



Sylvia Mürer

Burnout von Polizeibeamtinnen und -beamten

Inwiefern bestehen hinsichtlich der Unterstützung
langzeiterkrankter Betroffener Verbesserungspotenziale
im Rahmen des BEM der Polizei Berlin?

Berlin · Februar 2023

Sylvia Mür

Burnout von Polizeibeamtinnen und-beamten

Inwiefern bestehen hinsichtlich der Unterstützung langzeiterkrankter Betroffener Verbesserungspotenziale im Rahmen des BEM der Polizei Berlin?

Berlin ■ Februar 2023

Die Urheberrechte liegen bei der Verfasserin.



Diese Publikation wird unter den Bedingungen einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>. Sie dürfen das Werk vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen. Dabei gelten folgende Bedingungen: Sie müssen den vollständigen Namen der Autoren und des Herausgebers nennen. Das Werk darf nicht bearbeitet oder abgeändert werden. Eine kommerzielle Nutzung oder Veräußerung des Werkes wird ausgeschlossen.

Sylvia Mürer:

Burnout von Polizeibeamtinnen und –beamten. Inwiefern bestehen hinsichtlich der Unterstützung langzeiterkrankter Betroffener Verbesserungspotenziale im Rahmen des BEM der Polizei Berlin?

FÖPS Digital Nr. 6

Hrsg.: Forschungsinstitut für öffentliche und private Sicherheit (FÖPS Berlin) der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

www.foeps-berlin.org

DOI: <https://doi.org/10.4393/opushwr-4130>

Druck: HWR Berlin

Berlin im Februar 2023

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	5
1. Einleitung	7
1.1 Zielsetzung der Arbeit	8
1.2 Aufbau der Arbeit	9
2. Burnout.....	10
2.1 Begriffsbestimmung.....	10
2.1.1 Historische Entwicklung	10
2.1.2 Definition und Terminologie	11
2.2 Symptomatik.....	13
2.3 Verlauf	14
2.4 Entstehungsfaktoren für Burnout.....	17
3. Burnout im Polizeiberuf.....	20
Burnout bei der Polizei Berlin.....	21
4. Betriebliches Eingliederungsmanagement.....	23
4.1 Rechtliche Grundlagen	23
4.2 Grundsätze des BEM.....	25
4.3 Abgrenzung zum Krankenrückkehrgespräch.....	26
4.4 Ablauf des BEM-Verfahrens.....	27
4.4.1 Feststellung der BEM-Berechtigten und erste Kontaktaufnahme	27
4.4.2 Das BEM-Gespräch.....	28
4.4.3 Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen	29
4.4.4 Evaluation des BEM-Verfahrens.....	30
4.5 Maßnahmen.....	31
5. BEM bei der Polizei Berlin	34
6. Methodische Vorgehensweise.....	36

6.1 Begründung der Methodenwahl unter Berücksichtigung des Forschungsinteresses.....	36
6.2 Das leitfadengestützte Experteninterview.....	37
6.3 Vorbereitung und Durchführung der Interviews.....	39
6.3.1 Auswahl der Interviewpartner.....	39
6.3.2 Erstellung des Interviewleitfadens.....	40
6.3.3 Datenerhebung.....	41
6.4 Verfahren der Interviewauswertung.....	42
6.4.1 Transkription.....	42
6.4.2 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	42
6.4.3 Kodierleitfäden.....	43
7.1 Ergebnisse der Interviews mit BEM-Expertinnen.....	46
7.2 Ergebnisse des Interviews mit einem Burnout-Betroffenen.....	55
8. Diskussion.....	57
8.1 Diskussion der Methodik – Stärken und Limitationen.....	57
8.2 Diskussion der Ergebnisse.....	59
8.3 Ableitung von Handlungsempfehlungen.....	63
9. Schlussbetrachtung.....	65
Literatur.....	67
Intranetquellen.....	74
Abbildungen.....	76
Tabellen.....	76
Anhänge.....	77
A: Informationsflyer BEM als Anlage des Angebotsschreibens.....	77
B: Interviewleitfaden BEM-Expertinnen.....	79
Anhang C: Interviewleitfaden Burnout-Betroffener.....	81
D: Kodierleitfaden 1, BEM-Expertinnen.....	83
E: Kodierleitfaden 2, Interview mit Burnout-Betroffenem.....	88
F: Kernaussagen der Interviews I1-I3.....	90

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAG	Bundesarbeitsgericht
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMI	Bundesministerium des Inneren
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DV	Dienstvereinbarung
ebd.	ebenda
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (deutsch: Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IP	Interviewpartner bzw. Interviewpartnerin
IPV	Integrierten Personalverwaltung
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
LVL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LVR	Landschaftsverband Rheinland
MBI	Maslach Burnout Inventory
PVB	Polizeivollzugsbeamte bzw. Polizeivollzugsbeamtinnen
SGB	Sozialgesetzbuch
WHA	World Health Assembly (deutsch: Weltgesundheitsversammlung)
WHO	World Health Organization (deutsch: Weltgesundheitsorganisation)

1. Einleitung

In den letzten Jahren ist eine starke Zunahme der Prävalenz psychischer Erkrankungen zu verzeichnen (Thom et al., 2019, S. 130). Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) stellt in ihrem Fehlzeitenreport für das Jahr 2018 fest, dass psychische Erkrankungen 11,3 Prozent an dem gesamten Fehlzeitengeschehen ausmachen (Meyer, Maisuradze & Schenkel, 2019, S. 415). Hinsichtlich ihrer Bedeutung am Krankenstand stehen die psychischen Erkrankungen damit an dritter Stelle, hinter den Muskel- und Skelett-Erkrankungen und den Atemwegserkrankungen. Der Anteil der Krankheitstage, der auf psychische Störungen zurückzuführen ist, ist seit dem Jahr 2008 um 64,2 Prozent gestiegen (ebd.).

In diesem Zusammenhang gerät die Zusatzdiagnose Burnout immer stärker in den Mittelpunkt öffentlicher Diskussionen (Thom et al., 2019, S. 459-460). Für den Begriff *Burnout* wird im Jahr 2019 durch die Weltgesundheitsorganisation (englisch: World Health Organization, WHO) erstmals eine international anerkannte Definition festgelegt. Demnach ist Burnout ein berufsbedingtes Syndrom, das durch nicht bewältigten Stress am Arbeitsplatz entstehen kann und durch die drei Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierte persönlicher Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist (WHO, 2019b, o.S.). Psychische Störungen, darunter auch Burnout, sind auch zur heutigen Zeit noch mit Stigmata belegt. Die Stigmatisierung führt bei den Betroffenen häufig zu Gefühlen von Scham und Angst, Ausgrenzung und damit zur enormen Einschränkung der Lebensqualität. Dies hat häufig zur Folge, dass Betroffene Hilfsangebote nicht oder nur verzögert in Anspruch nehmen (Röhm, Hastall & Ritterfeld, 2019, S. 618). In der 10. Ausgabe des weltweit verbindlichen Klassifikationssystem der WHO, der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD]), wird Burnout als Zusatzdiagnose unter dem Schlüssel Z73, „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“, aufgeführt (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2018a, S. 859). Demnach ist Burnout keine eigenständige Erkrankung und kann nicht als alleiniger Grund einer Arbeitsunfähigkeit angegeben werden, jedoch als Zusatzinformation. Dem Fehlzeitenreport der AOK ist zu entnehmen, dass die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund der Zusatzdiagnose Z73 erheblich gestiegen ist. Während im Jahr 2009 51,2 Arbeitsunfähigkeitstage auf die Zusatzdiagnose Z73 zurückzuführen sind, liegt die Anzahl im Jahr 2018 bereits bei 120,5 Tagen (Meyer, Maisuradze & Schenkel, 2019, S. 461).

Das Thema Burnout ist in den vergangenen Jahren aufgrund der vielfältigen Belastungen im Berufsalltag (Georg et al., 2019, S. 19) auch im Rahmen des Polizeiberufs immer prä-

senter und zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschungen geworden (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen [KFN], 2002, S. 52; Litzcke & Schuh, 2010, S. 157). Eine Studie, die den Gesundheitszustand in einer Direktion der Polizei Berlin erforscht, stellt heraus, dass elf Prozent der Mitarbeitenden ein arbeitsbezogenes Burnout aufweisen (Kleiber & Renneberg, 2007, S. 4). Insgesamt ist die durchschnittliche Zahl der Krankheitstage je Beschäftigten der Polizei Berlin von 44,4 im Jahr 2012 auf 49,1 Tage im Jahr 2016 gestiegen (Abgeordnetenhaus Berlin, 2018, S. 2).

Die starke Zunahme psychischer Beeinträchtigungen, darunter insbesondere Burnout, und die damit zusammenhängende steigende Anzahl krankheitsbedingter Fehlzeiten, sowie der zunehmende Anteil der Langzeiterkrankungen¹ am Krankheitsstand, unterstreichen den Bedarf eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements ([BEM], Winterstein & Koletzko, 2013, S. 35). Das BEM ist in § 167 Abs. 2 SGB IX gesetzlich verankert und verfolgt die Ziele, die Arbeitsunfähigkeit langzeiterkrankter Beschäftigter zu überwinden, einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen sowie den Arbeitsplatz dauerhaft zu erhalten (Kohte, 2018, S. 39).

1.1 Zielsetzung der Arbeit

Um einer vorzeitigen Versetzung in den Ruhestand entgegenzuwirken, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und den Arbeitsplatz langfristig zu erhalten, sollen Langzeiterkrankte bei ihrer Rückkehr in den Berufsalltag durch ein BEM unterstützt werden. Da zum einen die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund von Burnout in den letzten Jahren enorm gestiegen ist (s.o.) und Burnout auch bei Polizeibeamtinnen und -beamten immer präsenter wird und zum anderen weiterhin eine Stigmatisierung psychischer Beeinträchtigungen besteht, die mit Scham seitens der Betroffenen und Ausgrenzung seitens der Gesellschaft verbunden ist, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Unterstützung langzeiterkrankter Burnout-Betroffener im Rahmen des BEM der Polizei Berlin. Bislang existieren weder Forschungsarbeiten zum BEM der Polizei, insbesondere in Verbindung mit psychischen Störungen, noch sieht die Dienstvereinbarung (DV) zum BEM der Polizei Berlin eine Evaluation des BEM-Verfahrens vor (Der Polizeipräsident in Berlin, 2018a). Demnach liegt bislang keine Auswertung des BEM der Polizei Berlin vor. Demzufolge findet keine andauernde Optimierung des BEM-Verfahrens statt.

¹ Hierzu zählen alle Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Dauer von insgesamt 6 Wochen innerhalb von 12 Monaten (Meyer, Maisuradze & Schenkel, 2019, S. 419).

Ziel dieser Arbeit ist es daher, mögliche Verbesserungspotenziale im Rahmen des BEM herauszustellen, um eine angemessene Unterstützung langzeiterkrankter Burnout-Betroffener zu gewährleisten. Demnach wird der Arbeit folgende Forschungsfrage zu Grunde gelegt: „Inwiefern bestehen hinsichtlich der Unterstützung langzeiterkrankter Burnout-Betroffener, bei ihrer Rückkehr in den Berufsalltag, Verbesserungspotenziale im Rahmen des BEM der Polizei Berlin?“ Zur Beantwortung der Fragestellung werden Experteninterviews mit BEM-Verantwortlichen der Polizei Berlin sowie mit einem Burnout-Betroffenen geführt. In diesem Zusammenhang interessiert einerseits der Ablauf des BEM-Verfahrens der Polizei Berlin. Andererseits sollen auf Basis der Erfahrungen der BEM-Verantwortlichen sowie der Bedürfnisse und Erfahrungen Burnout-Betroffener mögliche Herausforderungen im Rahmen des BEM-Verfahrens herausgestellt werden. Auf Basis der daraus abgeleiteten Verbesserungspotenziale werden Handlungsempfehlungen formuliert.

1.2 Aufbau der Arbeit

Im folgenden Kapitel wird das Burnout-Syndrom erklärt. Nach einer begrifflichen Annäherung werden die Symptomatik sowie die Entstehungsfaktoren beleuchtet. Im darauffolgenden Kapitel wird herausgestellt, inwiefern Burnout im Polizeiberuf präsent ist. Nach einem allgemeinen Überblick wird insbesondere auf die Burnout-Thematik innerhalb der Polizei Berlin eingegangen. In Kapitel vier werden die Rahmenbedingungen des BEM vorgestellt. Nachdem die rechtlichen Grundlagen aufgezeigt werden, erfolgt außerdem eine Abgrenzung zum Krankenrückkehrgespräch sowie die Darstellung des typischen BEM-Ablaufs. Im Bezug darauf werden in Kapitel fünf die Rahmenbedingungen des BEM der Polizei Berlin aufgezeigt. Es erfolgt ein kurzer Überblick über die Anzahl der BEM-Verfahren im Jahresverlauf. In Kapitel sechs wird das methodische Vorgehen des empirischen Teils dieser Arbeit beschrieben. Dazu wird zunächst die Methodenauswahl erläutert. Daraufhin wird das leitfadengestützte Experteninterview als Methode der qualitativen Sozialforschung, welche für diese Arbeit gewählt wird, beleuchtet. Es wird dargelegt, aufgrund welcher Kriterien die Interviewpartner ausgewählt werden, wie die Leitfäden für die Interviews erstellt werden und wie die Datenerhebung erfolgt. Abschließend wird das Verfahren der Interviewauswertung, in diesem Fall die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, verdeutlicht. In Kapitel sieben werden die Ergebnisse der Experteninterviews zusammengefasst, um diese im folgenden Kapitel vor dem Hintergrund der Literaturrecherche und der Forschungsfrage diskutieren zu können. Als Ergebnis der Diskussion werden Handlungsempfehlungen abgeleitet. Abschließend werden die wichtigsten Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage im Rahmen der Schlussbetrachtung zusammengefasst.

2. Burnout

2.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff *Burnout* erfährt eine immer größere Beachtung in der Öffentlichkeit (Ehresmann, 2017, S. 154). In der Umgangssprache beschreibt der englische Begriff das Phänomen des Ausbrennens und des Verlustes der Funktionsfähigkeit. Heutzutage wird Burnout zunehmend im Bereich der Psychologie thematisiert (Enzmann & Kleiber, 1989, S. 95; Schneider, 2014, S. 7). Der Begriff wird metaphorisch verwendet und beschreibt psychische Beeinträchtigungen, deren Ursache in Belastungen am Arbeitsplatz gesehen wird. Das Spektrum der Beiträge über Burnout reicht von Presseartikeln über Therapieangebote, Ratgeber und Laienkommentare bis hin zu wissenschaftlichen Publikationen (Ehresmann, 2017, S. 154).

Wegen der bislang fehlenden einheitlichen Definition sowie der zunehmenden Verbreitung des Begriffs Burnout (Ehresmann, 2017, S. 154; Korczak, Kister & Huber, 2010, S. 70), wird im folgenden Teil dieser Arbeit ein kurzer Einblick in die historische Entwicklung des Begriffs gewährt. Anschließend erfolgt eine Annäherung an die Terminologie.

2.1.1 Historische Entwicklung

Der Begriff Burnout wurde in der Psychologie erstmals von dem amerikanischen Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger in seinem Artikel „Staff Burn-Out“ im Jahr 1974 eingeführt (Ehresmann, 2017, S. 154; Freudenberger, 1974, S. 159f.). Freudenberger beschreibt damit ein Gefühl des Ausgebrannt-Seins, welches durch fortwährend hohe Anforderungen im Arbeitsalltag entstehen kann (Freudenberger, 1974, S. 160; Rudow, 2014, S. 94; Warnke, 2017, S. 578). Sein Werk gilt als Beginn der Burnout-Forschung (Ehresmann, 2017, S. 154).

Freudenberger stellt das Phänomen Burnout in seinem Werk (Freudenberger, 1974) zunächst bei Sozialarbeitern fest, welche nach bereits einem Arbeitsjahr psychisch erschöpft waren (Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 149). Ab 1976 beschreiben insbesondere Maslach und Pines (Maslach, 1976; Maslach & Pines, 1977) das Phänomen in ihren Veröffentlichungen auch bei anderen Sozialberufen. Daher wird Burnout zunächst nur mit psychosozialen Berufen, sog. Helferberufen, in Zusammenhang gebracht und erforscht. Man ging davon aus, dass Burnout durch die übermäßige Verausgabung und den emotionalen Kontakt zu Patienten und Klienten entsteht (Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 148; Rudow, 2014, S. 94; Warnke, 2017, S. 579). Erst im Laufe der Zeit wurde die Fokussierung

auf psychosoziale Berufe gelöst und Forschungsstudien zum Thema Burnout auf verschiedene Berufsgruppen, wie die IT-Branche, Anwälte und Polizeibeamte, ausgeweitet (Koch & Broich, 2012, S. 161; Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 148; Rudow, 2014, S. 94f.). Heute geht man davon aus, dass Burnout in jeder Berufsgruppe auftreten kann (Burisch, 2014, S. 6).

2.1.2 Definition und Terminologie

Jahrzehnte lang existiert keine aussagekräftige und einheitliche Definition von Burnout (Ehresmann, 2017, S. 154; Polndorfer, 2014, S. 325). Aufgrund der Vielzahl von Forschungen und Veröffentlichungen zur Burnout-Thematik gibt es jedoch zahlreiche Versuche der Begriffsbestimmung, die je nach zugrundeliegender Theorie deutlich voneinander abweichen (Polndorfer, 2014, S. 325; Warnke, 2017, S. 579). In der Literatur werden dem Phänomen Burnout unzählige unterschiedliche Symptome zugeordnet. Aufgrund des hohen Allgemeinheitsgrades der Symptome kommt es häufig zu einer Vermischung mit psychischen Störungen wie Stress und Depressionen (Burisch, 2016, S. 16; Litzcke & Schuh, 2010, S. 157). Ferner finden sich in der wissenschaftlichen Literatur zahlreiche Verlaufsmodele und Erklärungstheorien (Burisch, 2014, S. 40; Litzcke, Schuh & Pletke, 2014, S. 162).

Zur Beschreibung der Burnout-Problematik verwendet Burisch hinsichtlich der Definitionsfrage den Begriff der „randunscharfen Menge“ (Burisch, 2014, S. 15) aus der Mengenlehre. Mengen sind gewöhnlich so definiert, dass Elemente eindeutig zugeordnet werden können. Randunscharfe Mengen hingegen enthalten neben eindeutig zuzuordnenden Elementen auch solche, bei denen eine klare Zuordnung nicht möglich ist und deren Zugehörigkeit strittig bleibt (ebd.).

Folgende Definitionen werden häufig in der wissenschaftlichen Literatur verwendet:

Nach Freudenberg (1974, S. 159f.) bedeutet Burnout so viel wie ausbrennen, versagen und erschöpft sein aufgrund zu hoher Aufwendung an Kraft, Ressourcen und Energie. Daraus folge eine Funktionsunfähigkeit der Betroffenen, sodass diese ihre Vorhaben nicht mehr erreichen bzw. umsetzen können.

Pines und Aronson (1983, S. 263) beschreiben Burnout als Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung. Dieser Zustand wird als Ergebnis längerfristiger Arbeit mit Menschen in emotional fordernden Situationen verstanden.

Der Begriff Burnout wird von Maslach, Jackson und Leiter als ein psychologisches Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit verstanden. Ähnlich wie Pines und Aronson gehen auch sie davon aus, dass Burnout bei Personen auftreten kann, die berufsbedingt in intensivem Kontakt zu anderen Menschen stehen (Maslach, Jackson und Leiter, 1996, S. 192). In neueren Publikationen gehen Maslach und Kollegen Burnout davon aus, dass Burnout durch chronische emotionale und zwischenmenschliche Stressfaktoren bei der Arbeit entsteht (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001, S. 405).

In der derzeit gültigen 10. Ausgabe der ICD (ICD-10-WHO², Version 2019) stellt Burnout kein eigenständiges Krankheitsbild dar, sondern wird lediglich als Zusatzdiagnose unter dem Schlüssel Z73, „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“, aufgeführt. Der Begriff Burnout findet sich dort nur in dem Erklärungskatalog unter der Ziffer Z73.0 „Ausgebranntsein“ wieder (Bursich, 2014, S. 254; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2018a, S. 859). Einzig in der englischsprachigen Ausgabe der WHO folgt dem Begriff Burnout eine kurze, sehr unspezifische Beschreibung: „State of vital exhaustion“ (WHO, 2016, o.S.).

Am 25.05.2019 wurde die 11. Revision der ICD der WHO (ICD-11) von der 72. Weltgesundheitsversammlung (englisch: World Health Assembly, WHA) verabschiedet. Diese soll am 01. Januar 2020 in Kraft treten (DIMDI, 2019, o.S.). In der bislang nur vorläufig verfügbaren Online-Version der ICD-11 ist Burnout in dem Kapitel „Factors influencing health status or contact with health services“ eingegliedert. Dort wird es mit der Ziffer QD85 unter der Kategorie „Problems associated with employment or unemployment“ aufgeführt (WHO, 2019b, o.S.). Wie in zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen bereits vermutet (Nil, Jacobshagen, Schächinger, Baumann, Höck, Hättenschwiler, Ramseier, Seifritz & Holsboer-Trachslar, 2010, S. 73), wird Burnout auch in der 11. Revision der ICD nicht als eigenständige Krankheit klassifiziert (WHO, 2019a, o.S.). Dies hebt die WHO auf ihrer Website hervor (WHO, 2019a, o.S.), nachdem aufgrund eines Missverständnisses in zahlreichen Tageszeitschriften bereits der Durchbruch von Burnout als eigenständige Diagnose in der ICD-11 bekannt gegeben wurde. Auf der Website heißt es, dass Burnout in der ICD-11 als berufsbedingtes Phänomen beschrieben und nicht als medizinische Krankheit klassifiziert werde (WHO, 2019a, o.S.).

² Herausgeber der o.g. Version der ICD-10 ist das DIMDI, da die WHO diesem die Übersetzungsrechte für die deutschsprachige Ausgabe übertragen hat. Außerdem gibt es eine an das deutsche Gesundheitssystem angepasste Version der ICD-10, die sog. ICD-10-GM, Version 2019. Die Einordnung von Burnout unterscheidet sich jedoch nicht (DIMDI, 2018, S. 774).

Als Meilenstein in der Burnout-Forschung kann jedoch die Festlegung einer detaillierten, international anerkannten Definition des Begriffs Burnout angesehen werden, die erstmals im Jahr 2019 durch die WHO erfolgte:

„Burn-out is a syndrome conceptualized as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. It is characterized by three dimensions: 1) feelings of energy depletion or exhaustion; 2) increased mental distance from one’s job, or feelings of negativism or cynicism related to one’s job; and 3) reduced professional efficacy. Burn-out refers specifically to phenomena in the occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life” (WHO, 2019b, o.S.).

Demnach definiert die WHO Burnout als ein Syndrom, welches als Ergebnis andauernden Stresses am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich bewältigt werden konnte, gesehen wird. Die WHO hebt in ihrer Definition explizit hervor, dass Burnout einzig ein Phänomen ist, das sich auf den beruflichen Kontext bezieht und nicht auf andere Lebensbereiche übertragen werden sollte (WHO, 2019b, o.S.). In Übereinstimmung mit Maslach und Jackson beschreibt die WHO drei Dimension, die Burnout kennzeichnen (Maslach, Jackson & Leiter, 1996, S. 192; WHO, 2019b, o.S.). Diese werden im folgenden Abschnitt erläutert.

2.2 Symptomatik

Trotz zahlreicher unterschiedlicher Begriffsbestimmungen herrscht in der wissenschaftlichen Literatur (Koch & Broich, 2012, S. 161; Künzl & Oberländer, 2013, S. 24; Langlinderer, 2016, S. 49; Maslach, Jackson & Leiter, 1996, S. 192; Rösing, 2008, S. 20) ein weitgehender Konsens über die dreidimensionale Grundsymptomatik nach Maslach, Jackson & Leiter (1996, S. 192). Hierzu zählen:

- emotionale Erschöpfung,
- Depersonalisierung bzw. Zynismus sowie
- reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit.

Die Dimension der emotionalen Erschöpfung beschreibt Gefühle des Ausgelaugt-Seins, der Kraftlosigkeit und der Überforderung. Diese können durch den intensiven Kontakt mit anderen Menschen sowie durch den Verlust der Fähigkeit zur Regeneration entste-

hen. In diesem Zusammenhang können körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und erhöhte Müdigkeit auftreten (Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 152; Manzoni, 2003, S. 29; Maslach, Jackson & Leiter, 1996, S. 192; Warnke, 2017, S. 579).

Depersonalisierung bzw. Zynismus zeigen sich in der Distanzierung von der Arbeit. Dies erfolgt in Form eines zynischen, gefühllosen oder gleichgültigen Umgangs mit Kunden sowie in der Vermeidung des Kontaktes zu Kunden (Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 152; Manzoni, 2003, S. 29; Maslach, Jackson & Leiter, 1996, S. 192). Diese Distanzierung soll zur Bewältigung negativer emotionaler Erfahrungen beitragen (KFN, 2002, S. 87).

Eine persönliche Leistungsunzufriedenheit sowie eine negative Selbstwahrnehmung sind Merkmale der reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit (Litzcke, 2010, S. 159; Manzoni, 2003, S. 29; Maslach, Jackson & Leiter, 1996, S. 192).

Die Burnout-Forschung wird insbesondere aufgrund des von ihnen entwickelten Messinstrumentes zur Erfassung des Burnout-Syndroms, das sog. Maslach Burnout Inventory (MBI), von dem Konzept nach Maslach, Jackson und Leiter dominiert (Litzcke, Schuh, 2010, S. 159f.).

In ihrer Definition aus dem Jahr 2019 führt auch die WHO drei Dimensionen des Burnout-Syndroms auf, die sich fast mit denen nach Maslach, Jackson und Leiter (1996, S. 192) decken:

- Gefühle des Energieverlustes oder der Erschöpfung,
- ansteigende Distanzierung von der Arbeit, Gefühle der Negativität oder Zynismus in Bezug auf die Arbeit sowie
- reduzierte berufliche Leistungsfähigkeit (WHO, 2019b, o.S.).

In der Burnout-Definition der WHO findet sich keine weitere Erläuterung der drei Dimensionen. Die Dimensionen der WHO sind allerdings im Gegensatz zu denen nach Maslach und Kollegen (1996, S. 192) etwas ausführlicher formuliert und beziehen sich direkter auf die Arbeitswelt.

In dieser Arbeit wird Burnout gemäß der international anerkannten Definition der WHO als Folge arbeitsbezogener Stressfaktoren verstanden.

2.3 Verlauf

Burnout wird in der wissenschaftlichen Literatur einstimmig als schleichender und langwieriger Prozess beschrieben (Burisch, 2014, S. 40; Rudow, 2014, S. 97). Ebenso wie bei

der Definitionsfrage, findet sich in der Literatur auch eine Vielzahl von Versuchen, den Verlauf von Burnout zu beschreiben. Hierzu nutzen verschiedene Autoren unterschiedliche Stadien- oder Phasenmodelle (Burisch, 2014, S. 40; Litzcke, Schuh & Pletke, 2014, S. 162).

In der Literatur findet man häufig die Modelle nach Freudenberger und North (1992, zitiert nach Litzcke & Schuh, 2010, S. 168f.) und Edelwich und Brodosky (1980, zitiert nach Litzcke & Schuhe, S. 43).

Abbildung 1 zeigt das Stadienmodell nach Freudenberger und North aus dem Jahr 1992, welches aus 12 Stadien mit einer Zuordnung verschiedener Symptome besteht.

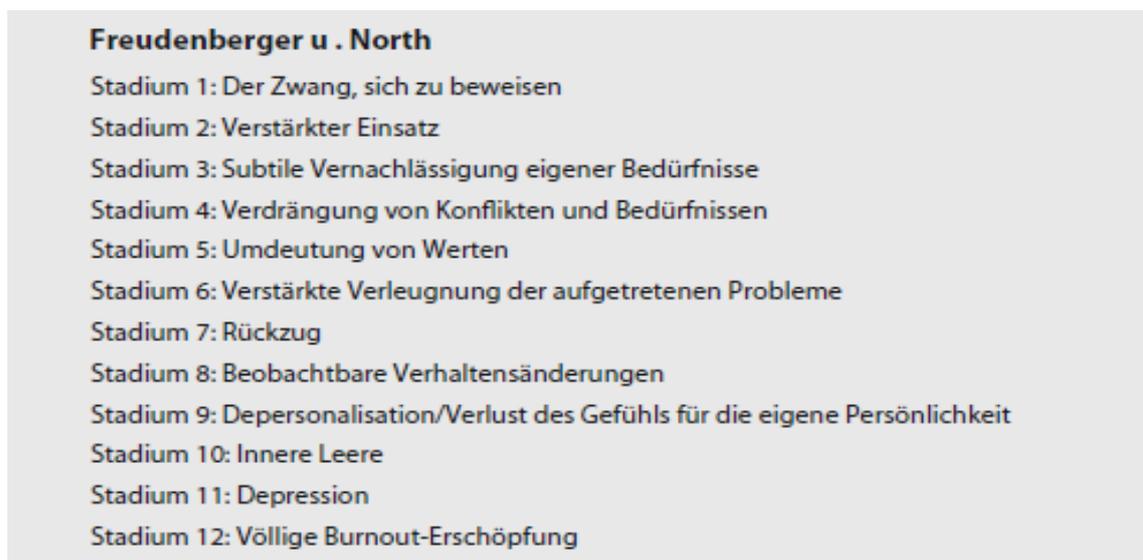


Abbildung 1: Stadienmodell nach Freudenberger und North 1992 (Quelle: Burisch, 2014, S. 41.)

Abbildung 2 zeigt das Phasenmodell nach Edelwich und Brodosky aus dem Jahr 1980, welches 5 Phasen umfasst, die sich ebenfalls durch verschiedene Symptome auszeichnen.

Die Problematik der Phasen- und Stadienmodellen ist, dass die Typisierung der verschiedenen Phasen bzw. Stadien intuitiv und nicht auf Basis empirischer Studien erfolgt (Burisch, 2013, S. 40). Demnach werden verschiedene Symptome den Phasen bzw. Stadien willkürlich zugeordnet. Ebenso erfolgt die Festlegung der Reihenfolge der einzelnen Phasen bzw. Stadien sowie die Bestimmung der Phasenanzahl rein intuitiv (Burisch, 2014, S. 40; Litzcke, Schuh & Pletke, 2013; S. 162). Burisch (2014, S. 40) sowie Litzcke und Kollegen (2013, S. 163) heben hervor, dass es keinerlei Beleg dafür gibt, dass Burnout bei den Betroffenen genau entlang der Modelle verläuft. Nur bei einem Teil der Burnout-Betroffenen zeigten Beobachtungen Verläufe entsprechend der Modelle (ebd.). Daher kann der Burnout-Verlauf des Einzelnen von denen der Modelle aus der wissenschaftlichen

Literatur abweichen (Künzl & Oberlander, 2013, S. 25). Die Modelle dienen vielmehr der Verschaffung eines Überblicks möglicher Symptome (Litzcke & Schuh, 2010, S. 168).

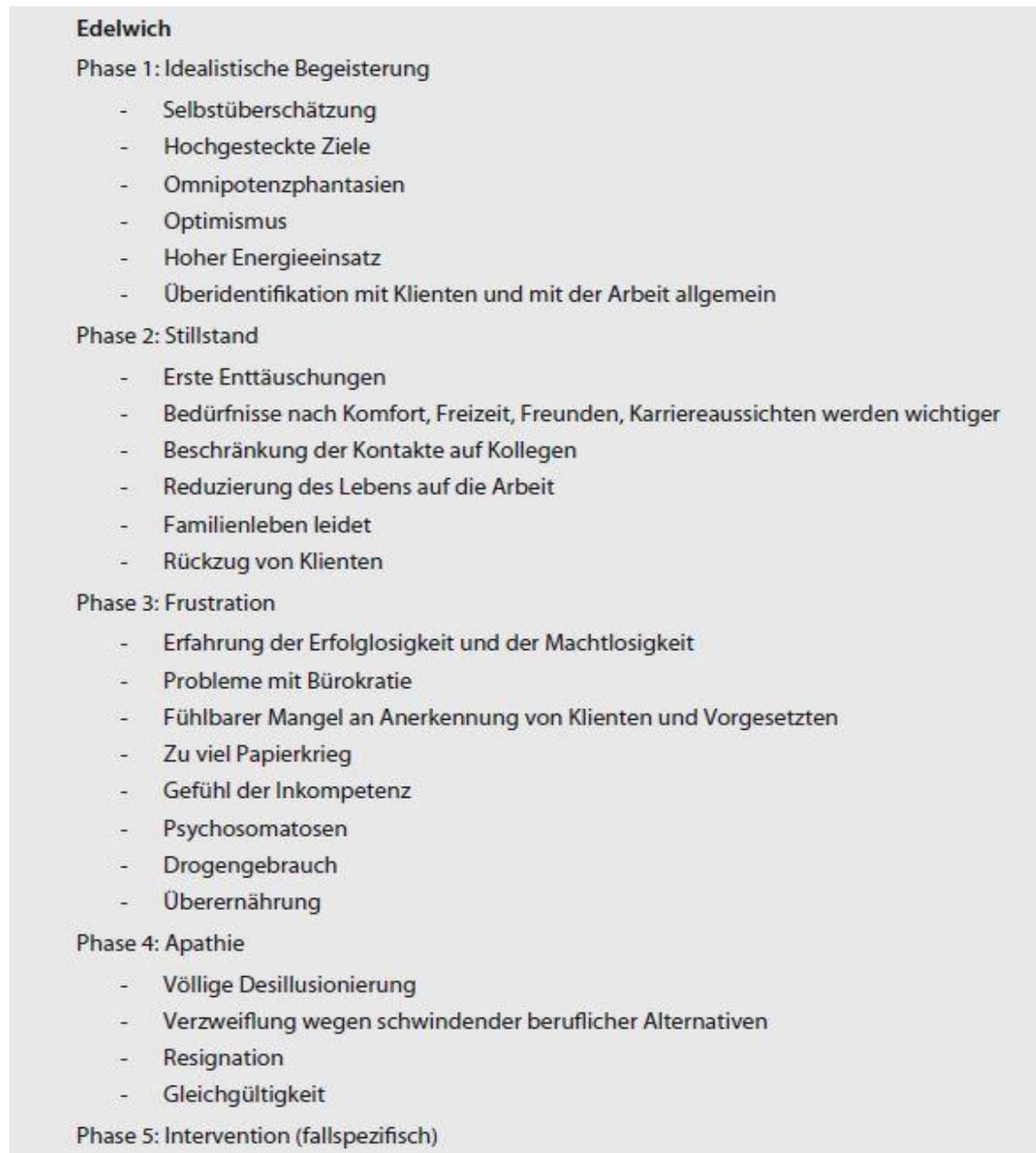


Abbildung 2: Phasenmodell nach Edelwich und Brodosky 1980 (Quelle: Burisch, 2014, S. 43.)

2.4 Entstehungsfaktoren für Burnout

In der wissenschaftlichen Literatur werden zahlreiche Erklärungsansätze für die Entstehung von Burnout beschrieben. Einigkeit besteht darüber, dass Burnout durch unterschiedliche Faktoren bedingt werden kann. Am häufigsten wird die Auffassung vertreten, dass die Ursachen von Burnout in personenbezogenen- und situationsbezogenen Faktoren liegen (Enzmann & Kleiber, 1989, S. 95; KFN, 2002, S. 98; Maslach et al., S. 2001, S. 407f.; Maslach & Leiter, 2016, S. 354f.)

Die situationsbezogenen Faktoren beziehen sich auf den beruflichen Kontext und werden nach Maslach und Kollegen in arbeitsbezogene, berufsbezogene und organisationsbezogene Eigenschaften unterteilt (2011, S. 470f.).

Im Rahmen der arbeitsbezogenen Eigenschaften lassen sich nach Maslach und Leiter die sechs Bereiche

- Arbeitsbelastung (englisch: workload),
- Kontrolle (englisch: control),
- Belohnung (englisch: reward),
- Gemeinschaft (englisch: community),
- Gerechtigkeit (englisch: fairness) und
- Werte (englisch: values)

identifizieren (2016, S. 354). Sowohl eine quantitative (insbesondere Arbeitspensum bzw. Zeitdruck) als auch eine qualitative (Art und Weise der Arbeitsverrichtung) Arbeitsüberbelastung können die Entstehung von Burnout fördern. Wenn Beschäftigte nicht mehr in der Lage sind, den Arbeitsanforderungen gerecht zu werden, entsteht eine völlige Erschöpfung ihrer Leistungsfähigkeit (Maslach & Leiter, 2016, S. 354). Wenn eine solche Überbelastung zu einem Dauerzustand wird, besteht kaum eine Möglichkeit zur Regeneration und Erholung (ebd.). Ferner besteht eine Korrelation zwischen Burnout und einem Mangel an Selbstkontrolle bei der Arbeit. Partizipation bei arbeitsbezogenen Entscheidungsprozessen, autonomes Arbeiten sowie Zugang zu den für die Erledigung der Arbeit relevanten Mitteln, fördern eine positive Arbeitseinstellung (Maslach & Leiter, 2016, S. 355). Fehlende bzw. ungenügende Wertschätzung und Belohnung (sowohl finanzielle als auch soziale Belohnung) können die Entstehung von Burnout begünstigen, da der Beschäftigte damit ein Gefühl der Erfolgslosigkeit assoziiert (Maslach & Leiter, 2016, S. 355). Burnout kann außerdem durch dauerhaft fehlende soziale Unterstützung, insbesondere von Vorgesetzten, sowie durch ungelöste Konflikte gefördert werden. Dagegen können

gut funktionierende berufsbedingte Beziehungen sowie soziale Unterstützung zu einer positiven Arbeitseinstellung beitragen (Maslach & Leiter, 2016, S. 355). Wenn die Erwartungen des Einzelnen an Fairness, Gleichbehandlung und Respekt dauerhaft unerfüllt bleiben, können Ärger und Zynismus gefördert werden (Maslach & Leiter, 2016, S. 355). Wenn die Werte eines Unternehmens und die, der Beschäftigten, langfristig nicht übereinstimmen, entsteht ein Wertekonflikt, der nach und nach zu einer Distanzierung von der Arbeit führen kann (Maslach & Leiter, 2016, S. 355).

Im Vordergrund der Burnout-Forschung standen ursprünglich die sog. Helfer-Berufe. Deswegen beziehen sich die berufsbezogenen Eigenschaften vor allem auf den intensiven Kontakt mit Kunden, der in emotionalem Stress resultieren und dadurch Burnout fördern kann (Maslach et al., 2001, S. 408). Neuere Forschungen konnten außerdem eine Korrelation zwischen emotionsbezogenen, berufsabhängigen Faktoren und Burnout nachweisen. Hierzu zählen insbesondere die Anforderungen Emotionen zu zeigen bzw. zu unterdrücken sowie die Fähigkeit Empathie auszudrücken (Maslach et al., 2001, S. 408).

Die Hierarchien, Regeln, Ressourcen, Strukturen und Prozesse innerhalb einer Organisation zählen zu den organisationsbezogenen Eigenschaften. Mitarbeitenden wird im Rahmen des fortschreitenden Wandels ein immer höherer Arbeitseinsatz, mehr Flexibilität und Zeitaufwand abverlangt. Dem stehen immer weniger Karrierechancen, Sicherheit und Freizeit gegenüber. Nach Maslach und Kollegen (2001, S. 409) können diese Faktoren insbesondere dann die Entstehung von Burnout begünstigen, wenn zusätzlich die Erwartungen an Fairness und Gleichbehandlung des Einzelnen unerfüllt bleiben.

Nach Maslach und Kollegen (2001, S. 409ff.) werden im Rahmen der personenbezogenen Faktoren demografische Eigenschaften, Charaktereigenschaften sowie die Arbeitseinstellung berücksichtigt.

Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Ehestatus zählen zu den demografischen Eigenschaften. Während Forschungen hinsichtlich des Alters ergeben, dass Burnout häufig bei unter 30-Jährigen, bzw. seltener bei Personen höheren Alters auftritt, können Studien in Hinblick auf das Geschlecht keine nennenswerte Korrelation zwischen Geschlecht und Burnout aufweisen (Maslach et al., 2001, S. 409f.). Maslach und Leiter stellen in ihrem Werk aus dem Jahr 2016 (S. 355) heraus, dass der einzige Zusammenhang zwischen Burnout und Geschlecht darin besteht, dass Männer tendenziell schneller zu Zynismus neigen. Nach Maslach und Kollegen (2001, S. 410; Maslach & Leiter, 2016, S. 355) können Charaktereigenschaften, wie eine geringe Widerstandskraft, eine externe Kontrollüberzeugung sowie ein geringes Selbstwertgefühl und defensive Bewältigungsstrategien in stress-

behafteten Situationen, das Burnout-Risiko erhöhen. Wenn die persönlichen Erwartungen in Bezug auf die Arbeit nicht erfüllt werden können, entsteht eine negative Einstellung zur Arbeit, die die Entstehung von Burnout begünstigen kann (Maslach et al., 2001, S. 410).

Der geringe bzw. kaum nachgewiesene Zusammenhang zwischen Burnout und personenbezogenen Faktoren zeigt, dass die wesentlichen Einflussgrößen auf die Entstehung von Burnout die situationsbedingten Faktoren im beruflichen Kontext sind (Maslach & Leiter, 2016, S. 355). Dies deutet darauf hin, dass Burnout eher ein soziales, als ein persönliches Phänomen ist.

3. Burnout im Polizeiberuf

Zweifelsfrei gehört der Beruf einer Polizeibeamtin bzw. eines Polizeibeamten zu den Berufsgruppen, die in ihrem beruflichen Alltag häufig und in besonders hohem Maße Belastungen ausgesetzt sind (Darius & Böckelmann, 2012, S. 190; Weber, 2017, S. 391).

Die Belastungen im Polizeidienst können sehr vielfältig sein (Polndorfer, 2014, S. 326). Zum einen können sie aus der Aufgabe selbst heraus entstehen. Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte sind in ihrem täglichen Dienst häufig extremen und unvorhersehbaren Belastungssituationen ausgesetzt. Hierzu zählen beispielsweise der Schusswaffengebrauch, die Überbringung einer Todesnachricht, schwere Unfälle mit Verletzten oder Toten sowie Gewalterfahrungen (Darius & Böckelmann, 2012, S. 190; Georg et al., 2019, S. 191; KFN, 2002, S. 52; Körper & Körper, 2018, S. 14). Zum anderen können Belastungen im Rahmen des Polizeiberufs aus arbeits- und organisationsbezogenen Faktoren resultieren. Hierzu zählen Zeitdruck, Schichtdienst, Überstunden, geringe Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten, fehlende Autonomie, Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten, unzureichende Absprachen sowie fehlende Anerkennung und Unterstützung durch Vorgesetzte (Georg et al., 2019, S. 192; Körper & Körper, 2018, S. 14; Weber, 2017, S. 396).

Arbeitsbedingte Belastungen können negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben (Darius & Böckelmann, 2012, S. 190; KFN, 2002, S. 52) und eine arbeitsbezogene Erschöpfung zur Folge haben, welche zu den Kernsymptomen des Burnout-Syndroms zählt (Georg et al., 2019, S. 192). Psychische Belastungen können die Arbeitsfähigkeit einschränken und zu Fehlzeiten führen (Darius & Böckelmann, 2012, S. 190; Georg et al., 2019, S. 192; Weber, 2017, S. 391).

Im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung der Landespolizei Thüringen aus dem Jahr 2017, die durch die Gewerkschaft der Polizei Thüringen initiiert wurde, werden 1.431 Beschäftigte der Polizei Thüringen zu ihren Arbeitsbedingungen befragt (Gewerkschaft der Polizei Thüringen., 2018, S. 22). Das Ergebnis der Forschungsarbeit ist, dass 47,1 Prozent der Befragten in ihrer täglichen Arbeit überwiegend psychische und physische und weitere 46,4 Prozent überwiegend psychische Belastungen wahrnehmen (ebd., S. 35).

Eine weitere Studie, die durch das Bundesministerium des Inneren (BMI), Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, beauftragt wurde, untersucht im Rahmen einer quantitativen Längsschnittstudie mit zwei Messzeitpunkten, die Bedeutung von Anforderungen und Ressourcen für Burnout in der Organisation. Zu den Befragten zählen neben hauptamtlichen Einsatzkräften auch Ehrenamtliche der polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr innerhalb Deutschlands (Beerlage, Arndt, Hering & Springer, 2009, S. 31). Die Forscher kommen unter anderem zu dem Ergebnis, dass der Anteil

der hochgradig ausgebrannten Einsatzkräfte der Bundespolizei zum zweiten Messzeitpunkt (N= 597) im Jahr 2008 bei 25,4 Prozent liegt. Demnach ist jeder vierte Beamte der Bundespolizei hochgradig ausgebrannt. Im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt (N= 1.160) im Jahr 2007 ist ein Anstieg von ca. 10 Prozent zu verzeichnen (Beerlage et al., 2009, S. 117).

Polndorfer unterscheidet zwischen Belastungsqualität und Belastungsquantität (2014, S. 330f.). Diese Differenzierung wird auch in einer Forschungsarbeit des KFN (2002, S. 52f.) vorgenommen. Die Belastungsqualität stellt die Intensität einer Belastung dar, wohingegen die Belastungsquantität die Häufigkeit einer Belastung widerspiegelt. Nicht jede belastende Situation führt zu Burnout. Vielmehr sind die Intensität sowie die Häufigkeit bzw. Dauer einer Belastung ausschlaggebende Faktoren bei der Entstehung von Burnout (Polndorfer, 2014, S. 330-331). Demnach entsteht Burnout nicht durch ein einzelnes belastendes Ereignis im Polizeiberuf, sondern aufgrund einer subjektiv wahrgenommenen Anhäufung von Belastungen über einen längeren Zeitraum hinweg, welche sich im zeitlichen Verlauf zu einer Überlastung entwickeln kann (ebd.).

Burnout bei der Polizei Berlin

Der Ergebnisbericht des Gesundheitsmonitorings einer Direktion (hier Direktion A genannt) der Polizei Berlin aus dem Jahr 2017 stellt heraus, dass Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamte (PVB) der Polizei Berlin vor allem organisationsbezogene Aspekte als Belastung empfinden. Hierzu zählen neben unnachvollziehbaren Vorschriften und unangemessenem Führungsverhalten auch das Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Belohnung oder fehlende Arbeitsmittel. Belastend empfinden die PVB außerdem arbeits- und berufsbezogene Faktoren, wie die Anzahl aufeinanderfolgender Einsätze, Einsätze kurz vor Schichtende sowie verbale Auseinandersetzungen mit Bürgerinnen und Bürgern. Diese Belastungen können die Entstehung von Burnout begünstigen (Kleiber & Renneberg, 2018, S. 1,59ff.). Das im Rahmen der Studie verwendete Instrument zur Erfassung von Burnout ist der Copenhagen Burnout Inventory (CBI), welcher dem MBI nach Maslach sehr ähnelt (ebd., S. 59). Der CBI umfasst folgende Skalen: *Persönliches Belastungserleben*, *Arbeitsbezogenes Belastungserleben* und *Bürgerbezogenes Belastungserleben*. Die erste Skala erfasst die allgemeine psychische und physische Erschöpfung. Die Skala des arbeitsbezogenen Burnouts beschreibt den Grad, der mit der Arbeit in Verbindung gebrachten, wahrgenommenen Erschöpfung. Die letzte Skala des bürgerbezogenen Belastungserlebens erfasst die Erschöpfung, die der bzw. die Betreffende mit der Arbeit mit Bürgerinnen und Bürgern in Zusammenhang setzt (ebd., S. 59). Die Studie ergibt,

dass 17 Prozent der PVB (N= 573) ein hohes persönliches Belastungserleben zeigen. Zehn Prozent weisen ein hohes arbeitsbezogenes Belastungserleben auf (ebd.).

Der Abschlussbericht des Gesundheitsmonitorings der Direktion 6 aus dem Jahr 2017 verzeichnet ähnliche Ergebnisse. Elf Prozent der PVB (N=811) weisen einen hohen Wert auf der Skala des arbeitsbezogenen Burnouts auf. Außerdem zeigen 20 Prozent der PVB eine hohe Ausprägung des persönlichen Burnouts. Hervorzuheben ist jedoch, dass zwischen der persönlichen und der arbeitsbezogenen Erschöpfung keine trennscharfe Abgrenzung möglich ist. Daher können möglicherweise auch arbeitsbezogene Faktoren in die Wahrnehmung der persönlichen Erschöpfung miteinfließen (Kleiber & Renneberg, 2017, S. 51).

Die Forschungsarbeiten von Kleiber und Renneberg untersuchen außerdem den Zusammenhang zwischen beruflicher Gratifikationskrise und arbeitsbezogener Erschöpfung bei der Polizei Berlin. Dieser Aspekt der Studie wird durch Kleiber, Renneberg und Kollegen in einem Artikel aus dem Jahr 2019 detailliert dargestellt (Georg et al., 2019). Die Studie stellt heraus, dass eine berufliche Gratifikationskrise eine arbeitsbezogene Erschöpfung als Folge haben kann und die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitsbedingten Frühberentung erhöht (ebd., S. 201). Laut Studie befinden sich 86 Prozent der befragten PVB in einer beruflichen Gratifikationskrise (Kleiber & Renneberg, 2018, S. 1). Vergleicht man die Ergebnisse mit Studien anderer internationaler Polizeistichproben wird deutlich, dass insbesondere die Belohnungseinschätzung der PVB der Polizei Berlin deutlich niedriger ist. In gewissem Maße ist dies durch die verhältnismäßig geringe Besoldung der Polizei Berlin im Vergleich zu Polizeien anderer Bundesländer sowie zur Bundespolizei zu erklären (Georg et al., 2019, S. 199).

4. Betriebliches Eingliederungsmanagement

Das BEM ist ein Verfahren, welches dazu beitragen soll, die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen und schnellstmöglich wiederherzustellen. Zu den obersten Zielen des BEM zählen daher die Überwindung der Arbeitsunfähigkeit langzeiterkrankter Beschäftigter, die Vorbeugung einer erneuten Arbeitsunfähigkeit sowie die Erhaltung des Arbeitsplatzes (Kohte, 2018, S. 39; Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 170; LVR & LWL, 2017, S. 5; Reuter, Liebrich & Giesert, 2016, S. 267f.). Diese Ziele sind in § 167 SGB IX festgeschrieben. Bei der Erhaltung des Arbeitsplatzes geht es nicht darum, den konkreten Arbeitsplatz zu sichern, sondern das Beschäftigungsverhältnis im Allgemeinen (Kohte, 2018, S. 39). Im Rahmen des BEM-Verfahrens sollen die Ursachen der Dienstunfähigkeit der bzw. des Beschäftigten festgestellt werden. Hierzu wird der konkrete Arbeitsplatz dahingehend überprüft, ob physische oder psychische Arbeitsbelastungen vorliegen. Auf Grundlage der Feststellungen werden Möglichkeiten ausgelotet, die dazu beitragen können, die Dienstfähigkeit langfristig wiederherzustellen und künftige Fehlzeiten zu vermeiden bzw. maßgeblich zu verringern (LVR & LWL, 2017, S. 10; Siebecke, 2019, S. 338). Im Mittelpunkt des BEM-Verfahrens steht daher die Frage, „wie durch betriebliche Regelungen eine Stabilisierung des Beschäftigungsverhältnisses erreicht werden kann“ (Kohte, 2018, S. 39).

Das BEM ist als betriebliches Management neben dem betrieblichen Arbeitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung ein weiteres Handlungsfeld des betrieblichen Gesundheitsmanagements ([BGM], Kohte, 2018, S. 39; Reuter, Liebrich, & Giesert, 2017, S. 269). Es ist Teil der Tertiärprävention, indem es dazu beiträgt, Folgeerkrankungen vorzubeugen und Rückfälle zu vermeiden (Siebecke, 2019, S. 338).

Die Entwicklung eines systematischen BEM-Verfahrens im Betrieb bzw. in der Dienststelle kann die am BEM-Verfahren Beteiligten bei der Umsetzung des Verfahrens im Einzelfall unterstützen. Außerdem kann das Verfahren dadurch für alle Beteiligte transparent gestaltet werden (Landschaftsverband Rheinland [LVR] & Landschaftsverband Westfalen-Lippe [LWL], 2017, S. 5).

4.1 Rechtliche Grundlagen

In Deutschland wird das BEM seit dem Jahr 2004, zunächst in § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IX alter Fassung, seit dem 01.01.2018 in § 167 Abs. 2 SGB IX neuer Fassung, gesetzlich geregelt (Stöpel, Lange & Voß, 2018, S. 13). Nach § 167 Abs. 2 SGB IX ist der Arbeitgeber dazu verpflichtet, jedem bzw. jeder Beschäftigten, der bzw. die durchgängig

länger als sechs Wochen oder in einem Zeitraum von 12 Monaten insgesamt sechs Wochen lang arbeitsunfähig war, ein BEM anzubieten (Reuter, Liebrich, & Giesert, 2017, S. 270). Die Größe des Betriebes ist dabei unerheblich (Klothe, 2018, S. 40). Die konkrete Ausgestaltung des BEM-Verfahrens sowie die entsprechenden BEM-Maßnahmen sind vom Gesetzgeber nicht vorgegeben (Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 170; Reuter, Liebrich, & Giesert, 2017, S. 270).

Nach dem Beschluss des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 04.09.2012 zählen zu dem in § 167 Abs. 2 Satz 1 SGB IX (§ 84 Abs. 2 SGB IX a.F.) aufgeführten Personenkreis der *Beschäftigten* auch Beamte (BVerwG, Beschluss vom 04.09.2012 – 6 P 5.11, Rn. 12).

Für Betroffene ist die Teilnahme an einem BEM-Verfahren nicht verpflichtend. Für die Durchführung eines BEM-Verfahrens bedarf es der ausdrücklichen Zustimmung und aktiven Mitwirkung der Betroffenen (Reuter, Liebrich, & Giesert, 2017, S. 270).

Das BEM-Verfahren unterliegt gemäß § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG dem Mitbestimmungsrecht. Demnach kann die Interessensvertretung, meistens der Betriebs- bzw. Personalrat, eine Beratung „mit dem Ziel der Verständigung über bestehende Möglichkeiten für ein betriebliches Eingliederungsmanagement“ (Bundesarbeitsgericht [BAG], Beschluss vom 22.03.2016, 1 ABR 14/14, Rn. 10) sowie seine Unterrichtung dann verlangen, wenn es sich um ein standardisiertes BEM-Verfahren für alle Beschäftigten handelt. Die Umsetzung konkreter Maßnahmen im Einzelfall unterliegen jedoch nicht dem Mitbestimmungsrecht (Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 170). Außerdem kann der Betriebsrat die namentliche Benennung der Beschäftigten verlangen, die die in § 167 Abs. 2 SGB IX genannten Voraussetzungen zur Durchführung eines BEM erfüllen. Nur so kann der Betriebsrat seiner in § 80 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG in Verbindung mit § 167 Abs. 2 SGB IX aufgetragenen Überwachungsfunktion nachkommen (LVR & LWL, 2017, S. 21).

Gemäß § 167 Abs. 2 SGB IX können neben dem Arbeitgeber und der Interessensvertretung außerdem die Schwerbehindertenvertretung bei schwerbehinderten Menschen sowie ggf. der Betriebsarzt, die Rehabilitationsträger oder das Integrationsamt weitere Beteiligte des BEM-Verfahrens sein (Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS], 2018, S. 45; Reuter, Liebrich, & Giesert, 2017, S. 271).

In § 167 Abs. 2 S. 3 SGB IX hat der Gesetzgeber festgelegt, dass Betroffene über Art und Umfang der für das BEM-Verfahren erhobenen und verwendeten Daten aufzuklären sind. Die im Rahmen des BEM-Verfahrens erhobenen Daten unterliegen einer strengen Zweckbindung (Kiesche, 2019, S. 129). Sie dürfen nur im Rahmen des BEM-Verfahrens erhoben und verwendet werden und nicht beispielsweise zur Begründung einer vorzeitigen Versetzung in den Ruhestand. Es empfiehlt sich die Ausgestaltung einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung zum BEM, in der unter anderem der Datenschutz geregelt ist

(Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 171). In einer solchen Betriebsvereinbarung ist außerdem das Prinzip der Direkterhebung in der Datenverarbeitung festzulegen, welches im Rahmen des BEM-Verfahrens zwingend erforderlich ist. Demnach können Daten nur bei den Betroffenen selbst, also direkt, erhoben werden. Dies stellt das mildeste Mittel dar und wahrt das Gebot der Verhältnismäßigkeit. Einer Datenerhebung bei Dritten, wie z.B. Betriebsarzt oder Integrationsamt, müssen Betroffene ausdrücklich zustimmen (Kiesche, 2019, S. 129). Da die Teilnahme am BEM-Verfahren für Beschäftigte freiwillig ist, besteht auch keine Pflicht zu Nennung der Diagnosedaten. Bei bestimmten Erkrankungen kann es für die Auswahl der Maßnahmen und damit auch für den Erfolg der Wiedereingliederung jedoch hilfreich sein, die Beteiligten des BEM-Verfahrens über die berufsbezogenen Auswirkungen der Erkrankung zu unterrichten. Sollten die Betroffenen im Rahmen des BEM-Verfahrens Angaben zur Diagnose machen, dürfen diese nicht weitergegeben werden. Aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht darf der ggf. hinzugezogene Betriebs- bzw. Amtsarzt nur die Informationen preisgeben, denen die bzw. der Beschäftigte ausdrücklich zugestimmt hat. Außerdem unterliegen alle Beteiligten des BEM-Verfahrens einer Verschwiegenheitsverpflichtung (BMAS, 2018, S. 24; Kohte, 2018, S. 43; Riechert & Habib, 2017, S. 18).

4.2 Grundsätze des BEM

Trotzdem der Gesetzgeber in § 167 Abs. 2 SGB IX keine weiteren Angaben zur Gestaltung des BEM-Verfahrens macht, ergeben sich aus den gesetzlichen Vorgaben sowie aus der Rechtsprechung einige Grundsätze für ein BEM-Verfahren (Reuter, Liebrich, & Giesert, 2017, S. 271):

Ein wichtiger Grundsatz ist die Freiwilligkeit des BEM-Verfahrens für Beschäftigte. Das BEM-Verfahren stellt ein Hilfsangebot dar und soll als solches wahrgenommen werden. Dies gilt es transparent zu vermitteln. Die Teilnahme an BEM-Maßnahmen ist freiwillig und bedarf der ausdrücklichen Zustimmung (Reuter, Liebrich, & Giesert, 2017, S. 271).

Ein weiterer Grundsatz ist die Gleichheit des BEM-Verfahrens. Alle Beschäftigten müssen die gleiche Chance auf eine Wiedereingliederung bekommen. Daher ist das BEM-Verfahren ein standardisierter Prozess. Alle BEM-Berechtigten sind zu identifizieren und über das Angebot eines BEM-Verfahrens aufzuklären (Reuter, Liebrich, & Giesert, 2017, S. 271).

Für ein erfolgreiches BEM-Verfahren ist außerdem der Grundsatz der Beteiligung von besonderer Bedeutung. Hierbei ist einerseits die Beteiligung des Betroffenen selbst aus-

schlaggebend. Dieser muss sowohl aktiv an dem Verfahren teilnehmen als auch die Möglichkeit haben, jeden Schritt des Verfahrens mitgestalten zu können. Andererseits ist die Zusammenarbeit und Mitwirkung der weiteren BEM-Beteiligten, insbesondere zwischen inner- und außerbetrieblichen Akteuren, entscheidend bei der Durchführung des BEM-Verfahrens (Reuter, Liebrich, & Giesert, 2017, S. 271).

Der Grundsatz der Vertraulichkeit und des Datenschutzes legt den Grundstein des BEM-Verfahrens. Es muss eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, der am BEM-Verfahren beteiligten Personen, sichergestellt werden. In diesem Zusammenhang muss der Datenschutz für alle Mitwirkenden geklärt werden. Transparenz in Bezug auf die Speicherung und Verwendung der erhobenen Daten steht dabei an oberster Stelle (Reuter, Liebrich, & Giesert, 2017, S. 271).

4.3 Abgrenzung zum Krankenrückkehrgespräch

Grundsätzlich ist das BEM von dem Krankenrückkehrgespräch abzugrenzen. Sowohl die Prozesse als auch die Ziele unterscheiden sich, obgleich es häufig zu einer Vermischung der Begriffe kommt (Kohte, 2018, S. 21; Stöpel, 2018, S. 39).

Für das BEM besteht eine gesetzliche Grundlage und damit die Verpflichtung für den Arbeitgeber, unter bestimmten Voraussetzungen ein BEM-Verfahren anzubieten. Das Führen eines Krankenrückkehrgesprächs liegt dahingegen in der Entscheidungsfreiheit des Arbeitgebers (Stöpel, 2018, S. 21). Während das BEM-Verfahren bereits während der Dienstunfähigkeit ansetzt, findet ein Krankenrückkehrgespräch erst nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz statt (BMAS, 2018, S. 14). Im Gegensatz zum Krankenrückkehrgespräch, bei dem nur der direkte Vorgesetzte sowie der Mitarbeitende anwesend sind, sind am BEM-Verfahren, neben dem bzw. der Betroffenen, häufig der Betriebs- bzw. Personalrat, die Frauen- und Schwerbehindertenvertretung sowie ein Vertreter des Arbeitgebers beteiligt. Der direkte Vorgesetzte wird jedoch nur in Ausnahmefällen zu Gesprächen hinzugezogen. Dies ist häufig erst dann der Fall, wenn es um die Überprüfung der Umsetzbarkeit entsprechender Maßnahmen geht. Beim Krankenrückkehrgespräch ist der Arbeitgeber Herr des Verfahrens. Der Arbeitnehmer ist verpflichtet an dem Gespräch teilzunehmen. Im Rahmen des BEM ist der bzw. die Beschäftigte die zentrale Figur des Verfahrens, da die Teilnahme am BEM-Verfahren für Beschäftigte freiwillig ist und jederzeit abgebrochen werden kann. Der Erfolg des Verfahrens hängt maßgeblich von der Mitwirkung der bzw. des Beschäftigten ab. Da es sich bei dem Krankenrückkehrgespräch um ein Mitarbeitergespräch handelt, können disziplinarische Möglichkeiten angesprochen werden. Aufgrund der Vertrauensbasis, die Grundlage des BEM-Verfahrens ist, werden solche Themen im Rahmen dessen nicht thematisiert (Stöpel, 2018, S. 22f.).

Neben den Rahmenbedingungen unterscheiden sich auch die Ziele des BEM deutlich von denen des Krankenrückkehrgesprächs. Während sich das Krankenrückkehrgespräch nur mit der Frage beschäftigt, ob und wann die Beschäftigten wieder zurück zur Arbeit kehren, verfolgt das BEM die langfristigen Ziele der Wiederherstellung der Dienstfähigkeit sowie der Erhaltung des Beschäftigungsverhältnisses (Kohte, 2018, S. 39). Bei dem BEM steht die Fragestellung im Vordergrund, wie durch betriebliche Regelungen die Dienstfähigkeit erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann (Kohte, 2018, S. 40).

4.4 Ablauf des BEM-Verfahrens

Im folgenden Kapitel wird der Ablauf eines BEM-Verfahrens in einzelnen Schritten beschrieben. Es wird zunächst die Feststellung der BEM-Berechtigten sowie die Kontaktaufnahme mit der bzw. dem Betroffenen thematisiert. Anschließend wird das BEM-Gespräch genauer erläutert, um daraufhin die Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen zu beleuchten. Den letzten Schritt des BEM-Verfahrens stellt die Evaluation dar.

4.4.1 Feststellung der BEM-Berechtigten und erste Kontaktaufnahme

Um den gesetzlichen Vorgaben des § 167 Abs. 2 SGB IX (s. Kapitel 4.1) gerecht werden zu können und allen BEM-Berechtigten ein entsprechendes Verfahren anbieten zu können, muss zunächst sichergestellt werden, dass alle Mitarbeiter, die länger als sechs Wochen krank sind, erfasst werden. Dies geschieht über die jeweilige Personalstelle des Betriebs (Riechert & Habib, 2017, S. 48). Es sollte im Vorhinein festgelegt werden, wer die entsprechenden Mitarbeitenden kontaktiert und das BEM-Team sowie die Interessensvertretung diesbezüglich informiert (Riechert & Habib, 2017, S. 48).

Im Rahmen der Kontaktaufnahme sollen die Betroffenen über die Ziele, Möglichkeiten und Rahmenbedingungen des BEM-Verfahrens informiert werden. Sie sind insbesondere über die Erhebung und Verwendung ihrer Daten, über die Vertraulichkeit des Gesprächs sowie über die Freiwilligkeit des gesamten Verfahrens aufzuklären (Siebecke, 2019, S. 340). Bereits im Rahmen dieser Kontaktaufnahme bzw. Information sollte deutlich werden, dass es sich hierbei nicht um ein Krankenrückkehrgespräch handelt und ein BEM-Verfahren der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung der bzw. des Betroffenen bedarf. Es muss den BEM-Berechtigten vermittelt werden, dass eine Ablehnung des BEM-Verfahrens keine Konsequenzen nach sich zieht (Riechert & Habib, 2017, S. 50). Die Kontaktaufnahme kann sowohl telefonisch als auch schriftlich erfolgen. Im Falle eines telefonischen Erstkontaktes folgt ein offizielles schriftliches BEM-Angebot. Sofern die erste

Kontaktaufnahme schriftlich erfolgt, wird der bzw. dem Betroffenen in diesem Zusammenhang direkt ein Angebot zu einem BEM unterbreitet. In diesem Fall kommt der schriftlichen Kontaktaufnahme eine große Bedeutung zu, da dieses Schreiben für die bzw. den Betroffenen die einzige Entscheidungsgrundlage für oder gegen ein BEM-Verfahren darstellt. Das Anschreiben muss alle nötigen Informationen enthalten, die die bzw. der Betroffene zur Entscheidung für das BEM-Verfahren benötigt. Es muss darauf geachtet werden, dass das Anschreiben nicht an ein Krankenrückkehrgespräch erinnert. Je verständlicher, freundlicher und einfühlsamer das Anschreiben ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die bzw. der Betroffene das Angebot annimmt (ebd., S. 52f.).

4.4.2 Das BEM-Gespräch

Sollte die bzw. der Betroffene einem BEM-Verfahren zustimmen, erfolgen die Vereinbarung eines Termins für das BEM-Gespräch sowie die Zusammenstellung des BEM-Teams, sofern es im Betrieb keine festgelegten Verantwortlichen gibt. Bereits bei der Auswahl, der am BEM-Verfahren beteiligten Personen, sollte die bzw. der Betroffene miteinbezogen werden (Siebecke, 2019, S. 340). Um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen empfiehlt es sich, der bzw. dem Betroffenen, insbesondere beim Erstgespräch, die Mitnahme einer Vertrauensperson zu ermöglichen. Der Gesprächskreis ist anfangs möglichst klein zu halten (Riechert & Habib, 2017, S. 57). Der bzw. die Betroffene kann selbst bestimmen, wann das BEM-Verfahren begonnen werden soll. In den meisten Fällen beginnt ein BEM-Verfahren noch während der Arbeitsunfähigkeit (ebd., S. 341). Insgesamt gilt, je früher mit dem BEM-Verfahren begonnen wird und je kürzer die Fehlzeit ist, desto einfacher gestaltet sich die Rückkehr in den Job. Insbesondere Menschen mit psychischen Störungen haben hinsichtlich ihrer Rückkehr Angst vor Stigmatisierung und Bedenken bezüglich ihrer Belastbarkeit im Beruf. Dies löst in ihnen eine zusätzliche psychische Belastung aus. Hier kann der frühe Beginn eines BEM-Verfahrens dazu beitragen, die Hemmungen der Betroffenen abzubauen (Riechert & Habib, 2017, S. 49).

„Das BEM-Gespräch ist das Herzstück des BEM-Verfahrens“ (Riechert & Habib, 2017, S. 60). Im Mittelpunkt des BEM-Gesprächs steht der Vertrauensaufbau zu den Beteiligten und dem gesamten Verfahren. Dies ermöglicht der bzw. dem Betroffenen Vertrauen in sich und seine Fähigkeiten zurückzuerlangen. Es gilt, je höher die Vertrauensbasis zwischen der bzw. dem Betroffenen und den BEM-Beteiligten, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eines guten Gelingens der Wiedereingliederung (ebd.). Das BEM-Gespräch bildet daher die Basis für den weiteren Verlauf des Verfahrens (ebd., S. 64). Den Betroffenen muss verdeutlicht werden, dass das BEM-Gespräch vertraulich ist, der Datenschutz

gewahrt wird und dass das BEM-Verfahren dazu dient, sie zu unterstützen. Nur so können Betroffene dabei unterstützt werden, sich zu öffnen, Vertrauen aufzubauen und ohne Scham über ihre Ängste und Wünsche zu sprechen (ebd., S. 63).

Ziel des BEM-Gesprächs ist die Erfassung der Ausgangssituation. Es werden zunächst der Gesundheitszustand und die Problemlagen der bzw. des Betroffenen erfasst. Der Arbeitsplatz wird auf das Vorliegen physischer oder psychischer Arbeitsbelastungen geprüft (Kohte, 2018, S. 42). Häufig wird in diesem Zusammenhang von einem offenen Suchprozess gesprochen (Riechert & Habib, 2017, S. 63). Um im weiteren Verlauf Lösungsmöglichkeiten für die Rückkehr ausloten zu können, gilt es neben den Problemlagen der bzw. des Betroffenen auch die Anforderungen des Arbeitsplatzes sowie die Möglichkeiten des bzw. der Betroffenen zu erfassen (Siebecke, 2019, S. 340). In Hinblick auf die Bewertung der Leistungsfähigkeit der bzw. des Betroffenen kann die Einholung ärztlicher Stellungnahmen notwendig sein (Kohte, 2018, S. 42). Zentrale Fragen zur Klärung der Ausgangssituation können nach Riechert und Habib folgende sein:

- „Hat die Arbeitsunfähigkeit etwas mit der Arbeit zu tun (...)?“
- „Welche Auswirkungen hat die Erkrankung auf Ihre Tätigkeit?“
- „Wie kann der Betrieb Sie bei der Wiedereingliederung unterstützen?“
- „Welche Vorstellungen und Wünsche haben Sie?“
- „Welche Befürchtungen und Ängste haben Sie, wenn Sie an die Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz denken?“ (Riechert & Habib, 2017, S. 67).

Im weiteren Verlauf des Gesprächs werden gemeinsam Lösungsmöglichkeiten für die Genesung und Wiedereingliederung in die Arbeit gesucht (Riechert & Habib, 2017, S. 63, 67. Außerdem erfolgt die Vereinbarung des weiteren Vorgehens (Kohte, 2018, S. 42; Siebecke, 2019, S. 340).

4.4.3 Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen

Das BEM-Gespräch muss nicht zwingend an einem Termin stattfinden, sondern kann je nach Situation auf zwei oder mehrere Termine ausgeweitet werden. Häufig sind für die Entwicklung der Maßnahmen einige Unterlagen, wie z.B. ärztliche Stellungnahmen, Angaben des Betriebsarztes o.ä., nötig. Da diese Unterlagen zunächst eingeholt werden müssen, findet die Maßnahmenplanung häufig an einem weiteren Termin statt (Riechert & Habib, S. 65).

Bei der Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten ist die Mitwirkung der Betroffenen von großer Bedeutung für den Erfolg der Maßnahme. Die Wünsche und Ideen der Betroffenen sind, soweit umsetzbar, zu berücksichtigen (Riechert & Habib, 2017, S. 68). Im Rahmen der Entwicklung von Maßnahmen sind außerdem Qualifikationen und Stärken der Betroffenen zu erfragen, da diese häufig nicht bekannt sind und ggf. ermöglichen, dass die bzw. der Betroffene an anderer Stelle eingesetzt werden kann (Riechert & Habib, 2017, S. 68).

In Abhängigkeit der Anforderungen des Arbeitsplatzes, der Arbeitsbelastungen und der Leistungsfähigkeit und Qualifikationen der bzw. des Betroffenen werden unter dessen Mitwirkung anschließend mögliche Maßnahmen für die Rückkehr zur Arbeit geplant. Hierbei kommt z.B. eine entsprechende Umgestaltung des Arbeitsplatzes und/oder der Tätigkeit in Betracht. Es wird geprüft, ob und inwiefern in diesem Zusammenhang Unterstützungsmaßnahmen oder Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden müssen (Kohte, 2018, S. 43).

Ob und in welchem Umfang der bzw. die direkte Vorgesetzte der Betroffenen in das Verfahren miteinbezogen wird, ist mit den Betroffenen abzustimmen und hängt maßgeblich von der Notwendigkeit der Einbindung und dem Vertrauensverhältnis ab (Siebecke, 2019, S. 340).

Nachdem einige Lösungsmöglichkeiten entwickelt wurden, sind diese auf ihre Umsetzbarkeit im Betrieb zu prüfen. Sobald die in Frage kommende Maßnahmen in einem Maßnahmenplan festgehalten wurden, ist das weitere Vorgehen hinsichtlich der Umsetzung zu besprechen (Riechert & Habib, 2017, S. 69). Die BEM-Verantwortlichen sind sowohl für die Organisation der Umsetzung sowie für die Evaluation des Erfolgs der Maßnahmen zuständig. Zur Umsetzung einer Maßnahme kommt es erst dann, wenn der bzw. die Betroffene sowie der Arbeitgeber dieser ausdrücklich zugestimmt hat (Siebecke, 2019, S. 340).

4.4.4 Evaluation des BEM-Verfahrens

Ziel einer Evaluation ist ein andauernder Verbesserungsprozess. Es profitieren davon sowohl der Betroffenen als auch der Betrieb bzw. die Behörde. Die Rückmeldung der bzw. des Betroffenen über den Ablauf des Verfahrens und über die Wirkung der Maßnahmen kann Stärken und Schwächen des Verfahrens herauskristallisieren. Diese Ergebnisse können dafür genutzt werden, das Verfahren ständig zu optimieren. Eine Auswertung kann wichtige Informationen für den Arbeitsschutz hervorbringen. Dabei geht es insbesondere um versäumte Gefährdungsbeurteilungen, die durch die Erfassung der Ausgangssitua-

tion und der in diesem Zusammenhang geplanten Maßnahmen, aufgedeckt werden können. Außerdem kann die Evaluation einen Beitrag für weiterführende präventive Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung leisten (Riechert & Habib, 2017, S. 191).

4.5 Maßnahmen

Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen im Rahmen des BEM (Kohte, 2018, S. 43). Die Auswahl der Maßnahmen hängt insbesondere von der Art der Erkrankung, von dem Gesundheitszustand, also von den Möglichkeiten der bzw. des Betroffenen, sowie von den Gegebenheiten des Arbeitsplatzes ab. Mit der Art der Erkrankung ist nicht die direkte Diagnose gemeint, sondern vielmehr die Unterscheidung zwischen körperlicher oder psychischer Einschränkung (Riechert & Habib, 2017, S. 68).

Die Maßnahmen können sowohl auf eine Veränderung situationsbezogener Faktoren als auch auf die Veränderung personenbezogener Faktoren gerichtet sein (Lange, 2018, S. 122). Zu den Maßnahmen, die auf eine Veränderung situationsbezogener Faktoren abzielen, zählen u.a.:

- Maßnahmen zur Arbeitsplatzumgestaltung, bzw. Arbeitsumgebungsgestaltung, wie z.B. höhenverstellbare Tische, Ergonomische Stühle, Bereitstellung technischer Hilfen,
- Maßnahmen zur Arbeitsorganisationsgestaltung, wie z.B. das Einräumen von Gestaltungsspielräumen, die Vermeidung abwechslungsarmer Tätigkeiten, eine stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell), eine Versetzung oder
- Maßnahmen zur Arbeitszeitgestaltung, wie z.B. eine Arbeitszeitverkürzung oder Änderung der Arbeitszeiten (Lange, 2018, S. 122-124; Riechert & Habib, 2017, S. 69).

Folgende Maßnahmen streben die Stärkung individueller Ressourcen an und zielen damit auf personenbezogene Faktoren ab:

- Rehabilitationsmaßnahmen,
- Psychologische Hilfe durch entsprechende Integrationsfachdienste oder
- Qualifikationen (Lange, 2018, S. 124; Riechert & Habib, 2017, S. 69).

In der wissenschaftlichen Literatur wird die stufenweise Wiedereingliederung als Maßnahme beschrieben, die im Rahmen eines BEM-Verfahrens am häufigsten Anwendung

findet (Riechert & Habib, 2017, S. 77). Aus diesem Grund wird die stufenweise Wiedereingliederung im folgenden Abschnitt erklärt.

Die stufenweise Wiedereingliederung, bekannt unter dem Begriff *Hamburger Modell* (Riechert & Habib, 2017, S. 77), ist in § 74 SGB V, für Menschen mit Behinderungen in § 44 SGB IX, geregelt. Sie ist ein Instrument gesetzlicher Sozialversicherungen (Haberkamp & Körber, 2013, S. 32; Riechert & Habib, 2017, S. 77). Mit dem Hamburger Modell sollen Beschäftigte mit länger andauernder krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit dabei unterstützt werden, zurück in das Arbeitsleben zu gelangen. Die Eingliederungsmaßnahme kann die bzw. der Betroffene dazu nutzen, die eigene Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit zu erproben und zu trainieren (Riechert & Habib, 2017, S. 77). Obwohl es im Beamtenrecht keine gleichzusetzende Rechtsgrundlage gibt, findet das Hamburger Modell in der Praxis auch zur Wiedereingliederung von Beamtinnen und Beamten Anwendung, sofern die Beteiligten diesem zustimmen (BMI, 2014, S. 2; Haberkamp & Körber, 2013, S. 32). Das Hamburger Modell findet bei gesetzlich Versicherten während der Arbeitsunfähigkeit statt und ist freiwillig (Haberkamp & Körber, 2013, S. 37). Während der Eingliederungsmaßnahme erhalten die Beschäftigten je nach Kostenträger (Gesetzliche Krankenversicherung oder gesetzliche Rentenversicherung) weiterhin Kranken- bzw. Übergangsgeld (Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 170, Riechert & Habib, 2017, S. 78, 88). Im Gegensatz dazu gelten Beamtinnen und Beamte während einer stufenweisen Wiedereingliederung als dienstfähig und erhalten volle Dienstbezüge (Haberkamp & Körber, 2013, S. 37).

Stellt der behandelnde Arzt oder das BEM-Team nach Erfassung der Ausgangssituation fest (BMI, 2014, S. 2), dass die bzw. der Betroffene seine Tätigkeit teilweise verrichten kann (§ 74 S. 1 SGB V), kann der bzw. dem Betroffenen eine stufenweise Wiedereingliederung vorgeschlagen werden. Voraussetzung einer stufenweisen Wiedereingliederung ist eine nur vorübergehende Einschränkung der oder des Betroffenen, welche vom behandelnden Arzt entsprechend zu attestieren ist. Es muss ersichtlich sein, dass die bzw. der Beschäftigte wieder arbeits- bzw. dienstfähig wird und, dass mit der Maßnahme eine Verbesserung zu erwarten ist (Haberkamp & Körber, 2013, S. 34). Sofern die bzw. der Betroffene der Maßnahme zustimmt, erstellt der behandelnde Arzt einen Wiedereingliederungsplan. In diesem ist eine schrittweise Erhöhung der Arbeitszeit vorgesehen. Die bzw. der Betroffene soll von anfänglich wenigen Arbeitsstunden zurück an das volle Arbeitspensum herangeführt werden (Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 169). Aus dem Wiedereingliederungsplan soll sowohl die Dauer der geplanten Maßnahme als auch die wöchentliche Arbeitszeit hervorgehen. Außerdem sind die Tätigkeiten, die die bzw. der Betroffene im Rahmen der Wiedereingliederung ausüben darf, sowie solche Tätigkeiten, die nicht bzw. vorübergehend nicht vorgenommen werden dürfen, im Plan zu vermerken (BMI, 2014, S. 3, Riechert & Habib, 2017, S. 79). Umfang und Art der Tätigkeiten, die im

Rahmen der Wiedereingliederung ausgeübt werden sollen, sind zwischen der bzw. dem Betroffenen und dem Vorgesetzten, unter Miteinbeziehung des behandelnden Arztes, abzustimmen (BMI, 2014, S.3). Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist vom Einzelfall abhängig. Eine Vorgabe gibt es hierfür nicht. In der Regel dauert eine stufenweise Wiedereingliederung zwischen sechs Wochen und sechs Monaten (Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 170; Riechert & Habib, 2017, S. 77).

Vor allem bei Menschen mit psychischen Störungen, die in Verbindung mit der Arbeit stehen, kommt der stufenweisen Wiedereingliederung eine besondere Bedeutung zu. Betroffene können diese dafür nutzen, Schritt für Schritt neue Verhaltensweisen zu erlernen und sich langsam wieder an die Arbeitsumgebung zu gewöhnen. Dadurch kann einem Rückfall in alte Verhaltensmuster und damit ggf. auch einem Rückfall in eine neue psychische Krise entgegengewirkt werden (Riechert & Habib, 2017, S. 79).

5. BEM bei der Polizei Berlin

Mit der Dienstvereinbarung über das betriebliche Gesundheitsmanagement in der Berliner Verwaltung (DV Gesundheit) aus dem Jahr 2007, die zwischen der Senatsverwaltung für Inneres und Sport sowie dem Hauptpersonalrat für die Behörden, Gerichte und nicht-rechtsfähigen Anstalten des Landes Berlin geschlossen wurde, streben die Verwaltungen des Landes Berlin die Umsetzung eines BGM an (Senatsverwaltung für Inneres und Sport, 2007). Damit wird das gemeinsame Ziel verfolgt, „die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und zu erhalten, um deren Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistungsbereitschaft zu bewahren und zu steigern“ (ebd., S. 4). Des Weiteren vereinbaren die Verantwortlichen den Abbau gesundheitsgefährdender physischer und psychischer Faktoren, aus denen gesundheitsgefährdende Arbeitsbelastungen hervorgehen können (ebd.).

Mit der DV Gesundheit werden die Unterzeichnenden außerdem dazu aufgefordert, ein BEM, welches ein Bestandteil des BGM ist, umzusetzen, um den gesetzlichen Vorgaben des § 167 Abs. 2 SGB IX (§ 84 Abs. 2 SGB IX a.F.) gerecht zu werden (Senatsverwaltung für Inneres und Sport, 2007, S. 9). Die DV Gesundheit regelt neben den Verfahrensgrundsätzen des BEM auch den Datenschutz und führt mögliche Maßnahmen für das BEM-Verfahren auf (ebd.). Die Rahmenbedingungen sowie die Auflistung der möglichen Maßnahmen sind deckungsgleich mit denen, die in Kapitel 4 im Allgemeinen aufgeführt werden. Obwohl das Hamburger Modell als Instrument der gesetzlichen Sozialversicherungen gilt, wird es auch in der DV Gesundheit als mögliche Maßnahme des behördlichen BEM-Verfahrens aufgelistet (ebd.).

Mit der Dienstvereinbarung über das Betriebliche Eingliederungsmanagement in der Polizei Berlin (DV BEM) aus dem Jahr 2018 hat die Polizei Berlin eine verbindliche Arbeitsgrundlage für das BEM-Verfahren entworfen, indem „grundlegende Verfahrensweisen“ (Der Polizeipräsident in Berlin, 2018a, S. 3) festgelegt werden. Die Zuständigkeit für das BEM liegt bei den, im Rahmen der am 01. März 2013 in Kraft getretenen Überarbeitung der DV BEM, in zehn Gliederungseinheiten dezentral etablierten Integrationsteams. Zu den zehn Gliederungseinheiten zählen die sechs örtlichen Polizeidirektionen, die Direktion Einsatz, das Landeskriminalamt, die Polizeiakademie sowie die Behördenleitung (ebd., S. 5; Der Polizeipräsident, 2014, S. 9). Ein Integrationsteam setzt sich aus einer Person der zuständigen Personalstelle (Stabsbereich 3) und den Beschäftigungsvertretungen zusammen, sofern deren Teilnahme von den Betroffenen erwünscht ist (Der Polizeipräsident in Berlin, 2018a, S. 5). Vor dem Jahr 2013 wurde das BEM über die Zentrale Serviceeinheit zentral für die gesamte Polizei Berlin umgesetzt (Der Polizeipräsident Berlin, 2013, S. 14). Die in Kapitel 4.2 aufgeführten Grundsätze des BEM spiegeln sich in der DV BEM wider (ebd., S. 8 f.). Die DV BEM sieht eine Unterteilung des BEM-Verfahrens in

fünf Schritte vor: Gesprächsangebot, BEM-Gespräch, Maßnahmen, Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen sowie Abschluss oder Anpassung der Maßnahmen (ebd., S. 4). Die Inhalte dieser einzelnen Verfahrensschritte decken sich mit den Ausführungen im Rahmen der Kapitel 4.4.1 bis 4.4.3. Die DV BEM sieht allerdings keine Evaluation des Verfahrens vor. Laut DV BEM beginnt ein Verfahren mit der Annahme des Gesprächsangebotes und endet, wenn die Maßnahmen erfolgreich abgeschlossen sind, die Auswahl der Maßnahmen erschöpft ist oder das Verfahren abgebrochen wird (ebd., S. 8). Der Dienstvereinbarung ist zu entnehmen, dass ausschließlich das jeweilige Datum des Gesprächsangebotes, der Zustimmung, Ablehnung oder des Abbruchs sowie der Einleitung und des Abschlusses des Verfahrens in einer Teilakte der Personalakte festzuhalten ist. Diese sind nach Beendigung des Verfahrens mit einer Frist von zwei Jahren zu vernichten. Weitere Daten, wie z.B. Gesprächsprotokolle, sind unverzüglich nach Abschluss des Verfahrens zu vernichten (ebd., Z. 9 f.). In der DV BEM ist ferner vermerkt, dass das BEM zur Gewährleistung einer dauerhaften Fortsetzung der Beschäftigung auch von Beschäftigten in Anspruch genommen werden darf, die die Voraussetzungen des § 167 Abs. 2 SGB IX nicht erfüllen (ebd., S. 5). Anlage 4 der DV BEM (s. Anhang A) enthält eine Informationsbroschüre zum BEM, die den Betroffenen im Rahmen des Angebotsschreibens zur Verfügung gestellt werden soll (ebd., S. 4). Der Flyer enthält unter anderem den Hinweis, dass das Verfahren zwar freiwillig sei, eine Ablehnung im Falle einer beamtenrechtlichen Auseinandersetzung, wie z.B. im Rahmen eines Zurrufesetzungsverfahrens (Der Polizeipräsident in Berlin, 2018a, S. 8 f.), jedoch negativ ausgelegt werden könne (s. Anhang A).

In dem jährlichen Gesundheitsbericht der Polizei Berlin wird die Anzahl der Gesprächsangebote, sowie die der Annahmen bzw. Ablehnungen aufgeführt. Im Jahr 2009 erhalten insgesamt 1.910 Beschäftigte ein BEM-Angebot, von denen 38 das Angebot annehmen (Der Polizeipräsident in Berlin, 2010, S. 8). Dies entspricht einer Annahmquote von 1,9 Prozent. Im Jahr 2011 werden 2.485 Beschäftigte zu einem BEM-Verfahren eingeladen. Das Angebot nehmen 30 Beschäftigte (1,2 Prozent) an. Für das Jahr 2012, in dem das BEM letztmals zentral gesteuert wird, werden 2.460 BEM-Angebote verzeichnet. Davon stimmen 34 Beschäftigte (1,4 Prozent) einem Verfahren zu (Der Polizeipräsident in Berlin, 2013, S. 14). Im Rahmen der dezentralen Umsetzung werden im Jahr 2016 in allen zehn Gliederungseinheiten insgesamt 3.927 Angebotsschreiben versendet, von denen 479 (12,2 Prozent) angenommen wurden (Der Polizeipräsident in Berlin, 2017, S. 10). Im Jahr 2017 werden 5.721 Gesprächsangebote und 668 Annahmen (11,6 Prozent) erfasst (Der Polizeipräsident 2018b, S. 9).

6. Methodische Vorgehensweise

In den folgenden Ausführungen wird das methodische Vorgehen vorgestellt und begründet. In diesem Zusammenhang werden die Auswahl der Forschungsmethodik, das leitfadengestützte Experteninterview als Methode der qualitativen Sozialforschung sowie die Vorbereitung und Durchführung der Experteninterviews beschrieben. Abschließend wird das Verfahren der Interviewanalyse erläutert.

6.1 Begründung der Methodenwahl unter Berücksichtigung des Forschungsinteresses

Bei der Auswahl der Methodik ist zwischen einem quantitativen und qualitativen Vorgehen zu unterscheiden (Flick, 2019, S. 210). Die Auswahl der richtigen Methode wird durch das eigene Erkenntnisinteresse hinsichtlich der Forschungsfrage bestimmt (Flick, 2019, S. 73, 210; Kelle, 2008, S. 13). Das heißt, der Untersuchungsgegenstand ist der „zentrale Bezugspunkt“ (Flick, 2019, S. 210) für die Auswahl der Methodik und nicht umgekehrt.

Bei der quantitativen Forschung stellt ein, z.B. aus der wissenschaftlichen Literatur übernommenes, Konzept bzw. eine Theorie den Ausgangspunkt dar. Diesen Ausgangspunkt gilt es zu überprüfen. Dazu werden Hypothesen aufgestellt, die im Rahmen der Untersuchung verifiziert oder falsifiziert werden. Die Datenerhebung erfolgt in der Regel standardisiert. Operationalisierten Fragen stehen vorgegebene Antwortmöglichkeiten zur Auswahl. Die quantitative Forschung ist an der Korrelation zwischen verschiedenen Variablen interessiert, um Kausalitäten abzuleiten. Dabei nimmt der Vorgang des Messens eine besondere Stellung ein. Die Auswertung der Datenerhebung erfolgt im Rahmen einer statistischen Analyse. Ziel der quantitativen Forschung sind generalisierbare Ergebnisse. Um die Ergebnisse auf die jeweilige Grundgesamtheit übertragen zu können, werden die Untersuchungsteilnehmer im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe generiert (Flick, 2019, S. 22-24).

Im Gegensatz dazu werden die Untersuchungsteilnehmer im Rahmen der qualitativen Forschung gezielt, in Abhängigkeit ihrer Relevanz für den Forschungsgegenstand, ausgewählt. Die einzelne Untersuchungsteilnehmerin bzw. der einzelne Untersuchungsteilnehmer wird dabei als Subjekt betrachtet und ist als solches interessant. Bei der qualitativen Forschung geht es um die konkreten subjektiven Erfahrungen, Sichtweisen oder die Lebenssituation des Einzelnen. Aus diesem Grund erfolgt eine offene Datenerhebung, z.B. durch offene Fragen in Form eines Interviews. Die Untersuchungsteilnehmerinnen

und -teilnehmer haben dann die Möglichkeit, die Fragen mit eigenen Worten und losgelöst von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zu beantworten. Eine Generalisierung der Ergebnisse erfolgt hierbei nicht auf statistischer Ebene, sondern im theoretischen Sinne. Bei dieser Forschungsmethode geht es nicht um die Überprüfung zuvor formulierter Theorien oder Konzepte, sondern vielmehr um die Herausstellung neuer Erkenntnisse in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand als Endpunkt der Forschung (Flick, 2019, S. 24-26).

Im Rahmen dieser Arbeit soll herausgestellt werden, inwiefern Verbesserungspotenziale im Rahmen des BEM hinsichtlich der Unterstützung langzeiterkrankte Burnout-Betroffener bei ihrer Rückkehr in den Berufsalltag bestehen. Um die Schwierigkeiten und Herausforderungen im Rahmen des BEM herausstellen zu können, sind die Erfahrungen der BEM-Verantwortlichen mit Burnout-Betroffenen von großer Bedeutung für diese Arbeit. Außerdem sollen die persönlichen Erfahrungen und der Umgang mit Burnout sowie Unterstützungswünsche eines Betroffenen zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden. Mit dieser Arbeit soll demnach keine bestehende Theorie überprüft werden. Vielmehr sollen neue Erkenntnisse in Bezug auf die bestehenden Herausforderungen bzw. Verbesserungspotenziale des BEM der Polizei Berlin sowie bezüglich der Bedürfnisse Burnout-Betroffener gewonnen werden.

Da in dieser Forschungsarbeit der bzw. die einzelne Untersuchungsteilnehmende als Subjekt mit ihren bzw. seinen persönlichen Erfahrungen und Sichtweisen von Interesse ist und Wert auf offene Antworten gelegt wird, werden leitfadengestützte Experteninterviews als Methodik der qualitativen Sozialforschung geführt. Die Untersuchungsteilnehmer werden gezielt ausgewählt.

6.2 Das leitfadengestützte Experteninterview

Als Methode der qualitativen empirischen Sozialforschung ist das leitfadengestützte Experteninterview sehr beliebt (Meuser & Nagel, 2009, S. 35) und zählt zu einem der am häufigsten genutzten Verfahren zur Erhebung und Abbildung von Expertenwissen (Liebold & Trinczek, 2009, S. 32).

Eine Expertin bzw. ein Experte ist eine Person, die in Bezug auf den Forschungsgegenstand über einen Wissensvorsprung gegenüber anderen verfügt. Bei diesem Wissensvorsprung handelt es sich um Wissen, das nicht notwendigerweise Alleinwissen ist. Es ist jedoch nicht jedermann zugänglich, sondern auf die privilegierte Stellung der Expertin bzw. des Experten in ihrem bzw. seinem Funktionskontext zurückzuführen (Bogner &

Menz, 2009b, S. 78; Meuser & Nagel, 1989, S. 4, 2009, S. 37). Auf Grund seines spezialisierten Sonderwissens hebt sich der Experte vom Laien ab (Meuser & Nagel, 1989, S. 38). Dieses Sonderwissen kann sowohl innerhalb als auch außerhalb des Berufes begründet sein (ebd., S. 42). D.h. Expertenwissen ist nicht zwangsläufig nur Berufswissen. Das Forschungsinteresse richtet sich demnach „nicht nur auf Experten als Funktionsträger, sondern auch als Privatperson“ (ebd., S. 46). Im berufsbezogenen Kontext werden Experten häufig nicht aus der obersten Hierarchieebene generiert, sondern aus darunterliegenden Ebenen, da „hier das meiste und das detaillierteste Wissen über interne Strukturen und Ereignisse vorhanden ist“ (Bogner & Menz, 2009b, S. 68; Meuser & Nagel, 1989, S. 4). Im Rahmen eines Experteninterviews ist der Forscher insbesondere an Erfahrungen, Wahrnehmungen und Wissensbeständen des Experten in seiner Rolle interessiert. Dabei resultieren Wissen und Erfahrungen aus den jeweiligen Zuständigkeiten, Aufgaben und Tätigkeiten sowie aus der lebensweltlich-privaten Sphäre des Experten (Meuser & Nagel, 1989, S. 4; 2009, S. 51). Wer als Experte fungieren kann, wird in Abhängigkeit des jeweiligen Forschungsinteresses vom Forscher festgelegt (Meuser und Nagel, 1989, S. 3). Ein Experteninterview bietet sich u.a. dort an, wo der Zugang zum sozialen Feld schwierig oder unmöglich ist (Bogner & Menz, 2009a, S.8; 2009b, S. 69).

Die Struktur des Interviews wird im Groben durch einen zuvor entwickelten Leitfaden vorgegeben. Der Leitfaden ist als Hilfestellung für den Interviewer zu verstehen. Er dient der Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses und soll garantieren, dass alle für den Forschungsgegenstand relevanten Themengebiete behandelt werden. Dadurch kann eine grobe Vergleichbarkeit zwischen den Interviews sichergestellt werden. Grundlage des Leitfadens bilden themenbezogene Kategorien mit offenen Schlüsselfragen, die in jedem Interview gestellt werden sollen, sowie Eventualfragen, die je nach Gesprächsverlauf hinzugezogen werden können (Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 316, 379). Im Gegensatz zu quantitativen Methoden werden beim leitfadengestützten Interview keine Antwortmöglichkeiten in Form von Item-basierten Fragebögen angewendet (Mayer, 2006, S. 43). Diese Art der offenen Befragung ermöglicht es dem Interviewer, bei bestimmten Themenbereichen gezielter und tiefergehender nachzufragen (Kromrey, Rose & Strübing, 2016, S. 366) und „das Interview und den Interviewten auf das interessierende Expertentum zu begrenzen bzw. festzulegen“ (Flick, 2007, S. 217). Ferner kann der Befragte nur in einer offenen Befragungssituation Themen näher erläutern oder Beispiele anbringen. Die Veränderung der Reihenfolge der Fragen, eventuelle Umformulierungen und Anpassungen oder Ergänzungen, die sich im Verlauf des Gespräches ergeben, obliegen dem Interviewer (Kromrey, Rose & Strübing, 2016, S. 366; Meuser & Nagel, 2009b, S. 52). Die im Interviewleitfaden aufgeführten Fragen werden auf Basis der Ergebnisse der Literaturrecher-

che entwickelt. Durch diesen Entwicklungsprozess erlangt der Interviewer eine thematische Kompetenz, die dazu führt, dass das Gegenüber den Interviewer als kompetenten Gesprächspartner wahrnimmt (Meuser & Nagel, 2009b, S. 52).

6.3 Vorbereitung und Durchführung der Interviews

Die Auswahl geeigneter Gesprächspartner sowie die Erstellung des Interviewleitfadens werden im Rahmen der Interviewvorbereitung vorgenommen, die folgend beleuchtet wird. Im weiteren Verlauf des Kapitels wird das Vorgehen der Datenerhebung erklärt.

6.3.1 Auswahl der Interviewpartner

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgt nach deren Relevanz für das Thema. Weniger relevant ist im Rahmen der qualitativen Forschung die Repräsentativität im statistischen Sinne (Flick, 2019, S. 72). Die Experten werden von der Forscherin dieser Untersuchung gezielt ausgesucht. Zum einen werden Verantwortliche für das BEM der Polizei Berlin aus verschiedenen Direktionen befragt. Aufgrund ihrer, häufig auch alleinigen, Zuständigkeit in diesem Bereich und ihrem damit verbundenen Wissensvorsprung, gelten sie für die Forscherin als Expertinnen. Sie verfügen, aufgrund ihrer Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen ihrer beruflichen Funktion, über Wissensbestände hinsichtlich des Ablaufs und der Maßnahmen des BEM-Verfahrens sowie über Erfahrungen mit BEM-Betroffenen. Damit ist ihr Wissen für den Forschungsgegenstand von großem Interesse.

Die Polizei Berlin verfügt über sechs örtliche Direktionen, die jeweils sechs bis sieben Polizeiabschnitte und das Referat Kriminalitätsbekämpfung umfassen, sowie über die Direktion Einsatz. Die Direktion Einsatz zeichnet sich unter allen Direktionen durch den größten Personalstamm aus. Sie umfasst neben den drei Abteilungen der Bereitschaftspolizei die Einsatzleitzentrale, die Wasserschutzpolizei, den Begleitschutz- und Verkehrsdienst, den zentralen Objektschutz sowie das Gefangenenwesen (Der Polizeipräsident in Berlin, o.J. a,b). Die Auswahl der BEM-Expertinnen bzw. -Experten der Polizei Berlin richtete sich insbesondere nach deren Verfügbarkeit im Erhebungszeitraum. Die Kontaktaufnahme zu den BEM-Verantwortlichen der sieben Direktionen erfolgte schriftlich per E-Mail. Daraufhin erfolgten vier Rückmeldungen über die zentrale Stelle für Studien und Forschungsanfragen der Polizei Berlin (PA St 114), von denen insgesamt drei BEM-Expertinnen im Erhebungszeitraum zur Verfügung standen (Interviewpartnerinnen [IP] 1 – 3). Obwohl die Auswahl begrenzt war, konnte das BEM dreier völlig unterschiedlicher Direktionen, welche sich in der Fläche, der Personalstärke sowie den Aufgaben und Ein-

satzschwerpunkten deutlich unterscheiden, abgebildet werden. Sofern diese Gegebenheiten zu Unterschieden hinsichtlich des Ablaufs oder der Maßnahmen des BEM oder hinsichtlich der Krankheitsbilder in den jeweiligen Direktionen führen, konnten diese erfasst werden. Da die einzelnen BEM-Expertinnen stellvertretend für das gesamte BEM der Polizei Berlin befragt werden, lassen sich, insbesondere vor dem Hintergrund der Unterschiedlichkeit der drei befragten Direktionen, Rückschlüsse auf das gesamte BEM der Polizei Berlin ziehen.

Notwendig ist außerdem die Betrachtung des BEMs aus der Sicht eines Betroffenen. Durch die persönliche Betroffenheit und die Verbindung mit der Polizei Berlin können wertvolle Informationen über die Bedürfnisse bzw. Anforderungen hinsichtlich der Wiedereingliederung oder über die Erfahrungen mit dieser gewonnen werden. Als Experte wird im Rahmen dieser Arbeit ein Polizeivollzugsbeamter der Polizei Berlin (IP4) befragt. Ein Experteninterview bietet sich u.a. immer dann an, wenn sich der Zugang zum Feld äußerst schwierig gestaltet und nicht viele Untersuchungsteilnehmer generiert werden können. Die Schwierigkeit des Feldzugangs besteht im Rahmen dieses Forschungsvorhabens zum einen in der Erfassung der von Burnout betroffenen Personen. Es besteht keine Kenntnis darüber, welche Beschäftigte überhaupt von Burnout betroffen sind. Zum anderen ist Burnout, als Form einer psychischen Störung, in der Gesellschaft weiterhin tabuisiert und von Stigmatisierung betroffen. Das damit verbundene Schamgefühl der Betroffenen führt zu einer fehlenden Gesprächsbereitschaft. Aus diesem Grund konnte für diese Untersuchung nur ein Betroffener als Interviewpartner gewonnen werden.

Damit keine Rückschlüsse auf die Interviewpartner gezogen werden können, werden die jeweiligen Dienststellen und Direktionen nicht namentlich genannt. Zwecks Terminabsprache, Klärung aufkommender Fragen sowie der Abstimmung der Rahmenbedingungen erfolgte mit allen Interviewpartnern im Vorhinein ein kurzes, telefonisches Gespräch.

6.3.2 Erstellung des Interviewleitfadens

Für die Durchführung der Experteninterviews wurden zwei sich ähnelnde Interviewleitfäden entwickelt. Ein Leitfaden wurde für die Interviews mit den BEM-Expertinnen entworfen, der zweite für das Gespräch mit dem Burnout-Betroffenen. Der Leitfaden für die BEM-Expertinnen dient u.a. der Vergleichbarkeit der Interviews untereinander. Die Gemeinsamkeiten der beiden Interviewleitfäden hinsichtlich der abzufragenden Themenbereiche ermöglichen außerdem, die Interviews der BEM-Expertinnen mit dem des Burnout-Betroffenen in Beziehung zueinander zu setzen.

Beide Leitfäden beginnen mit einem Statistikbogen, in denen persönliche Angaben zum Alter, zur Position innerhalb der Polizei sowie zur Beschäftigungszeit abgefragt werden.

Auf Basis der wissenschaftlichen Literatur wurden im Leitfaden für die Interviews mit den BEM-Expertinnen (s. Anhang B) folgende vier deduktive Kategorien festgehalten: Ablauf des BEM-Verfahrens, Datenerhebung, Maßnahmen im Rahmen des BEM sowie Erfahrungen mit Burnout-Betroffenen. In dem ersten Themenblock werden neben dem Ablauf eines BEM-Verfahrens auch die Dauer sowie die Beteiligten des Verfahrens erfragt. Der zweite Fragenblock fokussiert den Umfang und Zweck der Datenerhebung im Rahmen eines BEM-Verfahrens. Im weiteren Verlauf des Interviewleitfadens wird der Blick auf die Maßnahmen des BEM gerichtet. Hierbei interessiert neben den verschiedenen Arten von Maßnahmen auch die Frage nach Verbesserungsvorschlägen. Zu Abschluss des Leitfadens folgt ein Fragenkomplex, der auf Unterschiede hinsichtlich des Ablaufs und der Maßnahmen des BEM sowie der Annahme des BEM-Angebotes zwischen Burnout-Betroffenen und Betroffenen anderer Erkrankungen abzielt.

Der Leitfaden für das Experteninterview mit dem Burnout-Betroffenen (s. Anhang C) gliedert sich in drei Kategorien. In dem ersten Themenkomplex geht es um die persönlichen Erfahrungen mit Burnout, darunter insbesondere um die Ursachen der Entstehung von Burnout. Im weiteren Verlauf sollen die Erfahrungen mit dem BEM der Polizei Berlin erfragt werden. Neben Fragen zur Kontaktaufnahme und Erfahrungen mit dem BEM der Polizei Berlin geht es außerdem um die eigene Bewertung des BEM. Alle Kategorien werden mit Schlüsselfragen gefüttert. Diese werden bei Bedarf durch Eventualfragen ergänzt.

6.3.3 Datenerhebung

In dem Erhebungszeitraum vom 13.11.2019 bis zum 03.12.2019 wurden vier Experteninterviews geführt. Alle Interviews fanden im Rahmen eines persönlichen Gesprächs zwischen der Forscherin und den jeweiligen Expertinnen und Experten in deren Arbeitsumgebung, also auf den jeweiligen Dienststellen, statt. In Anlehnung an Flick (2019, S. 73) wurden die geführten Interviews, zur Vereinfachung der nachfolgenden Auswertung, mit Hilfe eines entsprechenden Geräts als Audiodatei festgehalten. Im Vorfeld der Datenerhebung wurden alle Interviewpartner über das Ziel und den Ablauf der Datenerhebung informiert. Außerdem erfolgte eine mündliche Einverständniserklärung über die Audioaufnahme des Gesprächs sowie über die, auf Wunsch der Interviewpartner, anonymisierte Verschriftlichung und Verwendung der aufgezeichneten Daten. Der zeitliche Umfang der Interviews lag zwischen 35 und 80 Minuten.

6.4 Verfahren der Interviewauswertung

In diesem Kapitel wird das Verfahren der Interviewauswertung erläutert. Zunächst wird das Vorgehen der für die Auswertung nötigen Transkription beschrieben. Im Anschluss wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), welche zur Auswertung des Datenmaterials herangezogen wird, vorgestellt. Die auf dieser Basis entwickelten Kodierleitfäden werden daraufhin präsentiert.

6.4.1 Transkription

Zur Auswertung der Interviews ist die Dokumentation der Daten von hoher Bedeutung. Daher schließt sich der Aufzeichnung der Daten häufig die Transkription an (Flick, 2019, S. 138f.). Die Interviews werden größtenteils wörtlich mit der Transkriptionssoftware *f5* (Dr. Dresing & Pehl GmbH) transkribiert³. An manchen Stellen erfolgt zur Verbesserung der Lesbarkeit eine Anpassung des Satzbaus. Emotionale Äußerungen wie Lachen, Tonfall oder Pausen werden nicht kenntlich gemacht, da diese für die Analyse der Interviews unerheblich sind. Bei der Transkription werden die in Tabelle 1 aufgeführten Regeln beachtet.

(...)	nicht relevant
B	Befragende
IP	Interviewpartner
(unv.)	unverständlich

Tabelle 1: Transkriptionsregeln (Quelle: eigene Darstellung).

Im Nachgang der Interviews werden den Gesprächspartnern die gefertigten Transkripte zur Autorisierung zugesendet.

6.4.2 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertung des Interviewmaterials orientiert sich an der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Zur Erleichterung der Auswertung wurde die Analysesoftware *f4* (Dr. Dresing & Pehl GmbH) verwendet. Die wichtigsten Elemente der qualitativen Inhaltsanalyse, die dieser Arbeit zugrunde liegen, werden nachfolgend erläutert.

³ Die Transkripte der Interviews I1-I4 befinden sich in diesem Word-Dokument nicht im Anhang, sondern auf dem beigefügten Datenträger. Die Transkripte befinden sich lediglich im PDF-Dokument sowie in der Druckversion im Anhang.

Leitgedanke der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ist das systematische, regelgeleitete Vorgehen bei der Analyse des Datenmaterials mittels Kategoriensystem, welches die Vorgehensweise überprüfbar macht (Mayring, 2015, S. 50). Die inhaltliche Strukturierung verfolgt das Ziel, Textmaterial zu bestimmten Themenbereichen zu extrahieren (ebd., S. 99). Zur Erstellung des Kategoriensystems werden Kategorien deduktiv, also aus der Theorie heraus und analog des Interviewleitfadens, gebildet (Mayring & Fenzl, 2019, S. 636, 638). Eine Kategorie bzw. Strukturierungsdimension wird häufig in einzelne Ausprägungen untergliedert. Für jede Kategorie und Ausprägung werden Definitionen formuliert, aus denen hervorgeht, welche Textstellen den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden können. Zur Erleichterung der Zuordnung werden sog. Ankerbeispiele, also direkte Zitate aus dem Interviewmaterial, beispielhaft für jede Kategorie bzw. Ausprägung herausgearbeitet (Mayring, 2015, S. 97; Mayring & Fenzl, 2019, S. 641). Der daraus entstandene Kodierleitfaden wird wie eine Schablone auf das Interviewmaterial gelegt. Abbildung 3 zeigt ein Beispiel eines solchen Kodierleitfadens.

Kategorien		Ausprägung	Definition	Ankerbeispiele
1	Kapazität/ strukturelle Organisation		Hierunter fallen alle Aspekte, die die Organisation betreffen, insbesondere Anzahl der Mitarbeitenden	Wenn ich mir überlege, dass diese ganze BEM-Geschichte, das ist ein Full-Time-Job, nicht nur so zwischen Tür und Angel, ich in der Polizei darf das als zugleich Aufgabe machen (Interview 2, Absatz 82)
3	BEM-Gespräch		Ablauf und Inhalte des BEM-Gesprächs	Erstmal erzähle ich was das BEM ist (Interview 1)

Abbildung 3: Ausschnitt Kodierleitfaden für Interviews I1-I3 mit Definitionen und Ankerbeispielen (Quelle: eigene Darstellung).

In einem Probedurchlauf werden alle Textteile eines Interviews, die einer Kategorie bzw. Ausprägung zugeordnet werden können, extrahiert (Mayring, 2015, S. 97). In der Regel ergibt sich nach dem ersten Materialdurchgang eine Überarbeitung des Kodierleitfadens (Mayring, 2015, S. 99) durch induktiv, also aus dem Interviewmaterial heraus, gewonnene Kategorien sowie durch Anpassungen der Definitionen, sodass jede für die Arbeit relevante Textstelle einer Kategorie zugeordnet werden kann (Mayring & Fenzl, 2019, S. 636). Der überarbeitete Kodierleitfaden wird anschließend auf das gesamte Interviewmaterial angewendet. Nachdem das Textmaterial mittels Kategoriensystem bearbeitet wurde, erfolgt pro Kategorie eine Reduktion der einzelnen Textpassagen zu abstrakten, generalisierenden Kernaussagen (Mayring, 2015, S. 69, 103).

6.4.3 Kodierleitfäden

Im Rahmen dieser Arbeit wurden zwei Kodierleitfäden entworfen. Die einzelnen Kategorien und Definitionen werden an dieser Stelle nicht einzeln aufgezählt, sondern sind dem

Anhang (s. Anhang D & E) zu entnehmen. Mit Hilfe des ersten Kodierleitfadens (s. Anhang D) wurden alle drei BEM-Expertinneninterviews kodiert.

Kategorien	Ausprägung	Textbeleg	Kernaussagen
1	Kapazität/ strukturelle Organisation	<p>Was für mich sehr wohl, nämlich zweimal im Jahr, zu Jahresanfang und Jahresmitte, da werde ich aufgefordert zu sagen, wieviele BEM-Anschreiben sind denn rausgegangen und wieviele haben das Angebot angenommen. (Interview 2 Frau Severin, Absatz 51)</p> <p>Wenn ich mir überlege, dass diese ganze BEM-Geschichte, das ist ein Fall-Time-Job, nicht nur so zwischen Tür und Angel, ich in der Polizei darf das als zugleich Aufgabe machen (Interview 2 Frau Severin, Absatz 82)</p> <p>Ich mache das zusätzlich. Das ist einfach somalischen hier haste ein paar anschreiben, mach mal Termine. Nebenbei, wirklich nebenbei. Das kann's nicht sein. Das ist das Verrückte dabei (Interview 2 Frau Severin, Absatz 84)</p>	<p>> als zugleich Aufgabe, nebenher, dabei ist es ein Fulltime-Job</p> <p>> jährliche Statistik über Anzahl verschickter BEM-Anschreiben und Anzahl der Annahmen</p>
	Was ist BEM		
	Erfassung der BEM-Berechtigten	<p>Krankschreibungen ein. Also wenn ich krank bin, egal auf welchem Abschnitt, muss ich meine Krankschreibung zum Geschäftszimmer schicken. Dieses Geschäftszimmer ist verpflichtet diese Krankschreiben in das IPV, das ist so ein System bei der Polizei, wo man dann also eingibt, was nachher dann auch die Buchhaltung im Hintergrund macht, sodass das dann berechnet wird, wie oft man krank war. Und das Geschäftszimmer, so ist es bei uns in der Direktion Y, muss dann gucken, wenn so eine Krankschreibung eingetht, hat dieser Kollege bzw. diese Kollegin, diese 42 Kalendertage in einem Kalenderjahr erfüllt und schreibt dann die Kollegin oder den Kollegen an</p>	<p>>automatische Erfassung durch IPV in den Geschäftszimmer bei 42 Tage Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 12 Monaten</p>
	Intention der Betroffenen	<p>Ja, sehr oft. Also ich kann Ihnen sagen, wenn von mir, ein Dozent sagte, da steckt Psychologie dahinter, die kommen natürlich erstmal hierher und haben die Erwartung, „jetzt wird mir geholfen“. Jeder sieht einen weißen Kittel und sagt sich „jetzt hat sich das erledigt“. (Interview 2 Frau Severin, Absatz 23) dass dieses BEM dafür benutzt wird, um eine andere dienstliche Verwendung zu bekommen. (Interview 2 Frau Severin, Absatz 29)</p>	<p>>Erwartung: "Jetzt wird mir geholfen"</p> <p>>sind erleichtert, dass sie darauf angesprochen wurden</p> <p>> selten: Nutzung BEM für Dienststellenwechsel</p>

Abbildung 4: Ausschnitt Kodierung Interview 2 mittels Kodierleitfaden (Quelle: eigene Darstellung).

Abbildung 4 zeigt einen Ausschnitt der Anwendung des Kodierleitfadens auf Interview 2 (I2).⁴ Zum Vergleich der Ergebnisse der drei Interviews wurden die Kernaussagen zu den jeweiligen Kategorien bzw. Ausprägungen je Interview in einer Tabelle (s. Anhang F) zusammengefasst. Abbildung 5 zeigt einen Ausschnitt der Vergleichs-Tabelle.

Kategorien	Ausprägung	Interview 1	Interview 2	Interview 3
1	Kapazität/ strukturelle Organisation	<p>> Alleinverantwortung für BEM Teilzeitkraft</p> <p>> zeitl. Probleme insb. In Hinblick auf die Einhaltung der BEM-Verfahrensschritte</p>	<p>> als zugleich Aufgabe, nebenher, dabei ist es ein Fulltime-Job</p> <p>> jährliche Statistik über Anzahl verschickter BEM-Anschreiben und Anzahl der Annahmen</p>	<p>> Team aus 2 Leuten</p> <p>> Teamleiter macht es nebenbei</p> <p>>BEM-Verantwortliche ist eigentlich Gesundheitskoordinatorin, macht derzeit nur BEM</p>
	Was ist BEM	<p>> BEM ist gesetzlich verankert</p> <p>> für jeden Beschäftigten, der innerhalb von 12 Monaten 6 Wochen arbeitsunfähig war</p> <p>> BEM ist ein Verfahren, nicht nur ein Gespräch</p> <p>> BEM ist freiwillig und vertraulich</p>		
	Erfassung der BEM-Berechtigten	<p>> automatische Erfassung über das IPV-System</p> <p>> sobald im jeweiligen Geschäftszimmer Krankheitstage eingetragen werden, wirft das System diejenigen raus, die innerhalb von 12 Monaten 6 Wochen arbeitsunfähig waren</p>	<p>>automatische Erfassung durch IPV in den Geschäftszimmer bei 42 Tage Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 12 Monaten</p>	<p>>Ausdruck im IPV durch Geschäftszimmer, wenn 42 Kalendertage arbeitsunfähig in 12 Monaten sind, dann Anschreiben</p>
	Intention der Betroffenen	<p>> wollen sich über BEM informieren, kennen es nicht</p> <p>> finden es gut, dass endlich mal jemand nachfragt und sich interessiert</p> <p>> die meisten wollen Hilfe</p> <p>>selten: Dienststellenwechsel</p>	<p>>Erwartung: "Jetzt wird mir geholfen"</p> <p>>sind erleichtert, dass sie darauf angesprochen wurden</p> <p>> selten: Nutzung BEM für Dienststellenwechsel</p>	<p>> wollen sagen, wie sie Anschreiben empfunden haben, sehen es kritisch, als mit dem Finger auf einen zeigen</p> <p>>über Gesamtsituation meckern und gehen</p> <p>> an die Hand genommen werden (v.a. bei psych. Erkrankungen)</p> <p>> erhoffen sich, eine neue Situation zu finden, beruflich</p>

Abbildung 5: Ausschnitt Vergleich Kernaussagen Interviews 1-3 (Quelle: eigene Darstellung).

Der zweite Kodierleitfaden (s. Anhang E) wurde auf das Interview mit dem Burnout-Betroffenen angewendet. Ebenso wie bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde auch

⁴Die gesamten Kodierungen der Interviews I1 bis I4 sind dem beigegeführten Datenträger zu entnehmen.

Mür: Burnout von Polizeibeamtinnen und -beamten

bei der Erstellung des Kodierleitfadens darauf geachtet, dass sich die Kategorien ähneln und miteinander in Beziehung gesetzt werden können.

7. Ergebnisse der Interviewauswertung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Experteninterviews anhand der Kategorien und Ausprägungen der Kodierleitfäden chronologisch dargestellt. An Stellen, an denen es Sinn macht, werden im Rahmen der Ergebnisdarstellung einige Ausprägungen zusammengefasst. Es werden u.a. die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Experteninterviews herausgearbeitet. Um die Anonymität der Gesprächspartner zu bewahren, werden im Rahmen dieser Arbeit keine Namen genannt.

7.1 Ergebnisse der Interviews mit BEM-Expertinnen

Kapazitäten und strukturelle Organisation

Interviewpartnerin 1 hebt hervor, dass sie seit dem Jahr 2013 ganz alleine für das BEM in ihrer Direktion zuständig sei (Anhang G: I1, Z. 95) und als Sachbearbeiterin nur eine Teilzeitstelle besetze (ebd., Z. 7). Auch Expertin 2 sei in ihrer Direktion die einzige BEM-Verantwortliche. Sie sei als Hauptkommissarin zwar Vollzeit beschäftigt (Anhang H: I2, Z. 6-7), erledige die BEM-Tätigkeit jedoch als „Zugleich-Aufgabe“ (ebd., Z. 427). Die Expertin hebt hervor, dass das BEM ein „Full-Time-Job“ (ebd., Z. 425-426) sei. In der Direktion der Expertin 3 hingegen arbeitet ein BEM-Team, welches aus zwei Personen besteht. Ihr Kollege Herr X sei neben seiner Ursprungstätigkeit außerdem BEM-Teamleiter (Anhang I: I3, Z. 45-46). Sie betreue das BEM und sei nebenbei Gesundheitskoordinatorin ihrer Direktion. Expertin 3 geht einer Vollzeitbeschäftigung nach (ebd., Z. 5-6, 718-720).

Das BEM-Verfahren – Erfassung BEM-Berechtigte

Alle drei Expertinnen geben an, dass die Erfassung der BEM-Berechtigten seit 2018 (Anhang G: I1, Z. 606-610) mit Hilfe des Integrierten Personalverwaltungssystems (IPV-System) automatisch über das jeweilige Geschäftszimmer erfolge. Alle Beschäftigten, die innerhalb von 12 Monaten insgesamt 42 Kalendertage arbeitsunfähig waren, seien BEM berechtigt und erhalten ein BEM-Angebotsschreiben (Anhang G: I1, Z. 150-152; Anhang H: I2, Z. 24-29; Anhang I: I3, Z. 31-33).

BEM-Verfahren – Intention

Expertin 1 hebt hervor, dass einige Beschäftigte das Gesprächsangebot annähmen, um sich über das BEM zu informieren, da es ihnen unbekannt sei (Anhang G: I1, Z. 62-63, 268-271). Die Expertin betont, dass viele Beschäftigte das BEM-Angebot vor allem deswegen annähmen, weil sie das Gefühl hätten, „endlich interessiert sich mal jemand für mich“ (ebd., Z. 503-504). Diesen Aspekt bringt auch Expertin 2 an: „Die sind dann irgendwo erleichtert, dass das angesprochen worden ist“ (Anhang H: I2, Z. 386-387). Expertin 1 stellt fest, dass die Mehrzahl der Beschäftigten das Gespräch wahrnehme, um tatsächlich Hilfe zu erhalten (Anhang G: I1 Z. 521-522). Hin und wieder käme es jedoch auch vor, dass Beschäftigte das BEM nutzen, um „das Beste für sich rauszuholen“ (ebd., Z. 540-541) und wollten so beispielsweise dem Schichtdienst entkommen (ebd., Z. 552). Von solchen Ausnahmen berichten auch Interviewpartnerinnen 2 (Anhang H: I2, Z. 155-157) und 3 (Anhang I: I3, Z. 341-346). Interview 3 ist zu entnehmen, dass Beschäftigte das Gespräch annehmen, um ihren Unmut über das Schreiben auszudrücken: „Die sehen das nicht positiv. Sondern das ist für die so ein mit dem Finger zeigen auf dich“ (Anhang I: I3, Z. 78-79). Expertin 3 hebt außerdem hervor, dass insbesondere Menschen mit psychischen Störungen häufig an die Hand genommen werden wollten (ebd., Z. 224-225).

BEM-Verfahren – Häufigkeiten

Die BEM-Verantwortlichen seien dazu angehalten, halbjährlich eine BEM-Statistik zu führen. Für die Statistik würden sowohl die Anzahl der versendeten Angebotsschreiben als auch die Anzahl der angenommenen Angebote festgehalten (Anhang H: I2, Z. 284-287). Expertin 1 nennt die Zahlen ihrer Statistik und verweist außerdem auf den starken Anstieg der BEM-Zahlen seit der Einführung des IPV-Systems: „Seit geraumer Zeit, das hatte ich ja erwähnt, weist das IPV-System auf zu fertigende Schreiben hin. Von daher war es für mich ganz interessant zu sehen, wie sich die Statistik seitdem verändert hat“ (Anhang G: I1, Z. 608-610). Während im gesamten Jahr 2018 in Direktion X insgesamt 809 Beschäftigte ein BEM-Anschreiben erhalten, von denen 92 das Angebot annehmen, erhalten allein in den ersten sechs Monaten dieses Jahres (2019) 1023 Beschäftigte ein entsprechendes Angebot. Davon wurden im ersten Halbjahr 2019 bereits 76 Angebote angenommen (Anhang G: I1, Z. 606-607, 610-611). Laut Interviewpartnerin 1 bestehe eine Annahmequote von ca. 10 Prozent (Anhang G: I1, Z. 132). Ferner hebt sie hervor, dass die Annahmequote zu Zeiten des zentralen BEM-Ansatzes bei einem Prozent gelegen habe (Anhang G: I1, Z. 133-134). Expertin 3 gibt an, in diesem Jahr 510 Anschreiben und 75 Gespräche verzeichnet zu haben (Anhang I: I3, Z. 20). Expertin 2 macht keine genauen Angaben. Sie erinnert sich, dass von ca. 180 Angeschriebenen 66 das Angebot angenommen hätten (Anhang H: I2, Z. 295). Gesprächspartnerinnen 1 und 3 sind sich

einig, dass ein Abbruch eines bereits angenommenen Verfahrens nur selten vorkomme (Anhang G: I1, Z. 260; Anhang I: I3, Z. 131-132). Manchmal käme es jedoch vor, dass bestimmte Maßnahmen im Rahmen des BEM-Verfahrens nicht gewünscht oder abgelehnt werden (Anhang G: I1, Z. 116-117).

BEM-Verfahren – Gründe für Annahme/Ablehnung/Abbruch

Gesprächspartnerin 1 erläutert, dass 90 Prozent der Angeschriebenen das Angebot nicht annähmen (Anhang G: I1, Z. 136). Als Grund hierfür nennt sie einerseits die im Einzelfall fehlende Notwendigkeit eines BEM-Verfahrens (ebd., Z. 136-137) und andererseits das v.a. bei Burnout-Betroffenen vorhandene Schamgefühl (ebd., Z.332-334). Laut Interviewpartnerin 1 sei ein häufig vorkommender Grund für die Ablehnung von Maßnahmen, insbesondere des Hamburger Modells, die Angst vor der Reaktion auf der Dienststelle (ebd., Z. 123-125, 517-521). Die Expertinnen schildern, dass es hin und wieder vorkomme, dass Jemand zunächst einem Verfahren zustimme, dann aufgrund seines Genesungszustandes jedoch noch nicht bereit für eine Wiedereingliederung sei (ebd., Z. 486-488; Anhang H: I2, Z. 568; Anhang I: I3, Z. 150-151, 154-155). Expertin 3 führt außerdem an, dass einige das BEM-Anschreiben negativ bewerteten und persönlich nähmen: „Die sehen das nicht positiv, sondern das ist für den so ein mit dem Finger zeigen auf dich“ (Anhang I: I3, Z. 78-79). Ein Abbruch seitens der BEM-Verantwortlichen käme in seltenen Fällen vor. Grund hierfür sei die fehlende Mitwirkung der Betroffenen (Anhang H: I2, Z. 525-527; Anhang I: I3, Z. 131-133).

BEM-Verfahren – Ablauf, Beteiligte, Dauer, Begleitung und Evaluation

Den Ablauf des BEM-Verfahrens beschreiben alle Expertinnen ähnlich. Zunächst würden den BEM-Berechtigten entsprechende Angebotsschreiben geschickt (Anhang G: I1, Z. 23-24; Anhang H: I2, Z. 27-29; Anhang I: I3, Z. 32-33). Jedem Angebotsschreiben läge ein Rücklaufbrief bei, mit dem zwischen Annahme und Ablehnung des Verfahrens entschieden werden könne. Sofern auf dem Rücklaufbrief das Kästchen für die Ablehnung des Verfahrens angekreuzt werde, gäben die BEM-Verantwortlichen diese Information an die entsprechende Stelle weiter (Anhang H: I2, Z. 41-44). Sollte das BEM-Angebot angenommen worden sein, erfolge eine telefonische Absprache zur Vereinbarung eines ersten Gesprächs (Anhang I: I3, Z. 35-38). Das erste Gespräch finde in den meisten Fällen persönlich, hin und wieder telefonisch statt (Anhang I: I3, Z. 133-134). Dem Gespräch könnten, je nach Wunsch der Betroffenen, der Personalrat, die Frauenvertretung und ggf. die Schwerbehindertenvertretung beiwohnen. Häufig fänden erste Gespräche lediglich

unter vier Augen zwischen den Betroffenen und der BEM-Verantwortlichen statt (Anhang G: I1, Z. 35-36; Anhang I: I3, Z. 51-52). Hin und wieder käme es vor, dass Betroffene Verwandte, Kollegen, Vorgesetzte oder private Ärzte und Therapeuten mit zum Gespräch bringen (Anhang G: I1, Z. 40-42; Anhang H: I2; Z. 122-125). Im Rahmen des ersten Gesprächs, in Ausnahmefällen auch erst nach dem zweiten oder dritten Treffen, würden Maßnahmen zur Wiedereingliederung abgewogen und geplant (Anhang G: I1, Z. 54-55; Anhang H: I2, Z. 222-223; Anhang I: I3, Z. 55-60). Während des Verfahrens und der Umsetzung der Maßnahmen stünde die BEM-Verantwortlichen jederzeit telefonisch als Ansprechpartner zur Verfügung. Hin und wieder erkundigten sich die Expertinnen selbst telefonisch nach dem Zustand der Betroffenen (Anhang G: I1, Z. 84-86; Anhang H: I2, Z. 235-236; Anhang I: I3, Z. 57). Erst nach Abschluss der Maßnahme und nach erfolgreicher Wiedereingliederung gelte das Verfahren als beendet (Anhang G: I1, Z. 87-88; Anhang H: I2, Z. 179-180). Ein Abschlussgespräch erfolge häufig nur telefonisch (Anhang G: I1, Z. 95-97; Anhang I: I3, Z. 61-62). Aus zeitlichen Gründen würde hin und wieder darauf verzichtet (Anhang G: I1, Z. 93-95). Eine Evaluation des Verfahrens fände nicht statt (Anhang G: I1, Z. 102; Anhang I: I3, Z. 83, 92-94).

Unterschiede bei der Umsetzung des Verfahrens bestünden im Rahmen der Kontaktaufnahme. Interviewpartnerinnen 1 und 2 geben an, dass die Angebotsschreiben von dem Geschäftszimmer gefertigt und versendet werde (Anhang G: I1, Z. 147-148; Anhang H: I2, Z. 27-29). Lediglich Expertin 3 erklärt, dass sie die Fertigung und Versendung der Anschreiben selbst vornehme und vom Geschäftszimmer lediglich die entsprechenden Namen der BEM-Berechtigten übermittelt bekomme (Anhang I: I3, Z. 31-34). Ein weiterer Unterschied liegt in der Festlegung des Verfahrens-Beginns. Während Interviewpartnerin 2 das Verfahren ab der Annahme des Angebotes als eröffnet ansieht (Anhang H: I2, Z. 113-114), beginnt das Verfahren bei Interviewpartnerin 3 erst mit dem ersten Gespräch vor Ort (Anhang I: I3, Z. 174-175). Die Dauer eines BEM-Verfahrens könne je nach gewählter Maßnahme sehr unterschiedlich sein. Manchmal endete ein Verfahren schon mit dem ersten Gespräch (Anhang I: I3, Z. 63-65). Expertin 1 gibt an, dass die durchschnittliche Dauer eines BEM-Verfahrens mit einer Wiedereingliederung mittels Hamburger Modell bei drei bis vier Monaten läge (Anhang G: I1, Z. 323-325). Insbesondere bei Betroffenen mit psychischen Störungen, darunter auch Burnout, könne sich ein solches Verfahren über mehrere Jahre erstrecken (Anhang G: I1, Z. 401-403). Die Dauer eines BEM-Verfahrens läge häufig zwischen drei Monaten und zwei Jahren (Anhang I: I3, Z. 65-66).

Umgang mit dem BEM seitens der Betroffenen

Die Expertinnen hätten häufig die Erfahrung gemacht, dass sich Betroffene psychischer Störungen schämten und im Rahmen des Gesprächs vorsichtiger seien als Personen mit

anderen Erkrankungen (Anhang G: I1, Z. 413-415; Anhang I: I3, Z. 594-595, 599-601). Alle Expertinnen geben an, dass Betroffene, sobald das Vertrauensverhältnis aufgebaut ist, nahezu immer Angaben zu ihrer Erkrankung, darunter auch die Diagnose, machten (Anhang G: I1, Z. 186, 190-191; Anhang H: I2, Z. 100-101; Anhang I: I3, Z. 218-219, 231). Einige Betroffene setzten ihre Vorgesetzten und Kollegen über ihre Erkrankung und das BEM in Kenntnis. Viele Betroffene, v.a. Personen mit psychischen Störungen, seien hinsichtlich dieser Thematik gegenüber ihrer Dienststelle eher verschlossen (Anhang G: I1, Z. 218-220).

BEM-Gespräch

Alle Expertinnen geben an, dass sie im Rahmen des BEM-Gesprächs zunächst über das BEM-Verfahren im Allgemeinen aufklärten. Expertin 1 und 2 teilen mit, sie klärten jeden Betroffenen über die Freiwilligkeit und Vertraulichkeit des Gesprächs auf (Anhang G: I1, Z. 48-49). Die Interviewpartnerinnen 2 und 3 erklärten den Betroffenen, dass das BEM im SGB IX gesetzlich geregelt, der Arbeitgeber dazu verpflichtet sei und dass es sich um ein Hilfsangebot für die Beschäftigten handle (Anhang H: I2, Z. 85-89; Anhang I: I3, Z. 110-114). Im weiteren Verlauf des Gesprächs erfassten die BEM-Verantwortlichen die Probleme und den Unterstützungsbedarf der Betroffenen. Die Expertinnen versuchten dann, gemeinsam mit den Betroffenen, Möglichkeiten zur Unterstützung zu finden (Anhang G: I1, Z. 52-55; Anhang H: I2, Z. 113-115; Anhang I: I3, Z. 59-60, 110-114).

Datenschutz – Datenerhebung, Zweck, Umgang

Interviewpartnerin 1 gibt an, sie erhebe im Rahmen des BEM Daten wie Geburtsjahr, Amtsbezeichnung, Dienststelle, beruflichen Werdegang sowie Erkrankungszeiten. Insbesondere in Hinblick auf eine neue Verwendung sei es hilfreich zu wissen, welche Erfahrungen und Fähigkeiten die Betroffenen mitbringen (ebd., Z 169-170). Außerdem schaue sie, ob eine Schwerbehinderung vorliege und ob der Beschäftigte bereits Beamter auf Lebenszeit ist. Die Daten entnehme sie der Personaldatenbank (Anhang G: I1, Z. 166-171). Ähnliche Angaben macht auch Expertin 2. Im Rahmen des BEM würden Name und Vorname, Personalnummer, Dienststelle, Organisationseinheit, sowie Datum des Angebotschreibens, der Annahme und des Abschlusses des BEM-Verfahrens festgehalten (Anhang H: I2, Z. 277-283). Expertin 3 betont, sie entnehme der Personaldatenbank vor dem Gespräch ausschließlich die Personalnummer und Dienststelle. Sie erhebe nur solche Daten, die ihr die Betroffenen im Rahmen des Gesprächs mitteilen. Im Nachgang des Gesprächs gleiche sie die Daten mit denen aus der Personaldatenbank ab. Mögliche Ergeb-

nisse einer polizeiärztlichen Untersuchung empfinde sie dabei als besonders wichtig (Anhang I: I3, Z. 192-198). Diese seien nötig, um festzustellen, ob eine dauerhafte oder eine nur vorübergehende Verwendungseinschränkung vorliegt (ebd., Z. 200-202) sowie um herauszufinden, welche Unterstützung die Betroffenen benötigen (ebd., Z. 231-234).

Die Expertinnen geben an, dass eine „Handakte“ (Anhang I: I3, Z. 117) angelegt werde, die in einem Schrank verwahrt und nicht digital gespeichert werde und auf die nur die BEM-Verantwortlichen Zugriff hätten (Anhang H: I2, Z. 89-91; Anhang I: I3, Z. 116-118). Die Gesprächsakte werde nach zwei Jahren vernichtet (Anhang H: I2, Z. 90). Die Personalakte umfasse eine Nebenakte, die sog. Krankenakte. In dieser seien ausschließlich Informationen über das Datum des BEM-Angebotes, der Annahme oder der Ablehnung sowie des Abschlusses enthalten. Diese Angaben würden ebenfalls nach 2 Jahren gelöscht (Anhang I: I3, Z. 240-245).

Kenntnis/Verhalten der Vorgesetzten und Kollegen

Grundsätzlich erhalte der Vorgesetzte nur Kenntnis darüber, dass ein Angebotsschreiben versendet wurde (Anhang D: I3, Z. 262-264). Je nach Maßnahme sei es allerdings unumgänglich, den Vorgesetzten über bestimmte Gegebenheiten zu informieren. Dies sei v.a. dann nötig, wenn eine Verwendungseinschränkung vorliegt und mit dem Vorgesetzten zu klären ist, ob z.B. eine Nachtdienstbefreiung möglich wäre (Anhang G: I1, Z. 66-68). Außerdem würden zur Vorbereitung einer Hospitation oder eines Dienststellenwechsels Vorgesetzte informiert. Im Rahmen eines Dienststellenwechsels müsse sowohl die alte als auch die neue Dienststelle darüber informiert werden, welche Verwendungseinschränkungen vorliegen (Anhang I: I3, Z. 121-127). Maßnahmen wie das Hamburger Modell seien seitens der Dienststelle nicht genehmigungspflichtig. Dem Dienststellenleiter sei aber sehr wohl mitzuteilen, welche Einschränkung vorliegt und in welchem Umfang die stufenweise Wiedereingliederung vorgesehen ist (ebd., Z. 303-307).

Expertin 1 gibt an, dass die informierten Vorgesetzten sehr unterschiedlich reagieren. Manche seien vom BEM sehr begeistert, während andere das BEM „für totalen Humbug halten“ (Anhang G: I1, Z. 528-530).

Maßnahmen

Die Expertinnen nennen folgende Maßnahmen, die im Rahmen des BEM-Verfahrens zur Auswahl stehen: Begleitung im Rahmen des Hamburger Modells, Dienststellenwechsel, neue Verwendung, Reduzierung der Vollzeit auf Teilzeit, Befreiung von Nacht- oder Schichtdienst, Hospitation, Beantragung Kur, Bürowechsel, klärende Gespräche mit den

Vorgesetzten, Unterstützung bei dem Ausfüllen von Beihilfeanträgen, Sport, Einrichtung eines ergonomisch gestalteten Arbeitsplatzes sowie Unterstützung bei der Antragsstellung einer psychischen Betreuung. Außerdem sind alle Expertinnen der Meinung, dass das BEM-Gespräch selbst bereits eine Maßnahme darstelle. (Anhang G: I1, Z. 225, 232-234, 238-240, 245-246, 501-502; Anhang H: I2, Z. 359-363; Anhang I: I3, Z. 417-421, 430, 441, 665-666).

Für die Durchsetzung des Hamburger Modells werde ein Attest des privat behandelnden Arztes benötigt, der den Umfang des Hamburger Modells vorgibt. Dieses Attest werde zum Polizei-Arzt gesendet, der dem Hamburger Modell zustimmen müsse (Anhang H: I2, Z. 343-352; Anhang I: I3, Z. 315-324, 551-554).

Sowohl der Dienststellenwechsel als auch das Hamburger Modell seien Maßnahmen, die v.a. Personen mit psychischen Störungen häufig gewählt werden (Anhang G: I1, Z. 371-373, 379-382; Anhang I: I3, Z. 225-227). Manchmal käme es vor, dass beide Maßnahmen in Kombination durchgeführt werden (Anhang I: I3, Z. 293-295).

Erfahrungen mit Burnout-Betroffenen – Gründe für die Entstehung von Burnout

Expertin 1 nennt neben dem Schichtdienst, den nicht planbaren Diensten, der Unvereinbarkeit zwischen Familie und Beruf und den privaten Umständen auch die Erlebnisse im Polizeidienst sowie die Umgangsform auf der Dienststelle als Faktoren für die Entstehung für Burnout (Anhang G: I1, Z. 348-358). Interviewpartnerin 3 fügt dem eine völlige Arbeitsüberlastung und Überforderung sowie ein Gefühl des Alleingelassen-Seins hinzu (Anhang I: I3, Z. 634-637).

Vernetzung der BEM-Verantwortlichen

Alle befragten BEM-Expertinnen erwähnen im Interview, dass kein regelmäßiger Austausch untereinander bestehe. Sie würden sich allerdings untereinander kennen und es käme vor, dass man sich auf Fortbildungen oder Workshops treffe, oder sich zwecks Nachfragen gegenseitig kontaktiere (Anhang G: I1, Z. 588, 591-593, 595-597; Anhang H: I2, Z. 602-604; Anhang I: I3, Z. 708-710).

Schwierigkeiten im Rahmen des BEM

Zunächst führen Expertinnen 1 und 2 an, dass sie die alleinige Verantwortung für das BEM hätten. Expertin 1 erklärt, sie besetze eine Teilzeitstelle (Anhang G: I1, Z. 7) und Expertin 2 gibt an, sie übernehme das BEM als „Zugleich-Aufgabe“ (Anhang H: I2, Z. 427). In beiden Interviews wird deutlich, dass dies zu zeitlichen Problemen führt: „Das ist

ein zeitliches Problem. Wir sind eine große Direktion und ich bin hier allein“ (Anhang G: I1, Z. 94-95), „Das ist ein Full-Time-Job, nicht nur so zwischen Tür und Angel, ich in der Polizei darf das als Zugleich-Aufgabe machen“ (Anhang H: I2, Z. 425-427) und „Ich mache das zusätzlich (...). Das kann's nicht sein. Das ist das Verrückte dabei“ (ebd. Z. 431-433). Des Weiteren führt Expertin 1 an, dass viele BEM-Berechtigte nicht über das BEM informiert und deswegen mit dem Angebotsschreiben häufig überfordert seien (Anhang G: I1, Z. 48-49). Eine Problematik sieht Interviewpartnerin 1 darin, dass ca. 90 Prozent der Berechtigten das BEM-Angebot gar nicht annähmen (Anhang G: I1, Z.135-136). Insbesondere habe sie den Eindruck, „dass bei weitem nicht alle, die unter Burnout leiden, auch zum BEM gehen“ (ebd., Z. 332-333). Expertin 1 erkennt, dass der Anteil psychisch Erkrankter immer größer werde (ebd., Z. 341-342). Sie führt außerdem an, dass Burnout-Betroffene häufig ein ausgeprägtes Schamgefühl (Anhang G: I1, Z. 332-334) und Angst vor der Reaktion auf der Dienststelle hätten (ebd., Z. 123-125, 517-521). Dieses Problem nimmt auch Interviewpartnerin 3 wahr und berichtet ebenfalls von Scham und starken Versagensgefühlen der Betroffenen (Anhang I: I3, Z. 684-688). Sie hebt außerdem das fehlende Verständnis der Kollegen für psychische Erkrankungen hervor und erkennt in diesem Zusammenhang ein Informationsdefizit (ebd., Z. 693-696). Expertin 2 betont ebenfalls, dass die Schwierigkeit bereits darin bestehe, eine psychische Erkrankung zu erkennen (Anhang H: I2, Z. 406-407).

Interviewpartnerin 1 sieht ein großes Problem in der Bindung an das Beamten- und Laufbahnrecht (Anhang G: I1, Z. 289-290). So könnten „Beamte im mittleren Dienst nicht mit Tätigkeiten des gehobenen Dienst(es)“ betraut werden (ebd., Z. 291-292). Verwendungseingeschränkte Beschäftigte würden häufig in den Innendienst versetzt. Die meisten Innendienststellen seien jedoch für den gehobenen Dienst vorgesehen. Demnach seien die Möglichkeiten einer Versetzung für Beschäftigte des mittleren Dienstes begrenzt. Insgesamt werde der Anteil verwendungseingeschränkter Beamter immer größer (ebd., Z. 520-521). Die Möglichkeiten einer Versetzung jedoch immer kleiner (ebd., Z. 303-305): „Wir haben ernsthafte Probleme, sodass wir teilweise dann schon an die Bußgeldstelle oder an das Landeskriminalamt vermitteln“ (ebd., Z. 306-307). Diese Problematik thematisiert auch Interviewpartnerin 2: „Es gibt Dienststellen, die kann man nicht erfüllen. Da weiß man vorher, das ist bis Oberkante voll und da sind so viele Eingeschränkte drin, da kann ich nicht noch die 101ste Kraft reinsetzen“ (Anhang H: I2, Z. 133-135). Auch Expertin 3 deutet an, dass die Gestaltungsschwierigkeit des BEM-Verfahrens in dem Berufsbild der Polizei läge. Ein Polizeivollzugsbeamter habe gewisse Voraussetzungen zu erfüllen. Neben der Waffenträgereigenschaft zählten außerdem die Außendienst- und Schichtdienstfähigkeit dazu (Anlage D: I3, Z. 501-505). Bei einer krankheitsbedingten Verwendungseinschränkung fielen diese häufig weg, sodass sich der Kreis der Möglichkeiten eines Verwendungswechsels deutlich einschränke. Häufig sei dann nur noch eine Verwendung im

Innendienst denkbar, da es außerdem keine Möglichkeit zur Umschulung als Verwaltungskraft gäbe (ebd., Z. 505-507, 509-510). Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang sei, dass nicht die Möglichkeit bestehe, zur Verfügung stehende Innendienststellen zu erfassen und für Verwendungseingeschränkte entsprechend auszuwählen: „Aber erstens haben wir gar nicht die Möglichkeit, die alle abzuklappern und zweitens weiß ich doch im Zweifel gar nicht, wo eine Vakanz besteht“ (ebd., Z. 524-525). Expertin 3 weist ebenfalls auf die eingeschränkten Möglichkeiten eines Verwendungswechsels Beschäftigter des mittleren Dienstes hin: „Für den mittleren Dienst schränkt es sich sogar sehr ein“ (ebd., Z. 565-566).

Eine weitere Schwierigkeit stelle die Personalknappheit bei dem polizeiärztlichen Dienst dar. Der Dienstherr habe im Rahmen seiner Fürsorgepflicht jede bzw. jeden Beschäftigten, der länger als 12 Wochen krank war zum Polizeiarzt zu schicken (Anhang G: I1, Z. 451-453). Es bestünden lange Wartezeiten, sodass Erkrankte häufig über einen langen Zeitraum nicht beim polizeiärztlichen Dienst vorstellig werden könnten (Anhang H: I2, Z. 350-351). Ferner verzögere sich dadurch die Attestierung einer Verwendungseinschränkung erheblich (Anhang I: I3, Z. 530-534, 542). Expertin 1 gibt außerdem an, dass zu einem früheren Zeitpunkt die Möglichkeit bestanden habe, auf dem Rückschein des BEM-Angebots den Wunsch auf Anwesenheit des Polizeiarztes zu vermerken. Diese Auswahlmöglichkeit wäre aufgrund der Überforderung des ärztlichen Dienstes vom Formular entfernt worden (Anhang G: I1, Z. 442-445).

Alles drei Expertinnen geben an, dass es hin und wieder vorkomme, dass das BEM-Verfahren zur Erlangung eines Dienststellenwechsels missbraucht würde (Anhang G: I1, Z. 540-541; Anhang H: I2, Z. 155-158; Anhang I: I3, Z. 355-357).

Ferner geben alle Interviewpartnerinnen an, dass untereinander kein regelmäßiger Austausch stattfinde (Anhang I: I3, Z. 708-710). Es sei zwar überlegt worden, ein vierteljährliches Treffen einzurichten, „das ist aber von einigen Direktionseitern geblockt worden, weil die das Thema nicht so richtig ernst nehmen“ (Anhang G: I1, Z. 593-595). Des Weiteren gäbe es keine regelmäßigen Möglichkeiten für die BEM-Verantwortlichen, ihre eigenen Erlebnisse im Rahmen des BEM-Verfahrens zu verarbeiten: „Es kann sehr belastend sein, was man alles hört“ (Anhang G: I1, Z. 589). Expertin 1 berichtet über eine Fortbildung zum Umgang mit psychischen Belastungen in BEM-Gesprächen (ebd., Z. 587-588). Expertin 2 hält diese Möglichkeiten für sehr wichtig: „Ich war auch die erste, (...), die gesagt hatte, ‚Wer kümmert sich denn um die, die die BEM-Gespräche führen?‘“ (Anhang H: I2, Z. 604-605). Dieses Anliegen wurde wenig ernst genommen: „Wie, wer soll sich kümmern? Rede doch einfach“ (ebd., Z. 606). Interviewpartnerin 3 gibt an, an einer

Supervision teilzunehmen, bei der sie lerne ihre Erfahrungen im Rahmen des BEM-Verfahrens zu verarbeiten. Eine Superversion stehe jedem Mitarbeiter zu, es würden allerdings nur wenig Supervisoren zur Verfügung stehen (Anhang I: I3, Z. 737-742, 767).

Verbesserungsvorschläge

In Hinblick auf die Problematik eines Dienststellenwechsels für Verwendungseingeschränkte erläutert Expertin 3 folgenden Verbesserungsvorschlag: Es solle ein übergeordneter Pool zur Verfügung gestellt werden, in dem alle für Verwendungseingeschränkte verfügbaren Stellen zusammengeführt werden. Auf diesen Pool solle die gesamte Polizei Berlin zugreifen können. Zur Verhinderung eines Missbrauchs sollten die im Pool aufgeführten Stellen ausschließlich für Beschäftigte zur Verfügung stehen, die eine vom Polizeiarzt attestierte Verwendungseinschränkung vorweisen können (Anhang I: I3, Z. 517-520, 526-529). Sie fordert außerdem die Einstellung weiterer Polizeiarzte, um den ärztlichen Prozess zu beschleunigen (ebd., Z. 541). Ferner hebt sie hervor, dass die Schaffung einer Informationsebene zum Thema psychische Störungen unerlässlich sei, um Verständnis bei Kollegen zu erzeugen (ebd., Z. 687 f., 693-696).

7.2 Ergebnisse des Interviews mit einem Burnout-Betroffenen

Der Betroffene gibt an, dass bei ihm im Jahr 2011 eine Vermischung von Depressionen und Burnout diagnostiziert worden sei (Anhang J: I4, Z. 49). Es habe ca. acht Monate gedauert, bis er wieder richtig gesund gewesen sei (ebd., Z. 277-278). Insgesamt sei er für einen Zeitraum von 2,5 Monaten in stationärer Behandlung gewesen (ebd., Z. 40). Den Anstoß, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, habe ihm eine Freundin aus dem privaten Umfeld gegeben. Er sei sich nicht sicher, ob er sich von alleine Hilfe geholt hätte (ebd., Z. 36-38, 72-75). Als Ursache für die Entstehung des Burnouts betrachte er sowohl arbeitsbezogene als auch private Faktoren (ebd., Z. 325-326). Er habe Arbeit angenommen, obwohl er dazu keine Zeit gehabt hätte, er habe seine Arbeit immer perfekt erledigen wollen und habe nie über Probleme geredet. Er habe die Signale nicht wahrgenommen (ebd., Z. 331-338).

Der Betroffene sei mit seiner Erkrankung sowohl privat als auch gegenüber seinen Arbeitskollegen und Vorgesetzten offen umgegangen (ebd., Z. 208-210). Er gehe davon aus, dass die vielen Gespräche mit anderen und seine offene Art zum Heilungsprozess beigetragen hätten (Anhang J: I4, Z. 314-315, 351). Er hebt hervor, dass das Umfeld einen entscheidenden Faktor für die Genesung darstelle. Außerdem halte er es für sehr wichtig,

nach der Rückkehr wieder als gesunder Mitarbeiter betrachtet zu werden (ebd. Z. 368-372).

Der Betroffene gibt an, dass er zwecks BEM zur Zeit seiner Erkrankung im Jahr 2011 nicht angeschrieben worden sei (Anhang J: I4, Z. 27,184-189). Er sei außerhalb des BEM auf Empfehlung seines Arztes über einen Zeitraum von sechs Wochen nach dem Hamburger Modell wiedereingegliedert worden (ebd., SZ. 138-140). Seitens des Vorgesetzten sei ihm ein Dienststellenwechsel vorgeschlagen worden, den er abgelehnt habe (ebd., 468-471). Seine Vorgesetzten seien sehr fürsorglich gewesen, hätten ihn im Krankenhaus besucht und sich immer wieder, sowohl während der Abwesenheit als auch nach der Rückkehr, nach seinem Gesundheitszustand erkundigt (ebd., Z. 343-346). Dies hält der Betroffene für einen entscheidenden Genesungsfaktor (ebd., Z. 198-200). Als Grund führt er dafür insbesondere die Größe seiner Dienststelle an, die einen sehr familiären Umgang pflege (ebd., Z. 486-488). Der Betroffene gibt ferner an, dass er manchmal feststelle, dass die Fragenden Angst hätten, „dass da was aufgewühlt wird“ (ebd., Z. 355 f.). Der Betroffene stelle rückblickend auf die letzten Jahre einen Fortschritt des Umgangs mit psychischen Störungen fest (ebd., Z. 451-453). Er gibt außerdem an, dass er häufig in alte Verhaltensweisen zurückfalle und daher ein dauerhaftes Training nötig sei (ebd., Z. 471-472, 164). Als Ausgleich zu den Belastungen habe ihm insbesondere Mentaltraining geholfen (ebd., Z. 164.166).

8. Diskussion

Nachfolgend werden die Stärken und Einschränkungen der gewählten Methodik und des methodischen Vorgehens erörtert. Daraufhin werden die Ergebnisse der Interviewanalyse vor dem Hintergrund der eingangs dargelegten theoretischen Erkenntnisse und in Bezug zur Forschungsfrage diskutiert. Abschließend werden Handlungsempfehlungen, die sich aus der Diskussion der Ergebnisse ergeben, formuliert.

8.1 Diskussion der Methodik – Stärken und Limitationen

Eine Stärke dieser Arbeit stellt insbesondere die intensive Literaturrecherche dar, durch die der aktuelle Forschungsstand abgebildet und ein grundlegendes Verständnis der Themen Burnout und BEM geschaffen wird. Im Rahmen der Literaturrecherche wurde jedoch ausschließlich englisch- und deutschsprachige Fachliteratur herangezogen.

Die Gewinnung eines Burnout-Betroffenen als Interviewpartner stellt eine weitere Stärke dieser Forschungsarbeit dar. Zur gänzlichen Beantwortung der Forschungsfrage, inwiefern Verbesserungspotenziale im Rahmen des BEM bestehen, um Burnout-Betroffene angemessen bei ihrer Rückkehr in den Berufsalltag unterstützen zu können, ist die Sicht der Betroffenen von großem Interesse. Um herauszufinden, inwieweit die im Rahmen des BEM verfügbaren Maßnahmen tatsächlich eine Unterstützung für die Betroffenen selbst darstellen, sind allerdings weitere Interviews mit Burnout-Betroffenen, die das BEM in Anspruch genommen haben, nötig. In diesem Aspekt begründet sich gleichzeitig eine wesentliche Limitation dieser Arbeit. Aufgrund des hochsensiblen, in unserer Gesellschaft weitestgehend tabuisierten Themas, gestaltet sich die Rekrutierung Burnout-Betroffener durchaus schwierig. Zum einen ist es kaum möglich, Burnout-Betroffene innerhalb der Polizei Berlin zu erfassen. Zum anderen fehlt die Bereitschaft für ein offenes Gespräch über die persönlichen Erfahrungen mit Burnout. Aus diesen Gründen beschränkt sich die Anzahl der für diese Arbeit gewonnenen Burnout-Betroffenen auf einen Interviewpartner. Hinzu kommt, dass das BEM der Polizei Berlin zum Zeitpunkt der Erkrankung des Interviewten im Jahr 2011 noch nicht dezentralisiert war. Dem Betroffenen wurde kein BEM-Verfahren angeboten. Demnach kann der Betroffene zwar aufschlussreiche Einblicke in seine persönlichen Erfahrungen mit dem Umgang mit Burnout gewähren, allerdings keine Bewertung der Unterstützung im Rahmen des BEM vornehmen. Möglicherweise hätte eine andere Forschungsmethodik dieses Problem nicht hervorgehoben. Beispielsweise kann mit einer standardisierten Befragung in Form von Fragebögen in kurzer Zeit eine große Anzahl potentieller Studienteilnehmer erreicht werden. Da die

Beantwortung von Fragebögen anonym ist, der Face-to-Face-Aspekt bei dieser Forschungsmethodik wegfällt und keine offizielle und namentliche Anfrage durch das Studien- und Forschungsbüro der Polizei Berlin stattfindet, besteht möglicherweise die Chance einer größeren Teilnahmebereitschaft unter Burnout-Betroffenen. Burnout erfordert als hochsensible Interviewthematik die Möglichkeit der offenen Fragenbeantwortung sowie weiterer Nachfragen durch den Befragenden. Vor allem aus diesen Gründen wurden in dieser Arbeit Experteninterviews anstelle einer standardisierten Befragung gewählt.

Qualitative Forschungen haben nicht den Anspruch statistisch repräsentativ zu sein. Da im Rahmen dieser Arbeit BEM-Verantwortliche von drei der sieben Direktionen befragt wurden, können die Aussagen bzgl. des BEM jedoch durchaus auf die gesamte Polizei Berlin bezogen werden. Vor allem zur Befragung der BEM-Verantwortlichen erwiesen sich die Experteninterviews als adäquate Methode. Insbesondere die Erfahrungen der BEM-Verantwortlichen mit den Burnout-Betroffenen, die Darstellung und Erläuterung der angebotenen Maßnahmen als auch die Einschätzungen hinsichtlich der Gründe für Verfahrensabbrüche, hätten mit der Wahl einer anderen Methodik nicht in diesem Umfang abgebildet werden können. Ebenso erwies sich der entwickelte Leitfaden als äußerst nützlich, um alle für die Arbeit relevanten Inhalte zu thematisieren.

Für die Bewertung der Unterstützung Burnout-Betroffener durch das BEM der Polizei Berlin hätten neben den Interviews mit BEM-Verantwortlichen der Polizei Berlin außerdem Vergleiche mit anderen Länderpolizeien wie z.B. Hamburg oder mit Unternehmen aus der freien Wirtschaft erfolgen können. In diesem Zusammenhang hätten die im Rahmen des BEM zur Verfügung stehenden Maßnahmen verglichen werden können. Maßnahmen, die bei der Polizei Berlin nicht angeboten werden, hätten anschließend auf ihre Übertragbarkeit geprüft werden können.

Die im Rahmen der Interviewauswertung vorgenommene Kategorienbildung sowie die Interpretation der Ergebnisse erfolgten lediglich durch eine Forscherin, die Autorin dieser Arbeit. Die Autorin hat sich bemüht, objektiv zu arbeiten, dennoch sind subjektive Einflüsse nicht auszuschließen.

Die Interviewanzahl von vier wurde, in Zusammenhang mit der umfangreichen Auswertungsmethodik, als große Herausforderung in Hinblick auf die für diese Arbeit vorgegebenen Formalien und zeitlichen Ressourcen wahrgenommen.

8.2 Diskussion der Ergebnisse

Um die Forschungsfrage, „Inwiefern bestehen hinsichtlich der Unterstützung langzeiterkrankter Burnout-Betroffener, bei ihrer Rückkehr in den Berufsalltag, Verbesserungspotenziale im Rahmen des BEM der Polizei Berlin?“ beantworten zu können, muss zunächst herausgestellt werden, wo die Defizite bzw. Herausforderungen im Rahmen des BEM-Verfahrens liegen. Hierzu wird zunächst der Ablauf des BEM-Verfahrens der Polizei Berlin betrachtet. Ferner stellt sich die Frage nach den Bedürfnissen Burnout-Betroffener. In diesem Zusammenhang werden zunächst die Gründe der Entstehung von Burnout thematisiert. Anschließend wird auf Grundlage der Forschungsergebnisse herausgestellt, welche Art von Hilfe Betroffene zur Wiederherstellung ihrer dauerhaften Dienstfähigkeit benötigen. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Literaturrecherche sowie der Forschungsergebnisse werden anschließend die im Rahmen des BEM angebotenen Maßnahmen für Burnout-Betroffene betrachtet und bewertet. Nachdem die Herausforderungen im Rahmen des BEM erfasst und damit die Verbesserungspotenziale herausgestellt wurden, werden im darauffolgenden Kapitel entsprechende Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Die Erfassung der BEM-Berechtigten erfolgt bei der Polizei Berlin seit 2018 automatisch durch das IPV-System (s. Kapitel 7.1, S. 44). Dies hat den Vorteil, dass alle BEM-Berechtigten erfasst und angeschrieben werden und sie die Möglichkeit haben, Unterstützungsangebote im Rahmen des BEM zu nutzen. Die in Kapitel 5 aufgezeigten Zahlen zeigen jedoch, dass nur ca. 10 Prozent der BEM-Berechtigten das Angebot annehmen. Trotzdem die Annahmequote, aufgrund der Dezentralisierung des BEM und der damit verbundenen stärkeren Nähe zur jeweiligen Dienststelle, seit dem Jahr 2013 deutlich angestiegen ist, liegt die Quote der Ablehnungen immer noch bei rund 90 Prozent. Der Großteil der langzeiterkrankten Beschäftigten erhält demnach keine Unterstützung auf dem Weg zurück in den Berufsalltag. Der Grund für die hohe Anzahl der Ablehnungen kann einerseits in der fehlenden Notwendigkeit liegen, denn in Abhängigkeit der Erkrankung benötigt nicht jeder BEM-Berechtigte Unterstützung bei der Wiedereingliederung. Andererseits kann ein Teil der Ablehnungen auf das fehlende Wissen zum Thema BEM, das Schamgefühl oder auf die mit dem Schreiben verbundenen negativen Gefühle zurückgeführt werden (s. Kapitel 7.1, S. 46). Viele Beschäftigte erfahren im Rahmen des Anschreibens erstmal vom BEM-Verfahren, kennen die Ziele und den Gedanken des BEM nicht und entscheiden sich dagegen. Dem BEM-Schreiben liegt zwar ein Informationsblatt (s. Anlage A) bei, dieses verweist jedoch neben der Freiwilligkeit und Vertrauenswürdigkeit des Verfahrens auch auf eine mögliche negative Auslegung der Ablehnung des BEM im Falle einer beamtenrechtlichen Auseinandersetzung (s. Kapitel 5, S. 33). Ein solcher Hinweis kann bei BEM-Berechtigten dazu führen, dass das Gespräch nicht als vertrauensvoll

erachtet, sondern als Krankenrückkehrgespräch eingestuft wird (s. Kapitel 4.3). Wie hoch der Anteil Burnout-Betroffener an der Anzahl der BEM-Berechtigten ist, die das Verfahren ablehnen, ist nicht bekannt. Eine BEM-Expertin geht jedoch davon aus, „dass bei weitem nicht alle, die unter Burnout leiden, auch zum BEM gehen“ (Anhang G: I1, Z, 332-333). Burnout-Betroffene verspüren häufig ein enormes Schamgefühl und haben Angst vor der Reaktion der Kollegen und Vorgesetzten. Daher kann die Anzahl der Burnout-Betroffenen, die das Verfahren aufgrund dessen ablehnen, sehr hoch eingeschätzt werden. Die Reaktion der Vorgesetzten auf einen BEM-Fall nehmen die Expertinnen sehr unterschiedlich wahr. Während einige Vorgesetzte durchaus begeistert vom BEM sind, halten andere es für „totalen Humbug“ (Anhang G: I1, Z. 528-530). Dies deutet ferner auf das fehlende Verständnis für psychische Störungen auf den Dienststellen hin, das insbesondere in einem Informationsdefizit begründet ist (ebd., Z. 693-696). Unwissen, Schamgefühle und die Angst vor Stigmatisierung dürfen keine Gründe dafür sein, dass ein Burnout-Betroffener, welcher Hilfe benötigt und erhalten möchte, ein Unterstützungsangebot ablehnt. Demnach besteht sowohl im Rahmen der Information über das BEM als auch in dem Verständnis für psychische Störungen, insbesondere für Burnout, seitens der Kollegen und Vorgesetzten Verbesserungspotenzial.

Analog zu den theoretischen Erkenntnissen (s. Kapitel 4.4, 5) gestaltet sich auch der Ablauf des BEM-Verfahrens in der Praxis. Der einzige Unterschied liegt darin, dass die DV BEM der Polizei Berlin keine Evaluation vorsieht (s. Kapitel 5, S. 33). Die Evaluation verfolgt das Ziel einer ständigen Optimierung (s. Kapitel 4.4.4). Wenn BEM-Berechtigte keine Möglichkeit einer Rückmeldung im Sinne einer Bewertung einzelner Maßnahmen oder des gesamten Ablaufs haben, können Stärken und Schwächen des Verfahrens nicht erfasst und entsprechende Anpassung nicht durchgeführt werden. Des Weiteren besteht kein regelmäßiger Austausch der BEM-Verantwortlichen untereinander. Nur durch den Erfahrungsaustausch mit den anderen BEM-Expertinnen ist es möglich, neue Erkenntnisse zu gewinnen und daraus Verbesserungs- und Anpassungsmöglichkeiten für die eigene Arbeit abzuleiten. Für BEM-Verantwortliche fehlt außerdem ein Angebot zur Verarbeitung der eigenen Erfahrungen im Rahmen der BEM-Gespräche (s. Kapitel 7.1, S. 52). Alle Expertinnen sind sich einig, sehr häufig mit sehr belastenden Lebensgeschichten umgehen zu müssen. Um für Anliegen und Probleme anderer offen zu bleiben und eine bestmögliche Unterstützung anbieten zu können, ist die persönliche Verarbeitung des Erlebten besonders wichtig. Ein generelles Problem des BEM stellt die Personalknappheit dar. In zwei der drei befragten Direktionen ist jeweils nur eine Person für das BEM verantwortlich. Die erste Expertin besetzt nur eine Teilzeitstelle, die zweite übernehme das BEM als „Zugleich-Aufgabe“ (Anhang H: I2, Z. 426). Die dritte Interviewpartnerin setzt das BEM in einem Zweier-Team um. Sie selbst sei für das gesamte Gesundheitsmanagement

zuständig. Alle Expertinnen sind der Meinung, dass das BEM ein „Full-Time-Job“ (Anhang H: I2, Z. 425) sei. Im Rahmen der Interviews wird deutlich, dass es zeitliche Probleme gibt. Abschlussgespräche finden zwar häufig statt, dann aber i.d.R. nur telefonisch. Auch die Betreuung während der Umsetzung einer Maßnahme, z.B. das Hamburger Modell, findet größtenteils telefonisch statt. Vor allem vor dem Hintergrund der Zunahme Langzeiterkrankter, die sich in der in Kapitel 5 aufgezeigten, steigenden Anzahl der BEM-Angebote widerspiegelt, werden zeitliche Probleme in Zukunft immer deutlicher zu spüren sein. Der Personalmangel zeigt sich außerdem im Bereich des ärztlichen Dienstes. Lange Wartezeiten, verzögerte Atteste einer Verwendungseinschränkung und daraus resultierende Verzögerungen bei der Umsetzung von Maßnahmen werden sich mit der Zunahme Langzeiterkrankter verschärfen. Verbesserungspotenziale werden sowohl im Rahmen der ständigen Optimierung des BEM-Verfahrens, in der Vernetzung der BEM-Verantwortlichen untereinander, in der Unterstützung der BEM-Verantwortlichen bei der Verarbeitung ihrer Erlebnisse als auch in der Personalstärke des BEM erkannt.

Gespräche und ein transparenter Umgang mit Burnout seitens der Betroffenen können entscheidende Faktoren im Rahmen des Genesungsprozesses sein: „Vielleicht hat es zu dem Heilungsprozess beigetragen, dass ich viel geredet habe“ (Anhang J: I4, Z. 314-315). Demnach kann das BEM-Gespräch an sich schon als Maßnahme betrachtet werden kann: „Ich bin so weit, dass ich das Gespräch schon als Maßnahme betrachte, weil es vielen guttut, das mal rauslassen zu können, dass sie wissen, es ist vertraulich und dass mal jemand von der Behörde zuhört“ (Anhang G: I1, Z. 501-504). Eine weitere Einflussgröße auf die Genesung stellt die Unterstützung der Kollegen und Vorgesetzten dar: „Wenn wir das nicht machen, dann treiben wir die Leute eigentlich nur wieder in die Krankheit. Genau das ist es. Wir müssen die unterstützen, dass sie wiedereingegliedert werden“ (Anhang J: I4, Z. 406-408). Häufig besteht jedoch das Problem des fehlenden Verständnisses für psychische Störungen: „Ja wie unterscheidet sich denn eine Krankheit von einem Armbruch und einer Depression? (..)Wenn du dahin kommst und sagst, ‚Ich komme mit dem Kopf nicht damit klar, (..) dann wirst du erstmal ausgelacht“ (Anhang J: I4, Z. 424-425, 433-434). Wenn man bedenkt, dass nicht einmal die WHO Burnout als eigenständige Krankheit anerkennt (s. Kapitel 2.1.2, S. 9), ist es kaum verwunderlich, dass das Verständnis für Burnout in der Gesellschaft nur teilweise vorhanden ist. Verbesserungspotenziale lassen sich demnach im Rahmen der Burnout-Aufklärung sowie in der Anerkennung von Burnout als eigenständige Erkrankung feststellen.

Aus der Literatur (s. Kapitel 4.5, S. 30) und den Experteninterviews (s. Kapitel 7.1, S. 50) geht hervor, dass insbesondere das Hamburger Modell und der Dienststellenwechsel Maßnahmen darstellen, die bei Personen mit psychischen Störungen häufig zur Anwen-

dung kommen. Häufig sind Personen mit psychischen Störungen zunächst verwendungseingeschränkt, da sie z.B. zeitweise keine Waffe mehr führen dürften oder durch ein ärztliches Attest vom Schicht- oder Nachdienst befreit sind. Für Verwendungseingeschränkte bleibt dann nur die Möglichkeit des Innendienstes, der mit einem Verwendungs- bzw. Dienststellenwechsel verbunden ist (s. Kapitel 7.1, S. 52-53). Problematisch ist, dass die BEM-Verantwortlichen keinerlei Überblick über zur Verfügung stehende Stellen für verwendungseingeschränkte Beschäftigte haben und sich die Möglichkeiten aufgrund der stetig steigenden Anzahl Verwendungseingeschränkter immer weiter einschränken: „Wir haben ja ganz viele Innendienststellen. Aber erstens haben wir gar nicht die Möglichkeiten, die alle abzuklappern und zweitens weiß ich doch im Zweifel gar nicht, wo eine Vakanz besteh“ (Anhang I: I3, Z. 523-525). Diese Problematik verschärft sich für Beschäftigte des mittleren Dienstes. Viele Innendienststellen sind ausschließlich für eine Besetzung durch den gehobenen Dienst vorgesehen. Damit schränken sich die Möglichkeiten für verwendungseingeschränkte Beschäftigte des mittleren Dienstes erheblich ein: „Wir haben wirklich ernsthafte Probleme, sodass wir teilweise dann schon an die Bußgeldstelle oder an das LKA vermitteln, weil wir selber in unserer Direktion kaum Möglichkeiten haben, Innendienst mittlerer Dienst“ (Anhang G: I1, Z. 306-308). Die Problematik, eine passende Stelle für Verwendungseingeschränkte zu finden, liegt in der strikten Laufbahntrennung und der unzureichenden Vernetzung innerhalb der Polizei. In diesen Bereichen werden Verbesserungspotenziale gesehen.

Ferner stellt sich die Frage, inwiefern Maßnahmen, wie das Hamburger Modell oder ein Dienststellenwechsel, zur dauerhaften Wiedereingliederung von Burnout-Betroffenen ausreichen. Dem Interview mit dem Betroffenen ist zu entnehmen, dass ihn die Verantwortung sowie die Art und Fülle der Aufgaben zu Beginn der Wiedereingliederung durchaus herausgefordert haben: „Ich hatte dann am Anfang auch gleich einen Einsatzabschnitt, den ich gesteuert habe, (...) und da habe ich dann doch schon gemerkt ‚Wow, jetzt gehst du die Arbeit aber schon wieder ordentlich an‘“ (Anhang J: I4, Z. 160-161, 163-164). Viele Betroffene durchlaufen zwar eine stationäre Therapie, gleichwohl besteht immer die Wahrscheinlichkeit, in alte Verhaltensmuster zurückzufallen. Verbesserungsbedarf wird daher in dem Umfang und der Art der Maßnahmen gesehen. Es bedarf also eines dauerhaften Trainings zum Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz, um einen Rückfall während und nach der Wiedereingliederung zu verhindern (s. Kapitel 7.2, S. 55).

8.3 Ableitung von Handlungsempfehlungen

Es ergeben sich folgende Handlungsmöglichkeiten:

1. Aufgrund der hohen Anzahl an Ablehnungen und der Tatsache, dass viele Beschäftigte keine Kenntnis über das BEM haben, empfiehlt es sich, umfangreich über das BEM zu informieren. Diese Information sollte nicht erst im Zuge des BEM-Anschreibens erfolgen. Außerdem sollte der Hinweis über eine mögliche negative Auslegung einer BEM-Ablehnung anders kommuniziert werden. Eine BEM-Information könnte im Rahmen eines Rundschreibens per Mail und als Aushang in den Aufenthaltsräumen der Dienststellen erfolgen.
2. Die Stigmatisierung psychischer Störungen und die damit verbundene Angst vor der Reaktion auf den Dienststellen, darf kein Grund für die Ablehnung eines BEM-Verfahrens darstellen. Die Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte und der Austausch über Burnout und die damit zusammenhängenden Folgen für den Arbeitsalltag haben sich als äußerst wichtig für den Genesungsprozess herausgestellt. Demnach sind die Schaffung einer Informationsbasis und die damit verbundene Sensibilisierung für psychische Erkrankungen, insbesondere Burnout, unabdingbar. Hier bietet es sich an, Vorgesetzte im Rahmen von Seminaren zu dem Umgang mit Burnout-Betroffenen zu schulen. Kollegen sollten durch Informationsschreiben über Burnout aufgeklärt werden. In diesem Zusammenhang ist es außerdem wichtig, dass die WHO Burnout als eigenständige Erkrankung anerkennt, um einen Grundstein für das Verständnis zu setzen.
3. Um der Problematik des eingeschränkten Handlungsspielraums bei der Maßnahmenplanung für Verwendungseingeschränkte entgegen zu wirken, bietet sich die Schaffung eines Stellenpools an. In diesem, für alle BEM-Verantwortlichen zugänglichen Pool, werden alle zur Verfügung stehenden Stellen für Verwendungseingeschränkte aufgeführt. Um einen Missbrauch zu vermeiden werden nur diejenigen vermittelt, denen eine Verwendungseinschränkung vom Polizei-Arzt attestiert wurde.
4. Um der ansteigenden Anzahl an Langzeiterkrankten und dem damit zusammenhängenden Anstieg der BEM-Fälle gerecht zu werden, muss mehr Personal für das BEM zur Verfügung gestellt werden. Nur so kann eine ausreichende Unterstützung für alle Betroffenen während des Verfahrens garantiert werden. Ferner sollte auch die Anzahl der Polizei-Ärzte erhöht werden, um lange Wartezeiten und daraus resultierende Verzögerungen im BEM-Verfahren zu verhindern.

5. Damit Betroffene auch während und nach ihrer Wiedereingliederung die notwendige Unterstützung erhalten, müssen weitere Maßnahmen ergriffen werden. Durch Gesprächskreise oder Mentaltrainings können Betroffene dabei unterstützt werden, den richtigen Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz zu trainieren. Diese Maßnahmen können dazu beitragen, einen Rückfall zu verhindern (Tertiärprävention). Hierbei kann teilweise auf bereits vorhandene Angebote der Prävention zurückgegriffen werden. Betroffene sollten diesen Angeboten bereits während der Wiedereingliederung zugeführt werden.
6. Um das BEM-Verfahren fortlaufend optimieren und den Betroffenen eine noch bessere Unterstützung anbieten zu können, sollte eine Evaluation etabliert und eine Vernetzung der BEM-Verantwortlichen zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch angestrebt werden.
7. Damit BEM-Verantwortliche ihre Energie für die BEM-Verfahren aufbringen können, ist die Verarbeitung eigener Erfahrungen im Rahmen des BEM von hoher Bedeutung. Daher sollten Angebote bereitgestellt werden, die die BEM-Verantwortlichen bei dem Umgang mit belastenden Ereignissen unterstützen.

9. Schlussbetrachtung

Verschiedenen Studien zur Folge (s. Kapitel 3, S. 18-19) ist die Burnout-Prävalenz innerhalb der Polizei steigend. Insbesondere psychische Erkrankungen werden häufig mit langen Fehlzeiten in Verbindung gebracht. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die Anzahl langzeiterkrankter Beschäftigter bei der Polizei Berlin von Jahr zu Jahr zunimmt (s. Kapitel 8.2, S. 58-59). Daher stellen die Überwindung der Arbeitsunfähigkeit und die dauerhafte Erhaltung des Arbeitsplatzes wichtige Ziele dar. In diesem Zusammenhang kommt dem gesetzlich vorgeschriebenen BEM, welches mittlerweile auch in der Polizei Berlin etabliert ist, eine große Bedeutung zu. Im Rahmen des BEM wird geprüft, welche betrieblichen Maßnahmen ergriffen werden können, um das Beschäftigungsverhältnis dauerhaft zu erhalten. Da das BEM der Polizei Berlin nicht evaluiert wird und dadurch keinem andauernden Optimierungsprozess unterliegt, erscheint es sinnvoll, Herausforderungen im Rahmen des BEM zu erkennen, um Verbesserungspotenziale herauszuarbeiten und so eine angemessene Unterstützung Burnout-Betroffener, auf ihrem Weg zurück in den Berufsalltag, gewährleisten zu können.

Die vorliegende Arbeit zeigt einige Verbesserungspotenziale im Rahmen des BEM und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen auf, welche sich aus der Interpretation der Interviewergebnisse ergeben.

Damit Burnout-Betroffene im Rahmen des BEM Unterstützung erhalten können ist es zunächst notwendig, dass sie das BEM-Angebot annehmen. Da nur ca. 10 Prozent der BEM-Berechtigten das Angebot eines BEM-Verfahrens annehmen stellt sich die Frage nach dem Grund für die zahlreichen Ablehnungen. Unklar ist, wie viele Burnout-Betroffene sich unter allen BEM-Berechtigten befinden und wie viele von diesen das Angebot ablehnen. Es steht jedoch erstens fest, dass eine Vielzahl der BEM-Berechtigten nicht über das BEM und dessen Ziele informiert sind. Zweitens ist Burnout ein für die Betroffenen mit Scham- und Angstgefühlen behaftetes Thema, das häufig zu Stigmatisierung führt. Es besteht also sowohl ein Informationsdefizit bezüglich des BEM-Verfahrens, als auch bezüglich psychischen Erkrankungen wie z.B. Burnout, was zum Unverständnis seitens der Kollegen führen kann. Dies wiederum kann zur Folge haben, dass Burnout-Betroffene ein BEM-Angebot ablehnen. Damit möglichst viele Hilfsbedürftige Unterstützung im Rahmen des BEM erhalten können, besteht Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Information über das BEM im Allgemeinen. Außerdem bedarf es einer Sensibilisierung für psychische Gesundheitsprobleme, insbesondere Burnout, um Verständnis auf den Dienststellen zu schaffen und Betroffene bei ihrer Rückkehr in den Berufsalltag bestmöglich zu unterstützen.

Vergleicht man den in der Literatur beschriebenen Ablauf eines BEM-Verfahrens (s. Kapitel 4.4) mit dem BEM-Verfahren bei der Polizei Berlin (s. Kapitel 5; 7.1, S. 47) fällt auf, dass die Polizei Berlin keine Evaluation vorsieht. Dadurch fehlt die ständige Optimierung des Verfahrens. Verbesserungspotenzial besteht demnach in der Implementierung einer BEM-Evaluation, um eine bestmögliche Unterstützung Betroffener zu gewährleisten.

Des Weiteren besteht sowohl hinsichtlich des BEM-Teams als auch in Hinblick auf die Anzahl der Polizeiärzte Personalknappheit. Vor dem Hintergrund der ansteigenden Fehlzeiten aufgrund von Burnout und dem damit zusammenhängenden Anstieg der Anzahl an BEM-Verfahren, wird Verbesserungspotenzial im Rahmen der Beschäftigtenanzahl im BEM-Team sowie bei den Polizeiärzten gesehen. Dadurch kann langen Wartezeiten entgegen gewirkt und jedem Betroffenen die nötige Zeit entgegengebracht werden.

Lange Abwesenheitszeiten aufgrund von Burnout gehen häufig mit vorübergehenden oder bleibenden Verwendungseinschränkungen einher. Damit auch Verwendungseingeschränkte die Möglichkeit haben, weiterhin Dienst zu verrichten, ist häufig eine Versetzung in den Innendienst und damit zusammenhängend ein Verwendungs- bzw. Dienststellenwechsel notwendig. Aufgrund der strikten Laufbahntrennung stellt dies insbesondere für Betroffene aus dem mittleren Dienst eine Herausforderung dar. Den BEM-Verantwortlichen fehlt die Kenntnis über zur Verfügung stehende Innendienststellen. Um alle bestehenden Möglichkeiten ausschöpfen zu können ist daher die Einrichtung eines behördenweiten Stellenpools denkbar.

Neben Maßnahmen wie dem Hamburger Modell oder einem Dienststellenwechsel sollten Burnout-Betroffene während des BEM und danach auch durch Maßnahmen der Tertiärprävention begleitet werden. Hierbei kommen insbesondere Mentaltrainings und Gesprächsangebote in Frage, um einem Rückfall vorzubeugen. Da solche Angebote innerhalb der Polizei Berlin bereits bestehen, ist eine Verzahnung mit Angeboten der Gesundheitsprävention von besonderer Wichtigkeit.

Da die BEM-Verantwortlichen die Lebensgeschichten und Schicksale der Betroffenen häufig selbst als sehr belastend empfinden, ist es zwingend notwendig, ihnen Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Erfahrungen im Rahmen des BEM anzubieten. Die BEM-Teams können keine angemessene Unterstützung leisten, wenn sie selbst keine Hilfsangebote erhalten. Des Weiteren ist eine Vernetzung der BEM-Verantwortlichen untereinander notwendig, um Erfahrungen auszutauschen und voneinander lernen zu können und das BEM-Verfahren dadurch fortlaufend weiterzuentwickeln.

Damit Burnout-Betroffene bei ihrer Rückkehr in den Berufsalltag im Rahmen des BEM der Polizei Berlin angemessen unterstützt werden können, bedarf es einer Optimierung des BEM hinsichtlich der hier aufgeführten Aspekte.

Literatur

Abgeordnetenhaus Berlin (2018). Schriftliche Anfrage des Abgeordneten Marcel Luthe (FDP). Drucksache 18/13 221. Berlin: Kulturbuch-Verlag GmbH.

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung & Verband der Ersatzkassen (Hrsg.). (2013). *Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme*. Dresden: Initiative für Arbeit und Gesundheit.

Badura, B. (Hrsg.). (2017). *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert*. Berlin: Springer Gabler.

Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.). (2019). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Beerlage, I., Arndt, D., Hering, T. & Springer, S. (2009). *Arbeitsbedingungen und Organisationsprofile als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie von haupt- und ehrenamtlichem Engagement bei Einsatzkräften des Bevölkerungsschutzes*. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums des Innern, Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Abschlussbericht September 2009. Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal.

Bogner, A. & Menz, W. (2009a). Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (7-31). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bogner, A. & Menz, W. (2009b). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (61-98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.). (2009). *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat (BMI) (2014). Die stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell für Beamtinnen und Beamte des Bundes. Verfügbar unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/oeffentlicher-dienst/beamte/hamburger-modell.pdf;jsessionid=31464CA28002E0A4C70AF9389517BBFF.1_cid364?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff: 11.11.2019].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.). (2018). Schritt für Schritt zurück in den Job. Betriebliche Eingliederung nach längerer Krankheit – was Sie wissen müssen. Bonn: Hausdruckerei des BMAS

Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung – zahlreiche Fallbeispiele – Hilfen zur Selbsthilfe* (5. Auflage). Berlin: Springer.

Darius, S. & Böckelmann, I. (2012). Psychische Belastungen und mögliche Prävention bei Polizeibeamten. Eine Längsschnittuntersuchung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 3, 190-195.

Der Polizeipräsident in Berlin (o.J.a). Direktion Einsatz. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/polizei/dienststellen/landespolizeidirektion/direktion-einsatz-verkehr/> [Zugriff: 01.02.2023].

Der Polizeipräsident in Berlin (o.J.b). Polizei in den sechs Bezirken. Direktionen 1.6. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/polizei/dienststellen/polizei-in-den-bezirken/> [Zugriff: 05.12.2019].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (Hrsg.). (2018). *ICD-10-GM. Version 2019. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification*-. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/> [Zugriff: 09.10.2019].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (Hrsg.). (2018a). *ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. WHO-Ausgabe. Version 2019*. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icd-10-who/version2019> [Zugriff: 09.10.2019].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (Hrsg.). (2019). *ICD-11. 11. Revision der ICD der WHO*. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/> [Zugriff: 09.10.2019].

Ehresmann, C. (2017). Burnout als Zeichen einer Organisationskrise. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2017: Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung* (S. 163-174). Heidelberg: Springer-Verlag.

Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden: Streß und Burnout in psychosozialen Berufen* (korr. Fassung 2004). Heidelberg: Asanger.

- Fink, G. (Hrsg.). (2016). *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Handbook of Stress, Volume 1. London: Academic Press.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Flick, U. (2019). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. 4. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Georg, S., Wolter, C., Santa Maria, A., Kleiber, D. & Renneberg, B. (2019). Berufliche Gratifikationskrisen, arbeitsbezogene Erschöpfung und Frühberentung bei der Polizei. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 63 (4), 191-203.
- Gerlmaier, A, & Latniak, E. (Hrsg.). (2019). *Handbuch psycho-soziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit. Gesundheitsressourcen stärken durch organisationale Gestaltungskomponente*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Gerlmaier, A. (2011). Stress und Burnout bei IT-Fachleuten – auf der Suche nach Ursachen. In A. Gerlmaier & E. Latniak (Hrsg.), *Burnout in der IT-Branche. Ursachen und betriebliche Prävention*. Kröning: Asanger.
- Gerlmaier, A. & Latniak, E. (Hrsg.). (2011). *Burnout in der IT-Branche. Ursachen und betriebliche Prävention*. Kröning: Asanger.
- Gewerkschaft der Polizei Thüringen (Hrsg.). (2018). Ergebnisbericht. „Gesunde Arbeit – GdP schafft Fakten!“. Zentrale Ergebnisse der Mitarbeiter-Befragung zu den Arbeitsbedingungen bei der Landespolizei des Bundeslandes Thüringen. Verfügbar unter: https://www.gdp.de/gdp/gdpth.nsf/id/DE_Ergebnisbericht-der-Mitarbeiterbefragung?open&ccm=000 [Zugriff: 12.10.2019].
- Haberkamp, I. & Körber, J. (2013). Voraussetzungen für die stufenweise Wiedereingliederung. Nach onkologischer Rehabilitation. *Uro-News*, 17 (4), 32-37.
- IGES Institut (2013). *DAK Gesundheitsreport 2013*. Berlin: IGES Institut.
- Kelle, U. (2008). *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung – Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kiesche, E. (2019). Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und Datenschutz: Ein Update. *Sicher ist sicher*, 70, 126-132.

Kleiber, D. & Renneberg, B. (2017). *Gesundheitsmonitoring in der Polizeidirektion 6. Abschlussbericht*. Berlin: FU Berlin.

Kleiber, D. & Renneberg, B. (2018). *Gesundheitsmonitoring II in der Polizeidirektion A (2017). Teil 1. Ergebnisse der Direktion A (2017)*. Berlin: FU Berlin.

Koch, U. & Broich, K. (2012). Das Burnout-Syndrom. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55, 161-163.

Kohte, W. (2018). Der rechtliche Rahmen des BEM-Suchprozesses. In F. Stöpel, A. Lange & J. Voß (Hrsg.), *Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Praxis* (39-53). Freiburg: Haufe-Lexware.

Korczak, D., Kister, C. & Huber, B. (2010). *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Körper, H. & Körper, A. (2018). *Polizist – Traumberuf oder Trauma. Sekundäre Traumatisierung, Salutogenese und betriebliche Gesundheitsförderung*. Wiesbaden: Springer.

Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) (Hrsg.). (2002). *Polizei im Wandel. Abschlussbericht der standardisierten Befragung der Vollzugsbeamtinnen und -beamten der niedersächsischen Polizei 2001 sowie erste Ergebnisse der Gruppendiskussion 2002*. Hannover: KFN.

Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) (Hrsg.). (2002). *Polizei im Wandel. Abschlussbericht der standardisierten Befragung der Vollzugsbeamtinnen und -beamten der niedersächsischen Polizei 2001 sowie erste Ergebnisse der Gruppendiskussion 2002*. Hannover: KFN.

Kühl, S., Strodtholz, P. & Traffertshofer, A. (Hrsg.). (2009). *Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und qualitative Methoden*. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Künzl, R. & Oberlander, T. (2013). *Sucht und Burnout im Betrieb. Prävention - Hilfe - Konsequenzen*. Berlin: Huss-Medien GmbH.

Landschaftsverband Rheinland (LVR) & Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (Hrsg.). (2017). *Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement*. Münster: Landwirtschaftsverlag.

Lange, A. (2018). Arbeitsgestaltung im BEM. In F. Stöpel, A. Lange & J. Voß (Hrsg.), *Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Praxis* (103-125). Freiburg: Haufe-Lexware.

- Langlinderer, C. (2016). *Betriebliches Gesundheitsmanagement am Beispiel Burnout in KMUs. Differenz zwischen Einstellung und Verhalten von Führungskräften gegenüber psychologischen Präventionsmaßnahmen in KMUs*. Saarbrücken: Akademikerverlag.
- Liebold, K. & Trinczek, R. (2009). Experteninterview. In S. Kühl, P. Strotholz & A. Trafertshofer (Hrsg.), *Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und qualitative Methoden* (S. 32-56). Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Litzcke, S. M. & Schuh, H. (2010). *Stress, Mobbing, Burn-out am Arbeitsplatz*. 5. Auflage. Berlin: Springer Verlag.
- Litzcke, S., Schuh, H. & Pletke, M. (2013). *Stress, Mobbing, Burn-out am Arbeitsplatz*. 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag.
- Lorei, C. u. Hallenberger, F. (Hrsg.). (2014). *Grundwissen Stress*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaften.
- Manzoni, P. (2003). *Gewalt zwischen Polizei und Bevölkerung*. Chur: Verlag Rüegger.
- Maslach, C. (1976). Burned-Out. *Human Behavior*, 5 (9), 16-22.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2016). Burnout. In G. Fink (Hrsg.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Handbook of Stress, Volume 1 (351-357). London: Academic Press.
- Maslach, C. & Pines, A. (1977). The Burn-Out Syndrome in the Day Care Setting. *Child Care Quarterly*, 6 (2), 100-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 397-422.
- Mayer, H.O. (2006). *Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung*, 3. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (633-649). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (35-60). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Meuser, M., & Nagel, U. (1989). *Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-57737> [Zugriff: 02.12.2019].

Meyer, M., Maisuradze, M. & Schenkel, A. (2019). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2018 – Überblick. In Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg), *Fehlzeiten-Report 2019* (415-477). Berlin: Springer.

Nil, R., Jacobshagen, N., Schächinger, H. Baumann, P., Höck, P., Hättenschwiler, J., Ramseier, F., Seifritz, E. & Holsboer-Trachsler, E. (2010). Burnout- eine Standortbestimmung, *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161 (2), 72-77.

Pfannstiel, M. A. & Mehlich, H. (Hrsg.). (2016). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Maßnahmen, Evaluation*. Wiesbaden: Springer.

Pines, A. & Aronson, E. (1983). Combatting burnout. *Children and Youth Services Review*, 5 (3), 263-275.

Polndorfer, C. (2014). Burnout. In C. Lorei & F. Hallenberger (Hrsg.), *Grundwissen Stress* (S. 323-355). Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaften.

Reuter, T., Liebrich, A. & Giesert, M. (2016). Das Handlungsfeld Betriebliches Eingliederungsmanagement im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Erfahrungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Maßnahmen, Evaluation* (267-280). Wiesbaden: Springer.

Riechert, I. & Habib, E. (2017). *Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Mitarbeitern mit psychischen Störungen*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Röhm, A., Hastall, M. & Ritterfeld, U. (2019). Stigmatisierende und destigmatisierende Prozesse in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 615-625). Wiesbaden: Springer.

Rösing, I. (2008). *Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung*. Heidelberg: Asanger Verlag.

- Rossmann, C. & Hastall, M. R. (Hrsg.). (2019). *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Wiesbaden: Springer.
- Rudow, B. (2014). *Die gesunde Arbeit. Psychische Belastungen, Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation*. 3. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Schneider, E. (2014). *Sicherer Umgang mit Burnout im Unternehmen. Individuelle und unternehmens-kulturelle Zusammenhänge*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schneider, F. (Hrsg.). (2017). *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin: Springer Verlag.
- Schneider, F., Weber-Papen, S. & Hettmann, M. (2017). Diagnose und Klassifikation. In F. Schneider (Hrsg.). *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 32-35). Berlin: Springer Verlag.
- Schnell, R., Hill, P.B. & Esser, E. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 8. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Senatsverwaltung für Inneres und Sport (2007). *Dienstvereinbarung über das Betriebliche Gesundheitsmanagement in der Berliner Verwaltung (DV Gesundheit)*. Verfügbar unter: https://www.gew-berlin.de/public/media/DV_gesundheit_12.11.07.pdf [Letzter Zugriff: 13.11.2019].
- Senatsverwaltung für Inneres und Sport (o.J.). *Betriebliches Eingliederungsmanagement*. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/inneres/moderne-verwaltung/prozesse-und-organisation/personal-und-organisation/betriebliches-gesundheitsmanagement/artikel.33652.php> [Zugriff: 12.11.2019].
- Siebecke, D. (2019). Betriebliches Eingliederungsmanagement. In A. Gerlmaier & E. Latniak (Hrsg.), *Handbuch psycho-soziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit. Gesundheitsressourcen stärken durch organisationale Gestaltungskomponente* (337-343). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Stierle, J., Wehe, D. & Siller, H. (Hrsg.). (2017). *Handbuch Polizeimanagement Band 1. Polizeipolitik – Polizeiwissenschaft – Polizeipraxis*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Stöpel, F. (2018). Orientierungspunkte für das BEM. In F. Stöpel, A. Lange & J. Voß (Hrsg.), *Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Praxis* (19-37). Freiburg: Haufe-Lexware.
- Stöpel, F., Lange, A. & Voß, J. (Hrsg.). (2018). *Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Praxis*. Freiburg: Haufe-Lexware.

Thom, J., Bretschneider, J., Kraus, N., Handerer, J. & Jacobi, F. (2019). Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen. Warum sinke die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? *Bundesgesundheitsblatt*, 62, 128-139.

Warnke, J. (2017). Schwierige Lebenssituationen von Mitarbeitern der Polizei erkennen und richtig handeln. In J. Stierle, D. Wehe u. H. Siller (Hrsg.), *Handbuch Polizeimanagement Band 1. Polizeipolitik – Polizeiwissenschaft – Polizeipraxis* (S. 573-592). Wiesbaden: Springer Gabler.

Weber, P. (2017). Coaching bei der Polizei. In J. Stierle, D. Wehe u. H. Siller (Hrsg.), *Handbuch Polizeimanagement Band 1. Polizeipolitik – Polizeiwissenschaft – Polizeipraxis* (S. 391-404). Wiesbaden: Springer Gabler.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2016). *ICD-10. Version 2016*. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/Z73.0> [Zugriff: 09.10.2019].

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2019a). *Mental Health. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Verfügbar unter: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ [Zugriff: 09.10.2019].

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2019b). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. QD85 Burn-out*. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f129180281> [Zugriff: 09.10.2019].

Winterstein, S. & Koletzko, W. (2013). Betriebliches Eingliederungsmanagement – Erfahrungen der DAK-Gesundheit aus der BEM-Praxis. In AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung & Verband der Ersatzkassen (Hrsg.), *Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme* (35-41). Dresden: Initiative für Arbeit und Gesundheit.

Intranetquellen

Bei den Intranetquellen handelt es sich um Dokumente aus dem polizeiinternen Netz, auf welches ausschließlich Beamte und Beamtinnen der Polizei Berlin zugreifen können. Somit sind diese Dokumente nicht für jedermann zugänglich und werden gesondert aufgeführt.

Der Polizeipräsident in Berlin (2010). Gesundheitsbericht 2009. Berlin: Der Polizeipräsident in Berlin.

Der Polizeipräsident in Berlin (2013). Gesundheitsbericht 2012. Berlin: Der Polizeipräsident in Berlin.

Der Polizeipräsident in Berlin (2014). Gesundheitsbericht 2013. Berlin: Der Polizeipräsident in Berlin.

Der Polizeipräsident in Berlin (2017). Gesundheitsbericht 2016. Berlin: Der Polizeipräsident in Berlin.

Der Polizeipräsident in Berlin (2018a). Dienstvereinbarung über das Betriebliche Eingliederungsmanagement in der Polizei Berlin (DV BEM). Berlin: Der Polizeipräsident in Berlin.

Der Polizeipräsident in Berlin (2018b). Gesundheitsbericht 2017. Berlin: Der Polizeipräsident in Berlin.

Abbildungen

Abbildung 1:	Stadienmodell nach Freudenberger und North 1992 (Quelle: Burisch, 2014, S. 41.)	15
Abbildung 2:	Phasenmodell nach Edelwich und Brodosky 1980 (Quelle: Burisch, 2014, S. 43.)	16
Abbildung 3:	Ausschnitt Kodierleitfaden für Interviews I1-I3 mit Definitionen und Ankerbeispielen (Quelle: eigene Darstellung).	43
Abbildung 4:	Ausschnitt Kodierung Interview 2 mittels Kodierleitfaden (Quelle: eigene Darstellung).	44
Abbildung 5:	Ausschnitt Vergleich Kernaussagen Interviews 1-3 (Quelle: eigene Darstellung).	44

Tabellen

Tabelle 1:	Transkriptionsregeln	42
-------------------	----------------------	----

Anhänge

A: Informationsflyer BEM als Anlage des Angebotsschreibens

Wo finden die Gespräche statt?

Individuell die genaue Anschrift mit Raum
Eventuell mit einem Foto

Wir freuen uns mit Ihnen ins Gespräch zu kommen.

Ihr BEM-Team aus dem Bereich

Leitung des Integrationsteams:

--Name Bereich xxxx, Tel.XXXXXX
Name --Bereichxxxx, Tel. XXXXXX

Organisatorisches :

--Name, -----Tel.xxxxxx
Evtl. Name, ---Tel.xxxxxx

Evtl Foto
E-Mail :

XXXX @polizei.berlin.de

Beschäftigtenvertretungen

--SV

--FV

--PR

Evtl BEM im Intranet:

Information zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement

B E M

Evtl Logo und der Bereich



Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist Bestandteil des Gesundheits-managements und richtet sich an alle Dienstkräfte.

Die gesetzliche Grundlage für Ihren Anspruch auf eine Beratung bildet das Sozialgesetzbuch IX (§167I Absatz 2).

Ziel ist die Verbesserung Ihrer Gesundheit bzw. Ihres Wohlbefindens durch gemeinsame Ermittlung Ihres notwendigen Unterstützungsbedarfes.

Des Weiteren eine Reduzierung betrieblich beeinflussbarer Gesundheitsgefährdungen, sowie letztlich die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Arbeitsfähigkeit.

Grundsätzliches:

- Alle am Gespräch beteiligten Personen unterliegen der Schweigepflicht und können nur mit Ihrer Zustimmung davon entbunden werden.
- **Alle BEM-Gespräche sind vertraulich!**
- Das für Sie zuständige Integrationsteam wird nach Absprache mit Ihnen zusammengestellt, einzelne Personen können von Ihnen ausgeschlossen werden!
- Es besteht die Möglichkeit, sowohl Vorgesetzte, als auch eine Person Ihres Vertrauens (z.B. Angehörige, Freunde, Kollegen, Ärzte) mitzubringen.
- Ihre Personalstelle und die Beschäftigtenvertretungen werden gem. Dienstvereinbarung BEM über ein erfolgtes Gesprächsangebot informiert.

Häufige Fragen zum BEM:

Wann wird zu einem Gespräch eingeladen?

Wenn Erkrankungszeiten innerhalb der letzten zwölf Monate aufgetreten sind (mind. 42 Kalendertage):

- ✓ länger als sechs Wochen ununterbrochen
- ✓ **oder** mehrere Einzelerkrankungen

Sind Sie zur Teilnahme am BEM-Gespräch verpflichtet?

Ihre Teilnahme am BEM-Gespräch ist freiwillig. Die gesetzliche Regelung sieht vor, dass ohne Ihr Einverständnis kein BEM-Gespräch durchgeführt werden kann.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen und damit das Verfahren beenden.

Was passiert wenn das BEM-Gespräch abgelehnt wird?

Zunächst hat eine Ablehnung keine unmittelbaren Auswirkungen und muss auch nicht begründet werden. Bei möglichen beamtenrechtlichen. bzw. arbeitsrechtlichen Auseinandersetzungen, können Sie sich aber nicht darauf berufen, dass kein BEM-Gespräch durchgeführt oder eine leidensgerechte Anpassung des Arbeitsplatzes nicht angeboten wurde.

Müssen dem Arbeitgeber Diagnosen mitgeteilt werden?

Sie sind **nicht** verpflichtet, Ihre Diagnosen mitzuteilen. Lediglich die Angabe der Form Ihrer vorhandenen Einschränkungen am Arbeitsplatz ist für eine zielführende Beratung erforderlich.

B: Interviewleitfaden BEM-Expertinnen

Guten Tag,

vorab schon einmal vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit.

Ich bin Studentin des gehobenen Polizeivollzugsdienstes an der HWR und befinde mich derzeit im 6. Semester. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftigte ich mich mit dem Thema Burnout von Polizeibeamtinnen und -beamten. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen Beamtinnen und Beamte, die bereits von Burnout betroffen sind. In diesem Zusammenhang interessiert mich einerseits, wie sich das Betriebliche Eingliederungsmanagement bei der Polizei Berlin gestaltet und andererseits, welche Erfahrungen Betroffene mit dem BEM der Polizei Berlin gemacht haben. Aufgrund Ihrer Erfahrungen im Bereich des BEM ist unser Gespräch eine wertvolle Quelle für meine Arbeit.

Persönliche Angaben (Steckbrief)

Alter:

Geschlecht:

Position in der Polizei Berlin:

Beschäftigungszeit:

Ablauf eines BEM-Verfahrens

- Wie läuft ein BEM-Verfahren ab?
- Wie läuft das Anfangsgespräch ab?
- Wer ist an einem BEM-Verfahren beteiligt?
 - Welche externen Personen werden häufig in den Prozess miteinbezogen?
- Über welche Dauer erstreckt sich das BEM-Verfahren?
- Wie verläuft das Abschlussgespräch?
- Gibt es eine Evaluation des BEM-Verfahrens?
- Wie häufig kommt es vor, dass ein BEM nicht abgeschlossen werden kann?
 - Was sind die häufigsten Gründe dafür?

Datenerhebung

- Welche Informationen/Daten werden von dem Betroffenen/der Betroffenen erhoben?
 - Inwiefern wird die Diagnose erfragt?
- Zu welchen Zwecken werden diese Daten erhoben?
- Welche Informationen des Betroffenen/der Betroffenen sind besonders wichtig?
- Inwiefern werden Kollegen und Vorgesetzte (insbesondere im Rahmen der Umsetzung der Maßnahmen) informiert?

Maßnahmen im Rahmen des BEM

- Welche Maßnahmen können im Rahmen des BEM angeboten werden?
- Werden die Betroffenen während der Umsetzung der Maßnahmen begleitet/betreut?
 - Wenn ja, wie?
- Bestehen Schwierigkeiten, passende Maßnahmen zu finden, wenn Betroffene keine Angaben zum Grund ihrer Dienstunfähigkeit machen?
 - Wenn ja, welche?
- Gibt es spezielle Maßnahmen für Betroffene mit psychischen Störungen?
- Wie bewerten Sie die Maßnahmen/Angebote im Rahmen des BEM der Polizei Berlin?
- Gibt es Verbesserungsbedarf? Wenn ja, welchen?

Erfahrungen mit Burnout-Betroffenen

- Haben Sie bereits Burnout-Betroffene im Rahmen des BEM begleitet?
 - Wenn ja, wie kam es dazu, dass die Betroffenen über ihr Burnout-Syndrom gesprochen haben?
 - Gibt es Unterschiede im BEM-Verfahren von Betroffenen mit psychischen Belastungen im Vergleich zu Betroffenen mit anderen Erkrankungen?
 - Wenn ja, welche Unterschiede gibt es?
- Gibt es spezielle BEM-Maßnahmen für Betroffene mit psychischen Belastungen wie bspw. Burnout?
 - Unterscheidet sich die Dauer der Wiedereingliederung von Betroffenen mit psychischen Belastungen im Vergleich zu Betroffenen mit anderen Erkrankungen?
 - Welche externen Personen werden in den Prozess der Wiedereingliederung von Burnout-Betroffenen einbezogen?
 - Gibt es Unterschiede in der Häufigkeit des Abbruchs eines BEM-Verfahrens zwischen Betroffenen mit psychischen Belastungen und Betroffenen mit anderen Erkrankungen?
- Wie werden die Angebote im Rahmen des BEM von den Betroffenen angenommen?
 - Welche Maßnahmen werden häufiger abgelehnt?
 - Welche Gründe werden für die Ablehnung bestimmter Maßnahmen genannt?

Anhang C: Interviewleitfaden Burnout-Betroffener

Persönliche Angaben
Alter: Geschlecht: Position in der Polizei Berlin: Beschäftigungszeit:
Persönliche Erfahrungen mit Burnout
<ul style="list-style-type: none">• Wann wurde Burnout bei Ihnen festgestellt?• Wurden Sie aufgrund von Burnout krankgeschrieben, bzw. waren/sind Sie dienstunfähig?<ul style="list-style-type: none">○ Wenn ja, seit wann? / Wie lange?○ Immer noch?○ Wem haben Sie den Grund Ihrer Dienstunfähigkeit genannt? Hatten Sie diesbezüglich ein Gespräch mit Ihrem Vorgesetzten? Wie war die Reaktion?• Welche Symptome haben sich bei Ihnen gezeigt?• Was/welche Faktoren haben bei Ihnen zum Burnout geführt?
Erfahrungen mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) der Polizei Berlin
<ul style="list-style-type: none">• Inwiefern bestand während Ihrer Dienstunfähigkeit Kontakt zu Ihrer Dienststelle?<ul style="list-style-type: none">○ Wie gestaltete sich dieser Kontakt?○ Wurde Ihnen ein Gespräch angeboten? Wenn ja, haben Sie dieses angenommen? (Wer war bei dem Gespräch dabei?) Wenn nein, wieso nicht?○ Wie empfanden Sie diesen Kontakt?○ Wurde Ihnen eine Wiedereingliederung im Rahmen des BEM angeboten?• Welche Maßnahmen des BEM kennen Sie?• Welche Hilfs- oder Unterstützungsangebote/Maßnahmen wurden Ihnen angeboten?<ul style="list-style-type: none">○ Rotation/Versetzung?• Welchen Maßnahmen haben Sie zugestimmt? (Welchen ggf. nicht und warum?)<ul style="list-style-type: none">○ Befinden Sie sich derzeit noch in einer Wiedereingliederungsmaßnahme?○ Wie ist/war der Ablauf Ihrer Wiedereingliederung?○ In welchem Zeitraum verlief/verläuft die Wiedereingliederung? Wie bewerten Sie die Dauer der Wiedereingliederung?○ Inwiefern finden/fand eine Evaluation der genutzten Maßnahmen/Angebote statt?

Eigene Bewertung des BEM der Polizei Berlin

- Wie bewerten Sie die Maßnahmen/Angebote im Rahmen des BEM der Polizei Berlin?
 - Gibt es Verbesserungsbedarf? Wenn ja, welchen?
- Inwiefern haben Ihnen die genutzten Angebote im Rahmen des BEM geholfen?
 - Wenn die Angebote nicht hilfreich waren, was hätten Sie sich gewünscht?
- Was würde Ihnen helfen, welche Art von Unterstützung bräuchten Sie, damit es nicht noch einmal zum Burnout kommt?
- Fühlen Sie sich ausreichend unterstützt?

D: Kodierleitfaden 1, BEM-Expertinnen

Kategorien		Ausprägung	Definition	Ankerbeispiele
1	Kapazität / strukturelle Organisation		Hierunter fallen alle Aspekte, die die Organisation betreffen, insbesondere Anzahl der Mitarbeitenden	Wenn ich mir überlege, dass diese ganze BEM-Geschichte, das ist ein Full-Time-Job, nicht nur so zwischen Tür und Angel, ich in der Polizei darf das als zugleich Aufgabe machen (Interview 2, Absatz 82)
2	Ablauf BEM-Verfahren	Erfassung der BEM-Berechtigten	Instrument/ Art und Weise, wie Berechtigte erfasst werden	Die Geschäftszimmer aller Abschnitte und von K drucken im IPV einen Ausdruck aus, wo sie die Kranken-, die Abwesenheitstage zählen. Sind 42 Kalendertage erfüllt, schicken die mir ein Schreiben zu, dass die 42 Tage erfüllt sind und ich nehme die Anschreiben vor. (Interview 3, Absatz 11)
		Intention der Betroffenen	Gründe, wieso Betroffene das BEM-Angebot annehmen	Das bekomme ich wirklich ganz oft gespiegelt, endlich interessiert sich mal Jemand für mich (Interview 1)
		Häufigkeit der Annahme/ Ablehnung/ Abbruch	Zahlen und gefühlte Häufigkeiten für Annahme/ Ablehnung/ Abbruch	510 Anschreiben bis jetzt und 75 geführte Gespräche. In den anderen Jahren waren das bisher immer mindestens 20% Gespräche, die wir geführt haben (Interview 3, Absatz 8)
		Gründe für Annahme/ Ablehnung/ Abbruch	Gründe für Annahme/ Abbruch/ Ablehnung des BEM-Verfahrens.	Einige haben Angst, wie es auf der Dienststelle ankommt. Das ist schon so nach dem Motto: „Ne, ich bin ja eh schon eine Belastung, das ist mir unangenehm!“ Oder: „Das schaffe ich schon das brauche ich nicht!“, in dem Sinne ich bin ein ganzer Kerl, das kommt auch vor. Aber es ist auch hin und wieder so, „ich möchte keine Belastung für die Dienststelle sein“. Das kommt oft (Interview 1)

	Ablauf BEM-Verfahren	Einzelne Schritte des Verfahrens sowie der Inhalte	wenn so eine Krankschreibung eingeht, hat dieser Kollege bzw. diese Kollegin, diese 42 Kalendertage in einem Kalenderjahr erfüllt und schreibt dann die Kollegin oder den Kollegen an. Die bekommen dann praktisch ein Angebotsschreiben. Dieses Angebotsschreiben, da sind dann auch noch Anlegen bei, ein Hinweisblatt, ein Antwortschreiben, wo derjenige dann selbst entscheiden kann, „nehme ich das Angebot an oder nicht“, (Interview 2, Absatz 13)
	Beteiligte	Personen, die dem Verfahren beiwohnen müssen oder dürfen	Bei uns in der Direktion Y ist es auch so, im Einvernehmen mit den Beschäftigtenvertretungen, weil die dürften natürlich auch bei diesen Gesprächen mit dabei sein, dieser Erstkontakt, sage ich immer, dadurch, dass ich nicht weiß und ich es nicht am Telefon mache, wohin geht es, welche Richtung ist davon betroffen, welche Möglichkeiten, Möglichkeiten nicht, aber welche Schwierigkeiten stehen dahinter, führe ich diesen Erstkontakt mit den Betroffenen alleine (Interview 2, Absatz 19)
	Dauer	Zeitraumen des BEM-Verfahrens	solche BEM-Verfahren können sich teilweise über ein paar Jahre ziehen, weil eine Dienstaufnahme bei Burnout, die sind teilweise wirklich zwei bis drei Jahre krank (Interview 1, Absatz 91)
	Begleitung während des Verfahrens	Unterstützung, Kontakt während des BEM-Verfahrens	also er hat mich die ganze Zeit als Ansprechpartner, also er kann mich jederzeit anrufen, er kann jederzeit vorbeikommen und ich rufe auch während des Hamburger Modells mal an und frage, wie es läuft (Interview 1, Absatz 23)
	Umgang der Betroffenen mit BEM	Art und Weise, wie Betroffene das BEM-Angebot annehmen/bewerten	Jemand, der sich erhofft, durch uns eine neue Situation zu finden, beruflich, der ist immer offen. (..) Und diese Diagnose wird durchaus sehr konkret beschrieben (Interview 3, Absatz 37)
	Evaluation	Bewertung des BEM-Verfahrens	Es findet nach dem Verfahren keine Evaluation statt (Interview 3)

3	BEM-Gespräch		Ablauf und Inhalte des BEM-Gesprächs	Erstmal erzähle ich was das BEM ist (Interview 1)
4	Datenschutz	Art der Daten	Art der erhobenen Daten (Welche Daten werden erhoben)	Ich schaue mir in dem Sinne die Grunddaten an. Die Amtsbezeichnung, das Geburtsjahr, ob eine Schwerbehinderung vorliegt, das Alter, ob er schon BAL ist oder in der Probezeit ist o.ä. (Interview 1)
		Zweck der Erhebung	Beweggründe zur Erhebung der Daten	Um für uns zu klären, was können wir dem zumuten, was kann der sich selbst zumuten, welche Begebenheiten müssen wir schaffen, dass der wieder in den Dienst zurückkommt (Interview 3)
		Umgang mit den Daten	Aufbewahrung, Veröffentlichung, Nutzung, Weitergabe, Vernichtung der Daten	dass eigentlich so eine Gesprächsakte angelegt wird, aber diese nach 2 Jahren entsorgt werden muss, extra in einem Schrank verwahrt werden muss (Interview 2, Absatz 21)
		Kenntnis/ Verhalten Vorgesetzte und Kollegen	Information der Kollegen und Vorgesetzten bzgl. des BEM-Verfahrens eines Betroffenen	Ich muss auch kein Hamburger Modell absegnen lassen. Sondern ich gebe der Dienststelle bekannt, dass da ein Hamburger Modell kommen wird. Das ist nichts, was eine Dienststelle genehmigen muss.
5	Maßnahmen BEM	Angebotstableau	Art der angebotenen Maßnahmen	Hamburger Modell sehr oft, einen Dienststellenwechsel vornehmen, woanders hospitieren, mit der Dienststelle reden, dass man erstmal nur im Innendienst verwendet wird, kleine Absprachen, Bürowechsel, rückengerechten Stuhl, oder einen höhenverstellbaren Schreibtisch (I 1, Absatz 59)
		Dienststellenwechsel	Art und Bedingungen eines Dienststellenwechsels, Häufigkeit	Es bedeutet nicht, wenn man hier sitzt, dass man für jeden eine neue Verwendung sucht. Es kommt recht häufig vor, aber nicht immer (Interview 3, Absatz 37)
		Hamburger Modell	Art und Bedingungen des Hamburger Modells, Häufigkeit	Das Hamburger Modell ist eine Maßnahme, die jedem Mitarbeiter zusteht. Und eine Zustimmung erfolgt nur durch den Pol.-Arzt. Du nimmst deinen Vordruck, den du von deinem Arzt bekommst,

				und hast einen Vordruck, den du selbst ausfüllst, weil du bist der Anspruchsteller des Hamburger Modells. Schickst das über dein Geschäftszimmer, dann bekommt der Stab 32 darüber Information, also die Personalführung einer jeden Direktion oder einer Dienststelle, und dann wird das zur Personalstelle geschickt und die wiederum schickt das zum ärztlichen Dienst. (Interview 3)
6	Erfahrungen mit Burnout-Betroffenen	Gründe für die Entstehung von Burnout	Einflussfaktoren für die Entstehung von Burnout	völligen Arbeitsüberlastung, also in der Arbeitssituation, in dem Alleingelassensein des unmittelbaren Vorgesetzten. Also sie fühlen sich allein gelassen mit dem Problem, sie fühlen sich nicht gehört, sie fühlen sich gar nicht abgeholt, nicht gesehen in der Überforderung (..) Überforderung mit der Arbeitssituation (Interview 3)
		Unterschiede im Verlauf des BEM-Verfahrens	Unterschiede zwischen BEM-Verfahren mit Burnout-Betroffenen und BEM-Verfahren mit Betroffenen anderer Erkrankungen. Unterschiede bzgl. der Dauer, des Umgangs, des Verhaltens der Betroffenen.	Ja, weil es sich oftmals ein wenig schwieriger gestaltet. Die Kollegen sind meistens nah am Wasser gebaut, sehr dünnhäutig, sehr selbstzweifelnd, nicht selbstbewusst und sind unglaublich unsicher in allem. Die sitzen öfters mal mit einer Vertrauensperson hier, bei diesen schweren psychischen Erkrankungen. Also es bedarf noch mehr Fingerspitzengefühl mit denen in den Austausch zu kommen (Interview 3, Absatz 77)
7	Vernetzung BEM-Verantwortliche		Verknüpfung und Austausch aller BEM-Verantwortlichen der Polizei Berlin untereinander	Wir ganzen BEM-Verantwortlichen sehen uns auf solchen Schulungen oder Workshops, wenn die DV BEM angepasst werden soll ö.ä. Von daher stehen wir nur so in Kontakt, wenn ich mal Anrufe und sage, ich habe hier so einen Fall, was macht ihr damit, was habt ihr damit für Erfahrungen. Man steht also schon im Kontakt aber nur so spontan. (Interview 1, Absatz 126)

8	Schwierigkeiten i.R.d. BEM		Genannte Herausforderungen und Defizite im Rahmen des BEM	Bei uns in der Direktion X, da ist es relativ schwer, wir sind sehr außendienstorientiert. Es gibt bei uns wenig Bereiche im Innen- dienst. Nur da der Anteil der verwendungseingeschränkten Kolle- gen immer größer wird, sind die Nischen immer kleiner. Wir ha- ben wirklich ernsthafte Probleme, sodass wir teilweise dann schon an die Bußgeldstelle oder an das LKA vermitteln, weil wir selber in unserer Direktion kaum Möglichkeiten haben, Innen- dienst mittlerer Dienst (Interview 1, Absatz 71)
9	Verbesserungs- vorschläge/ Ideen		Genannte Ideen zur Verbesse- rung des BEM der Polizei Berlin	Also wir brauchen mehr Pol.-Ärzte, damit schneller die Pol.-Arzt Termine umgesetzt werden können, damit schneller eine Vewen- dungseinschränkung attestiert wird, empfohlen wird, (unv.) wird, durch die Personalstelle und dann wird über einen möglichen Pool, dem eine entsprechende Dienststelle zu verschaffen (Inter- view 3, Absatz 69)

E: Kodierleitfaden 2, Interview mit Burnout-Betroffenem

Kategorien		Definitionen	Ankerbeispiele
1	Umgang des Betroffenen mit Burnout	Art und Weise, wie der Betroffene mit Burnout umgeht	Ich war schon immer ein sehr transparenter Mensch, vielleicht mein Glück, vielleicht hat es zu dem Heilungsprozess beigetragen, dass ich viel geredet habe. Wenn man nicht redet, ist Feierabend (Interview 4, Teil 29)
2	Kenntnis/ Verhalten Vorgesetzte/ Kollegen	Art und Weise, wie Vorgesetzte und Kollegen auf Burnout-Betroffene reagieren.	Viele reden mit mir mehr in der letzten Zeit, also scheinbar ist schon bekannt, dass ich mal sowas hatte (..) Die fragen dann schon mal nach, sind teilweise selber betroffen. (Interview 4, Teil 2, Absatz 72)
3	Probleme	Schwierigkeiten, die sich aus dem Burnout-Syndrom bzw. dem Umgang seitens der Betroffenen oder der Kollegen ergeben	Und das Entscheidende ist einfach, dass ich mich für die eine Krankheit rechtfertigen kann und für die andere nicht. Ich kann sagen „Ich habe mir den Arm gebrochen, ich kann jetzt nicht zur Arbeit kommen“. Und die sagen dann: „Ohje, sieht böse aus, wann wird der weder heile?“. Wenn du dahin kommst und sagst, „Ich komme mit dem Kopf nicht damit klar, ich habe Depressionen“, dann wirst du erstmal ausgelacht (Interview 4, Teil 2)
4	Empfindungen	Gefühle/Gefühlslagen während des Burnouts und während der Rückkehr in den Berufsalltag	Dann läuft einfach nur der Kolleg A an deinem Büro vorbei und du siehst, die Tür ist offen und er sagt nicht Guten Morgen zu dir. Du fragst dich dann: „Habe ich was verbochen, habe ich was gemacht?“ Grüble, grübel, grübel. Das geht dann eine ganze Stunde so im Kopf, oder zwei, oder drei oder fünf oder zehn
5	Wiedereingliederung	Art und Weise der Wiedereingliederung, welche Maßnahmen wurden vollzogen?	die hatte so ein Hamburger Modell, das hat die so angesetzt geht, ich glaube die ersten zwei Wochen mit zwei Stunden, die nächsten zwei Wochen mit vier Stunden, die nächsten zwei Stunden und die

Kategorien		Definitionen	Ankerbeispiele
			nächsten zwei Wochen mit 6 Stunden. Und je nach Bedarf und immer nach ärztlicher Rücksprache, ist man dann darauf eingegangen und hat überlegt, inwieweit ich mich dann Einvisieren kann (Interview 4, Teil 2, Absatz 22)
6	Diagnose	Welche Diagnose wurde vom Arzt gestellt?	Depression, Burnout, eine absolute Vermischung (Interviewtranskript 4 Teil 1, Absatz 16)
7	Unterstützung durch Andere	Unterstützung seitens Kollegen oder Vorgesetzten bei der Rückkehr in den Berufsalltag. Notwendigkeit der Unterstützung	Ja genau. Ich muss dazu auch sagen, ich hatte auch in diesem Augenblick zwei fürsorgliche Vorgesetzte. Das war glaube ich das Entscheidende. (Interview 4, Teil 2, Absatz 36)
8	Maßnahmen/Hilfe/ Angebote	Welche Maßnahmen wurden angeboten, genutzt, abgelehnt, welche Hilfestellungen gab es?	Wir haben sehr viel, jeden Tag, miteinander gesprochen. Das hat geholfen. (Interview 4, Teil 2, Absatz 36)
9	Dauer d. Maßnahmen	Zeitraumen der durchgeführten Maßnahmen	2,5 Monate (Absatz 12)
10	Gründe für Burnout	Entstehungsfaktoren für Burnout	wegen Überarbeitung (..) man nimmt dann nämlich die Signale nicht wahr und schleppt sich zum Dienst (..) Man denkt es ist normal, „Der Stress, den überstehst du schon irgendwo“ (..) Da hat sich das eine oder andere so dermaßen überlagert, dass ich wirklich über das Mögliche hinaus gegangen bin
11	Dauer Erkrankung	Zeitraumen der Erkrankung	von Anfang Mai bis Dezember
12	Symptome	Art der Symptome	Müdigkeit (..) Vielleicht eine Müdigkeit, wo man nicht schlafen kann. Man kommt nach Hause, will sich hinlegen, kann nicht schlafen (Interviewtranskript 4 Teil 1, Absatz 12) Mit Stress, sehr viel Stress, überlagerte Arbeit (..) Weinanfälle (Interviewtranskript 4 Teil 1, Absatz 12)

F: Kernaussagen der Interviews I1-I3

Kategorien		Ausprägung	Interview 1	Interview 2	Interview 3
1	Kapazität/ strukturelle Organisation		<ul style="list-style-type: none"> > Alleinverantwortung für BEM Teilzeitkraft > zeitl. Probleme insb. In Hinblick auf die Einhaltung der BEM-Verfahrensschritte 	<ul style="list-style-type: none"> > als gleiche Aufgabe, nebenher, dabei ist es ein Fulltime-Job > jährliche Statistik über Anzahl verschickter BEM-Anschreiben und Anzahl der Annahmen 	<ul style="list-style-type: none"> > Team aus 2 Leuten > Teamleiter macht es nebenbei > BEM-Verantwortliche ist eigentlich Gesundheitskoordinatorin, macht derzeit nur BEM
2	Ablauf BEM-Verfahren	Erfassung der BEM-Berechtigten	<ul style="list-style-type: none"> > automatische Erfassung über das IPV-System > sobald im jeweiligen Geschäftszimmer Krankheitstage eingetragen werden, wirft das System diejenigen raus, die innerhalb von 12 Monaten 6 Wochen arbeitsunfähig waren > seit IPV Veränderung (deutlicher Anstieg) der Zahlen (mehr BEM-Angebotsschreiben, mehr BEM-Gespräche) 	<ul style="list-style-type: none"> > automatische Erfassung durch IPV in den Geschäftszimmer bei 42 Tage Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 12 Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> > Ausdruck im IPV durch Geschäftszimmer, wenn 42 Kalendertage arbeitsunfähig in 12 Monaten sind, dann Anschreiben
		Intention der Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> > wollen sich über BEM informieren, kennen es nicht > finden es gut, dass endlich mal jemand nachfragt und sich interessiert 	<ul style="list-style-type: none"> > Erwartung: „Jetzt wird mir geholfen“ > sind erleichtert, dass sie darauf angesprochen wurden 	<ul style="list-style-type: none"> > wollen sagen, wie sie Anschreiben empfunden haben, sehen es kritisch, als mit dem Finger auf einen zeigen > über Gesamtsituation meckern und gehen > an die Hand genommen werden

		<ul style="list-style-type: none"> > die meisten wollen Hilfe > selten: Dienststellenwechsel 	<ul style="list-style-type: none"> > selten: Nutzung BEM für Dienststellenwechsel 	<ul style="list-style-type: none"> (v.a. bei psych. Erkrankungen) > erhoffen sich, eine neue Situation zu finden, beruflich > manche nutzen BEM für Dienststellenwechsel > Fragen zur nicht stattgefundenen Beförderung, schlechte Beurteilungen etc.
	Häufigkeit der Annahme/ Ablehnung/ Abbruch	<ul style="list-style-type: none"> > Annahmequote von ca. 10% > Abbruch nach Annahme eher selten, wenn werden nur einzelne Maßnahmen abgelehnt 	<ul style="list-style-type: none"> 66 angenommene, 180 Angeschriebene 	<ul style="list-style-type: none"> >510 Anschreiben, 75 geführte Gespräche, in den anderen Jahren ca. 20% Gespräche, die geführt wurden >ein Nicht-Abschließen des BEM (dann von Seite der BEM-Verantwortlichen) kommt selten vor
	Gründe für Annahme/ Ablehnung/ Abbruch	<ul style="list-style-type: none"> > Ablehnung einzelner Maßnahmen: Wird nicht gebracht, nicht gewollt, ich schaffe da alleine, bin ein ganzer Kerl (Angst vor Stigmatisierung) > Ablehnung des Verfahrens: Angst vor Reaktionen auf der Dienststelle, wollen niemandem zur Last fallen > Scham > Abbruch vor Start der Maßnahmen: in der Genesung noch nicht soweit fortgeschritten und dich noch nicht bereit dazu 	<ul style="list-style-type: none"> > Direktionswechsel: Probleme Kinder unterzubringen > Abbruch: wenn Betroffener nicht mitarbeitet, Maßnahmen ausgeschöpft sind > Ablehnung: wenn noch nicht bereit, aber später 	<ul style="list-style-type: none"> > Gründe: kritische Betrachtung des BEM (ein mit dem Finger zeigen) > wenn der Betroffene nicht mitmacht > Bevor Gespräch stattfindet: noch nicht bereit dazu, später > oder schon erledigt, es konnte anderweitig eine Lösung gefunden werden z.B. durch Gespräch mit Vorgesetzten > Ablehnen von Maßnahmen: v.a. Verwendungsvorschläge: kennen Dienstgruppenleiter, Abschnittleiter, dort arbeitet die EX, Weg zu weit, etc.

	<p>Ablauf BEM-Verfahren</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Angebotsschreiben (vom Geschäftszimmer aus verschickt) > Bei Zustimmung Terminabsprache > erstes Gespräch (häufig zunächst unter 4 Augen), Aufklärung was ist BEM, Nachfrage zum Gesundheitszustand, und welche Unterstützung die Person benötigt, Schilderung der Ausgangslage durch den Betroffenen > Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen > Abschluss: sobald der Betroffene wiedereingegliedert ist > Abschlussgespräch nur telefonisch 	<ul style="list-style-type: none"> > Wenn BEM-berechtigt, dann Anschreiben (über Gezi) > Rückschreiben laufen nur noch über BEM-Verantwortliche (Auch Ablehnungen etc.) > Info an Personaldienststelle ob angenommen, abgelehnt oder nicht reagiert > Anfangsdatum ab Annahme > Gespräche (häufig zunächst unter 4 Augen), Umsetzung von Maßnahmen > erst nach Abschluss Hamburger Modell ist Verfahren beendet 	<ul style="list-style-type: none"> > Anschreiben (oder durch Beschäftigtenvertretung, die zum BEM rät) Anschreiben direkt durch BEM-Team (Leute werden vom Gezi genannt) > Rücklauf, bei Annahme des BEM Terminvereinbarung für Gespräch (wenn er sich nicht meldet, mit genügend Zeit, kein Interesse) (wenn erst Kontakt dann nicht mehr, nach längerer Zeit dann Abschluss des Verfahrens) > keine Anfangs- oder Abschlussgespräche , gemeinsamer wird Starttermin gesucht > Gesprächstermin (manchmal 2,3 oder 4, meistens 1) (meistens privat, selten auch telefonisch, je nach Gesundheitszustand) > grundsätzlich ist das BEM-Verfahren eröffnet mit dem Stattfinden des BEM-Gesprächs (u selten bei fester telefonischer Zusage, das verfälscht die Statistik) > danach telefonischer Kontakt > Gespräche, die Beendigung des Verfahrens darstellen, finden am Telefon statt
	<p>Beteiligte</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Beschäftigtenvertretungen: Personalrat, Frauenvertretung, Schwerbehindertenvertretung 	<ul style="list-style-type: none"> > häufig erst unter 4 Augen, möglich aber Beschäftigtenvertretung 	<ul style="list-style-type: none"> > Beschäftigtenvertretung (Personalrat, Frauenvertretung, ggf. Schwerbehindertenvertretung), Teamleiter, SB

		> weitere Personen wie Verwandte, private Ärzte, Vorgesetzte, Therapeuten etc.	gen, Verwandte, Vorgesetzter, zerstrittene Parteien, Therapeuten etc.	BEM, Vertrauensperson, Verwandte, Kollegen, Vorgesetzte
	Dauer	> Gespräche: 15 Min - 2,5 Std > Hamburger Modell: 4 Wochen - 1 Jahr (Durchschnitt: 3-4 Mon) > BEM-Verfahren: teilweise über 1 Jahr	unterschiedlich	> manche Gespräche finden statt und damit endet das Verfahren direkt wieder > Durchschnitt 3 Monate bis 2 Jahre
	Begleitung während des Verfahrens	> jederzeit telefonisch erreichbar > Kontaktaufnahme durch BEM-Verantwortliche zur Nachfrage, wie es läuft	> telefonischer Kontakt, Bescheid wissen über den Stand für den Überblick > nach Dienststellenwechsel Gespräch, um zu schauen wie geht's, entspricht es deinen Erwartungen, konnten die Probleme gelöst werden?	> telefonischer Kontakt
	Umgang der Betroffenen mit BEM	> Betroffene sind bzgl. ihrer Diagnosen fast immer (ca. 95%) sehr offen und geben Details preis (selten, dass Jmd. nicht aber seine Diagnose spricht) > manche setzten auch ihre Vorgesetzten in Kenntnis, allerdings v.a. bei psychischen Erkrankungen sind die Betroffenen nicht ganz so offen, seitens der Dienststelle	> öffnen sich sehr schnell, sind erleichtert, dass sie angesprochen wurden > wenn Betroffene schon in der Klinik waren, gehen sie ganz anders mit der Thematik um, sind viel offener	> Betroffene äußern fast immer von alleine ihre Diagnose, konkrete Beschreibung > erhoffen sich Hilfe und sind dann offen > manchmal auch mehrere Gespräche nötig, um eine Ebene zu finden, bei psych. Erkrankten, noch sensibler umfänglicher, fällt schwer drüber zu sprechen, öffnen sich jedoch

			> Burnout-Betroffene sind anfangs etwas vorsichtiger, weil sie sich schämen		
		Evaluation	> keine Evaluation		keine Evaluation, kein Rückblick auf das Verfahren "Abschlussgespräch" telefonisch
3	BEM- Gespräch		> Inhalt: Was ist das BEM, Hilfsangebot, Freiwilligkeit, vertrautes Gespräch, Erfassung der Ausgangslage (Wie ist der Gesundheitszustand, gibt es Einschränkungen, suche nach Lösungsmöglichkeiten	> häufig erst unter 4 Augen >Aufklärung über BEM: Was ist das, Verpflichtung vom Arbeitgeber, Freiwillig, vertrauliches Gespräch, nur Gesprächsakte, die nach 2 Jahren entsorgt wird, nur im Schrank verwahrt > Klärung der Ausgangslage, wo sind Probleme, wie kann geholfen werden?	> Gespräche häufig nur zu 3. > Aufklärung über BEM, gesetzliche Verpflichtung, für die Dienstkraft, welche Unterstützung ist nötig, um ihn zurück zu bekommen >F ragen zu Vorlieben/Fähigkeiten für eventuelle neue Verwendung
4	Datenschutz	Art der Daten	> Amtsbezeichnung, Geburtsjahr, Schwerbehinderung?, BAL?, Probezeit?, Dienststelle, Erkrankungszeiten, beruflicher Werdegang aus der NEO-Datenbank	Name, Vorname, Personalnr., Dienststelle, Organisationseinheit, Wann Angebotsschreiben rausging, wann angenommen, wann Verfahrens-Abschluss	> nur Daten vom Betroffenen selbst, später Abgleich mit Personaldatenbank (v.a. Einschränkungen vom Pol. Arzt bescheinigt), Personalnummer,
		Zweck der Erhebung	> beruflicher Werdegang (ist immer gut zu wissen, was er kann, für ggf. neue Verwendungen)		v.a. Pol-Arzt Ergebnisse zwecks Einschränkungen > um zu klären, was kann zugemutet werden, was ich möglich, was muss gemacht werden

		Umgang mit den Daten	<ul style="list-style-type: none"> > vertrauliches Gespräch > keine Übermittlung von Diagnosedaten vom Pol. Arzt, lediglich Einschränkungen (kein Nachtdienst, kein Dienst Kfz, Hamburger Modellist ange-dacht, o.ä.) 	<p>es wird nichts aufgezeichnet, nur Gesprächsakte, die nach 2 Jahren entsorgt wird und in einem Schrank verwahrt wird</p>	<p>nur Handakte, nichts wird auf PC gespeichert, Zugriff nur durch BEM-Team, Vernichtung nach 2 Jahren, Krankenakte wird nur eine Kopie des Anschreibens sowie Mitteilung ob das Verfahren gelaufen ist und wann es abgeschlossen wurde beigelegt, auch nach 2 Jahren vernichtet</p>
		Kenntnis/ Verhalten Vorgesetzte und Kollegen	<ul style="list-style-type: none"> > wenn keine Nachtdienste o.ä. mehr möglich sind, dann mit Vorgesetzten sprechen > Kontakt mit Dienststellenleiter der Wunschdienststelle zwecks Hospitation > Hamburger Modell muss nicht abgesegnet werden, Dienststelle wird nur darüber informiert und gibt Stellungnahme ab, ob das einzurichten ist > manche Vorgesetzte sind BEM-Fans, manche halten es für Humbug "Psychogequatsche brauchen wir nicht" 	<ul style="list-style-type: none"> > kein Vorgesetzter weiß, ob das BEM-Angebot angenommen wurde > beim Dienststellenwechsel z.B. muss der Dienststellenleiter kontaktiert werden, um nach Kapazitäten zu fragen > dass der Betroffene lange krank war, haben Vorgesetzter und Kollegen eh mitbekommen, haben Verständnis und freuen sich, dass derjenige wieder da ist z.B. im Hamburger Modell 	<ul style="list-style-type: none"> > in Bezug auf neue Verwendungsdienststellen wird Dienststellenleiter kontaktiert (Information über Einschränkungen) diese Info bekommen sowohl neue als auch alte Dienststelle > ansonsten grds. wird niemand über irgendwas informiert > unmittelbare Vorgesetzte wird informiert, dass ein BEM-Verfahren angeboten wird > die konkreten Vereinbarungen erfährt niemand > sollte er jedoch eine neue Verwendung suchen dann schon > Infos über Hamburger Modell erhält er genauso (Umfang, ab wann, Dauer, Staffelung) sowohl die alte, als auch eine mögliche neue, wo das Hamburger Modell gemacht wird
5	Maßnahmen BEM	Angebotstableau	<ul style="list-style-type: none"> > Befreiung vom Nachtdienst > Hamburger Modell, Dienst- 	<ul style="list-style-type: none"> > Reduzierung Vollzeit, Teilzeit > Dienststellenwechsel > Beantragung Kur 	<ul style="list-style-type: none"> > persönliches/telefonisches Gespräch

		<p>stellenwechsel, Neue Verwendung, Hospitation, Gespräch mit Dienststelle, Bürowechsel, Ergonomische Stühle/Tische, das BEM-Gespräch hilft selbst, Tipps wie Arzt aufsuchen etc.-</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Hamburger Modell > ergonomische Tische/Stühle > Beihilfeanträge > Sport > Hilfestellungen durch private Lehrgänge 	<ul style="list-style-type: none"> > Unterstützung Reha, stationäre, teilstationäre Kur > Begleitung i.d.R. Hamburger Modells > Gespräch mit Vorgesetzten > neue Verwendung > aufklärende Gespräche zu möglichen Beförderungsoptionen > neue Verwendungsdienststelle > Einrichtung eines ergonomisch gestalteten Arbeitsplatzes (Stuhl, höhenverstellbarer Tisch) > Hilfe beim Antragsprozedere einer psychischen Betreuung
	Dienststellenwechsel	<ul style="list-style-type: none"> > muss nicht abgesegnet werden > zw. 4 Wochen und 1 Jahr > keine Überstunden > Arzt gibt vor, wie das Hamburger Modell aussehen soll 	<ul style="list-style-type: none"> > Dienststellenwechsel führt oft zur Lösung der Probleme 	<p>kommt häufig vor</p>
	Hamburger Modell	<ul style="list-style-type: none"> > relativ häufig 	<ul style="list-style-type: none"> > Frist wird vom Arzt aufgestellt, der stellt einen Antrag mit Dauer, Stunden, welche Einschränkungen, > oft auf der Stammdienststelle 	<ul style="list-style-type: none"> > auch auf einer neue Dienststelle als Verwendungsstart > Dienstherr verzichtet auf die Zeit, die der Kollege nicht da ist > steht jedem Mitarbeiter zu > Zustimmung nur durch Pol. Arzt, der sichtet Unterlagen des behandelnden Arztes > Dienststelle hat wenig Mitspracherecht

					<ul style="list-style-type: none"> > Beamter hat kennen Lohnverzicht, ist dienstfähig, Angestellte hier sind dienstunfähig und bekommen weiterhin Krankengeld > Betroffener muss Hamburger Modell auf seiner Stammdienststelle machen dürfen > Dienststellenleiter muss für Ablehnung gute Gründe haben (zu viele Verwendungseingeschränkte)
6	Erfahrungen mit Burnout-Betroffenen	Gründe für die Entstehung von Burnout	<ul style="list-style-type: none"> > Schichtdienst, nicht planbare Dienste, nicht planbarer Feierabend, Anforderung am Wochenende, Unvereinbarkeit von Beruf und Familie, Erlebnisse, Kontakt mit Bürger, rauer Ton auf der Dienststelle, familiäre Probleme, alles multipliziert sich 		<ul style="list-style-type: none"> > völlige Arbeitsüberlastung, in der Arbeitssituation, Alleingelassensein des unmittelbaren Vorgesetzten, nicht gehört, nicht abgeholt, Überforderung
		Unterschiede im Verlauf des BEM-Verfahrens	<ul style="list-style-type: none"> > v.a Hamburger Modell, weil häufig sehr lange Abwesenheitszeiten > kann mehrere Jahre dauern, bis es wieder zur Dienstaufnahme kommt > sind misstrauischer, vorsichtiger, schämen sich mehr 	<ul style="list-style-type: none"> > gehen mit der Thematik oft nach einer Therapie ganz anders um > Burnout-Betroffene kommen häufig alleine, bringen nur selten jmd. Mit > psychisch Kranke tun mehr, sie wollen Hilfe > Dauer ist länger, halbes bis drei Viertel Jahr 	<ul style="list-style-type: none"> > Verfahren dauert bei psych. Störungen länger > häufig neue Verwendungsdienststelle auch außerhalb der Direktion > oft Führungspositionen > oft schwerer, nah am Wasser gebaut, sensibel, unsicher > kommen oft mit Vertrauensperson > fällt schwerer über eigene Erkrankung zu sprechen

7	Vernetzung BEM-Verantwortliche		<ul style="list-style-type: none"> > keine regelmäßigen Treffen > Treffen auf Fortbildungen > Kontakt häufig nur spontan bei Fragen zu Erfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> > eigener Umgang mit Belastungen durch BEM-Gespräche > oft wird sowas vom ärztl Dienst gemacht, findet sehr unregelmäßig mit langen Abständen statt, 	<ul style="list-style-type: none"> > kein regelmäßiger Austausch, kleines Netzwerk, > man kennt sich, > Kontakt, wenn Fragen bestehen > Supervision um mit den eigenen Erfahrungen im Rahmen des BEM besser umgehen zu können
8	Schwierigkeiten i.R.d. BEM		<ul style="list-style-type: none"> > viele können mit BEM-Schreiben nichts anfangen > Kennen BEM nicht > nur 1 BEM-Verantwortliche (zeitl. Probleme) > viele (90%) nehmen BEM/Gespräch erst gar nicht an (werden also von Hilfsmaßnahmen nicht erreicht) > wenn sie sich nicht öffnen, ist es schwierig Maßnahmen zu finden, kommt aber selten vor > Bindung ans Beamten- und Laufbahnrecht (Beamter des mD kann nicht mit Tätigkeiten des gD betraut werden; Einschränkungen bei der Wahl der Maßnahme; gibt weniger Innendienststellen für den mD, für verwendungseingeschränkte dann sehr schwer eine Nische zu finden) > Anzahl psych. Erkrankter 	<ul style="list-style-type: none"> > unerfüllbare Wünsche, da Dienststellen teilweise zu voll mit Verwendungseingeschränkten (nicht möglich noch einen weiteren dahin zu schicken) > manchmal Nutzung BEM um eine andere Dienststelle zu bekommen > wenig Pol. Ärzte, Verzögerung bei Terminen und Maßnahmen > einige erzählen aus Angst nicht viel v.a. psychisch Kranke > Erkennen, dass jemand psychische Probleme hat ist sehr schwer > BEM als Zusatzaufgabe für die BEM-Verantwortliche, zeitl. Probleme > eigentlich freiwillig, sollte man aber ablehnen stellt man die Frage Wieso hast du dich nicht um deine Gesundheit gekümmert) → kann dann nicht vor vorzeitiger Versetzung in den Ruhestand bewahren 	<ul style="list-style-type: none"> > Missbrauch der Maßnahme: neue Dienststelle > keine finanziellen Mittel > Gestaltungsschwierigkeit liegt im Berufsbild: PVB hat gewisse Voraussetzungen (Außendienst, technischer Dienst, Waffentragereignschaft, Dienst Kfz, Außendienstfähigkeit, Schichtdienstfähigkeit) diese sind oft in Erkrankung gepaart; wenn ein oder mehrere wegfallen, schränkt sich der Verwendungskreis erheblich ein, nur noch Innendienst möglich > gibt keine Möglichkeit zur Umschulung innerhalb > Anzahl der Beamten mit Verwendungseinschränkung steigt von Jahr zu Jahr > keine Möglichkeit alle Verwendungen durch zu klappern und keine Kenntnis über Vakanzen (md/gD Problematik) > ärztl. Dienst hat zu wenig Ärzte

			<p>steigt</p> <ul style="list-style-type: none"> > Pol. Dienst ist überlastet/Überfordert, lange Wartezeiten wenn jmd. dahin soll (lange Warten auf Maßnahmen) > Thema Burnout ist schwer zu fassen, > regelmäßige treffen der BEM-Verantwortlichen wurde von Direktionsleiter geblockt, Thema wird nicht richtig ernst genommen > manche Nutzen BEM für einen Dienststellenwechsel aus 		<p>(lange Wartezeiten, keine Pol. Arzt Begutachtung möglich, späteres Attest von Verwendungseinschränkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> > wenig Verständnis auf den Dienststellen für Burnout, Versagensängste sind groß, Verständnis wäre sehr wichtig > Burnout schwer fassbar > schämen sich > zu wenig BEM-Personal > Supervision steht jedem frei, aber wenig Supervisoren verfügbar
9	Verbesserungsvorschläge/Ideen		<ul style="list-style-type: none"> > neue Verwendung kann manchmal helfen, dass man sich weder gebraucht fühlt, durch Laufbahnproblematik manchmal nicht möglich 	Wie arbeiten andere Behörden oder Institutionen mit dem BEM?	<ul style="list-style-type: none"> > keine Vergleichsmöglichkeiten (andere Polizeien, freie Wirtschaft) > Umschulungen > Pool von stellen für verwendungseingeschränkte Kräfte, auf die alle Direktionen zugreifen könnten, nur für die, die eine durch den Pol. Arzt attestierte Verwendungseinschränkung haben, für mehr Handlungsspielraum > mehr Pol. Ärzte damit es schnellere Termine gibt, und Verwendungseinschränkungen schneller festgestellt werden können > Verständnis für Burnout vermitteln, Sensibilisieren, Aufklären, Informationsebene schaffen für solche Erkrankungsbilder

Die Autorin

Sylvia Mürer absolvierte von 2011-2014 den BSc Health Communication und von 2014 bis 2016 den MSc Public Health mit Schwerpunkt Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld. Parallel arbeitete sie in einem Unternehmen an Projekten zur Digitalisierung des Gesundheitssystems. Im Jahr 2017 entschied sie sich für den gehobenen Polizeivollzugsdienst in Berlin.

Sylvia Mürer:

Burnout von Polizeibeamtinnen und -beamten

In den letzten Jahren haben psychische Erkrankungen stark zugenommen. Sie gehen häufig mit langen Abwesenheitszeiten einher. Seit 2008 stieg der Anteil der Krankheitstage, der auf psychische Störungen zurückzuführen ist, um 64,2 Prozent. Das Burnout-Syndrom spielt dabei eine wichtige Rolle. Auch im Polizeiberuf mit seinen vielseitigen Belastungen wird Burnout immer präsenter.

Vor diesem Hintergrund gewinnt das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) zunehmend an Bedeutung. Das BEM soll langzeiterkrankte Beschäftigte dabei unterstützen, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und das Beschäftigungsverhältnis langfristig zu erhalten. Burnout-Betroffene sind häufig von Stigmatisierung betroffen und nehmen aus Angst vor den Reaktionen ihrer Kolleginnen und Kollegen entsprechende Hilfsangebote nicht wahr. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich deshalb mit der Frage, inwiefern langzeiterkrankte Burnout-Betroffene bei ihrer Rückkehr in den Berufsalltag im Rahmen des BEM der Polizei Berlin besser unterstützt werden können. Dazu führt die Autorin leitfadengestützte Interviews mit BEM-Verantwortlichen dreier Direktionen der Polizei Berlin sowie einem Burnout-Betroffenen.

Auf dieser Basis stellt sie einige Probleme des BEM dar und benennt Verbesserungspotenziale und Handlungsempfehlungen. Neben den unzureichenden Informationen für die Betroffenen, mangelnder Offenheit für psychische Erkrankungen seitens der Kolleginnen und Kollegen sowie der durch die Personalknappheit hervorgerufenen Arbeitsbelastung sieht sie auch die fehlenden Hilfsangebote für die BEM-Verantwortlichen selbst als Problem des BEM der Berliner Polizei.