. wie sie die anfängliche, schwierige Phase gemeistert und wie es ihnen gelang, mit den Betroffenen über die Krankheit zu reden und diese für eine Unterstützung durch die Arbeitsassistenten zu motivieren. Denn dies scheint nach der Befragung von Firmen, die noch keine Kontakte zu Institutionen wie der PSZ Arbeitsassistenten bzw. ebenso aus rückblickenden Aussagen von Befragten, die über diese verfügen, zu bestätigen, dass wenn frühzeitiger interveniert worden wäre, die Situation erfolgreicher sein hätte können. In diesem Sinne wäre es weiter nützlich gewesen, zu ermitteln, wie die befragten Unternehmen denken, das Angebot der Arbeitsassistenten bekannter für Betroffene zu machen, bzw. wie sie auf die Einrichtung aufmerksam wurden, wenn der Kontakt von ihnen initiiert wurde. Lücken aus dieser Arbeit für zukünftige Forschung ergeben sich ebenso aus dem Thema, wie Unternehmen zu Subventionen und Förderungsmöglichkeiten kommen können, um hier einen weiteren Beitrag zu einem vollständigeren, wissenschaftlichen Konzept zu machen, denn wie bereits erwähnt geht es laut Niklas Baer nicht um Kampagnen für die soziale Verantwortung, sondern darum, dass 30% der Firmen Menschen mit psychischen Erkrankungen anstellen würden, wenn sie einerseits finanzielle Subventionen hätten und andererseits eben die fachliche Unterstützung.

LITERATURVERZEICHNIS

Arends, Iris; **Baer**, Niklas; **Miranda**, Veerle; **Prinz**, Christopher; **Singh**, Shruti. (2014). Mental Health and Work: Achieving Well-integrated Policies and Service Delivery, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 161, OECD Publishing.

Baer, Niklas (2007). Was brauchen KlientInnen, Betriebe und Fachleute, damit Eingliederung gelingen kann? Pro mente sana aktuell Nr. 4. (S. 18-20).

Baer, Niklas (2014). Was ist schwierig an „schwierigen“ Mitarbeitern? Arbeitsprobleme und Potentiale bei Menschen mit psychischen Störungen. Swiss Archives of Neurology and Psychiatry. 164 (4). (S. 123-31).

Baer, Niklas (2014). Die böse Vorgesetzte, der parteiische Psychiater, der verräterische Versicherungsarzt und die gemobbte Patientin. Stereotype und fehlende Zusammenarbeit verhindern eine erfolgreiche Rehabilitation. Swiss Archives of Neurology and Psychiatry. 165 (7). (S. 240-248).

Baumann, Anja; **Zaeske**, Harald; **Gaebel**, Wolfgang (2003). Das Bild psychisch Kranker im Spielfilm: Auswirkungen auf Wissen, Einstellungen und soziale Distanz am Beispiel des Films „Das weiße Rauschen“. Psychiat Prax 30. (S. 372-378).

Burzan, Nicole (2011). Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die Grundtheorien (4. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Domingo, Anna; **Baer**, Niklas (2003). Stigmatisierende Konzepte in der beruflichen Rehabilitation. Psychiat Prax 30. (S. 355-357).

Eikermann, Bernd; **Zacharias-Eikermann**, Barbara; **Richter**, Dirk; **Reker**, Thomas (2005). Integration psychisch Kranker. Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben. Deutsches Ärzteblatt Jg. 102/Heft 16. (S. A1104-1110).

Fürstenberg, Friedrich (1995) Soziale Handlungsfelder. Strukturen und Orientierungen. Wiesbaden: Springer.

Goffman, Erving (2012). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Hoffmann, Holger; **Jäckel**, Dorothea (2007). Nachhaltige Reintegration psychisch Kranker in die freie Wirtschaft. Managed Care. 7/8 2007 (S. 9-12).

Harnois Gaston; **Gabriel** Phyllis (2000). Mental Health and Work: Impact, issues and good practices. World Health Organisation. Genf: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Kronauer, Martin (2007). Inklusion - Exklusion: ein Klärungsversuch. Vortrag auf dem 10. Forum Weiterbildung des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung. (8.10.2007). Bonn.

Längle, Gerhard; **Welte**, Wolfgang; **Niedermeier-Bleier**, Manuela. (1997). Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung. 30. Jg. (S. 479-490).

Laupichler, Klaus (2002). Erwartungen an die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Schmidt-Zadel, Regina; Pörksen, Niels (Hrsg.). Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn: Psychatrie-Verlag.

Matschnig, Teresa; **Frottier**, Patrick; **Seyringer**, Michaela-Elena; **Frühwald**, Stefan. (2006). Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen - ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. Psychiat Prax. 35. (S. 271-278).

Mayring, Philipp (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Plath, Hans-Eberhard; **Blaschke**, Dieter (1999). Probleme der Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. 32. Jg. (S. 61-69).

Psychosoziale Zentren GmbH (PSZ) (2013). Psychisch Krank im Job. Was tun? Langenlois: hiasl.at.

Richter, Dirk; **Eikermann**, Bernhard; **Reker**, Thomas (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. Gesundheitswesen 2006/68. (S. 704-707).

Roeck, Bernd (1993). Außenseiter, Randgruppen, Minderheiten. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Roessler, Wulf; **Riecher-Rössler**, Anita (1994). Psychiatrische Rehabilitation chronisch psychisch Kranker und Behinderter. Rehabilitation 33. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Schmiedebach, Heinz-Peter; **Beddies**, Thomas; **Schulz**, Jörg; **Priebe**, Stefan (2002). Wohnen und Arbeit als Kriterien einer sozialen Integration psychisch Kranker. Entwicklungen in Deutschland von 1900-2000. Psychiat. Prax. 29. (S. 285-294).

Staub-Bernasconi, Silvia, et al. (2012). Soziale Arbeit und Psychiatrie. Positionspapier. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik.

Wuppinger, Johanna; **Rauch**, Angela (2010). Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation. IAB-Forschungsbericht. No. 2010,1.

World Health Organization (2000). Mental health and work: Impact, issues and good practices. Genf.

ONLINE QUELLENVERZEICHNIS

Baer, Niklas.

<https://ivinfo.wordpress.com/2011/09/04/niklas-baer-«viele-psychisch-krank-konnten-arbeiten-wenn-die-arbeitsumgebung-besser-an-ihre-behinderung-angepasst-ware»/>
[16. 6. 2015].

Hierlemann, Franz. Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Eine Herausforderung für die Interprofessionalität.

http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial_aktuell_6910_6915.pdf
[16. 6. 2015].

Karstedt, Susanne. Soziale Randgruppen und soziologische Theorie. (1975)

<http://bidok.uibk.ac.at/library/karstedt-randgruppen.html#idp4886048>
[22. 7. 2015].

Psychosoziale Zentren GmbH. Arbeitsassistenz. <http://www.psz.co.at/angebote/berufliche-integration/arbeitsassistenz/> [18. 11. 2015].

Psychosoziale Zentren GmbH. Jobcoaching. <http://www.psz.co.at/angebote/berufliche-integration/jobcoaching/> [18. 11. 2015].

Vereinte Nationen (1948). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf> [6. 7. 2015].

World Health Organization (WHO) (2016). International Classification of Diseases (ICD-10 Versions). <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V> [29. 11. 2015].

QUELLENVERZEICHNIS

Sonnleitner, Nina-Désirée (2015). Interview mit Interviewpartner A, Betriebsrat, geführt von Nina-Désirée Sonnleitner am 5.8.2015 in Wien.

Sonnleitner, Nina-Désirée (2015). Interview mit Interviewpartner B, Leiterin Recht und Personal, geführt am 2.9.2015 in Wien.

Sonnleitner, Nina-Désirée (2015). Interview mit Interviewpartner C, Abteilungsleiter Leistungsabteilung, geführt am 2.10.2015 in Wien.

Sonnleitner, Nina-Désirée (2015). Interview mit Interviewpartner D, Personalverantwortliche, geführt am 6.10.2015 telefonisch.

Sonnleitner, Nina-Désirée (2015). Interview mit Interviewpartner E, HR Business Partner, geführt am 7.10.2015 in Wien.

Sonnleitner, Nina-Désirée (2015). Interview mit Interviewpartner F, Personalreferent, geführt am 9.10.2015 in Wien.

Sonnleitner, Nina-Désirée (2015). Interview mit Interviewpartner G, stellvertretende Betriebsratsvorsitzende, geführt am 9.10.2015 in Wien.

Sonnleitner, Nina-Désirée (2015). Interview mit Interviewpartner H, Marktleiterin, geführt am 12.10.2015 telefonisch.

Sonnleitner, Nina-Désirée (2015). Interview mit Interviewpartner I, Dienststellenleiter, geführt am 15.10.2015 telefonisch.

Interviews wurden auf Wunsch der Befragten anonymisiert.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 S. 28

Vier Dimensionen der Abweichung der Randgruppe psychisch Kranker und Alkoholiker nach Karstedt. (Karstedt, 1975, Online).

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 S. 16

Einflussnahme auf Funktionseinschränkungen der seelischen Erkrankung (Rössler und Riecher-Rössler, 1994, S. 4).

Abbildung 2 S. 37

Struktur Psychosoziale Zentren GmbH (PSZ) Arbeitsassistenz. (Eigene Darstellung).

Abbildung 3 S. 42

Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews nach Mayring (Mayring, 2002, S. 71).

Abbildung 4 S. 44

Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2002, S. 96).

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

WHO - World Health Organization

OECD - Organisation of Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

ANHANG A

Informationblatt / Einladung zur Studie für KlientInnen von ibi/inter.work

Information / Einladung zur Studie

„Berufliche (Re-)Integration psychisch Kranker - Erfolgsfaktoren, Herausforderungen - wie Institutionen Unternehmen und MitarbeiterInnen unterstützen können - am Beispiel vom Institut zur beruflichen Integration (ibi) und inter.work.“

Ziel der Studie: Im Rahmen der Master Thesis zum Thema „Berufliche (Re-)Integration psychisch Kranker" wird untersucht, was Unternehmen im Umgang mit Erwerbstätigen mit psychischen Erkrankungen tun können bzw. wie psychisch Kranke idealerweise beruflich (re-)integriert werden. Das heisst, was sind die Schwierigkeiten und erfolgskritischen Faktoren aus Sicht der befragten Unternehmen, was sind die Bedürfnisse der Betroffenen, beteiligten MitarbeiterInnen und Führungskräfte im Rahmen der Arbeitsassistenz. Welche Leistungen benötigen Unternehmen in der Reintegration, um mit Stigmen, Vorurteilen, etc. umzugehen und wie kann in der Beratung noch besser auf den Umgang mit der Randgruppe eingegangen werden.

Vorgehen: persönliche Interviews mit KundInnen von ibi/inter.work, die von der Studienleiterin Mag. (FH) Nina-Désirée Sonnleitner geführt werden.

Dauer: 30-45 min.

Zeitraum: August - Oktober 2015

Nähere Informationen: Bei weiteren Fragen, kontaktieren Sie gerne Frau Mag. (FH) Sonnleitner (mobil: 0660/2196256, e-mail: ninadesiree.sonnleitner@gmail.com)

Bei **Interesse** teilen Sie dies bitte Ihrer Ansprechperson von ibi/inter.work mit, Frau Mag. (FH) Sonnleitner wird sich danach mit Ihnen in Kontakt setzen, um einen Termin für ein Gespräch zu vereinbaren.

Es wird Ihnen **strengste Anonymität** zugesichert - das heisst weder Ihr, der Firmenname, noch Details, die Rückschlüsse auf Betroffene oder Beteiligte zulassen, werden in der Auswertung genannt. Bei Interesse werden Ihnen die **Studienergebnisse** gerne zur Verfügung gestellt!

ANHANG B

Interviewleitfaden

Arbeitssituation der Beteiligten

Wie beurteilen Sie generell die Arbeitssituation des/der betroffenen MitarbeiterIn?

Wie ist die Zufriedenheit der Vorgesetzten mit der Arbeit des/der Mitarbeiters/in?

Wie zufrieden ist der/die Mitarbeiter/in selbst aus Ihrer Sicht?

Wie adäquat ist das derzeitige Aufgabengebiet?

Wurde die Tätigkeit geändert seit dem Auftreten der psychischer Erkrankung? Falls nicht, würde sich dies aus Ihrer Sicht positiv auswirken?

Wurde das Stundenausmaß geändert seit dem Auftreten der Erkrankung bzw. der Bekanntgabe?

Falls nicht, würde sich dies aus Ihrer Sicht positiv auswirken?

Wie läuft die Kommunikation mit dem/der MitarbeiterIn aus Ihrer Sicht?

Wie läuft die Kommunikation Ihrer Meinung aus Sicht des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin?

Was könnte die Kommunikation betreffend verbessert werden?

Gab es Veränderungen seit Offenlegung der Krankheit? Falls ja, welche?

Gab es Veränderungen seit der Zusammenarbeit mit der PSZ Arbeitsassistenten?
Welche?

Wie funktioniert die Zusammenarbeit im Team/mit KollegInnen des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin? Aus Sicht der KollegInnen?

Was ist die größte Schwierigkeit/am herausforderndsten in Bezug auf die Zusammenarbeit mit psychisch kranken MitarbeiterInnen?

Welche positiven Seiten können Sie berichten?

Was denken Sie sind die größten Schwierigkeiten seitens der betroffenen MitarbeiterInnen?

Was ist die Hauptproblematik aus Unternehmenssicht?

Wie wird mit Rückfällen, langen Absenzen seitens des/der MitarbeiterIn umgegangen?

Wie beschreiben Sie den Führungsstil des Vorgesetzten?

Gibt es präventive Maßnahmen in Ihrem Unternehmen auf dem Gebiet?

Vorurteile

Welche Vorurteile existieren Ihrer Meinung nach im Unternehmen in Bezug auf psychisch Kranke MitarbeiterInnen?

Haben/hatten Sie selbst welche? Wenn ja, welche?

Hat sich diesbezüglich etwas geändert seit der Offenlegung der Krankheit des/der Mitarbeiters/in? bzw. seit der Zusammenarbeit mit den PSZ? Falls ja, was konkret?

Zusammenarbeit mit den PSZ bzw. wie ist das Unternehmen mit der Erkrankung des/der Mitarbeiters/in umgegangen?

Von wem aus ging die Initiative zur Zusammenarbeit mit den PSZ? / Kennen Sie ibi/inter.work? Könnten Sie sich vorstellen in Zukunft mit einem Arbeitsassistenten-Institut zusammen zu arbeiten? Woher sollte die Information kommen?

Wie gestaltet sich für Sie die Zusammenarbeit mit den PSZ? / Was wäre Ihnen wichtig in der Zusammenarbeit?

Fühlen Sie sich adäquat unterstützt für den Umgang mit psychisch kranken MitarbeiterInnen? Wer hat Sie in diesem Fall unterstützt - welche Unterstützung hätten Sie benötigt?

In welchem Bereich? In welchem Bereich eher nicht? / Welche Fragen hat die Erkrankung aufgeworfen?

Was läuft gut? Was könnte verbessert werden? / Was lief Ihrer Meinung nach gut im Umgang mit der Erkrankung? Was weniger?

Gibt es wünschenswerte Veränderungen? Falls ja, welche und wieso? / Was würden Sie im Nachhinein betrachtet anders machen?

Wie beurteilen Sie den Prozess, die Reaktionen seitens der Arbeitsassistenten?

Gibt es Themen in der Beratung, die Sie sich zukünftig wünschen?

Ziehen Sie die PSZ Arbeitsassistenten bei Konflikten heran?

Wie gut fühlen Sie sich über die Krankheit des/der Mitarbeiters/in informiert?

Nehmen Sie Coachings, workshops vom PSZ in Anspruch? Falls ja, wie oft, wer, HR,...?

Wie könnte das PSZ Ihrer Meinung nach die Leistungen noch besser auf Ihre Bedürfnisse bzw. Problemstellungen eingehen?

Welche Leistungen würde Ihre Unternehmen außerdem noch gerne in Anspruch nehmen?

Wie definieren Sie den Erfolg der Leistung seitens der Arbeitsassistenten?

Generelle Fragen

Welche Ausbildung, Seniorität hat der/die MitarbeiterIn und der/die Vorgesetzte?

Ist die psychische Erkrankung nach Anstellung aufgetreten oder war diese bei Einstellung bereits bekannt?

Was spricht dafür/dagegen zukünftig weitere psychisch kranke Mitarbeiter einstellen?

Was sind Ihrer Meinung nach die erfolgskritischen/Erfolgsfaktoren in der beruflichen Integration psychisch Kranker?

(Fragen zur Arbeitssituation vgl. Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 54)

ANHANG C

Zusammenfassende Protokolle der Interviews nach Mayring

Interviewpartner A, 5.8.2015

Arbeitssituation der Beteiligten

Die Arbeitssituation des Betroffenen wird als schwierig beurteilt, der Mitarbeiter ist mit den Gedanken woanders, kann sich nicht an Arbeitszeiten halten, will sich oft spontan frei nehmen und fühlt sich nicht in der Lage die geforderten Zeitaufzeichnungen durchzuführen. Da der Mitarbeiter die notwendigen Arbeiten erledigt, ist Zufriedenheit mit der Arbeit des Mitarbeiters vorhanden. Der Mitarbeiter selbst ist mit der Arbeitssituation jedoch unzufrieden. Er will sich nicht an fixe Arbeitszeiten halten und auch nicht unbedingt mit Kunden zu tun haben. Das Aufgabengebiet selbst sowie der Arbeitsumfang ist okay. Das Aufgabengebiet und das Stundenausmaß wurden auch seit Auftreten der psychischen Probleme nicht geändert bzw. ist dies auch nicht vorhergesehen, da dies aus jetziger Sicht keine Verbesserung laut Betriebsrat bringen würde.

Die Kommunikation zwischen Mitarbeiter und Vorgesetzten läuft aus Sicht des Betriebsrates unproblematisch, da der Mitarbeiter dem Vorgesetzten nichts von seinen Problemen erzählt. Der Mitarbeiter kann dadurch, dass er sich nicht unbedingt „outen“ möchte, nicht offen in der Kommunikation sein, da er relativ neu in der Firma ist und hier keinen „schlechten“ Eindruck vermitteln möchte. Derzeit besteht in der Kommunikation laut Betriebsrat also kein Verbesserungspotenzial. Der Mitarbeiter arbeitet sehr allein, hat wenig Kontakt zu anderen KollegInnen, ein one-man-project also.

Die größte Schwierigkeit/am herausforderndsten in Bezug auf die Zusammenarbeit mit psychisch kranken MitarbeiterInnen ist laut dem Interviewpartner, dass man Vertrauen im Gespräch aufbaut, dass man den Mitarbeiter erzählen lässt und ihn nicht unterbricht sowie dass man mit ihm weiterhin „normal“ umgeht. Positives kann

der Betriebsrat soweit nicht berichten. Die größte Schwierigkeit für den betroffenen Mitarbeiter denkt er ist, sich jemanden anzuvertrauen zu trauen und jemanden davon zu erzählen.

Für das Unternehmen ist die Hauptproblematik aus seiner Sicht, dass die Firma sich auf diese Personen nicht verlassen kann und man solche Mitarbeiter zu keinem Kunden schicken kann, da ungewiss ist, was passiert. Weiter kann solchen Mitarbeitern keine wichtigen Projekte gegeben werden.

Bei Rückfällen, Absenzen seitens des Mitarbeiters muss dieser in Urlaub bzw. auf Zeitausgleich gehen. Der Führungsstil des Vorgesetzten wird als schlecht, bzw. nicht führend eingeschätzt, da der Vorgesetzte der Auftraggeber ist.

Als präventive Maßnahmen im Unternehmen auf dem Gebiet werden Anti-Stress Bekämpfung durch sportliche Angebote sowie ein Seminar zum Thema Work Life-Balance angegeben.

Vorurteile

Als Vorurteile, die im Unternehmen gegenüber psychisch kranken MitarbeiterInnen bestehen, nennt der Betriebsrat, dass diese „deppat“ seien, gefährlich, diesen MitarbeiterInnen keine Projekte gegeben werden kann und diese sehr viel Unterstützung benötigen.

Er selbst nennt als seine eigenen Vorurteile ebenso, die Schwierigkeit der Projektauswahl und die erhöhte Unterstützung, dies hat sich auch seit Offenlegung der Krankheit nicht geändert, Hilfe bzw. Beratung von außen hat er bzw. das Unternehmen bis dato nicht in Anspruch genommen.

Zusammenarbeit mit den PSZ / bzw. wie ist das Unternehmen mit der Erkankung des/der Mitarbeiters/in umgegangen?

Der Interviewpartner kennt ibi nicht, kann sich aber eine Zusammenarbeit bei keinen anfallenden Kosten vorstellen. Wünschenswert wäre ein Treffen außerhalb der

Firma, um die Situation zu schildern und gegebenenfalls mit dem Mitarbeiter und der PSZ Arbeitsassistent ein Gespräch zu initiieren. Bis jetzt hat er keine Unterstützung in den Gesprächen mit dem Mitarbeiter gehabt. Themen, die ihn beschäftigen sind, wie kann er helfen, soll er mit dem Vorgesetzten sprechen, soll er es jemanden oder niemanden erzählen, was soll er dem Mitarbeiter antworten. Gut gelaufen ist bisher, dass er dem Mitarbeiter zugehört hat, weniger gut, dass er keine Ratschläge geben konnte. Der Befragte würde beim nächsten „Fall“ wieder gleich vorgehen, fühlt sich aber überhaupt nicht über die Krankheit des Mitarbeiters informiert.

Generelle Fragen

Der Betroffene verfügt über einen HTL Abschluss, hat 1 Jahr Seniorität, der Vorgesetzte ist 15 Jahre beim Unternehmen. Die Erkrankung ist erst nach Anstellung bekannt geworden.

Zukünftig weitere MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen einzustellen sieht der Betriebsrat bei gleichen Kosten kritisch.

Erfolgskritisch in der beruflichen Integration von psychisch Kranken ist laut ihm, den Betroffenen nicht die komplizierteste Arbeit zu geben, nicht immer über die Erkrankung zu reden und den/die MitarbeiterIn zu begleiten.

Arbeitssituation der Beteiligten

Die Gruppe psychisch Kranker ist für die Interviewpartnerin die am schwierigsten zu integrierende, weil sie Konflikte auslösen, die mental schwieriger zu händeln von den KollegInnen sind, als sichtbare, körperliche Behinderungen. Ob die Vorgesetzten dies auch so sehen, wird in Frage gestellt, ob sich diese viele Gedanken machen. Die Situation der betroffenen Mitarbeiter selbst wird als schlecht eingestuft. Die eigene fehlende Einsicht über die Krankheit und das Unverständnis gegenüber dem Umfeld ist hoch, da ausschließlich das eigene Empfinden gesehen wird, jedoch nicht als zu behandelnden Krankheitsteil, was es schwierig macht.

Psychisch kranke MitarbeiterInnen wurden noch nie bewusst eingestellt; ein „Sozialfall mit Lernschwierigkeiten“ wurde in der Poststelle eingestellt, was leider aufgrund fehlendem Engagement des Betroffenen nach zwei Wochen trotz Bemühungen seitens des Unternehmens beendet wurde.

Erfahrungen zeigen, dass ursprüngliche Tätigkeiten der Erkrankten nicht mehr gemacht werden können, beide Fälle, die in der Vergangenheit aufgetreten sind, haben sich dennoch auch nach drei bzw. acht Jahren Fortführung des Dienstverhältnisses und Änderung der Aufgaben nicht verbessert. Eine Änderung des Stundenausmaßes war leider kein Thema, obwohl es nach Ansicht der Interviewpartnerin helfen hätte können, da aus ihrer Sicht so die Belastung reduziert werden könnte, die Mitarbeiter dies aber in der Regel nicht annehmen so wurden zB auch Verantwortung den Mitarbeitern „weggenommen“ ohne Änderungskündigungen und dergleichen durchzuführen.

Die Kommunikation mit den Mitarbeitern gestaltete sich jeweils herausfordernd. Man muss mit seinen eigenen Worten sehr, sehr aufpassen. Das Wichtigste hier ist, dass man sich Zeit nimmt. Die Interviewpartnerin würde sich beim nächsten Fall in einer früheren Phase einen Arbeitsassistenten „holen“, um die Augenhöhe mit der Personalabteilung zu erhalten. In einem der früheren Fälle ist dies auch geschehen, die Betreuung durch das ibi wurde seitens des Mitarbeiters jedoch leider nicht

gewollt. Eine Verpflichtung hierzu wäre dienlich für die Betroffenen, ist aber leider nicht möglich. Offenlegung der Krankheit ist in den Fällen auch nicht passiert, da in einem Fall jegliche Krankheitseinsicht fehlte, im anderen das Krankheitsbild nicht erörtert wurde, sondern nur der Hinweis auf psychiatrische Behandlung des Mitarbeiters im Kündigungsprozess erfolgte, der Mitarbeiter war aber davor und danach gleich „schwierig“.

Die Interviewpartnerin beurteilt die Zusammenarbeit mit der Arbeitsassistentin als super, von den betroffenen Mitarbeitern wurde diese leider nicht angenommen.

Die KollegInnen der Betroffenen haben ganz lange Zeit versucht, zu unterstützen, ebenso die Vorgesetzten, als bestimmte Situationen eskalierten wandten sich diese allerdings hilflos an ihre eigenen Vorgesetzten und auch die KollegInnen zogen sich dann zurück.

Die größte Schwierigkeit/am herausforderndsten in Bezug auf die Zusammenarbeit mit psychisch kranken MitarbeiterInnen ist laut Interviewpartnerin, die unterschiedlichen Menschen in unterschiedlichen Gedankenwelten, die nicht kompatibel sind. Auch wenn die Betroffenen talentiert, engagiert sind und wollen, wollen, wollen.

Für das Unternehmen ist die Hauptproblematik aus ihrer Sicht, dass die Betroffenen anders denken, mit Unternehmensinterna nach außen gehen und nicht kontrollier- oder steuerbar sind.

Rückfälle, lange Absenzen seitens des Mitarbeiters werden zur Kenntnis genommen, es gibt keinerlei Maßnahmen außer ein Gespräch mit dem Betriebsrat und der Personalabteilung, wie zukünftig Überforderung und weitere Belastung vermieden werden kann. Diese „Willkommen zurück“ Gespräche sind nach 300 Abwesenheitsstunden institutionalisiert.

Der Führungsstil der Vorgesetzten beeinflusst jedenfalls die Arbeitsfähigkeit des/der MitarbeiterIn laut der Interviewpartnerin (Verweis auf das Haus der Arbeitsfähigkeit) so kann die Führungskraft eine psychische Störung jedenfalls fördern oder reduzieren.

Als präventive Maßnahmen im Unternehmen auf dem Gebiet gibt es einen Arbeitsmediziner, eine Arbeitspsychologin sowie den „Club Lebenszeit“ als Mitarbeitergesundheitseinrichtung sowie Informationsdrehscheibe zu diversen Themen bis hin zur Bezahlung von Psychotherapie.

Vorurteile

Vorurteile wird es wohl geben, sind aber kein großes Thema im Unternehmen, die Interviewpartnerin sieht die Kollegen eher solidarisch.

Zusammenarbeit mit den PSZ/ bzw. wie ist das Unternehmen mit der Erkankung des/der Mitarbeiters/in umgegangen?

Die Zusammenarbeit mit ibi wurde von der Personalabteilung initiiert, gestaltet sich super, sehr offen in der Kommunikation und gut erreichbar. Die Interviewpartnerin hofft, dass die Institution auch beim Betriebsrat „eingepflanzt“ wurde. Wünschenswert in Zukunft wäre, wie bereits erwähnt, ein früheres Miteinbeziehen, was schwierig ist, da erst bei Eskalation oder disziplinären Fällen die Personalabteilung involviert wird. Es könnte aber der Club Lebenszeit mit ibi vernetzt werden bzw. wäre auch vorstellbar konkrete Betriebsberatung oder Coachingeinheiten von ibi in der Führungskräfteplattform zum Thema: „Wie gehe ich mit schwierigen MitarbeiterInnen um? zu organisieren.

Erfolgreich ist die Arbeitsassistenz für die Interviewpartnerin, wenn der Mitarbeiter am Arbeitsplatz gehalten werden kann oder wenn dies nicht möglich ist, einen geordneten Ausstieg. Denkbar wäre hier auch eine Verpflichtung des Mitarbeiters, die an die Inanspruchnahme der Arbeitsassistenz geknüpft ist.

Die Interviewpartnerin sieht als weitere Aufgabe von ibi die Beurteilung der geeigneten Arbeitsplatzgestaltung von betroffenen Mitarbeitern, denn auch zu viel Verantwortung den Betroffenen wegzunehmen, sieht sie als kritisch.

Generelle Fragen

Die Betroffenen verfügen über einen Universitätsabschluss, bzw. eine technische Ausbildung. Sind 12 bzw. über 15 Jahre beim Unternehmen gewesen. Die Erkrankung ist erst nach Anstellung bekannt geworden.

Die Interviewpartnerin würde zukünftig weitere MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen einstellen.

Erfolgskritisch in der beruflichen Integration von psychisch Kranken ist laut ihr die MitarbeiterInnen im Arbeitsprozess zu halten. Das Talent oder Nichttalent könnte von der Arbeitsassistenz evaluiert werden. Psychisch krank sollte nicht meinen, arbeitsunfähig. Zur Krisenprävention gehört allerdings auch, die Anerkennung der PVA der beruflichen Rehabilitation bzw. ein Assessment, vor Wiedereinstieg, welche Tätigkeit in welchem Umfeld vom Mitarbeiter geleistet werden kann, was eventuell auch von der Arbeitsassistenz durchgeführt werden kann.

Interviewpartner C, 2.10.2015

Arbeitssituation der Beteiligten

Die Schwierigkeiten des Betroffenen wurde im Zuge einer Umstrukturierung bzw. der Umstellung der Tätigkeit von Papier auf PC deutlich. Der Betroffene ist bereits sehr lange im Unternehmen, Persönlichkeitsprobleme hatte er schon immer. Da der Arbeitsbereich früher allerdings größer war bzw. er viele KollegInnen hatte, sind die Berührungsängste, die speziell das andere Geschlecht betreffen und die sich heute zeigen, wo er nur mehr einer von zwei MitarbeiterInnen für diese Tätigkeit ist, nicht aufgefallen. Die neue direkte Führungskraft hat sich jedoch mit der Situation des Betroffenen befasst und so wurde mit der Abteilungsleitung der Kontakt zu ibi für Hilfestellung hergestellt.

Zusätzlich zu den Berührungsängsten hat sich im Zuge der Umstellung der Tätigkeit herausgestellt, dass der Betroffene nicht lernfähig ist.

Die psychische Erkrankung existierte bereits seit Beginn, aber war mit der früheren manuellen Tätigkeit, die keine Bearbeitung erforderte und nicht so anspruchsvoll war, vereinbar. Weiter hatte das Unternehmen früher mehrere MitarbeiterInnen mit besonderen Bedürfnissen beschäftigt, da diese im Beschäftigungsfeld einsatzbar waren, was sich eben jedoch durch die Veränderung der Tätigkeit geändert hat. Die Tätigkeit des Betroffenen wurde also auf manipulative Arbeiten bzw. einfachste bis keine Tätigkeit am PC beschränkt, was nun funktioniert.

Die KollegInnen des Betroffenen kennen diesen bereits sehr lange und haben diese Problematik erwartet bzw. nicht tragisch genommen.

Die Kommunikation zwischen Mitarbeiter und Vorgesetzten funktioniert nun aus Sicht des Interviewpartners - die Akzeptanz ist gegeben, der tägliche Umgang funktioniert, die Kontaktscheue wurde durch die Betreuung reduziert, er wurde offener und zugänglicher, was positiv auffällt und kommuniziert bzw. lässt sich etwas sagen.

Die größte Schwierigkeit/am herausforderndsten in Bezug auf die Zusammenarbeit mit psychisch kranken MitarbeiterInnen ist laut dem Interviewpartner, die Leistung. Die Tätigkeit wird immer anspruchsvoller, vor 25-30 Jahren war es einfacher,

geeignete Tätigkeiten für diese Gruppe zu finden, heute ist die Tätigkeit intellektueller und es gibt keine „Auffangbecken“ mehr. So gibt es keine Ressourcen mehr für die Aufnahme von psychisch Kranken, außer es gäbe spezielle Arbeitsplätze, wo nur 25-30% an Leistung erwartet wird.

Die größte Schwierigkeit für den Betroffenen ist, sich mitzuteilen, Probleme anzusprechen und auf das Umfeld angewiesen zu sein - wenn das Umfeld auf ihn achtet und eingeht, geht es ihm besser, sowie es ihm daher besser geht, seit der Zusammenarbeit mit ibi, die vor ca. zwei Jahren begann.

Es gibt bzw. gab keine langen Absenzen des Mitarbeiters.

Der Führungsstil der Führungskraft wird als konstruktiv, verständnisvoll aber trotzdem bestimmt beschrieben. Autoritär im positiven Sinn, sprich die Arbeit wird eingefordert und Grenzen aufgezeigt.

Es gibt keine präventive Maßnahmen im Unternehmen für dieses Gebiet, da es keine weiteren Fälle gibt. Präventive Maßnahmen zum Thema Konfliktbewältigung, Suchtmittelmissbrauch und nach längerer Krankenstandsrückkehr existieren.

Vorurteile

Vorurteile im Unternehmen gegenüber psychisch kranken Mitarbeiterinnen, glaubt der Interviewpartner, nicht dass es gibt. Gegen die Aufnahme von Personen mit psychischer Erkrankung allerdings schon, wegen der Leistungserbringung bzw. unmöglichen Kündigung. Die Zusammenarbeit mit dem ibi hat bestimmt positiv gewirkt an der Arbeit mit psychisch Kranken, jedoch nicht an der Neuaufnahme von Personen mit einer psychischen Erkrankung.

Zusammenarbeit mit den PSZ bzw. wie ist das Unternehmen mit der Erkrankung des/der Mitarbeiters/in umgegangen?

Die Initiative für die Zusammenarbeit ging von der Führungskraft und der Abteilungsleitung aus. Die Zusammenarbeit mit ibi läuft laut Interviewpartner sehr gut und es wird unterstrichen, dass es wichtig ist, dass es solche Institutionen und die Mittel dafür gibt. Die Unterstützung seitens ibi hat alle Bedürfnisse in diesem Fall abgedeckt, war sehr professionell und intensiv im nötigen Ausmaß.

Weitere Unterstützung in anderen Bereichen ist nicht notwendig, der Interviewpartner möchte allerdings den Kontakt von ibi an die Personalentwicklung weitergeben, falls zukünftig Bedarf für weitere Zusammenarbeit in anderen Unternehmensbereichen besteht.

Generelle Fragen

Der Betroffene ist bereits seit über 20 Jahren im Unternehmen, hat einen Pflichtschulabschluss, die Vorgesetzte ist seit ca. 25 Jahren im Unternehmen und hat Matura/Handelsschulabschluss. Die Erkrankung war bereits bei Anstellung bekannt.

Zukünftig weitere MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen einzustellen ist aus Gründen der Leistungserbringung unter den bestehenden Rahmenbedingungen nicht denkbar.

Erfolgskritisch in der beruflichen Integration von psychisch Kranken ist laut dem Interviewpartner, bewusst auf diese Personen einzugehen, nicht so weiter zu tun wie zuvor und zu kommunizieren. Es ist schwierig, und die involvierte Person war bereits kurz vor dem Aufgeben, da die Bemühungen zuerst erfolglos waren, doch nach der Zusammenarbeit mit ibi hat sich spürbarer Erfolg eingestellt, die betroffene Person hat Vertrauen in sich und die KollegInnen gefasst, wurde wie gesagt spürbar zugänglicher, offener und freundlicher. Angestrebt wird nun, dass es so bleibt, dass es dem Mitarbeiter weiterhin gut geht, falls hier eine negative Entwicklung auftritt, würde ibi erneut für Unterstützung kontaktiert werden.

Arbeitssituation der Beteiligten

Die Arbeitssituation des Betroffenen wird als sehr gut bezeichnet. Der erste Kontakt mit den PSZ ist bereits sehr lange her. Das Unternehmen wurde bezüglich einer etwaigen offenen Stelle im Lager für den Betroffenen kontaktiert. Die psychische Erkrankung war also von Anfang an bekannt. Die Offenlegung der Krankheit gegenüber KollegInnen liegt immer allein beim Betroffenen selbst.

Der Betroffene ist bereits seit 2009 beschäftigt und die Interviewpartnerin geht davon aus, dass der Mitarbeiter im Unternehmen zufrieden ist. Der Mitarbeiter führt seine Arbeit ordentlich aus, ist immer pünktlich. Die Tätigkeit im Lager passt gut. Bei Konflikten, die in diesem Fall nicht bestehen, können sich die Beteiligten an zwei Vertrauenspersonen im Unternehmen wenden.

Die Kommunikation mit der Führungskraft läuft gut, der Betroffene wird nicht anders als die anderen MitarbeiterInnen behandelt, was aus Sicht der Interviewpartnerin von den Betroffenen auch nicht gewollt wäre.

Laut der Interviewpartnerin ist für das Unternehmen die Herausforderung in der beruflichen Integration von psychisch Kranken, die Launenhaftigkeit und die daraus resultierende schlechte Stimmung im Team. In einem anderen Fall wurde hier auch enger mit der Arbeitsassistentin zusammengearbeitet, was leider erfolglos war und man sich von der Mitarbeiterin trennen musste.

Rückfälle, Absenzen sind nicht vorhanden. Der Betroffene ist so gut wie gar nicht im Krankenstand.

Vorurteile

Die Interviewpartnerin gibt an, dass keine Vorurteile im Unternehmen mehr gegenüber psychisch kranken Mitarbeiterinnen bestehen. Was zu Beginn allerdings schon der Fall war. Besonders das Aussehen wurde kritisch von den KollegInnen

gesehen, diese waren vorsichtig, was sich aber eingespielt hat und der Betroffene das Vertrauen vom Umfeld erworben hat.

Zusammenarbeit mit den PSZ / bzw. wie ist das Unternehmen mit der Erkrankung des/der Mitarbeiters/in umgegangen?

Da es keine Konflikte mit dem Betroffenen gibt, wird derzeit in diesem Fall auch keine Unterstützung durch die Arbeitsassistenten benötigt. Die Zusammenarbeit mit der PSZ Arbeitsassistenten läuft laut Interviewpartnerin vollkommen problemlos und kollegial und die Interviewpartnerin fühlt sich gut unterstützt.

Weiter äußert die Interviewpartnerin den Wunsch nach Informationen im Umgang mit Panikattacken, das heißt wie reagiert man in diesem Fall oder kann man auf den Betroffenen/die Betroffene eingehen.

Generelle Fragen

Der Betroffene verfügt über keine Ausbildung, hat 6 Jahre Seniorität. Die Erkrankung war bei Anstellung bereits bekannt.

Das Unternehmen beabsichtigt auch zukünftig MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen einzustellen.

Erfolgskritisch in der beruflichen Integration von psychisch Kranken ist laut der Interviewpartnerin trotz Erkrankung die Teamfähigkeit zu fördern und keine EinzelgängerInnen. Der Kontakt und die Einbindung zB bei Feiern ist extrem wichtig, was natürlich einiges an Kommunikation und Überredung seitens der Vorgesetzten und Personal erfordert.

Arbeitssituation der Beteiligten

Die Arbeitssituation der Betroffenen war so, dass diese aufgrund einer chronischen Depression sehr häufig und sehr lange im Krankenstand war, was eine Belastungssituation für die KollegInnen dargestellt hat. Weiter wurde die Arbeitsleistung immer schlechter, auch trotz Hinweisen, Schulungen etc. traten sehr viele Fehler auf und die Situation wurde zunehmend schwieriger. Prinzipiell war jedoch nicht die Arbeit selbst das Problem, sondern kam dieses aus dem privaten Umfeld der Betroffenen, was schwierig für das Unternehmen ist, da es die Arbeitssituation beeinflusst aber nicht direkt vom Unternehmen veränderbar ist.

Es wurden Gespräche mit der Führungskraft geführt, wo die Probleme liegen, Hilfestellung angeboten, besonders von der unmittelbaren Kollegin. Die Betroffene war sehr willig und bemüht, sprich der Wille war da, aber auf Kritik hat sie sehr sensibel reagiert, sowie sie aufgrund der Krankheit nervlich nicht sehr robust war und alles sehr persönlich genommen hat, auch wenn sie nicht persönlich angesprochen war. Da die Situation zuletzt nicht mehr vertretbar war, wurde die Betroffene in einen anderen Bereich mit einer leichteren Tätigkeit eingesetzt, das Stundenausmaß war Teilzeit und wurde nicht geändert.

Die Kommunikation mit der Kollegin war gut, diese hat viel von der Betroffenen abgefangen und sie unterstützt, was natürlich auch Grenzen hat. Mit dem Vorgesetzten war die Kommunikation schwieriger, da dieser auch Dinge angesprochen hat, das Verhältnis war zum Schluss schlecht.

ibi wurde kontaktiert, um positiv auf die Mitarbeiterin einzuwirken und ihr die Möglichkeit zu geben, vertraulich über Probleme, die in die Arbeit hineinwirken, zu sprechen. Positiv war, dass die Mitarbeiterin, nachdem sie nach Nachdruck zum ersten Gespräch zu ibi ging, welches sie anscheinend gut fand, zugestimmt hat, die Betreuung weiterzuführen.

Die Betroffene hat Tipps bekommen, was sie verbessern kann, sie hat sich bemüht, auf die Arbeitsleistung hat sich die Betreuung leider jedoch nicht positiv ausgewirkt.

Was allerdings hilfreich für das Unternehmen war, zu erkennen, dass die Lösung die gleiche Tätigkeit auszuführen nicht passt und diese sodann geändert wurde.

Weiter war positiv an der Betreuung durch ibi, dass die Mitarbeiterin das Feedback von ibi besser annehmen konnte und die Interessenlage und Zielsetzung des Unternehmens besser verstehen konnte, ihre Sichtweise wurde so „gerade gerückt“. Die Betreuung ging über ein Jahr.

Die größte Schwierigkeit für die Mitarbeiterin war aus Sicht der Interviewpartnerin Vertrauen zu fassen, sowie zu ibi zu gehen, was zu Beginn eine große Hürde darstellte. Wie sehr sie die Situation belastet hat, kann nicht gesagt werden, jedoch habe die Mitarbeiterin auch Grenzen ausgenützt und sich nicht immer ganz korrekt verhalten.

Laut der Interviewpartnerin ist für das Unternehmen die Hauptproblematik die Arbeitsleistung und in diesem Fall besonders die Fehlerhäufigkeit, was eine Auswirkung auf die Kollegin hatte, die die Fehler zusätzlich zu ihrer eigenen Tätigkeit korrigieren musste und so teilweise zwei Jobs gemacht hat, was auf Dauer nicht tragbar ist. Die langen Krankenstände wurden in diesem Fall von der Kollegin abgefangen.

Der Führungsstil des Vorgesetzten ist äußerst korrekt und mitarbeiterorientiert, dieser setzt sich sehr ein und versucht alles und ist sehr lösungsorientiert, außer er wird vom Mitarbeiter nicht ernst genommen, dann gibt es klare Worte.

Präventive Maßnahmen gibt es im Unternehmen im Bereich Burn-out und Alkohol sowie es eine kostenlose und anonyme psychologische Betreuung bzw. individuelle Betreuung bei schweren Krankheiten gibt.

Vorurteile

Die Interviewpartnerin erlebt es nicht so, da viele psychische Erkrankungen aus dem Familien- und Bekanntenkreis kennen, es sei nicht mehr so wie früher. Auch sind betroffene KollegInnen oft LeistungsträgerInnen, die sich übernommen haben.

Ebenso durch Präventionsmaßnahmen, alle Führungskräfte wurden geschult, was ist und wie erkennt man Burn-out, welche Anzeichen gibt es, was tue ich, hat viele Vorurteile genommen und so ist es legitim darüber zu sprechen und wird das Thema sehr offen im Unternehmen diskutiert. Auch die Zusammenarbeit mit ibi hat hier positiv gewirkt, da natürlich jede gute Erfahrung bzw. Begleitung sich gut auswirkt. Außerdem werden so die Führungskräfte entlastet durch Fachpersonen und müssen nicht alles selbst lösen, was die Interviewperson sehr wichtig findet.

Zusammenarbeit mit den PSZ / bzw. wie ist das Unternehmen mit der Erkrankung des/der Mitarbeiters/in umgegangen?

Die Initiative für die Zusammenarbeit mit ibi ging von der Interviewperson aus. Sie beurteilt die Zusammenarbeit als sehr gut, das Unternehmen hat nicht viel erfahren, was gut so ist, aber die Abstimmung erfolgte immer zum richtigen Zeitpunkt. Sie fühlt sich adäquat unterstützt im Umgang mit psychisch erkrankten MitarbeiterInnen. Verbesserungspotenzial sieht sie darin, dass es sehr viele Stellen beim PSZ gibt, was sie als „wirrwarr“ bezeichnet, das heisst man muss sich erst durchfragen, um zur richtigen Stelle zu kommen, bzw. wäre es wünschenswert, klarer informiert zu werden, wer wofür zuständig ist. Sonst sieht sie kein Verbesserungspotenzial oder weitere Themen in der Beratung. Es wird betont, dass das Miteinbeziehen der Organisationsstruktur, sprich der KollegInnen und Führungskräfte in Gespräche, sehr gut ist. Auch über das Krankheitsbild fühlt sie sich gut informiert und würde bei zukünftigen Konflikten wieder das ibi kontaktieren.

Erfolgreich ist für sie die berufliche Integration, wenn neue Lösungsoptionen, an die vorher nicht gedacht wurde, gefunden bzw. umgesetzt werden.

In dem Fall wurde die kündigungsgeschützte Mitarbeiterin in einen anderen Bereich versetzt, was für sie gepasst hat, da die Arbeit einfacher ist, weniger Druck, die Fehler nicht so eine Rolle spielen, was gut funktioniert und es nun keine Konflikte mehr gibt.

Generelle Fragen

Die Betroffene ist seit 25 Jahren im Unternehmen, hat Matura. Der Vorgesetzte seit über 20 Jahren und hat studiert. Die psychische Erkrankung ist nach der Anstellung aufgetreten.

Die Interviewperson kann sich vorstellen, psychisch Kranke zukünftig einzustellen, wenn die Krise überwunden ist, bei einer chronischen Erkrankung oder wenn die Erkrankung akut ist nicht, da bei den Fällen im Unternehmen sichtbar ist, wie schwierig es trotz Therapie ist und wie schlecht es den MitarbeiterInnen geht.

Erfolgskritisch in der beruflichen Integration von psychisch Kranken ist laut der Interviewpartnerin, sich viel Zeit zu nehmen und viele Gespräche mit den Betroffenen, der Führungskraft, anderen Bereichen, die den/die Erkrankte/n eventuell übernehmen, mit Externen und dem Arzt/der Ärztin zu führen. Es ist wichtig „dranzubleiben“, um eine Lösung zu finden, Den/die betroffene MitarbeiterIn zu animieren, trotz Krankheit Lösungsvorschläge zu machen und eben miteinander daran zu arbeiten. Weiter ist jeder Fall anders. Die Maßnahmen und Gespräche sind sehr individuell und nicht zu verallgemeinern, da jeder Fall andere Rahmenbedingungen hat, die Führungskräfte und die Aufgabe anders sind.

Arbeitssituation der Beteiligten

Die Arbeitssituation der beiden MitarbeiterInnen, die bereits beide länger in einer Dienststelle einfache Bürotätigkeiten verrichten sind immer stark abhängig vom betreuenden Umfeld. Kontinuität bzw. kontinuierliche Ansprechpersonen sind laut dem Interviewpartner sehr wichtig. Es ist organisatorisch bedingt ein Wechsel geplant, was eine Herausforderung ist. Um das Arbeiten zu erleichtern, werden auch unter Wahrung der Privatsphäre der Betroffenen die nicht unmittelbar beteiligten KollegInnen über die Einschränkungen informiert. Die Erkrankungen waren bereits bei Anstellung bekannt, da es sich um geschützte Arbeitsplätze handelt. Arbeitsleistung wird hier nicht im gleichen Ausmaß wie bei Mitarbeiterinnen ohne Einschränkungen erwartet, da es sich eben um soziale Anstellungsplätze handelt, die zusätzlich zu den Planstellen existieren. Weiter hat sich gezeigt, dass es für die MitarbeiterInnen auch immer ein längerer Prozess ist, sich auf die Arbeitssituation einzustellen, was relativ gut funktioniert. Irritationen wie zusätzliche Belastungssituationen aus dem privaten Umfeld oder größere Fluktuation bringen Unruhe in die Arbeit.

Die Kommunikation mit den Betroffenen, die beide derzeit in dezentralen Dienststellen eingesetzt sind, läuft über die Dienstvorgesetzten und aus Sicht der Interviewperson sehr unkompliziert. Nur bei Klärungsbedarf darüber hinaus wird Personal bzw. die Behindertenvertrauensperson involviert.

ibi wird involviert wenn die MitarbeiterInnen selbst Hilfe suchen, was relativ selten der Fall ist bzw. auf Empfehlung/Anraten durch Betriebsrat, Behindertenvertrauensperson oder des Personalreferenten, da die Arbeitsassistenz natürlich die Arbeit erleichtert. In einem Fall fiel die Betreuung sehr schwer, die Termine wurden von der Betroffenen nur unregelmäßig eingehalten, nach Ende des Betreuungsverhältnisses ist sie dann doch wieder bei ibi erschienen. In den anderen Fällen ist jedoch durch die Betreuung wieder Stabilität eingekehrt.

Erfolgsfaktor für den Arbeitsbereich ist jedenfalls eine betreuende Person, die als Teil ihrer Aufgabe die Betreuung der Betroffenen am Arbeitsplatz übernimmt. Sowie die Tätigkeit bei Ausfall (durch Krankenstand, Veränderung des Krankheitsbildes, unregelmäßige Einnahme der Medikamente,...) keinen großen Schaden anrichtet.

Die größte Schwierigkeit ist laut Interviewperson das Verständnis für die Krankheit, das heisst auch wie viel kann man oder nicht aus Schutz der Person informieren bzw. warum gibt es bestimmte Reaktionen oder Ausfälle der Person.

Positiv ist laut Interviewperson jedenfalls die Bereitschaft der DienststellenleiterInnen die soziale Verantwortung wahrzunehmen und die Arbeit mit psychisch Kranken nicht als Störfaktor zu sehen.

Die größte Schwierigkeit für die betroffenen MitarbeiterInnen sind die subjektiven Ängste um den Arbeitsplatz sowie die damit verbundenen existentielle Bedrohung bei Unruhen am Arbeitsplatz ohne Signale des Dienstgebers in diese Richtung, was teilweise das Bearbeiten von „normalen“ Konflikten erschwert.

Lange Absenzen der Betroffenen werden so relativiert, dass es sich hier ausschließlich um Arbeiten handelt, die den laufenden Betrieb nicht gefährden.

Der Führungsstil der Vorgesetzten setzt ein Mittragen der Situation und ein voll involviert sein voraus. Diesbezüglich gibt es ein Prozedere, ob ein Einsatz in einer Dienststelle möglich ist.

Präventive Maßnahmen: es fand eine Evaluierung der psychischen Belastungen sowie workshops mit dem Arbeitnehmersausschuss, Betriebsrat, Arbeitspsychologin, Behindertenvertrauensperson statt, um die belastenden Faktoren auf Unternehmensebenen zu evaluieren und zu bearbeiten.

Weiter bietet das Unternehmen im Rahmen von train on the job für Führungskräfte ein Training zum Umgang mit MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen an.

Vorurteile

Vorurteile existieren laut Interviewperson auch bzw. eine Nichtbereitschaft, sich auf die Zusammenarbeit mit psychisch Kranken einzulassen, aufgrund der zusätzlichen Arbeit oder der fehlenden eigenen Fähigkeit bzw. Bereitschaft damit umzugehen.

Zusammenarbeit mit dem psz / bzw. wie ist das Unternehmen mit der Erkrankung des/der Mitarbeiters/in umgegangen?

Die Initiative für die Zusammenarbeit mit ibi ging vom Dienstgeber aus. Die Interviewperson würde ibi bei Konflikten auf jeden Fall wieder kontaktieren bzw. den betroffenen MitarbeiterInnen empfehlen. Die Zusammenarbeit mit ibi wurde als unkompliziert und fachlich kompetent erlebt.

Seit der Zusammenarbeit mit ibi wurden laut Interviewperson die Gespräche verantwortungsbewusster. Wünschenswert wäre jedoch auch eine Betreuung für den Dienstgeber und mehr Unternehmensangebote. Eventuell würden sodann mehr Unternehmen psychisch Kranke einstellen, wenn sie mehr Unterstützung erhalten, wie kostenfreie Dienste, da viele Unternehmen die Ressourcen und Erfahrung im Umgang mit psychisch Kranken nicht haben und somit eine fachliche Begleitung für das spezielle Krankheitsbild dies vereinfachen würde.

Wünschenswert wären für das Unternehmen auch Informationen über psychische Erkrankungen, um das Verhalten der MitarbeiterInnen besser verstehen zu können.

Die Arbeitsassistenz ist für die Interviewperson erfolgreich, wenn wieder Stabilität in die Arbeitsbeziehung einkehrt oder der Klärungsprozess dazu führt, dass Veränderung gut tut.

Generelle Fragen

Die beiden Betroffenen sind über zehn Jahre im Unternehmen.

Zukünftig weitere MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen einzustellen ist unsere Verantwortung so die Interviewperson.

Erfolgskritisch in der beruflichen Integration von psychisch Kranken ist laut Interviewpartner das Verantwortungsgefühl.

Arbeitssituation der Beteiligten

Die betroffene Mitarbeiterin war in einem Labor tätig und hatte doch sehr qualifizierte Arbeit zu verrichten, wofür sie laut Unternehmen nicht mehr geeignet war. Sie litt durch ihre Krankheit unter einem Kontrollzwang, hat alle Arbeiten fünf mal kontrolliert, wodurch die Arbeitsaufgaben nicht in der vorgegebenen Zeit geschafft wurden, diese waren jedoch sehr gut erledigt. Allerdings waren die Vorgesetzten mit der Zeit nicht zufrieden, da die Tätigkeit zeitabhängig war, in ihrem Fall kam es jedoch nie zu Problemen bzw. der Nichtauslieferung des Produktes. Die Vorgabe seitens des Unternehmens zu einer gewissen Zeit nach Hause zu gehen war ebenso unbefriedigend für die Mitarbeiterin und hat noch größeren Druck bei ihr aufgebaut, wodurch es ihr noch schlechter ging.

Die KollegInnen wurden durch den Coach von ibi auf die Situation vorbereitet und haben mit Verständnis reagiert, auch bei wiederholter Fragestellung der Betroffenen. Da es zu langen Krankenständen der Mitarbeiterin kam, wodurch die Tätigkeit von den KollegInnen mitgemacht werden musste, nahm jedoch das Verständnis ab.

ibi wurde bei Versetzung der Mitarbeiterin kontaktiert, da die Mitarbeiterin mit der Erwartungshaltung für die neue Tätigkeit nicht umgehen konnte und erneut im Krankenstand war. Die neue Tätigkeit zog viele Fragen ihrerseits mit sich, sie musste von den KollegInnen nach 14 Tagen Absenz immer wieder neu eingeschult werden. ibi konnte hier jedoch die Wogen glätten, indem die KollegInnen über die Symptome der Krankheit und durch Gespräche aufgeklärt wurden.

Die größte Schwierigkeit für die Mitarbeiterin war dass aufgrund der vielen Krankenstände in der neuen Tätigkeit eine weitere Versetzung vom Unternehmen gewollt wurde. Der Betriebsrat hat sich für eine Tätigkeit ohne Zeitdruck eingesetzt, was vom Unternehmen nicht gefunden wurde. Die letzte Tätigkeit beinhaltete viele Kontrollen, was wieder eine Verschlechterung für sie darstellte, sodass das

Unternehmen eine Änderungskündigung mit weniger Gehalt und anderer Tätigkeit forderte. Der Betriebsrat wollte die verschlechterte Tätigkeit bzw. die Zurückstufung vermeiden und hat parallel dazu Informationen beim Bundessozialamt für die Berufsunfähigkeitspension trotz des relativ jungen Alters der Mitarbeiterin eingeholt. Weiter hat der Betriebsrat ab diesem Zeitpunkt die Anwesenheit in Gesprächen und Sitzungen mit dem Unternehmen für die Mitarbeiterin übernommen, um den Druck bei ihr zu senken. Letztendlich hat das Bundessozialamt nach der psychiatrischen Untersuchung für die unbefristete Berufsunfähigkeitspension eingewilligt. Die Mitarbeiterin ist bereits in Pension, derzeit auf Rehab und sucht danach nach einer geringfügigen Tätigkeit, da sie eine Aufgabe bzw. Tagesstruktur benötigt.

Die Hauptproblematik für das Unternehmen war, dass laut Unternehmenssicht ein betreuter Arbeitsplatz für die betroffene Mitarbeiterin benötigt wurde, trotz begünstigtem Behindertenstatus jedoch dieselbe Arbeitsleistung wie von MitarbeiterInnen ohne Einschränkung verlangt wurde. Das Unternehmen zeigt sich in Gesprächen mit ibi positiv, danach wurde jedoch nicht danach gehandelt. In Gesprächen mit der Mitarbeiterin wurde diese so behandelt, als sei sie geistig eingeschränkt. Weiter geht der Betriebsrat davon aus, dass die zweite Versetzung vom Unternehmen geplant war, was in einer zusätzlichen Angststörung der Mitarbeiterin resultierte. Diese hatte sodann Angst, das Haus zu verlassen um in die Arbeit zu gehen, sowie sie auch vor bestimmten Führungskräften im Unternehmen Angst hatte.

ibi wurde von der Mitarbeiterin selbst aufgrund früherer Erfahrung kontaktiert, sie zeigte sich sehr offen in den Gesprächen und in der Suche von Lösungsoptionen.

Die größte Schwierigkeit ist laut Interviewperson, dass das Unternehmen die Anzahl der begünstigten Personen im Unternehmen anscheinend eher reduzieren möchte.

Der direkte Vorgesetzte der Betroffenen hat versucht, damit umzugehen, im Gegenteil zur Unternehmensspitze.

Präventive Maßnahmen gibt es keine im Unternehmen, auch Supervision wird nicht angeboten, sowie ein ziemlich hoher Druck auf die MitarbeiterInnen besteht.

Vorurteile

Vorurteile existieren laut Interviewperson je nach Kultur der MitarbeiterInnen im Unternehmen.

Zusammenarbeit mit dem psz / bzw. wie ist das Unternehmen mit der Erkrankung des/der Mitarbeiters/in umgegangen?

Die Initiative für die Zusammenarbeit mit ibi ging von der betroffenen Mitarbeiterin selbst aus. Die Hilfestellung von ibi war sehr gut, nur konnte die Mitarbeiterin das Angebot aufgrund der schwierigen Situation nur schwer annehmen. Die Zusammenarbeit beurteilt der Betriebsrat als super. Die Betreuung ging über den Zeitraum eines Jahres. Bei weiteren Fällen würde der Betriebsrat ibi auf jeden Fall wieder kontaktieren.

Laut Betriebsrat wurde für die Mitarbeiterin das Beste herausgeholt, die Handlungen des Unternehmens werden nicht gut geheissen bzw. sind in dem Fall nicht nachvollziehbar.

Generelle Fragen

Die Mitarbeiterin war sieben Jahre beim Unternehmen beschäftigt. Die Erkrankung bestand bei Anstellung, wurde allerdings nicht kommuniziert, so wie auch das Verfahren beim Bundessozialamt erst danach begonnen wurde und der Bescheid erst verspätet abgegeben wurde. Die Mitarbeiterin hat eine facheinschlägige Ausbildung. Der Vorgesetzte hat studiert und ist über 15 Jahre beim Unternehmen.

Zukünftig weitere MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen einzustellen ist laut dem Betriebsrat nicht vorgesehen.

Erfolgreicher wäre in diesem Fall die beruflichen Integration gewesen, wenn man im Unternehmen offener mit der Erkrankung umgegangen wäre, keine Versetzung stattgefunden hätte, der Betriebsrat früher involviert geworden wäre (nicht erst nach sechs bis neun Monaten) und ibi früher kontaktiert worden wäre, um eventuelle Reibungspunkte bereits früh zu vermeiden.

Arbeitssituation der Beteiligten

Die manisch depressive Mitarbeiterin ist vor acht Jahren gestürzt, im Zuge dessen wurde ibi involviert, da es auch Beschwerden der KollegInnen über das nicht adäquate Verhalten der betroffenen Mitarbeiterin gab. So hat diese zB Mittagspause gemacht, wann sie wollte, permanent verschlafen oder ist einfach vom Arbeitsplatz gegangen. Die Vorgesetzte berichtet, dass es durch etliche Gespräche der Mitarbeiterin nun am Arbeitsplatz gut geht, sowie auch ihre Leistung nun sehr gut ist. Das Arbeitsumfeld nimmt Rücksicht und es wurde daran gearbeitet, dass die Betroffene Bescheid gibt, wenn sie ein Tief hat, was nun reibungslos funktioniert. Seit einem Jahr arbeitet sie auf Anraten der Marktleiterin Teilzeit, wodurch auch die Belastung nicht mehr so stark ist.

Die Vorgesetzte berichtet, dass wenn die Mitarbeiterin Bescheid gibt, woran hart gearbeitet wurde, das Unternehmen Verständnis aufbringt, davor war die Situation sehr belastend und es wurde auch eine eventuelle Kündigung in Erwägung gezogen.

Die größte Herausforderung für die Interviewpartnerin ist, zu erkennen wie sich die Betroffene befindet. Für die Mitarbeiterin war wohl die größte Schwierigkeit, sich zu öffnen. Auch nach der Zusammenarbeit mit ibi wurde hier in vielen Gesprächen mit der Mitarbeiterin die Situation weiterentwickelt.

Krankenstände waren nicht in einem hohen Ausmaß vorhanden.

Als Führungskraft ist es laut Interviewperson am wichtigsten, nicht aufzugeben. Vor einer eventuellen Kündigung der erkrankten Person, sich auch selbst in die Lage zu versetzen und die betroffene Person nicht immer nur mit Samthandschuhen anzufassen sondern die Situation auch mal massiv anzusprechen.

Vorurteile

Vorurteile existieren laut Interviewperson im Unternehmen nicht.

Zusammenarbeit mit den PSZ / bzw. wie ist das Unternehmen mit der Erkrankung des/der Mitarbeiters/in umgegangen?

Die Zusammenarbeit mit ibi ist laut Interviewperson super gelaufen, vor mittlerweile einem Jahr war der letzte Kontakt. In den letzten sechs Jahren wurde nur drei mal telefoniert. Die Gespräche liefen sehr gut, die Vorgesetzte sieht hier kein Verbesserungspotenzial seitens ibi. Grundinformationen über die Krankheit kamen von ibi, weitere Informationen wurden dann selbst eingeholt, sowie durch die starke Zusammengehörigkeit auch der „Fall“ dann selbst in die Hand genommen wurde. Bei weiteren Konflikten würde ibi bestimmt wieder kontaktiert werden.

Generelle Fragen

Die Mitarbeiterin ist bereits sehr lange im Unternehmen beschäftigt. Die Erkrankung bestand bei Anstellung noch nicht, sondern trat im Laufe der Zeit auf. Die Mitarbeiterin hat eine facheinschlägige Ausbildung. Der Vorgesetzte ist seit sechs Jahren im Unternehmen.

Zukünftig weitere MitarbeiterInnen mit psychischen Erkrankungen einzustellen, ist vom Krankheitsbild abhängig.

Erfolgreich kann die berufliche Integration sein, wenn die Führungskraft den Humor behält, sich in die berufliche Tätigkeit der Betroffenen hineinversetzt und sich vorstellt, wie diese mit der Erkrankung zu bewältigen ist, was wenn eine Person nicht gesund ist, wirklich schwer ist. Weiter, in der Situation menschliches nicht zu verlieren und im Team Zusammenhalt vorzuleben.

Interviewpartner I, 15.10.2015

Arbeitssituation der Beteiligten

Vor drei bis vier Jahren gab es ein Pilotprojekt initiiert durch die Personalstelle im Zentrallager, wo die betriebliche Arbeitsassistenz von ibi angeboten wurde.

Der betroffene Mitarbeiter hat eine mentale Einschränkung, ist sehr unselbstständig und geht nur unregelmäßig zum Arzt. Die Betreuung fand solange der Mitarbeiter das wollte statt.

Die Gruppenleiter haben aufgrund der hohen Mitarbeiterzahl nicht immer die Ressourcen in dem Maß auf den Mitarbeiter einzugehen, indem er eine Betreuung benötigen würde.

Die KollegInnen sind teilweise etwas schwierig, das Arbeitsklima unter den ArbeiterInnen etwas rau, was zum Problem für sensible MitarbeiterInnen führen kann, dennoch wird das Umfeld als Familie beschrieben.

Weiter kommt der betroffene Mitarbeiter gerne zur Arbeit. Eine Möglichkeit in der Vergangenheit das Unternehmen zu wechseln, zog er dann doch nicht in Betracht.

Die größte Herausforderung für die Führungskräfte ist, dass der Mitarbeiter eine "tickende Zeitbombe" ist, da viele Faktoren im privaten Umfeld (wie Medikamenteneinnahme, Arztbesuche etc.) nicht vom Unternehmen beeinflussbar sind. So kommt es teilweise zu gefährlichen Situationen am Arbeitsplatz, dessen sich das Unternehmen bewusst ist und das Risiko notgedrungen in Kauf nehmen muss.

Vorurteile

Vorurteile gibt es laut Dienststellenleiter keine, da die Behindertenquote in der Dienststelle relativ hoch ist (ca. 24%).

Zusammenarbeit mit den PSZ / bzw. wie ist das Unternehmen mit der Erkrankung des/der Mitarbeiters/in umgegangen?

Der Dienststellenleiter hätte sich intensiveren Kontakt/Betreuung gewünscht, gleich der Mitarbeiter, jedoch wurde das Projekt dann von der Personalabteilung gestoppt. Es hat dem Mitarbeiter sichtlich gut getan, gefragt zu werden, wie es ihm geht und was er braucht.

Mittlerweile wird das Unternehmen von einer anderen Institution betreut und der Mitarbeiter trägt sichtlich gerne seine Schwächen nach außen, da eben das "Streicheln" gut tut.

Generelle Fragen

Der Mitarbeiter ist seit 20 Jahren im Unternehmen, hat keine Ausbildung, die Erkrankung war bei Anstellung bereits bekannt.

Zukünftig psychisch kranke MitarbeiterInnen anzustellen, ist eher die Ausnahme, die meisten Erkrankungen treten erst im Laufe der Dienstzeit auf.

Faktoren für die erfolgreiche berufliche Integration von psychisch Kranken sind laut der Interviewperson die Größe und Vielfalt der Dienststelle (einzelne Charaktere, Alter, Kultur, Geschlecht), die unterschiedlichen Aufgaben, die zu durchlaufen sind, sowie die Geborgenheit, das sich „gut aufgehoben fühlen“ und der Schmah in der Arbeit.