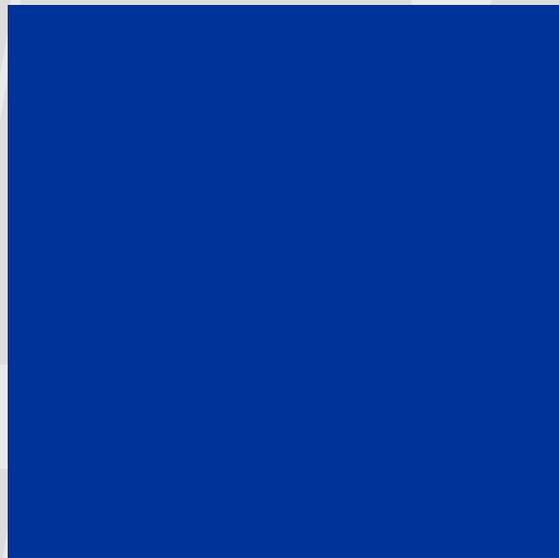


BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Patienten mit Arbeitsproblemen
Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz

Forschungsbericht Nr. 11/17



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédéral des assurances sociales OFAS

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

Autoren/Autorinnen: Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Rota, Fulvia; Vallon, Pierre; Aebi, Kaspar; Romann, Christine; Kurmann, Julius
c/o Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie BL
Biententalstrasse 7
4410 Liestal
Tel. +41 (0) 61 553 52 01
E-mail: niklas.baer@pbl.ch

Auskünfte: Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern

Martin Wicki (Forschung und Evaluation)
Tel. +41 (0) 58 462 90 02
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

ISSN: 1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion)

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

Vertrieb: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer: 318.010.11/17d

Patienten mit Arbeitsproblemen

Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz

Niklas Baer¹, Ulrich Frick², Fulvia Rota³, Pierre Vallon⁴, Kaspar Aebi⁵, Christine Romann⁶ und Julius Kurmann⁷

1: Dr. phil., Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland

2: Prof. Dr. rer.biol.hum., HSD University of Applied Sciences, Köln

3: Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Präsidentin SKV, psychiatrische Praxis im Kanton Zürich

4: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrische Praxis im Kanton Waadt

5: Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Ko-Präsident Kommission Kommunikation, psychiatrische Praxis im Kanton Bern

6: Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrische Praxis im Kanton Zürich

7: Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Präsident SKWF, Chefarzt Stationäre Dienste Luzerner Psychiatrie

Dank

In erster Linie möchten wir den vielen Psychiaterinnen und Psychiatern danken, die sich an dieser Befragung beteiligt haben. Dies ist angesichts des Umfanges der Befragung alles andere als eine Selbstverständlichkeit. Der hohe Rücklauf zeugt vom Interesse vieler Psychiater an der Alltagssituation ihrer Patientinnen und Patienten und von deren Engagement. Dies ist per se schon ein zentrales Resultat der Untersuchung. Die Psychiaterinnen und Psychiater legen mit ihren Erfahrungen und differenzierten Beschreibungen der Hintergründe sowie des Verlaufs von Arbeitsproblemen der Patienten eine fundierte und breite Datenbasis in einem bisher weitgehend unerforschten Bereich an. Damit schaffen sie nicht nur die Voraussetzung für weitere Forschung, sondern auch für die Erarbeitung von pragmatischen Hilfsmitteln für spezifische Fragestellungen.

Gleichzeitig wäre es nicht möglich gewesen, diese Untersuchung durchzuführen, wenn sich nicht einige Personen, Verbände sowie Versicherungen und Behörden dafür eingesetzt und die Durchführung finanziell unterstützt hätten: Der Schweizerische Versicherungsverband (SVV), das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), die Swiss Insurance Medicine (SIM), die Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (SGVP) und Helsana Gesundheitsmanagement. Ein spezieller Dank gehört in diesem Zusammenhang Dr. med. Bruno Soltermann, Chefarzt des SVV, der entscheidend zur Ermöglichung dieser Studie beigetragen hat.

Danken möchten wir auch Dr. med. Theodor Cahn, ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Baselland und Psychiater in Allschwil (BL) sowie Dr. med. Renato Marelli, Past President der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie und Psychiater in Basel, welche wichtige fachliche Impulse bei der Erarbeitung respektive Analyse der Befragung gegeben haben.

Ein Dank geht zudem an Frau Jacqueline Haymoz von der Geschäftsstelle der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), welche die aufwändige operative Abwicklung der Befragung sehr unterstützt hat.

Der umfangreiche Bericht wurde redigiert von Frau Marianne Bachmann-Bantli (klartexterei.ch). Ihr gebührt ebenfalls ein grosser Dank für ihre ausgezeichnete und engagierte Unterstützung.

Herr Martin Wicki, zuständig für die Forschungsprogramme zur Invalidenversicherung (FoP-IV) im Bundesamt für Sozialversicherungen, hat den Forschungsbericht inhaltlich durchgesehen und wichtige Verbesserungsvorschläge gemacht – herzlichen Dank dafür!

Und schliesslich danken wir besonders auch der Firma Valuequest in Wädenswil (ZH), speziell Herrn Bonfadelli, der die Programmierung dieser komplexen Untersuchung durchgeführt hat. Ohne das Entgegenkommen und das grosse Befragungswissen dieser Firma wäre das Projekt nicht möglich gewesen.

Vorwort des Bundesamts für Sozialversicherungen

Gemäss aktueller IV-Statistik waren 2016 mehr als 100'000 Personen aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht mehr oder nur reduziert erwerbsfähig und bezogen eine Invalidenrente. Psychische Gründe verursachen also nahezu die Hälfte aller IV-Berentungen. Einem Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt geht meist eine längere Leidenszeit voraus, doch sehr oft werden psychische Erkrankungen erst dann wahrgenommen und behandelt, wenn die Erwerbsfähigkeit der betreffenden Person bereits latent oder akut bedroht ist. Dabei würde ein rechtzeitiges Erkennen und Behandeln des psychischen Leidens, einschliesslich möglicher Anpassungen der Arbeitssituation, in vielen Fällen helfen, einen Austritt aus der Erwerbsarbeit zu vermeiden.

Aus früheren Studien im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung (FoP-IV) ist bekannt, dass die Kommunikation zwischen Arbeitgebern und der IV häufig verbesserungsbedürftig ist (Forschungsbericht [1/16](#)) und dass die Arbeitgeber oft hilflos der Erkrankung eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin gegenüberstehen (vgl. BSV-Forschungsbericht [1/11](#)). Eine entscheidende Rolle für frühzeitiges Erkennen und rasches Handeln kommt den ärztlichen bzw. psychiatrischen Behandelnden zu. Ein weiterer BSV-Forschungsbericht ([5/15](#)) geht denn auch der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den IV-Stellen nach. Er identifiziert Verbesserungsbedarf bei der Kommunikation zwischen Ärzten und IV. In der Zwischenzeit wurden die von der FMH und der IV gemeinsam getragene Informationsplattform *iv-pro-medico* lanciert und Massnahmen zur verbesserten Bekanntgabe von Daten im Rahmen der Weiterentwicklung der IV vereinbart. Als äusserst wichtig wurde erkannt, dass die Arbeitgeber bei der ärztlichen Abklärung besser einbezogen und anstelle des defizitorientierten „Krankschreibens“ vermehrt die (noch) vorhandenen Potenziale der versicherten Person ins Zentrum gerückt werden müssen – in Anlehnung an die britische „fit note“, die auf mögliche Einsatzfelder der Person statt auf der Vermeidung von Tätigkeiten fokussiert.

Der vorliegende Bericht geht nun detailliert auf die Beziehung zwischen psychiatrischen Patienten, Psychiatern und Arbeitgebern ein. Basis dazu sind eine ausführliche Online-Befragung behandelnder Psychiaterinnen und Psychiater mit experimentellen Fallbeispielen und solchen aus der eigenen Praxis. Der Bericht zeigt unter anderem, dass sich nicht nur die Krankheitsbilder der betroffenen Personen erheblich unterscheiden, sondern auch, dass die Behandelnden nicht immer auch die Arbeitssituation in das therapeutische Setting mit einbeziehen, und den Arbeitgeber hinsichtlich Abklärung und Rehabilitationsmöglichkeiten kontaktieren. Das kann daran liegen, dass dem Patienten oder der Patientin die Einsicht in die Krankheit fehlt oder dass die Behandelnden meinen, die Patientin oder den Patienten durch Fernhalten vom Arbeitsplatz schützen zu müssen. Auf der anderen Seite werden die Behandelnden, wie im Bericht 5/15 bereits festgestellt, noch selten von den IV-Stellen kontaktiert, um ein Feedback zur Berichterstattung zu geben oder um sie in die Eingliederungsplanung einzubeziehen. Schliesslich weist der Bericht auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen allgemeinen Empfehlungen und der realen Praxis in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hin. So tendieren z.B. die Behandelnden dazu, Patienten, die intensiv über ihr Leiden klagen, länger krankzuschreiben als andere, die weniger klagen. Daher empfiehlt der Bericht fachlich fundierte Leitlinien für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zu entwickeln. Solche und viele weitere Einsichten machen den Bericht zu einer interessanten Grundlage für die Diskussion zwischen Psychiaterinnen/Psychiatern untereinander, aber auch zwischen ihnen und Arbeitgebern sowie mit der IV.

Der vorliegende Bericht entstand ausserhalb des Forschungsprogramms FoP-IV, wurde aber aufgrund seiner Relevanz zur Weiterentwicklung der IV vom BSV mitfinanziert. Er steht in einer Reihe mit den bereits genannten, aber auch mit weiteren Forschungsprojekten, die im Rahmen des FoP-IV realisiert worden sind, so auch mit dem derzeit noch laufenden Projekt über die Eingliederung aus Versichertenperspektive.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

En 2016, selon la dernière statistique de l'AI, plus de 100 000 personnes souffraient d'une maladie psychique les empêchant d'exercer une activité lucrative à temps complet ou partiel et bénéficiaient par conséquent d'une rente d'invalidité. Près de la moitié des rentes AI sont donc octroyées pour cause de maladie psychique. La plupart du temps, les personnes concernées ont déjà longuement souffert avant d'être mises à l'écart du marché du travail, mais ce n'est très souvent qu'au moment où leur capacité de gain se trouve menacée de manière latente ou aiguë que l'on prend leurs maladies au sérieux pour les traiter. À cet égard, la détection rapide et le traitement de la souffrance psychique, le cas échéant moyennant un aménagement de la situation au travail, permettraient d'éviter que les personnes concernées ne quittent leur activité rémunérée.

Les précédentes études menées dans le cadre du programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI) ont révélé que la communication entre les employeurs et l'AI avait d'une manière générale grand besoin d'être améliorée (rapport de recherche de l'OFAS [1/16](#)) et que les employeurs se trouvaient souvent démunis face à un collaborateur ou à une collaboratrice souffrant d'une maladie invalidante (rapport de recherche [1/11](#)). Les praticiens, médecins ou psychiatres, jouent un rôle crucial dans la détection précoce des maladies et leur traitement diligent. Un autre rapport de recherche de l'OFAS ([5/15](#)) s'intéresse à la collaboration entre les médecins traitants et les offices AI et identifie les points à améliorer dans la communication entre ces deux groupes. Depuis lors, la FMH et l'AI ont conjointement lancé la plateforme d'information ai-pro-medico et convenu de prendre des mesures pour perfectionner la communication de données dans le cadre du développement continu de l'AI. Une meilleure implication des employeurs lors de l'examen médical a été reconnue comme un élément absolument capital. Il a également été relevé que, au lieu d'établir une prescription de « congé maladie » axée sur les déficits, les médecins soulignent mieux le potentiel (encore existant) de la personne assurée – à l'instar de la « fit note » britannique qui se concentre sur les champs d'activité ouverts aux malades plutôt que sur les activités à écarter.

Le présent rapport expose dans le détail les relations entre les patients en psychiatrie, les psychiatres et les employeurs sur la base d'un questionnaire en ligne approfondi qui a été adressé aux psychiatres traitants. Le questionnaire portait sur des cas expérimentaux (fictifs) et des cas traités dans le cabinet des psychiatres eux-mêmes. Le rapport relève notamment des différences considérables non seulement entre les pathologies des personnes concernées, mais aussi dans la pratique des médecins traitants, selon qu'ils tiennent compte de la situation au travail dans leur évaluation thérapeutique et qu'ils prennent contact avec l'employeur en vue de clarifier la situation et les possibilités de réinsertion des employés atteints dans leur santé. Lorsque tel n'est pas le cas, les raisons peuvent en être attribuées à un manque de compréhension de la maladie du patient ou à l'attitude du médecin qui désire protéger ses patients en les tenant éloignés de leur poste de travail. Par ailleurs, comme le constate le rapport 5/15 déjà cité, les médecins traitants sont rarement contactés par les offices AI, que ce soit pour leur faire part de leur avis sur le rapport médical qu'ils leur ont soumis ou pour les impliquer dans la planification de la réadaptation. Enfin, le rapport souligne un décalage important entre les recommandations générales et la pratique de terrain en matière d'évaluation de la capacité de travail. Les médecins traitants ont ainsi

tendance à prescrire de plus longs congés maladie aux patients qui se plaignent beaucoup qu'aux patients qui ne le font pas. C'est la raison pour laquelle le rapport recommande d'établir des lignes directrices fondées sur des bases scientifiques destinées à évaluer l'incapacité de travail. Ce point de vue et bien d'autres font de ce rapport un terrain intéressant pour un débat entre psychiatres, mais également entre ceux-ci et l'AI.

Bien que le présent rapport ait été établi en dehors du programme de recherche PR-AI, il a été cofinancé par l'OFAS vu sa pertinence pour le développement continu de l'AI. Il s'inscrit dans une série de projets, dont les études citées précédemment, qui ont été réalisés dans le cadre du PR-AI ou qui sont encore cours comme l'étude sur la réadaptation du point de vue des assurés.

Stefan Ritler, vice-directeur

Chef du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Secondo la statistica dell'AI, nel 2016 i beneficiari di una rendita d'invalidità con un'incapacità al lavoro parziale o totale dovuta a problemi psichici erano più di 100 000. Questo significa che quasi la metà delle rendite AI è concessa per motivi psichici. L'esclusione dal mercato del lavoro è spesso preceduta da un lungo periodo di malattia e tuttavia spesso i disturbi psichici vengono percepiti e trattati quando ormai la capacità lavorativa della persona interessata è già minacciata, in modo latente o acuto. Eppure proprio un riconoscimento e un trattamento tempestivi di questi disturbi, associati ad eventuali adeguamenti della situazione lavorativa, contribuiscono in molti casi ad evitare la cessazione dell'attività professionale.

Dai risultati di studi precedenti pubblicati nel quadro del programma di ricerca sull'assicurazione invalidità (PR-AI) è emerso che spesso la comunicazione tra datori di lavoro e AI non è ottimale (rapporto di ricerca n. [1/16](#), in tedesco con riassunto in italiano) e che i datori di lavoro sono sovente impotenti di fronte alla malattia di un collaboratore (v. rapporto di ricerca n. [1/11](#), in tedesco con riassunto in italiano). Medici e psichiatri curanti rivestono un ruolo decisivo ai fini del riconoscimento e del trattamento tempestivi. Un altro rapporto di ricerca dell'UFAS (n. [5/15](#), in tedesco con riassunto in italiano) si occupa inoltre della collaborazione tra medici curanti e uffici AI, identificando anche in questo caso una necessità di miglioramento per quanto concerne la comunicazione tra i due attori. Nel frattempo la Federazione dei medici svizzeri (FMH) e l'AI hanno lanciato il portale informativo congiunto ai-pro-medico e concordato misure per migliorare lo scambio di dati nel quadro del progetto Ulteriore sviluppo dell'AI. Un aspetto riconosciuto come estremamente importante è la necessità di coinvolgere maggiormente i datori di lavoro nell'ambito degli accertamenti medici e di concentrarsi più sulle risorse residue dell'assicurato (in analogia alle cosiddette «fit note» inglesi) piuttosto che sul rilascio di certificati d'incapacità al lavoro, orientato ai deficit.

Il presente rapporto si occupa ora in modo più particolareggiato della relazione tra pazienti, psichiatri e datori di lavoro, sulla base di una dettagliata inchiesta condotta online presso gli psichiatri curanti su casi sperimentali concreti e su casi riscontrati nella propria attività pratica. I risultati esposti nel rapporto mostrano tra l'altro che vi sono notevoli differenze non solo tra i quadri clinici delle persone interessate, ma anche per quanto concerne il grado con cui gli psichiatri/i medici curanti tengono conto della situazione lavorativa nel contesto terapeutico e la frequenza con cui gli stessi contattano i datori di lavoro nella prospettiva degli accertamenti e delle possibilità di riabilitazione. Quest'ultimo aspetto può dipendere dalla mancata presa di coscienza della malattia da parte del paziente o dall'atteggiamento di chi lo cura che ritiene di proteggere il paziente tenendolo lontano dal posto di lavoro. Inoltre, come già rilevato nel rapporto PR-AI n. [5/15](#), gli uffici AI contattano ancora troppo di rado gli psichiatri/i medici curanti, che sia per dare loro un riscontro sui rapporti presentati o per coinvolgerli nella pianificazione dell'integrazione. Infine, nell'ambito della valutazione dell'incapacità al lavoro il rapporto rileva una netta discrepanza tra l'indicazione (teorica) in generale e quella nella prassi. Gli psichiatri/i medici curanti tendono, per esempio, a rilasciare ai pazienti particolarmente lamentosi certificati d'incapacità al lavoro di durata maggiore che agli altri. A questo proposito il rapporto raccomanda di elaborare linee guida fondate su solide basi tecniche per la valutazione dell'incapacità al lavoro. Queste e molte altre considerazioni fanno del presente rapporto un interessante punto di riferimento per il dibattito tra gli psichiatri, e il dialogo tra questi e i datori di lavoro e l'AI.

Il presente rapporto è stato elaborato al di fuori del PR-AI, ma data la sua rilevanza per l'ulteriore sviluppo dell'AI ha beneficiato del cofinanziamento dell'UFAS. Esso si inserisce dunque a tutti gli effetti, assieme ai rapporti menzionati e a quello ancora in fase di elaborazione

sull'integrazione dal punto di vista degli assicurati, nella serie di rapporti di ricerca realizzati nell'ambito del PR-AI.

Stefan Ritler, vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office (FSIO)

According to the latest invalidity insurance (IV) statistics, in 2016 more than 100,000 people had no or only reduced earning capacity due to a psychological illness and were consequently drawing an invalidity pension. This means that, in almost 50 percent of cases, psychological illnesses are the reason for drawing an IV pension. Departure from the employment market for such reasons is generally preceded by a relatively long period of suffering; yet psychological illnesses are often neither diagnosed nor treated until the person concerned's earning capacity is already at threat – either latently or acutely. In many cases, timely diagnosis and treatment of the psychological illness – including potential adjustments to the persons' work situations – would help avoid their having to give up gainful employment.

From earlier studies carried out as part of the invalidity insurance research programme (FoP-IV) we know that communication between employers and the IV offices could frequently be improved (research report [1/16](#)) and that employers often do not know how to respond when one of their employees falls ill (see FSIO research report [1/11](#)). The medical and psychiatric practitioners have a decisive part to play when it comes to early diagnosis and rapid treatment. Another FSIO research report ([5/15](#)) examined precisely this aspect – namely the collaboration between the attending physicians and the IV offices – and identified where there is scope for improvement in communication between doctors and the IV offices. Since that, the Swiss Medical Association and the IV have launched a jointly developed information platform called iv-pro-medico and, as part of the evolution of the IV, have agreed measures to improve the release of data. One of the most important findings was that employers needed to be more closely integrated in the medical clarification process and that, instead of simply giving the insured persons sick notes (a process that highlights their deficits), greater focus should be placed on their remaining potential. This approach is similar to the “fit note” used in the UK, which pinpoints potential areas in which a person could be deployed rather than concentrating on the activities to be avoided.

The present report explores in detail the relationship between psychiatric patients, psychiatrists and employers. It is based on a thorough online survey of attending psychiatrists, which utilises both experimental case studies and ones from the psychiatrists' own practice. Among other things, the report shows that the clinical pictures of those concerned vary considerably and also highlights whether the practitioners take the person's work situation into account in the therapeutic setting, and whether they contact the employers to clarify issues and discuss rehabilitation options. If they fail to do so, this may have to do with the patients' refusal to grasp that they are ill or because the practitioners think they are having to protect the patients by shielding them from their work situation. On the other hand, as FoP report 5/15 already found, the medical practitioners are still rarely contacted by the IV offices, even if only to provide them with feedback on reports or include them in the planning of reintegration measures. Finally, the report indicates a substantial discrepancy between general recommendations and actual practice when it comes to assessing a person's working capacity. For example, the medical practitioners tend to write off patients that are vocal in their complaints for longer periods than those who complain less. That is why the report recommends developing technically sound guidelines for assessing patients' incapacity to work. These and other insights make the report an interesting starting point for a discussion not only amongst psychiatrists themselves, between them and employers, but also between them and the IV offices.

The present report was prepared independently of the FoP-IV research programme, but was co-financed by the FSIO because of its relevance for the evolution of the IV. It is of the same

lineage as the above-mentioned research projects – as well as others – that have been carried out as part of the FoP-IV programme. This also applies to the current project examining reintegration from the perspective of the insured persons.

Stefan Ritler, Vice-Director

Head of Invalidity Insurance Domain

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	VII
Zusammenfassung und Empfehlungen	IX
Résumé et recommandations	XXV
Riassunto e raccomandazioni.....	XLI
Summary and recommendations.....	LVI
1 Ausgangslage und Problemstellung	1
1.1 <i>Ausgangslage</i>	<i>1</i>
1.2 <i>Problemstellung</i>	<i>1</i>
1.3 <i>Zielsetzungen.....</i>	<i>2</i>
1.4 <i>Fragestellungen.....</i>	<i>3</i>
2 Methodik.....	5
2.1 <i>Studienkonzept.....</i>	<i>5</i>
2.2 <i>Grundgesamtheit</i>	<i>5</i>
2.3 <i>Teilnahme an der Befragung.....</i>	<i>6</i>
2.4 <i>Datenanalyse.....</i>	<i>8</i>
3 Ein Fallbeispiel	11
3.1 <i>Einführung.....</i>	<i>11</i>
3.2 <i>Soziodemographie.....</i>	<i>11</i>
3.3 <i>Spitznamen.....</i>	<i>14</i>
3.4 <i>Krankheit</i>	<i>16</i>
3.5 <i>Fazit Soziodemografie, Krankheit und familiäre Biografie</i>	<i>27</i>
3.6 <i>Ausbildungs- und Arbeitsbiografie</i>	<i>28</i>
3.7 <i>Problemverlauf am Arbeitsplatz.....</i>	<i>58</i>
3.8 <i>Merkmale der Behandlung.....</i>	<i>94</i>
3.9 <i>Funktionsdefizite und problematische Arbeitsbedingungen</i>	<i>102</i>
3.10 <i>Einflussfaktoren auf den Verlauf und Lerneffekte</i>	<i>110</i>

4	Erfahrungen mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen	117
4.1	<i>Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten in der psychiatrischen Behandlung</i>	<i>117</i>
4.2	<i>Indikationen für Dauer und Art der Krankschreibungen</i>	<i>118</i>
4.3	<i>Erlebte Schwierigkeiten bei Krankschreibungen</i>	<i>132</i>
4.4	<i>Krankschreibungsverhalten unter kontrollierten Bedingungen</i>	<i>138</i>
4.5	<i>Die zwei letzten Patienten mit Arbeitsunfähigkeit in der Praxis</i>	<i>147</i>
5	Typische Funktionsdefizite und mögliche Arbeitsanpassungen	161
5.1	<i>Diagnosespezifische Funktionsdefizite</i>	<i>161</i>
5.2	<i>Kompensierende Arbeitsanpassungen</i>	<i>171</i>
5.3	<i>Fazit Funktionsdefizite und Arbeitsanpassungen</i>	<i>177</i>
6	Erfahrungen mit der Berichterstattung an die Invalidenversicherung	179
6.1	<i>Diagnose, Verlauf und Prognose</i>	<i>179</i>
6.2	<i>Einschätzung der Beurteilungen durch die IV-Stelle</i>	<i>186</i>
6.3	<i>Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit</i>	<i>189</i>
6.4	<i>Kommunikation zwischen IV-Stellen/RAD und Behandelnden</i>	<i>191</i>
6.5	<i>Was würde eine ausführliche IV-Berichterstattung zusätzlich fördern?</i>	<i>192</i>
6.6	<i>Fazit IV-Berichterstattung</i>	<i>195</i>
7	Behandlungsepidemiologische Angaben	197
7.1	<i>Häufigkeit von Patienten mit Arbeitsproblemen</i>	<i>197</i>
7.2	<i>Erwerbslose und invalidisierte Patienten mit Erwerbspotential</i>	<i>199</i>
7.3	<i>Unterschiede nach Sprachregion und Setting</i>	<i>201</i>
7.4	<i>Fazit Behandlungsepidemiologie</i>	<i>204</i>
Literatur	205

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erwerbsstatus bei Behandlungsbeginn und bei Befragung nach Ausbildung (N=602).....	13
Abbildung 2: Kategorisierung der Spitznamen, 14 Gruppen (N=304), ohne „Unklar“.....	14
Abbildung 3: Arten von Persönlichkeitsstörungen (N=277 Diagnosen bei 223 Patienten).....	19
Abbildung 4: Diagnostische Typen bei Patienten (N=586).....	20
Abbildung 5: Alter bei ersten relevanten psychischen Störungen (N=562).....	21
Abbildung 6: Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörung nach Alter bei ersten Problemen (N=562).....	22
Abbildung 7: Alter bei Ersterkrankung nach Diagnosetyp (N=562).....	23
Abbildung 8: Ausbildungsprobleme und frühe Hilfen (N=249 Patienten mit Ersterkrankung vor 26 Jahren).....	24
Abbildung 9: Auffälligkeiten bei früh Erkrankten, nach Diagnosetyp (N=270).....	25
Abbildung 10: Frühe biografische Belastungen (N=1189 Belastungen bei N=453 Patienten).....	26
Abbildung 11: Summe der frühen biografischen Belastungen (N=553).....	27
Abbildung 12: Anzahl bisheriger Arbeitsstellen bei unterschiedlichen Arbeitgebern (N=549).....	28
Abbildung 13: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie (N=1286) bei N=479 Patienten.....	29
Abbildung 14: Berufskarriere und Leistungsprobleme, nach Ausbildungsgrad (N=536).....	30
Abbildung 15: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie nach Diagnosetyp (N=539).....	31
Abbildung 16: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie, nach Verlaufstyp (N=479).....	32
Abbildung 17: Frühere Stellen mit Problemen (Panel A) und guter Funktionsfähigkeit (Panel B).....	33
Abbildung 18: Familiäre Belastungen und Arbeitsbiografie; Problemmuster nach Diagnose (N=531).....	34
Abbildung 19: ‚Roter Faden‘ der Arbeitsprobleme, 13 Gruppen (N=780) bei N=360 Patienten.....	36
Abbildung 20: Problemmuster nach Geschlecht (N=320).....	49
Abbildung 21: Problemmuster nach Zivilstand (N=320).....	50
Abbildung 22: Problemmuster nach Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung (N=320).....	51
Abbildung 23: Verteilung spezifischer Persönlichkeitsstörungen (N=223 PatientInnen mit PS).....	52
Abbildung 24: ‚Roter Faden‘ der Arbeitsprobleme, 5 Gruppen (N=507) bei N=319 Patienten.....	53
Abbildung 25: Problemmuster (5 Gruppen) nach Spitzname (N=189).....	54
Abbildung 26: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie, nach Problemmuster (N=316).....	55
Abbildung 27: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie nach Problemmuster (N=316) - Fortsetzung.....	56
Abbildung 28: Frühere Stellen mit psychischen Arbeitsproblemen nach Problemmuster (N=293).....	57
Abbildung 29: Dauer Problembeginn, -eskalation und -ausgang (Mittelwerte).....	59
Abbildung 30: Kategorisierung des Problembeginns („Erster Akt“), 8 Gruppen.....	60
Abbildung 31: Wie intervenieren PsychiaterInnen früh oder warum intervenieren sie nicht? (N=104).....	66
Abbildung 32: Rolle der Arbeitsprobleme für das Aufsuchen der Behandlung nach Diagnosetyp (N=501).....	67
Abbildung 33: Frühe Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (N=105).....	68
Abbildung 34: Private und betriebliche Auslöser der Arbeitsprobleme (N=46).....	69
Abbildung 35: Kategorisierung der Problemeskalation („Zweiter Akt“), 9 Gruppen.....	70
Abbildung 36: Kategorisierung des Problemausgangs („Dritter Akt“), 9 Gruppen.....	72
Abbildung 37: Zusammengefasste Kategorisierung des Problemverlaufs.....	76
Abbildung 38: Kodierte Verläufe (3 Akte) im Überblick (absolute Zahlen; N=313).....	77
Abbildung 39: Problemmuster in der Arbeitsbiografie und aktuelle Problemeskalation (N=227).....	88

Abbildung 40: Arbeitsplatzverlust nach Auffälligkeiten in den ersten zwei Problemphasen	89
Abbildung 41: Detaillierte Arbeitssituation der Patienten (N=419)	91
Abbildung 42: Erwerbsstatus (N=603)	92
Abbildung 43: Erwerbsstatus bei Behandlungsbeginn und bei Befragung nach Diagnosetyp (N=567)	93
Abbildung 44: Frühe Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber, nach Therapiekonzept (N=389)	96
Abbildung 45: Frühe Diskussion eines Kontaktes mit dem Arbeitgeber nach Therapiekonzept (N=389)	97
Abbildung 46: Kontakte mit Führungskräften, HR, Versicherungen und Lebenspartner/in (N=389)	99
Abbildung 47: Eindruck, den Patienten gegen Arbeitgeber und Behörden schützen zu müssen (N=495)	100
Abbildung 48: Wie oft kam es zu häufigen Schutzimpulsen gegenüber externen Akteuren? (N=495)	101
Abbildung 49: Problematische Arbeitsbedingungen (N=2192) bei N=397 PatientInnen	103
Abbildung 50: Funktionsdefizite der Patientinnen und Patienten (N=3992) bei N=395 PatientInnen	104
Abbildung 51: Die wichtigste problematische Arbeitsbedingung (N=397)	105
Abbildung 52: Das wichtigste Funktionsdefizit (N=395)	106
Abbildung 53: Funktionsdefizite nach Diagnosetyp	107
Abbildung 54: Summe der Funktionsdefizite nach Diagnosetyp (N=404)	108
Abbildung 55: Summe der Funktionsdefizite nach Verlauf des Erwerbsstatus (N=400)	109
Abbildung 56: Wahrgenommene Faktoren für einen positiven Erwerbsverlauf (N=164)	110
Abbildung 57: Wahrgenommene Faktoren für einen negativen Erwerbsverlauf (N=210)	111
Abbildung 58: Odds Ratios für einen negativen Verlauf	112
Abbildung 59: Prävalenz von PatientInnen mit Auf und von Hausarzt-Zuweisungen (absolute Zahlen)	117
Abbildung 60: „Sehr wichtige“ arbeitsbezogene Umstände für AuF-Einschätzung (N=175-193)	119
Abbildung 61: „Sehr wichtige“ patientenbezogene Umstände für AuF-Einschätzung (N=173-179)	120
Abbildung 62: Typologie der PsychiaterInnen bzgl. Relevanz von AuF-Kriterien (N=193)	121
Abbildung 63: Typ 1 „Arbeitssicherheit“ (32%)	122
Abbildung 64: Typ 2 „Alles eher wichtig“ (19%)	123
Abbildung 65: Typ 3 „Arbeitskonflikte wichtig“ (18%)	124
Abbildung 66: Typ 4 „Alles eher unwichtig“ (16%)	125
Abbildung 67: Typ 5 „Alles sehr wichtig“ (16%)	126
Abbildung 68: Arbeitsplatzbezogene Kriterien für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit	127
Abbildung 69: Patientenbezogene Kriterien für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit	128
Abbildung 70: Tendenz zu langen Krankschreibungen – nach Typus Psychiater/in	129
Abbildung 71: Arbeitsbezogene Kriterien für den Grad der Krankschreibung	130
Abbildung 72: Patientenbezogene Kriterien für den Grad der Arbeitsunfähigkeit	131
Abbildung 73: Fachliche und therapeutische Probleme bei Krankschreibungen (N=199-209)	133
Abbildung 74: Fachliche vs therapeutische Probleme bei der AuF (Mittelwertunterschiede; N=199)	134
Abbildung 75: Das fachlich/therapeutisch grösste Problem bei AuF-Entscheidungen	135
Abbildung 76: AuF-Dauer (Median) nach beruflicher Position, Drängen auf Krankschreibung, Diagnose (N=295)	140
Abbildung 77: Wurde bisher in solchen Fällen den Kontakt zum Arbeitgeber gesucht? (N=295)	141
Abbildung 78: Empfohlene AuF-Dauer bis zur vollen Arbeitsfähigkeit nach frühen Belastungen (N=246)	144
Abbildung 79: Hauptsächliche Initiative zur Arbeitsunfähigkeit	148
Abbildung 80: Funktionsdefizite bei den zwei jüngsten AuF-Fällen (Gesamt; N=286)	149

Abbildung 81: Diagnosen bei den zwei jüngsten AuF-Fällen in Prozent (Gesamt; N=282).....	150
Abbildung 82: Relevante Belastungen bei den zwei jüngsten AuF-Fällen (Gesamt; N=183).....	151
Abbildung 83: Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeugnisse in Wochen (Mittelwerte).....	153
Abbildung 84: Dauer der AuF-Fälle nach Diagnosegruppe in Wochen (Mittelwert und Median; Gesamt; N=255)..	154
Abbildung 85: Aktivitäten der Patienten während der AuF (Gesamt; N=216).....	155
Abbildung 86: Wie gut kennen Psychiater die Arbeitsumgebung des Patienten? (Gesamt; N=286).....	157
Abbildung 87: Kooperation mit Case Managern (Gesamt; N=183; nur Fälle mit Zeugnis an die Versicherung)	158
Abbildung 88: Wäre rückblickend mehr möglich gewesen? (Gesamt; N=286).....	159
Abbildung 89: Wichtige Funktionsdefizite bei Schizophrenie und unipolarer Depression (N=28/37)	162
Abbildung 90: Wichtige Funktionsdefizite bei Zwangs- und Schmerzstörungen (N=22/32)	163
Abbildung 91: Wichtige Funktionsdefizite bei Persönlichkeitsstörungen (N=35/30).....	164
Abbildung 92: Diagnosespezifische Funktionsdefizite, die häufig als „sehr wichtig“ beurteilt wurden	165
Abbildung 93: Boxplots der Summe „sehr wichtiger“ Funktionsdefizite nach Diagnose (N=184).....	166
Abbildung 94: Defizite in der allgemeinen/fallbezogenen Einschätzung: Depression	169
Abbildung 95: Defizite in der allgemeinen/ fallbezogenen Einschätzung: Emotional instabile PS.....	170
Abbildung 96: Defizite in der allgemeinen/fallbezogenen Einschätzung: Ängstlich-vermeidende PS	171
Abbildung 97: Diagnose der zwei zuletzt für die IV abgeklärten Patienten (N=159/156)	180
Abbildung 98: Alter bei Exploration, Ersterkrankung, ersten Problemen nach Diagnose (N=156/155).....	181
Abbildung 99: Alter bei Ersterkrankung und erstmaligen Funktionsdefiziten (Streudiagramm).....	182
Abbildung 100: Prognose des Gesundheitszustandes nach Art des IV-Berichtes (N=jeweils 155).....	183
Abbildung 101: Prognose des Gesundheitszustandes nach Hauptdiagnose (N=jeweils 155)	184
Abbildung 102: Analyse der Arbeitsbiografie durch die Behandelnden (N=156/155).....	185
Abbildung 103: Beurteilung der ärztlichen Prognose durch IV-Stelle/RAD (N=155; jüngster IV-Bericht)	186
Abbildung 104: Beurteilung der Prognose/Empfehlungen durch IV-Stelle/RAD (N=jeweils 155).....	187
Abbildung 105: Einschätzung des aktuellen und künftigen AuF-Grades (N=jeweils 155)	188
Abbildung 106: Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit nach Arbeitsstelle (N=jeweils 155)	189
Abbildung 107: Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit, nach Arbeitsstelle und Diagnose (N=147/142).....	190
Abbildung 108: Kooperation Behandelnde und IV-Stellen (N=155-114; jüngster IV-Bericht).....	191
Abbildung 109: Anreize für eine ausführliche IV-Berichterstattung (N=155)	194
Abbildung 110: Erwerbsstatus, Arbeitsprobleme und -potentiale der Patienten und Interventionen	198
Abbildung 111: Warum sind arbeitsfähige IV-Rentner/Sozialhilfeempfänger nicht erwerbstätig? (N=75)	201
Abbildung 112: Interventionen nach Sprachregion.....	202
Abbildung 113: Soziodemografische und diagnostische Merkmale der Praxisklientel (N=306-307)	203

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale der Befragungsteilnehmenden (N=701-714).....	7
Tabelle 2: Soziodemografische Merkmale von Patienten mit Arbeitsproblemen (N=603-628).....	12
Tabelle 3: Spitznamen für Patienten, 5 Gruppen (N=304/627; N=323 unklar/keine Angabe).....	15
Tabelle 4: Hauptdiagnose (N=564) und Nebendiagnose (N=342), sowie Hauptkategorie.....	16
Tabelle 5: Die häufigsten Einzeldiagnosen (>= 2%; Haupt- und Nebendiagnose).....	17
Tabelle 6: Beschreibung der 12 bedeutungstragenden Kategorien (ohne "unklar").....	35
Tabelle 7: Problemmuster "Leistungsstreben" - Beispiele.....	37
Tabelle 8: Problemmuster "Unterordnung" - Beispiele.....	38
Tabelle 9: Problemmuster "Egoismus, Impulsivität" - Beispiele.....	39
Tabelle 10: Problemmuster "Flucht" - Beispiele.....	40
Tabelle 11: Problemmuster "Erbschuld" - Beispiele.....	41
Tabelle 12: Problemmuster "Überforderung, Grandiosität" - Beispiele.....	42
Tabelle 13: Problemmuster "Opfer" - Beispiele.....	43
Tabelle 14: Restliche Kategorien – jeweils zwei Beispiele.....	46
Tabelle 15: Beschreibung des Problembeginns („Erster Akt“) - Beispiele.....	61
Tabelle 16: Weitere Fragen zum Problembeginn und zu Interventionen.....	64
Tabelle 17: Beschreibung der Problemeskalation („Zweiter Akt“) - Beispiele.....	70
Tabelle 18: Beschreibung des Problemausgangs („Dritter Akt“) - Beispiele.....	73
Tabelle 19: Verlaufsmuster „Hoffnungsvoller Beginn – Konflikte – Kündigung“: Beschreibung.....	77
Tabelle 20: Verlaufsmuster „Hoffnungsvoller Beginn – AuF – Kündigung“: Beschreibung.....	79
Tabelle 21: Verlaufsmuster „Hoffnungsvoller Beginn – Konflikte – AuF/RTW“: Beschreibung.....	80
Tabelle 22: Verlaufsmuster „Hoffnungsvoller Beginn – Überforderung – AuF/RTW“: Beschreibung.....	81
Tabelle 23: Verlaufsmuster „Problematischer Beginn – Überforderung – AuF/RTW“: Beschreibung.....	82
Tabelle 24: Verlaufsmuster „Problematischer Beginn – AuF - Kündigung“: Beschreibung.....	84
Tabelle 25: Verlaufsmuster „Problematischer Beginn – Konflikte – AuF/RTW“: Beschreibung.....	86
Tabelle 26: Verlaufsmuster „Problematischer Beginn – Konflikte – Kündigung“: Beschreibung.....	86
Tabelle 27: Merkmale der Behandlung und therapeutischen Beziehung (N=501).....	95
Tabelle 28: Was PsychiaterInnen beim nächsten Mal anders machen würden (Beispiele; N=113).....	113
Tabelle 29: Faktorenanalyse der fachlichen und therapeutischen Probleme bei AuF.....	137
Tabelle 30: AuF-Fallvignette 1 – Fallbeschrieb und Variationen (N=362).....	139
Tabelle 31: AuF-Fallvignette 2 – Fallbeschrieb und Variationen (N=348).....	143
Tabelle 32: AuF-Fallvignette 3 – Fallbeschrieb und Variationen (N=340).....	145
Tabelle 33: Arbeitsanpassungen bei leistungsbezogenen Funktionsdefiziten (zusammengefasst).....	172
Tabelle 34: Arbeitsanpassungen bei Funktionsdefiziten im Sozialverhalten (zusammengefasst).....	174
Tabelle 35: Arbeitsanpassungen bei Funktionsdefiziten im Arbeitsverhalten (zusammengefasst).....	176

Zusammenfassung und Empfehlungen

Ausgangslage, Ziel und Methodik der Untersuchung

Die Ausgliederung und Invalidisierung von Personen mit psychischen Störungen aus dem Arbeitsmarkt hat in den letzten Jahrzehnten in der Schweiz wie in vielen anderen OECD-Ländern deutlich zugenommen, obwohl die Prävalenz psychischer Störungen nicht angestiegen ist. Zudem steigen die Arbeitsunfähigkeiten (Absenzen) aus psychischen Gründen seit längerem an, auch dies ein internationales Phänomen. Gleichzeitig würde die grosse Mehrheit von nicht-erwerbstätigen Personen mit einer psychischen Erkrankung gerne arbeiten und nennt eine ‚normale‘ Arbeit als prioritäres Bedürfnis. Es liegen denn auch viele empirische Hinweise vor, dass Erwerbstätigkeit zur psychischen Stabilisierung oder Genesung beiträgt.

Es gibt kaum ein Land, das derart gute ökonomische und institutionelle Voraussetzungen für die Bewältigung dieser Probleme mitbringt wie die Schweiz, unter anderem eine ausgezeichnete psychiatrische Versorgung mit der höchsten Psychiaterdichte aller OECD-Länder. Gleichzeitig werden die vorhandenen Ressourcen zu wenig für die Bewältigung von Arbeitsproblemen psychisch Kranker genutzt, unter anderem wegen der Fragmentierung der Hilfen.

Psychiaterinnen und Psychiater in der Schweiz wurden bisher noch nie zu ihren konkreten Erfahrungen und Beurteilungen bei Patienten mit Arbeitsproblemen und Arbeitsunfähigkeiten befragt. Entsprechend fehlen behandlungsepidemiologische Daten über die Prävalenz von PatientInnen mit Arbeitsproblemen. Auch wurde das medizinische und rehabilitative Wissen der Spezialisten bisher nicht genutzt. Dies ist auch insofern eine grosse Lücke, als die PsychiaterInnen in der Schweiz ihre Patienten normalerweise über längere Zeit behandeln und sie deshalb gut kennen. Die vorliegende Untersuchung soll diese Lücke füllen helfen und eine Datenbasis vorlegen, mit der weiterführende Massnahmen erarbeitet werden können, die für die Arbeitsmarkt-Integration psychisch Kranker nützlich sind.

Unsere Befragung wurde allen Mitgliedern der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) zugestellt. Dabei wurden die Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer Einrichtungen gebeten, die Befragung zu beantworten und sie auch an ihre Leitenden Ärzte, Oberärzte und Assistenzärzte zu übermitteln. Schliesslich wurden die Präsidenten der kantonalen Psychiater-Fachgruppen gebeten, die Befragung an ihre Mitglieder weiterzuleiten – von denen nicht alle Mitglieder der SGPP sind. Insgesamt haben im Februar und März 2016 N=741 Psychiaterinnen und Psychiater den Befragungslink aktiviert und N=714 die Befragung zumindest teilweise beantwortet. N=326 Personen haben die gesamte Befragung beantwortet, also 46% der Ausgangszahl, was angesichts der anspruchsvollen und sehr ausführlichen Befragung ein beachtlicher Wert ist. Jeweils rund drei Viertel der Teilnehmenden arbeiten in freier Praxis, sind in der Deutschschweiz tätig und mindestens 50 Jahre alt.

Die Befragung war in 7 Teile gegliedert: 1) Fragen zu einem real erlebten Verlauf eines Patienten, der psychisch bedingte Arbeitsprobleme hatte oder hat, 2) Generelle Indikationen und Probleme bei Krankschreibungen, 3) Generelle Fragen zu typischen diagnosespezifischen Funktionsdefiziten und zu möglichen Arbeitsplatzanpassungen, 4) Entscheidungsverhalten unter kontrollierten Rahmenbedingungen, zum Beispiel zur Art der Krankschreibung (‚experimenteller‘ Teil), 5) Fragen zu den zwei jüngsten Fällen mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen, 6) Fragen zu den zwei jüngsten Fällen mit Berichtserstattung an die IV und 7) Behandlungsepidemiologische Fragen zu Patienten mit Arbeitsproblemen, Arbeitsunfähigkeit und Invalidisierung.

Resultate

Im Folgenden werden die Hauptergebnisse dargestellt. Der erste und umfangmässig wichtigste Teil betrifft den Verlauf eines Patienten mit Problemen am Arbeitsplatz im ersten Arbeitsmarkt.

Patienten mit Arbeitsproblemen: Ein Fallbeispiel

Geschildert wurden mehrheitlich Patientinnen, durchschnittlich 45 Jahre alt, mit abgeschlossener qualifizierter Berufsausbildung oder Studium. Dies ist typisch für die Klientel psychiatrischer Praxen, aber wegen des etwas höheren Frauenanteils nur mit Vorsicht auf die psychisch kranke Erwerbsbevölkerung übertragbar. Diagnostiziert sind sehr häufig depressive Störungen, neurotische Störungen (Anpassungsstörungen, Belastungsreaktionen, Ängste) sowie Persönlichkeitsstörungen – mehrheitlich ängstlich-vermeidende, emotional instabile, abhängige und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Diagnostisch und hinsichtlich Alter sind die hier beschriebenen Patienten vergleichbar mit der grössten Gruppe von psychisch kranken IV-RentnerInnen mit sogenannten „psychogenen und milieureaktiven Störungen“.

Familiäre und Arbeitsbiografie und Erkrankungsbeginn der Patienten

Bei fast allen Patienten finden sich in der frühen Biografie relevante Belastungen: Jeder zweite Patient hatte Eltern mit einer psychischen Erkrankung und jeweils rund 40% haben Gewalt, Missbrauch, emotionale Vernachlässigung oder eine übermässig strafende Erziehung erlebt. 40% der Patienten bringen drei und mehr solcher frühen Erfahrungen mit und sind somit als erheblich belastet anzusehen. Die Hälfte der Patienten hatte schon bis zum 25. Lebensjahr erstmals deutliche psychische Probleme, die sich häufig als Leistungs- und Verhaltensprobleme sowie Zäsuren in Schule oder Berufsausbildung oder im Kontakt mit dem sozialen Umfeld äusserten. Professionelle Unterstützung, sei es durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, schulpsychologische Dienste oder die IV, fand selten zeitnah an diese frühen Auffälligkeiten statt, was auf eine mangelnde Früherkennung hinweist.

Die meisten Patienten hatten schon vor der aktuellen Problemsituation Schwierigkeiten an früheren Stellen: Jeweils rund 40% hatten wiederholte Konflikte mit dem Vorgesetzten und/oder dem Team oder wurden mindestens einmal gekündigt. Je nach psychischer Problematik zeigen sich unterschiedliche Probleme in der Arbeitsbiografie: Bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen zeigen sich eher Konflikte und ein beruflicher Aufstieg, bei Patienten mit schizophrenen Störungen hingegen vor allem Leistungsprobleme, längere Arbeitsunterbrüche und ein beruflicher Abstieg. Hatten Patienten bisher schon viele kurze Stellen, mehrmalige Arbeitslosigkeit, Arbeitsunterbrüche oder mindestens eine Kündigung hinter sich, zeigen sie auch bei der aktuellen Stelle häufiger einen ungünstigen Verlauf. Die Arbeitsbiografie hängt zudem eng mit der frühen familiären Biografie zusammen: Je mehr familiäre Belastungen, desto mehr Probleme in der Arbeitsbiografie. Bei rund zwei Dritteln der Patienten zieht sich denn auch eine Art ‚roter Faden‘ von der frühen Biografie über die Arbeitsbiografie bis hin zu den aktuellen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Die Befragten schildern diese Muster prägnant und differenziert. Es zeigen sich 5 Typen von Problemmustern:

1. Patienten mit überengagiertem und rigidem Arbeitsverhalten, welche ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen und auf Zurückweisung oder ausbleibende Anerkennung schliesslich gekränkt oder passiv-aggressiv reagieren. Diese Patienten haben oft einen beruflichen Aufstieg gemacht.
2. Patienten mit undiszipliniertem, instabilem, impulsivem Arbeitsverhalten, welche Probleme und Fehler externalisieren, Grenzen nicht respektieren, sich in einer Opferrolle sehen und in Konflikte geraten. Hier sind anamnestisch häufige Stellenwechsel und mehrmalige Arbeitslosigkeit typisch.

3. Patienten mit ängstlich-vermeidendem oder abhängigem Verhalten, die es allen recht machen wollen, wenig Verantwortung übernehmen und sich nicht durchsetzen können. Dieses Muster führt häufig zu Arbeitsunfähigkeiten. Anamnestisch sind längere Arbeitsunterbrüche typisch und oft auch ein beruflicher Aufstieg.
4. Patienten mit bisher – und auch an der aktuellen Stelle – häufigem Absentismus.
5. Patienten mit einem Suchtproblem. Sie haben den höchsten Anteil an Personen mit längeren Arbeitsunterbrüchen.

Diese Resultate veranschaulichen, dass eine professionelle Interventionsplanung bei Patienten mit Arbeitsproblemen ein synthetisches Verständnis der Biografie der Patienten unter Berücksichtigung der frühen Erfahrungen, der Dynamik der Pathologie und der typischen Reaktionen der Umgebung voraussetzt. Psychiater sind geschult, genau solche Zusammenhänge zu identifizieren. Ihr aktiver Einbezug bei der beruflichen Problemanalyse und Interventionsplanung wäre deshalb zwingend – nicht nur im IV-Verfahren, sondern auch bei längerer Arbeitsunfähigkeit, bei Problemen am Arbeitsplatz, bei problematischer Arbeitslosigkeit oder Sozialhilfeabhängigkeit etc.

Der Problemverlauf an der aktuellen Arbeitsstelle

Die aktuellen Problemverläufe am Arbeitsplatz dauern mit rund 40 Monaten relativ lange. Hier hätten die Psychiaterinnen und Psychiater eine Möglichkeit zur Prävention von Eskalationen am Arbeitsplatz, da sie deutlich früher als die Führungskräfte realisieren, dass sich Probleme anbahnen. Die Phase des Problembeginns dauert im Schnitt 20 Monate. Anschliessend eskaliert die Problematik immer schneller. In dieser ersten Phase suchen die Behandelnden aber lediglich in einem Fünftel der Fälle Kontakt zum Arbeitgeber, meist weil die Patienten keinen solchen Kontakt wünschen. Allerdings waren die Arbeitsprobleme bei 80% dieser Patienten ein wichtiger oder gar entscheidender Grund, überhaupt eine psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Dies könnte als Auftrag verstanden werden, einen Kontakt zum Arbeitgeber eingehend zu diskutieren und die verschiedenen Optionen – inklusive die Risiken, welche ein solcher Kontakt auch mit sich bringen kann – aufzuzeigen.

Ist der Problembeginn charakterisiert durch eine hoffnungsvolle Stimmung – der Patient freut sich sehr auf die neue Stelle, er ist hochmotiviert und startet voller Energie etc. – ist dies für den Arbeitsplatzprognose eher *ungünstig*, was unter anderem damit zusammenhängen mag, dass in diesen Fällen auch das Risiko für Enttäuschungen und Frustrationen erhöht ist. Womöglich handelt es sich bei diesem euphorischen Beginn um einen Ausdruck des Problemlöseverhaltens (Ausblenden möglicher Schwierigkeiten, Verdrängung von Befürchtungen).

In jedem zweiten Fall sind auslösende Faktoren für die Arbeitsprobleme bekannt im persönlichen Umfeld wie Probleme in Ehe und Partnerschaft, ein Todesfall, eine schwere Erkrankung oder ein Unfall respektive im Betrieb personelle Wechsel, Reorganisationen, oder Veränderung der Arbeitsaufgaben. Frühe Problemanzeichen am Arbeitsplatz waren in dieser ersten Phase vor allem Konflikte oder Probleme mit dem Vorgesetzten oder den Arbeitskollegen sowie Leistungsminderung. Sowohl die auslösenden Faktoren wie auch die frühen Problemanzeichen zeigen demnach eine starke Beziehungskomponente.

In der Eskalationsphase lassen sich drei Typen unterscheiden: a) Eskalation zwischenmenschlicher Konflikte, b) Manifestation leistungsbezogener Überforderung sowie c) Krankschreibung. Konflikteskalationen in dieser Phase führen besonders häufig zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses in der dritten Phase. Die Art der Eskalation hängt eng mit dem anamnestisch bekannten Problemmuster zusammen: Gab es in der Arbeitsbiografie konflikthafte Muster, so zeigen sich diese auch an dieser Stelle sehr viel häufiger. Gab es schon früher ein ängstlich-vermeidendes Muster oder wiederholte Arbeitsunfähigkeiten, so kommt es auch an der jetzigen Stelle häufiger zu Arbeitsunfähigkeiten. Der

Problemausgang schliesslich zeigt zwei Haupttypen, nämlich die Auflösung des Arbeitsverhältnisses sowie die Krankschreibung – mit und ohne Rückkehr an den Arbeitsplatz. Zwischen Problembeginn bis zum Zeitpunkt der Befragung zeigt sich eine deutliche Verschiebung der Patienten von der Erwerbstätigkeit in die Arbeitslosigkeit, Invalidität und Inaktivität sowie von einer Vollzeit- in eine Teilzeit-Erwerbstätigkeit. Dies trotz der Untersuchungsanlage, die in der Hälfte der Fälle einen „positiven Verlauf“ vorsah. Bei Ende des Problemverlaufs respektive zum Befragungszeitpunkt sind lediglich noch rund 30% dieser Patientinnen und Patienten in einer nicht-prekären Erwerbssituation.

Merkmale der Behandlung

Die meisten dieser Patienten werden wöchentlich oder zweiwöchentlich gesehen und mit einem psychodynamischen oder kognitiv-verhaltenstherapeutischem Ansatz behandelt. Mit einem psychodynamischen Konzept arbeitende Therapeuten sind deutlich zurückhaltender gegenüber einer Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern als Behandelnde mit anderen therapeutischen Ansätzen – und sie diskutieren einen solchen Kontakt auch seltener mit den Patienten. In über 9 von 10 Fällen beurteilen die Psychiaterinnen und Psychiater die therapeutische Beziehung zum Patienten als tragfähig und sicher und gehen davon aus, dass die Patienten das in der Behandlung Diskutierte im Alltag auch umsetzen. Diese sehr hohen Werte spiegeln die Bedeutung einer beziehungsorientierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der Schweiz sowie deren Qualität. Gleichzeitig zeigt sich kein Zusammenhang zwischen Qualität und Verbindlichkeit der therapeutischen Beziehung einerseits und dem Verlauf der Erwerbstätigkeit der Patienten andererseits. Der Outcome im Arbeitsmarkt hängt mit anderen Variablen wie zum Beispiel der Dynamik am Arbeitsplatz (Konflikte etc.) respektive der Persönlichkeit des Patienten zusammen. Hier wäre genauer zu untersuchen, ob mit entsprechenden Interventionen der direkte Einfluss der Therapie auf den Erwerbsverlauf verstärkt werden kann.

Die häufigste arbeitsplatzbezogene Intervention ist das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen: Bei fast allen diesen Patienten wurden schon AuF-Zeugnisse ausgestellt, in rund 75% der Fälle mehrfach. Patienten mit gar keinen bisherigen AuF-Zeugnissen und solche mit mehrfachen AuF-Zeugnissen zeigen häufiger einen negativen Verlauf als Patienten mit einer einmaligen Krankschreibung. Das Fehlen von Arbeitsunfähigkeiten ist demnach nicht a priori ein prognostisch günstiges Zeichen. Dies mag unter anderem damit zusammenhängen, dass es auch ungünstig sein kann, trotz akuter Krankheit arbeiten zu gehen („Präsentismus“).

In zwei Dritteln der Fälle haben Psychiaterinnen und Psychiater das Bedürfnis, den Patienten gegen eine von ihnen als unfair oder diskriminierend eingeschätzten Behandlung seitens dieser Akteure schützen zu müssen – meist gegenüber dem Arbeitgeber, aber häufig auch gegenüber Privat- und Sozialversicherungen und Sozialhilfe. Dieser häufige Schutzimpuls verdeutlicht das therapeutische Engagement, steht aber in einem Kontrast zu den eher seltenen Kontakten zu diesen Akteuren. Normalerweise ist lediglich die Perspektive der Patienten direkt bekannt, nicht aber diejenige des Arbeitsumfeldes.

Arbeitsplatz- und patientenbezogene Probleme

Auf Seite des Betriebes nehmen die Psychiater vor allem die mangelnde Anerkennung und Wertschätzung der Führungskraft als problematisch wahr wie auch deren ungeschickte Kommunikation und unpersönliches Beziehungsverhalten. Als *wichtigstes* Problem wird mit grossem Abstand die mangelnde Wertschätzung durch den Vorgesetzten berichtet, gefolgt von „Mobbing“ des Patienten. Häufigstes und wichtigstes Problem auf Seite der Patienten war aus Sicht der Behandelnden deren mangelndes Durchsetzungsvermögen: Nicht nein sagen können, sich nicht wehren können. Diese Problemanalyse reflektiert wohl teilweise das Erleben der Patienten und wirkt etwas einseitig. Die

theoretische Einschätzung der Behandelnden in Bezug auf die typischen diagnosespezifischen Funktionsdefizite bei Patienten (siehe weiter unten) weicht jedenfalls deutlich ab von den in diesen Fallbeispielen genannten.

Einflussfaktoren auf den Verlauf

Die Behandelnden beurteilen ihr eigenes therapeutisches Verhalten, eine gebesserte Symptomatik sowie eine reife Persönlichkeit, Anpassungsfähigkeit und Einsicht des Patienten sowie Möglichkeiten zur Arbeitsanpassung als entscheidende Faktoren für einen positiven Verlauf. Entscheidend für einen negativen Verlauf werden eine verstärkte Symptomatik, ein negatives Verhalten des Vorgesetzten, Probleme im privaten Umfeld des Patienten sowie dessen mangelnde Einsicht genannt. Das Verhalten anderer Akteure wie Case Manager der Krankentaggeldversicherung, IV-Berater, andere Ärzte oder Beratungsstellen wird selten als verlaufsbeeinflussend wahrgenommen, und wenn, dann eher in positiver Richtung.

Die Berechnung des Risikos für einen *negativen Verlauf* aus einer Vielzahl von möglichen Faktoren ergibt 4 signifikante Einflussfaktoren: a) Verheiratete haben gegenüber ledigen Patienten ein geringeres Risiko, b) der Impuls der Psychiater, die Patienten gegenüber der Arbeitsumgebung zu „schützen“ erhöht das Risiko (gegenüber den Fällen, wo es nicht zu diesem Impuls kam), c) Fälle, in denen die Psychiater subjektiv „sicher“ zur Problemlösung beigetragen haben, verringern das Risiko (gegenüber den Fällen, in denen die Psychiater nicht oder nur wahrscheinlich zur Problemlösung beigetragen haben) und d) verringert ein hilfreiches Verhalten des IV-Beraters das Risiko. Das heisst, dass die IV-Stellen – falls sie überhaupt involviert sind – einen wichtigen Beitrag leisten können. Bemerkenswert ist zudem der Einfluss der psychiatrischen Behandlung auf den Verlauf. Dabei ist zu beachten, dass der wahrgenommene „Verlauf“ nicht mit dem Arbeitsoutcome gleichzusetzen ist, also dem Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Befragung, da die Psychiater den Verlauf nicht nur nach dem Erwerbsstatus beurteilen. So ist zu erklären, dass die Interventionen der Psychiater zwar einen grossen Einfluss auf den von ihnen eingeschätzten „Verlauf“ haben, jedoch nicht auf den objektiven Erwerbsstatus der Patienten.

Relevant ist schliesslich das erhöhte Risiko für einen negativen Verlauf in denjenigen Fällen, in denen die Behandelnden das Gefühl haben, den Patienten gegen einen „unfairen oder diskriminierenden Umgang durch die Arbeitsumgebung“ schützen zu müssen. Dieses Resultat kann auf verschiedene Arten interpretiert werden. Wesentlich ist hier jedoch die Feststellung, dass diese Wahrnehmung bei denjenigen Patienten sehr viel häufiger ist, die schon in ihrer Arbeitsbiografie wiederholt Konflikte mit Vorgesetzten und Arbeitskollegen hatten oder gekündigt wurden. Es wäre wichtig, die Hintergründe dieser häufigen, aber selten auf konkreten Kontakten zu den Arbeitgebern beruhenden Wahrnehmung der Behandelnden besser zu verstehen.

Lerneffekte aus dem berichteten Fall

Die Mehrheit der Behandelnden würde sich künftig in einem ähnlichen Fall eines Patienten mit Arbeitsproblemen nochmals ähnlich verhalten, und rund ein Drittel der Befragten würde anders reagieren. Bei diesen handelt es sich häufiger um Psychiater, welche zu einem negativen Verlauf befragt wurden. Der Lerneffekt liegt darin, dass künftig häufiger, aktiver und nachdrücklicher auf einen Kontakt zum Vorgesetzten, zur Arbeitsumgebung sowie auch zu den Case Managern und IV-Beratern hingearbeitet würde.

Indikationen und Probleme bei Arbeitsunfähigkeitszeugnissen

Die folgenden Resultate beziehen sich nun nicht mehr auf das Patientenbeispiel, sondern auf allgemeine Einschätzungen und Erfahrungen der Psychiaterinnen und Psychiater.

Bedeutsamkeit von Umständen für die Krankschreibung

Die Behandelnden beurteilen eine Vielzahl von arbeits- und patientenbezogenen Umständen als besonders wichtig bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit. Diese Bedeutsamkeitskriterien lassen sich allerdings nicht inhaltlich gruppieren – es zeigt sich weder eine rechnerisch trennscharfe noch eine inhaltlich/fachlich interpretierbare Gruppierung der Kriterien. Hingegen machen die Behandelnden den Unterschied: Clustert man nicht diese Kriterien, sondern die Behandelnden selbst, resultieren 5 gut unterscheidbare ‚Typen‘ von PsychiaterInnen: a) PsychiaterInnen, welche vor allem die Arbeitssicherheit berücksichtigen, b) PsychiaterInnen, die alle Umstände eher wichtig finden, c) PsychiaterInnen, die vor allem Arbeitsplatzplatzkonflikte beachten, d) PsychiaterInnen, die alle Kriterien eher unwichtig finden und e) PsychiaterInnen, die alle aufgelisteten Kriterien sehr wichtig finden. Das bedeutet, dass die individuelle Ansicht und Haltung der Behandelnden darüber entscheiden, welche Umstände wie hoch gewichtet werden.

Indikationen für Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit

Es werden vor allem folgende arbeitsbezogenen Indikationen für eine *längere* Arbeitsunfähigkeit genannt: Sicherheitsrelevante oder unfallträchtige Tätigkeiten, fehlende Möglichkeiten, den Arbeitsplatz anzupassen, ein geringes Verständnis des Vorgesetzten, eine eben erfolgte Kündigung, ein chaotischer Betrieb, Schichtarbeit oder hoher Termindruck sowie wenig soziale Unterstützung durch die Arbeitskollegen. Patientenbezogen sprechen für eine längere Arbeitsunfähigkeit eine Übermotiviertheit, fehlende Krankheitseinsicht, multiple familiäre und soziale Probleme, ein ausgeprägtes ängstliches Vermeidungsverhalten, anamnestische Arbeitskonflikte sowie ein passiv-regressives Problemverhalten. Klagsamkeit ist hingegen meist ein Indikator für eine *kürzere* AuF, ebenso wie anamnestisch bekannte Stellenverluste wegen Absenzen oder wenn die Krankschreibung als typische Problemlösestrategie imponiert.

Es zeigen sich umgekehrt auch Hinweise auf *Kontraindikationen für eine AuF*: PsychiaterInnen würden häufig gar keine Arbeitsunfähigkeit attestieren, wenn der Patient in der Privatwirtschaft tätig ist, in einem (internationalen) Grossbetrieb arbeitet, schlecht entlohnt ist oder einen befristeten Arbeitsvertrag mit Aussicht auf Festanstellung hat. In diesen Fällen besteht wohl die Befürchtung, durch eine Krankschreibung den Arbeitsplatz der Patienten zu gefährden. Bei den patientenbezogenen Kriterien würde die Mehrheit der Behandelnden eher gar nicht krankschreiben, wenn Absenzen als typische Problemlösestrategie imponieren, wenn Patienten eine geringe Arbeitsmotivation zeigen und wenn anamnestisch schon Stellenverluste wegen Arbeitsunfähigkeiten bekannt sind. Diese differenzierten Einschätzungen bieten eine fundierte Basis für weiterführende Fachdiskussionen, zum Beispiel darüber, ob und in welchen Fällen bei einer eben erfolgten Kündigung oder beim Vorliegen eines ängstlich-vermeidenden, regressiven Verhaltens eine längere AuF sinnvoll ist.

Probleme und Potentiale bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit

PsychiaterInnen nehmen im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit eine Reihe von fachlichen und therapeutischen Problemen wahr. Aus fachlicher wie auch aus therapeutischer Sicht als besonders schwierig werden Situationen wahrgenommen, in denen Patienten nach eben erfolgter Kündigung ein AuF-Zeugnis verlangen oder den Wiedereinstieg laufend hinauszögern. Als fachlich besonders schwierig, aber therapeutisch weniger schwierig wird die Prognose der Dauer der AuF beurteilt. Umgekehrt als therapeutisch sehr schwierig, aber fachlich weniger problematisch werden Situationen genannt, in denen Patienten ungerechtfertigt, rückwirkend oder immer wieder ein Zeugnis verlangen.

Umgekehrt sehen die meisten Psychiater in der Auseinandersetzung über AuF-Zeugnisse auch Potentiale für die Behandlung: Diese ermögliche, die Verhaltensmuster des Patienten zu reflektieren, seine Arbeitssituation besser zu verstehen, den Patienten im Alltag konkret zu unterstützen und gebe Aufschluss über das Funktionieren der Patienten bei der Arbeit etc.

Krankschreibungsverhalten unter kontrollierten Bedingungen

Neben diesen allgemeinen Indikationsfragen wurden den PsychiaterInnen drei fiktive Fallvignetten vorgelegt und gefragt, mit welcher Dauer und Grad sie in diesen Fällen krankschreiben würden. Dieser ‚experimentelle‘ Teil lässt kausale Schlüsse zu über die Einflussfaktoren für eine eher kurze oder lange AuF. Die PsychiaterInnen handeln in diesen konkreten Situationen oft anders als sie dies allgemein für indiziert halten: Während eine hohe Klagsamkeit allgemein als Indikation für eine kurze Arbeitsunfähigkeit eingeschätzt wird, würden in der Simulation klagsame Patienten fast doppelt so lange (knapp 6 Wochen) wie nicht klagsame (3 Wochen) und zudem fast doppelt so häufig Vollzeit krankgeschrieben. Hat der Patient im Betrieb eine Kaderposition, würde er für rund 5 Wochen arbeitsunfähig geschrieben, als einfacher Angestellter für 3 Wochen. Bei Erwähnung einer Belastung in der frühen Biografie würde ein 45-jähriger Patient rund 7 Wochen krankgeschrieben, bei keiner solchen Erwähnung 5 Wochen. Die Erwähnung einer Schizophrenie-Diagnose führt bei identischer Problembeschreibung zu einer ebenfalls fast doppelt so langen Arbeitsunfähigkeit (6 Wochen) wie bei den anderen Diagnosen (jeweils 3-4 Wochen).

Keinen Einfluss auf die Art der Krankschreibung zeigen unter anderem die Art des Betriebes (Grösse, Branche, privatwirtschaftlich/öffentlich), die Anstellungsdauer des Patienten im Betrieb, die aktuelle Belastung im familiären Umfeld – auch hier zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zur allgemeinen theoretischen Indikationsstellung, welche bei diesen Kriterien häufig eher eine Kontraindikation für die AuF sieht.

Kontextvariablen beeinflussen demnach die ärztliche Beurteilung, auch wenn sie strenggenommen per se für die Krankschreibung nicht relevant sein sollten. Die Beurteilungen sind jedoch nachvollziehbar: Führungsaufgaben setzen oft eine stabilere Verfassung voraus als ausführende Tätigkeiten. Auch dass Funktionsdefizite auf dem Hintergrund einer Schizophrenie-Diagnose anders beurteilt werden als auf dem Hintergrund der Diagnose einer ängstlichen/abhängigen Persönlichkeit, kann sinnvoll sein. Der starke Einfluss der Erwähnung früherer Belastungen wirkt irritierend, kann jedoch teilweise nachvollzogen werden, wenn man die Zusammenhänge von frühen Belastungen und Problemen in der Arbeitsbiografie berücksichtigt. Die Bedeutung einer klagenden Beschwerdepräsentation hingegen ist wohl auf die Beziehungsdynamik bei diesen Beurteilungsprozessen zurückzuführen.

Einige systematische Unterschiede zeigen sich schliesslich zwischen Deutschschweiz und Romandie sowie zwischen psychiatrischen Institutionen und Praxen: In der Romandie würden diese fiktiven Patienten meist länger und mit höherem Grad krankgeschrieben. Zudem würden die PsychiaterInnen in der Romandie und solche in der privaten Praxis in diesen Simulationen deutlich seltener den Arbeitgeber kontaktieren wollen als Behandelnde in der Deutschschweiz respektive in den psychiatrischen Institutionen. In der Romandie sind die PsychiaterInnen auch viel häufiger skeptisch gegenüber Arbeitgebern und vermuten, dass diese den fiktiv krankgeschriebenen Patienten ‚loswerden‘ wollen. Hier offenbaren sich zum einen möglicherweise ‚kulturelle‘ Unterschiede in der therapeutischen Haltung respektive gegenüber Arbeitgebern. Beim unterschiedlichen Verhalten von PsychiaterInnen in den Institutionen und in den privaten Praxen spielt wahrscheinlich das Setting eine Rolle, zudem gibt es hier auch Unterschiede bezüglich Alter und therapeutischer Ausrichtung. Die Gründe für die seltenere

Kontaktnahme der Freipraktizierenden sind wohl vielfältig (engere therapeutische Beziehung, Probleme und Aufwand bei der Verrechnung solcher Aktivitäten respektive fehlende Verrechnungsmöglichkeiten etc.), aus den vorliegenden Daten jedoch nicht definitiv zu eruieren.

Die zwei jüngsten Arbeitsunfähigkeitsfälle

Der dritte Frageblock zum Thema Arbeitsunfähigkeit betraf Fragen zu den zwei letzten (jüngsten) *realen* Arbeitsunfähigkeitsfällen. Gemäss der hier vorliegenden Daten aus psychiatrischen Praxen und Einrichtungen wird rund ein Drittel aller Patienten im Verlauf eines Jahres einmal oder mehrmals arbeitsunfähig geschrieben. Die AuF-begründenden Funktionsdefizite lassen sich statistisch in 4 Gruppen zusammenfassen: a) akute Instabilität: emotionale Instabilität und reduzierte Impulskontrolle etc. b) Konflikte am Arbeitsplatz: Verhaltensprobleme und Konflikte, psychische Destabilisierung wegen negativer Arbeitsbedingungen, c) Überforderung: psychomotorische Verlangsamung, leistungsmässige Überforderung, Erschöpfung, Energielosigkeit und d) kognitive Probleme: Probleme mit Konzentration, Auffassung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis sowie Denkstörungen. Arbeitskonflikte (Gruppe b) sind mit einer besonders langen Arbeitsunfähigkeitsdauer verbunden.

Im Durchschnitt werden die einzelnen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse für eine Dauer von rund 5 Wochen ausgestellt. Die Dauer der gesamten Arbeitsunfähigkeit ist in beiden Fällen mit jeweils durchschnittlich 25 Wochen (die mittlere Dauer liegt bei 13 Wochen) erheblich. Eine besonders lange AuF-Dauer zeigen Persönlichkeitsstörungen. Da es sich hier vor allem um emotional instabile sowie um ängstlich-vermeidende Persönlichkeiten handelt, liesse sich diskutieren, ob und in welchen Fällen der Nutzen durch die Entlastung bei solch langen Krankschreibungen deren Risiko (Verstärkung des Vermeidungsverhaltens, Stellenverlust) effektiv übersteigt.

Die meisten Psychiater geben an, die Arbeitsaufgaben und Arbeitsanforderungen der Patienten (sehr) gut zu kennen – den Vorgesetzten, das Arbeitsklima und die Möglichkeit von Arbeitsanpassungen hingegen weniger gut oder gar nicht. Allenfalls läge in einer besseren Kenntnis des Vorgesetzten und der möglichen Arbeitsanpassungen ein Potential für eine frühzeitigere (teilweise) Wiederaufnahme der Arbeit. Lediglich ein Drittel der Patienten ist nämlich während der Arbeitsunfähigkeit mehrheitlich teilweise am Arbeitsplatz präsent. Dabei handelt es sich vor allem um depressive Patienten und selten um PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung. Bei einem Sechstel der arbeitsunfähigen Patienten kam es im Rahmen der AuF zu einer (teil)stationären Behandlung, wobei hier Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung eher häufig sind.

In einem Drittel der zeugnispflichtigen AuF-Fälle war ein Case Manager involviert, wobei die Zusammenarbeit mehrheitlich als gut bezeichnet wird. Wenn ein Case Manager involviert ist, handelt es sich naturgemäss um Fälle mit einer längeren AuF-Dauer. Kommt es dort hingegen zu einer guten Kooperation mit dem Behandelnden, ist die AuF deutlich kürzer als bei fehlender oder schlechter Kooperation.

Rückblickend beurteilen die Psychiater die AuF in vier von fünf Fällen als unumgänglich. Hingegen wäre gemäss Behandelnden in rund 30% der Fälle eine kürzere AuF oder ein geringerer Grad der AuF möglich gewesen, wenn auf Seite der Arbeitgeber mehr Flexibilität und Verständnis gegenüber dem Patienten vorhanden gewesen wäre.

Diagnosespezifische Funktionsdefizite und Arbeitsanpassungen

Die Psychiaterinnen und Psychiater haben jeweils für eine von 6 Diagnosegruppen die Relevanz von 28 möglichen Funktionsdefiziten eingeschätzt.

Funktionsdefizite

Es zeigen sich je nach Diagnose sehr unterschiedliche Profile von Funktionsdefiziten. Insgesamt werden bei schizophrenen und depressiven Störungen breitgefächerte Defizite genannt, welche sehr verschiedene Funktionsbereiche betreffen. Vielfältige, aber auf die Beziehungen fokussierte Defizite werden bei den Persönlichkeitsstörungen vom dramatischen Typ genannt. Bei den Zwangsstörungen, Somatisierungsstörungen und ängstlichen Persönlichkeitsstörungen werden deutlich weniger und sehr spezifische Defizite als relevant beurteilt.

Bei schizophrenen Störungen fallen Defizite bei der sozialen Kognition, der Konzentration und der Realitätsprüfung besonders ins Gewicht. Bei Depressionen werden besonders häufig Defizite bei der Konzentration, der Durchhaltefähigkeit, dem Arbeitstempo und der Belastbarkeit generell genannt. Bei Zwangsstörungen zeigen sich spezifische Defizite bei der Zuversicht in das eigene Können (Angst vor Fehlern) und beim reduzierten Arbeitstempo. Schmerzstörungen fallen lediglich durch eine reduzierte Durchhaltefähigkeit und häufige Absenzen auf. ‚Dramatische‘ Persönlichkeitsstörungen zeigen erhebliche Defizite im zwischenmenschlichen Bereich wie bei der Impulskontrolle, der Frustrationstoleranz, der Ausgeglichenheit und der sozialen Wahrnehmung. Persönlichkeitsstörungen vom ängstlich-vermeidenden Typ schliesslich haben vor allem Angst vor Fehlern, Probleme bei der Durchsetzungs- und Entscheidungsfähigkeit sowie beim selbständigen Arbeiten.

Schwere der Behinderung

Insgesamt vielfältig eingeschränkt sind gemäss psychiatrischer Einschätzung die Depressionen, Schizophrenien und dramatischen Persönlichkeitsstörungen. Diese haben den höchsten Score an Funktionsdefiziten. Auch wenn die Summe der Defizite nicht eins zu eins mit der Behinderungsschwere gleichgesetzt werden kann, so ist es doch ein Anhaltspunkt. Bei den Depressionen zeigt sich eine grosse Streuung in der Einschätzung, vermutlich abhängig vom Schweregrad. Die Einschränkungen betreffen mit Ausnahme der Schizophrenie bei keiner Störung einen so umfassenden Bereich wie bei den Depressionen. Insgesamt den höchsten Score an Funktionsdefiziten sehen die Behandelnden bei den dramatischen Persönlichkeitsstörungen. Insofern ist es nachvollziehbar, dass diese Störungen einen grossen Anteil haben bei den IV-Rentnerinnen und -Rentnern aus psychischen Gründen – obwohl es bei ihnen oft gar nicht zu bedeutsamen Leistungsdefiziten im engeren Sinne kommt. Dass schliesslich Somatisierungsstörungen von der IV heute strikter abgeklärt werden, kann aufgrund der vorliegenden Resultate, und vor allem in Relation zu den anderen psychischen Störungen, nachvollzogen werden.

Vergleich der allgemeinen Einschätzungen mit den Fallbeispielen

Diese allgemeinen diagnosespezifischen Einschätzungen der Funktionseinschränkungen wurden mit den Angaben zu den Einschränkungen beim Fallbeispiel verglichen. Der Vergleich zeigt starke Abweichungen zwischen der Einschätzung eines eigenen Patienten und der generellen (theoretischen) Einschätzung: Beim eigenen Patienten wurden doppelt so viele Funktionsdefizite als wesentlich genannt als in der allgemeinen Einschätzung. Zudem haben die Einschätzungen bei den eigenen Patienten eine Tendenz, dass vor allem die ängstliche, passive, hilflose Seite hervorgehoben wird. Dies wirkt bei der Einschätzung der Fallbeispiele mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung verzerrend, bei denen zum Beispiel rund drei Viertel der Behandelnden ein fehlendes Durchsetzungsvermögen und eine grosse Angst vor Fehlern als sehr wichtig angeben – während dies allgemein nur von 10% der PsychiaterInnen als ein hauptsächliches Problem bei diesen Störungen gesehen wird. Bei den ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen ist das Missverhältnis noch deutlicher.

Die grosse Diskrepanz zwischen der fallunabhängigen, diagnosebasierten Einschätzung und der Einschätzung der eigenen Patienten macht klar, dass die Perspektive – theoretisch versus eigener Patient – auch dann sehr unterschiedlich ist, wenn es sich beim beurteilenden Psychiater um dieselbe Person handelt. Die gute Kenntnis der eigenen Patienten in ihrer echten Lebenssituation und über einen oft längeren Zeitraum, über welche die Behandelnden oft verfügen, verändert demnach ihre rein theoretische Einschätzung der Leistungseinschränkungen. Insgesamt scheint ihre theoretische Einschätzung der Einschränkungen – aufgrund der diagnostischen Kriterien wie auch der praktischen Erfahrung – allerdings deutlich besser nachvollziehbar als ihre Einschätzung der eigenen Patienten.

Mögliche Arbeitsplatzanpassungen

Die Befragten wurden zusätzlich gebeten, für alle als wesentlich beurteilten diagnosespezifischen Funktionsdefizite mögliche Arbeitsanpassungen zu nennen. Abgesehen von teils sehr differenzierten Massnahmen zeigen sich einige typisch *leistungsbezogene* Anpassungen: Zum Beispiel eine Reduktion der Arbeitsbelastung, der Arbeitskomplexität und des Zeitdrucks; Pensenreduktion; das Einschalten von häufigeren Kurzpausen sowie eine klare, eventuell schriftliche, respektive kurzfristigere Strukturierung der Arbeitsaufträge.

Bei Einschränkungen des *Sozialverhaltens* wie auch des *Arbeitsverhaltens* werden generell häufig folgende Massnahmen genannt: Klare Spielregeln und explizite Konsequenzen bei Nichteinhalten, allenfalls ein schriftlicher ‚Vertrag‘; mehr Einzelarbeit oder Home Office; eine enge Begleitung und häufigeres regelmässiges Feedback durch Führungskraft oder Personalverantwortliche; regelmässige Standortgespräche im Beisein des Psychiaters oder ein rasches, empathisches und klares Konfrontieren bei problematischem Verhalten. Viele dieser Anpassungen liegen auf der Beziehungsebene von psychisch krankem Mitarbeiter/Patient und Vorgesetztem respektive in der Beziehung zwischen Mitarbeiter/Patient, Vorgesetztem und Psychiater und allenfalls weiteren Personen. Daneben zeigen sich aber auch einige konkrete arbeitsorganisatorische respektive ‚technische‘ Massnahmen. Beide Arten von Anpassungen zeigen ein erhebliches Lösungspotential – vorausgesetzt, sie werden fachlich weiterentwickelt.

Erfahrungen mit der Berichterstattung an die IV

Die Befragten haben Auskunft gegeben über ihre zwei zeitlich jüngsten Erfahrungen mit der Berichterstattung an die IV, mit IV-Arztberichten respektive IV-Verlaufsberichten (ohne Gutachten). Wiederrum handelt es sich bei diesen IV-Fällen um Patienten, bei welchen es oft schon früh in Schule, Ausbildung und Beruf zu erstmaligen Problemen kam – im Schnitt rund 13 Jahre vor dieser Berichterstattung. Dies bestätigt die meist sehr lange Dauer zwischen dem Beginn der Arbeitsprobleme und dem Kontakt mit der IV respektive den ersten psychiatrischen Informationen an die IV.

Bei den frühen IV-Arztberichten stellen die Behandelnden häufig die Prognose, dass der Gesundheitszustand noch verbesserungsfähig ist, während dies bei den späteren Renten-Verlaufsberichten erwartungsgemäss nur noch selten der Fall ist. Bei Patienten mit depressiven, bipolaren, neurotischen und Persönlichkeitsstörungen ist die Prognose zu Beginn meist positiv, bei schizophrenen Patienten fast immer negativ – ein auch aus anderen Untersuchungen bekanntes Resultat. Bemerkenswert ist, dass die IV-Stellen/RAD-Ärzte die Prognose der Psychiater dann häufiger teilen, wenn diese keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen empfehlen. Die Behandelnden scheinen hier zuversichtlicher als die IV-Stellen.

Hinsichtlich Zumutbarkeit der bisherigen beruflichen Tätigkeit wird zum Teil unterschieden zwischen der aktuellen Stelle und derselben Tätigkeit an einer anderen Stelle: Gerade bei Persönlichkeitsstö-

rungen macht die Stelle den entscheidenden Unterschied und nicht die Tätigkeit, während bei Patienten mit schizophrenen Störungen auch an einer neuen Stelle nicht sehr viel häufiger davon ausgegangen wird, dass die bisherige Tätigkeit zumutbar wäre.

In fast allen IV-Berichten haben die PsychiaterInnen die Arbeitsbiografie analysiert, meist haben sie auch die Zusammenhänge zwischen Psychopathologie, Krankheitsverlauf und Arbeitsbiografie beschrieben und oft konkrete behinderungsspezifische Massnahmen empfohlen. Hingegen wurden nur in rund jedem vierten IV-Arztbericht fremdanamnestische Angaben bei früheren Arbeitgebern eingeholt. Der Aufwand, der für die IV-Berichterstattung betrieben wird, zeigt allerdings keinen Zusammenhang mit der Akzeptanz der psychiatrischen Empfehlungen durch die IV. Dies ist ein potentiell problematisches, weil demotivierendes, Resultat. Gerade bei sehr fundierter und differenzierter Berichterstattung sollte die IV zumindest das Gespräch mit dem behandelnden Psychiater suchen und allfällige divergente Einschätzungen diskutieren.

Meist ist allerdings die Haltung der IV-Stelle zu den eigenen Empfehlungen gar nicht bekannt. Dies liegt daran, dass die IV-Stelle in über 80% der Fälle keine Rücksprache mit den Berichterstattenden genommen hat. Insgesamt hat dennoch etwas mehr als die Hälfte der PsychiaterInnen den Eindruck, ihre Berichte seien für die IV allgemein oder für die Planung der Eingliederungsmassnahmen von Bedeutung. Es bleibt allerdings eine ähnlich grosse Gruppe von Behandelnden, die diesbezüglich (sehr) skeptisch ist.

Umso wichtiger sind die eindeutigen Auskünfte der Psychiaterinnen und Psychiater, welche Massnahmen „stark“ dazu beitragen würden, noch ausführlicher Bericht zu erstatten: Der routinemässige Einbezug ihrer Informationen in die Eingliederungsplanung, eine routinemässige Rücksprache mit ihnen, eine adäquate Abgeltung des Aufwandes und ein routinemässiger Einbezug in ein interdisziplinäres IV-Assessment. Das zeigt, dass hier das Engagement zugunsten der Rehabilitation des Patienten eine entscheidende Rolle spielt, und nicht nur monetäre Aspekte.

Behandlungsepidemiologische Daten zu Patienten mit Arbeitsproblemen

Die hier erhobenen Daten scheinen *insgesamt* plausibel, wenn man sie mit anderen vorhandenen Datenquellen vergleicht: Rund 60% aller Patienten im erwerbsfähigen Alter sind im ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig. Von diesen hatte in den letzten 3 Monaten jeder dritte Patient Probleme am Arbeitsplatz, fast ein Viertel der Erwerbstätigen verzeichnete in den letzten drei Monaten mindestens eine Arbeitsunfähigkeit und bei jedem 10. Erwerbstätigen droht eine Kündigung (Überschneidungen sind anzunehmen).

Neben den Patienten mit Arbeitsproblemen gibt es zahlreiche Patienten, die keinen Job haben: Jeweils rund 10% der Patienten im erwerbsfähigen Alter sind arbeitslos, in einer subventionierten und betreuten Beschäftigung respektive inaktiv (bei der Sozialhilfe). Insgesamt beziehen 20% der Patienten eine IV-Rente. Wiederum gibt es Überschneidungen. Aber mindestens die Hälfte aller psychiatrischen Patienten im erwerbsfähigen Alter ist entweder invalidisiert, arbeitslos, sozialhilfeabhängig oder hat Probleme am Arbeitsplatz.

Rund ein Fünftel der sozialhilfeabhängigen oder berenteten Patienten hätte gemäss Behandelnden ein aktuelles Potential zu einer mindestens teilzeitigen Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt. Barrieren für die Umsetzung dieses Potentials sind vor allem ein mangelndes Selbstvertrauen der Patienten, ein resignatives Abfinden mit der Situation, die längere erfolglose Stellensuche, die mangelnde Bereitschaft der Arbeitgeber für Arbeitsanpassungen, die Angst der Patienten, mit Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ihre finanzielle Sicherheit zu riskieren respektive die (nicht selten realistische) Befürchtung, bei einer Arbeitsaufnahme künftig weniger Einkommen zu haben als aktuell mit Sozialtransfers.

Kontrastierend zur Häufigkeit erwerbstätiger Patienten mit prekärer oder fehlender Erwerbstätigkeit kam es bisher lediglich in jeweils rund 5% der Fälle zu Kontakten mit dem Arbeitgeber, der Krankentaggeldversicherung oder der IV.

Fazit und Empfehlungen

Die Resultate dieser Untersuchung legen den Schluss nahe, dass psychiatrische Patienten in der Schweiz eng, über längere Zeit, beziehungsorientiert, engagiert und wirksam behandelt werden. Die meisten Patienten werden wöchentlich oder zweiwöchentlich gesehen, ihre Probleme und ihre Biografie sind den Behandelnden gut bekannt, die therapeutische Beziehung ist tragfähig und die Psychiater engagieren sich für deren soziale Situation. In der Schweiz sind die psychiatrischen Spezialisten nahe am Patient, diskutieren wichtige Alltagsprobleme und bewirken offensichtlich mit der entsprechenden therapeutischen Beziehung, dass das Besprochene im Alltag vom Patienten auch umgesetzt wird. In vielen anderen Ländern kann dies wegen der viel geringeren Anzahl von PsychiaterInnen nicht in diesem Mass vorausgesetzt werden. Die folgenden Probleme und Empfehlungen betreffen vor allem die spezifische Frage, wie dieses Potential in der Schweiz noch besser zur Lösung von Arbeitsproblemen genutzt werden kann und wie PsychiaterInnen direkter zur Arbeitsmarktintegration ihrer Patienten beitragen können.

Arbeit ist ein prioritäres Thema bei psychiatrischen Patienten

Die Mehrheit der psychiatrischen Patienten hat entweder relevante Probleme am Arbeitsplatz respektive ist arbeitsunfähig geschrieben oder ist arbeitslos, sozialhilfeabhängig oder berentet. Rund ein Fünftel aller invalidisierten oder von der Sozialhilfe abhängigen Patienten hätte zwar aktuell ein Erwerbspotential und häufig den Wunsch zu arbeiten, traut sich diesen Schritt jedoch nicht zu oder befürchtet bei einer Arbeitsaufnahme finanzielle Einbussen. Trotz der Häufigkeit und Bedeutung arbeitsbezogener Probleme bei psychiatrischen Patienten fehlen bisher die fachlichen Grundlagen, welche psychiatrischen Interventionen unter welchen Bedingungen zu einem besseren Arbeitsoutcome beitragen. Zudem werden solche Fragen in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung auch nicht systematisch behandelt.

Empfehlung: Psychiaterinnen und Psychiater sollten zunächst für die Relevanz des Themas in der Behandlung sensibilisiert werden. Die Erwerbssituation der Patienten sollte bei vorliegenden Hinweisen auf frühere oder aktuelle Probleme nicht nur eines von sehr vielen Themen sein, die in der Behandlung zu bearbeiten sind, sondern ein Hauptthema. Der therapeutische Umgang mit Patienten mit arbeitsbezogenen Problemen sollte im Curriculum für die psychiatrische Weiterbildung verankert und systematisch in der ärztlichen Fortbildung thematisiert werden. Um die Grundlagen dafür zu schaffen, muss eine entsprechende angewandte Forschung aufgebaut werden. Da sich die Schweizer Psychiatrie, das Arbeitsrecht und das Sozialversicherungssystem von anderen Ländern teils deutlich unterscheiden, kann nicht einfach die Forschung aus anderen Ländern übernommen werden, sondern braucht es diesbezüglich auch spezifische Forschung in der Schweiz. Weiter sollten konkrete Fertigkeiten im Umgang mit Arbeitgebern vermittelt werden. Und schliesslich sollten die (Sozial-)Versicherungen respektive die Politik Vorkehrungen treffen, dass sich die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit für an sich erwerbsfähige sozialhilfeabhängige und invalidisierte Personen lohnt.

Mangelnde Früherkennung in Schule und Ausbildung, späte Behandlung

Bei den meisten Patienten manifestieren sich erstmalige Arbeits- und Ausbildungsprobleme schon vor dem 25. Altersjahr. Nur ein geringer Teil dieser Patienten wurde dabei zeitnah kinder-/jugendpsychiatrisch behandelt oder von der IV-unterstützt. Die funktionellen Beeinträchtigungen zeigen sich meist schon, bevor es zur Manifestation der psychischen Erkrankung kommt. Umso wichtiger wäre eine

bessere Früherkennung in Schule, Berufsausbildung und am Arbeitsplatz. Zudem fehlt es an Koordination unter den vielen verschiedenen Akteuren wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schulpsychologischer Dienst, Jugendberatung in den Gemeinden, Schulsozialarbeit, IV etc.

Empfehlung: Zwischen Schulen, Lehrbetrieben und (kinder-/jugend-)psychiatrischen Fachleuten sollten systematische Kontakte geschaffen werden, welche bei frühen Auffälligkeiten von Lehrern und Berufsbildnern genutzt werden können. Zu überlegen wäre auch die Schaffung von kantonalen Anlaufstellen für gefährdete Junge, welche personell aus Fachleuten der verschiedenen Akteure zusammengesetzt sein sollten. Diese Stelle hätte auch die Aufgabe, diese Jungen langfristig und koordinierend zu begleiten. Schliesslich wäre auch eine Förderung der im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie weniger ausgebauten Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtig.

Wissen über typische Problemmuster wird zu wenig genutzt

Die meisten Patienten zeigen ein typisches problematisches Erlebens- und Verhaltensmuster in ihrer Arbeitsbiografie, das mit der Art und dem Ausmass früher biografischer Belastungen zusammenhängt. Es liesse sich oft schon sehr früh abschätzen, mit welchen Problemen gewisse Patientengruppen bei der Arbeit immer wieder konfrontiert sein werden. PsychiaterInnen wissen umgekehrt auch oft, unter welchen Bedingungen Patienten trotz Krankheit besser funktionieren konnten / können. Dieses Wissen wird von den PsychiaterInnen wie auch von allen anderen Akteuren bisher zu wenig genutzt. Die PsychiaterInnen kennen diese Muster, werden aber nicht systematisch in die Interventionsplanung einbezogen. Und Eingliederungsmassnahmen haben oft kurzfristige Ziele statt eine langfristige Perspektive einzunehmen.

Empfehlung: Die behandelnden PsychiaterInnen sollten standardmässig in die Abklärung der Arbeitsprobleme und in die Massnahmeplanung einbezogen werden, von den IV-Stellen wie auch von anderen Behörden, welche Massnahmen anbieten. Die Massnahmen sollten vermehrt langfristig und begleitend angelegt sein, vermehrt auf mögliche Arbeitsanpassungen, Konfliktbewältigung und Unterstützung der Arbeitsumgebung fokussieren und den Umgang der Patienten mit ihren spezifischen Einschränkungen trainieren. Dies sollte stärker mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung synchronisiert werden, damit widersprüchliche Aktivitäten nicht zum Scheitern führen. Zudem sollte bei Patienten mit bekannten Problemmustern immer schon vor Antritt einer neuen Stelle eingehend diskutiert werden, ob eine Information und Kontaktierung des Arbeitgebers sinnvoll sein könnte. Da PsychiaterInnen zudem schon sehr früh Probleme der Patienten bei der Arbeit wahrnehmen, deutlich früher als die Vorgesetzten und oft lange bevor es zu Eskalationen am Arbeitsplatz kommt, sollte eine frühe Kontaktnahme zum Arbeitgeber standardmässig geprüft und eingehend mit den Patienten besprochen werden. Die Finanzierung solcher Kontakte zu Arbeitgebern sollte unbedingt flächendeckend geregelt werden, und zwar in einer Weise, welche eher ein Anreiz wäre für derartige Aktivitäten.

Zu seltene Kontakte mit Arbeitgebern und Versicherungen

Verglichen mit der Häufigkeit von Patienten mit Arbeitsproblemen oder Arbeitsunfähigkeit ist die Häufigkeit von Kontakten zwischen Behandelnden und Arbeitgebern, Case Managern von Privatversicherungen sowie Beratern der IV-Stellen und anderen Behörden gering. Das gilt vor allem für die privaten Psychiater. Dies zeigt sich auch beim seltenen Einholen fremdanamnestischer Angaben bei früheren Arbeitgebern in der IV-Berichterstattung. Ein fehlender Kontakt kann bei längerer Arbeitsunfähigkeit oder bei Konflikten kündigungsfördernd sein. Die festgestellte hohe Qualität und Verbindlichkeit der therapeutischen Beziehung schlägt sich bisher nicht in einem besseren Arbeitsoutcome nieder. Hier fehlt eine Verbindung zwischen therapeutisch Erarbeitetem und Umsetzung am Arbeitsplatz.

Empfehlung: Arbeitgeber und Ärzte respektive deren Verbände sollten sich auf grundlegende Prinzipien und Vereinbarungen („Agreement“ etc.) über die Ausgestaltung gemeinsamer Kontakte in der Praxis sowie über ihre Rechte und Pflichten in solchen Situationen einigen. Es sollten zudem Indikations-Kriterien erarbeitet werden, bei welchen Patienten und in welchen Situationen ein früher Kontakt zum Arbeitgeber angestrebt und eingehend mit den Patienten besprochen werden sollte. Bei längerer Krankschreibung sollten solche Kontakte Standard sein. Wie derartige Kontakte gestaltet werden sollten, worin genau die Aufgabe der Behandelnden in solchen Kontakten besteht, welche Interventionen wirksam sind etc., sollte beforscht werden.

Zwischen förderlichem Engagement und schädlicher Identifikation

Es besteht eine grosse Diskrepanz zwischen rein fachlichen theoretischen psychiatrischen Einschätzungen und der Einschätzung der eigenen Patienten im Problemfall. Haben eigene Patienten Arbeitsprobleme, werden diese vor allem als Opfer ungünstiger Arbeitsbedingungen und aggressiven Verhaltens der Arbeitsumgebung gesehen. Diese Wahrnehmung kontrastiert nicht nur mit dem eigenen Fachwissen, sondern auch mit dem von den Behandelnden selbst festgestellten Problemmustern, dass dieselben Patienten schon an früheren Arbeitsstellen wiederholt Konflikte am Arbeitsplatz hatten. Dieses Engagement für die Patienten führt schliesslich zum häufigen Gefühl, diese gegen eine „unfaire oder diskriminierende“ Arbeitsumgebung schützen zu müssen – ein Impuls, der mit einem erhöhten Risiko für einen negativen Problemverlauf verbunden ist. Ein solches Engagement kann therapeutisch hilfreich sein, gefährdet aber in dieser Einseitigkeit den Arbeitsplatzverlust der Patienten, weil die Belastung der Arbeitsumgebung in derartigen Situationen nicht berücksichtigt wird.

Empfehlung: Die psychiatrische Perspektive auf den Arbeitsplatz zu erweitern, wäre zum einen Aufgabe der psychiatrischen Weiter- und Fortbildung, in welche zum Beispiel auch Arbeitgeber eingebunden werden könnten. Zum anderen wäre auch hier eine Art „Agreement“ zwischen Ärzteschaft und Arbeitgeber hilfreich. Ein grosses Potential läge dank Perspektivenwechsel schliesslich in einer vermehrten fallunabhängigen psychiatrischen Beratung von Führungskräften und Personalverantwortlichen bei Fragen zum Umgang mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden.

Keine fachlichen Grundlagen für differenzierte AuF-Indikationen

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist eine häufige Tätigkeit von Psychiaterinnen und Psychiatern. Hier zeigen sich einige Potentiale. Zum einen fehlt eine fachliche Grundlage dafür, welche Kriterien für die AuF-Einschätzung relevant sind. Entsprechend ist es hier allein die Person des Behandelnden, welche den Unterschied macht. Ein weiteres Problem liegt darin, dass Psychiater bei der AuF-Beurteilung nicht nur mit fachlichen Problemen konfrontiert sind (Prognose), sondern auch mit Situationen, aus denen sich Probleme für die therapeutische Beziehung ergeben können, beispielsweise wenn Patienten ungerechtfertigt oder rückwirkend oder immer wieder eine Krankschreibung verlangen. Hierbei haben PsychiaterInnen bisher keine Unterstützung.

Hinzu kommt, dass sich PsychiaterInnen in der konkreten Beurteilungssituation zum Teil entgegen ihren allgemeinen Empfehlungen verhalten und beispielsweise sehr klagsame Patienten länger krankschreiben als nicht klagsame. Die in der realen Praxis durchschnittlich rund 6-monatige Dauer der attestierten Arbeitsunfähigkeiten schliesslich bedeutet oft eine Gefährdung des Arbeitsplatzes. Bei Konflikten am Arbeitsplatz und generell bei Persönlichkeitsstörungen ist die Dauer noch höher. Schliesslich sind zwei Drittel der Patienten Vollzeit krankgeschrieben, was aus rehabilitativer Sicht eher ungünstig ist.

Empfehlung: Es sollten fachlich fundierte Leitlinien für die AuF-Beurteilung erarbeitet werden mit differenzierten Hinweisen für Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit, für die Prognosestellung, für Prä-

senzmöglichkeiten am Arbeitsplatz etc. Weiter sollte die Verwendung von differenzierten AuF-Zeugnissen gefördert werden respektive die Anpassung der bestehenden differenzierten Zeugnisse an die Besonderheiten psychischer Störungen. Schliesslich sollten Leitlinien entwickelt werden, welche lange Krankschreibungen mit Empfehlungen verknüpfen, zum Beispiel eine mehr als 2 bis 3-monatige Krankschreibung an das Einholen einer ‚second opinion‘ respektive an eine vorgängige Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber – allenfalls mit einer Begründungspflicht, warum dies in bestimmten Fällen nicht vorgenommen wurde. Eine solche Begründungspflicht wäre auch für Vollzeit-Arbeitsunfähigkeiten sinnvoll.

Sehr häufige Depressionsdiagnosen

Psychiaterinnen und Psychiater schätzen die Anzahl der Funktionseinschränkungen bei Depression, Schizophrenie und ‚dramatischen‘ Persönlichkeitsstörungen als besonders hoch ein. Gleichzeitig gibt es neu eine Rechtsprechung des Bundesgerichts, auch mittelgradige Depressionen nicht als invalidisierend einzuschätzen, ausser sie erweisen sich als behandlungsresistent. Auf der anderen Seite werden sehr häufig Depressionsdiagnosen vergeben. Das bedeutet aber bei weitem nicht immer, dass die Depression das ‚Hauptproblem‘ ist, zumindest nicht in Hinsicht auf die Arbeitsprobleme. Vielmehr kommen depressive Symptome auch bei vielen anderen Störungen begleitend vor. Diese (korrekte) diagnostische Praxis kann einerseits dazu führen, dass die Depression als Krankheit banalisiert wird und andererseits dazu, dass die prioritäre Beeinträchtigung von den anderen Akteuren ‚übersehen‘ wird, zum Beispiel die oft gleichzeitig bestehende Persönlichkeitsstörung.

Empfehlung: In der Berichterstattung an die Versicherer und in der Kommunikation mit Akteuren der Arbeitsintegration sollte angegeben werden, welche psychische Erkrankung für die Arbeitsprobleme kurz- und langfristig prioritär ist. Die spezielle Relevanz der Persönlichkeit respektive von Persönlichkeitsstörungen für die Arbeitssituation sollte ein systematisches Thema in der psychiatrischen Weiter- und Fortbildung sein. Das sehr häufige Diagnostizieren von depressiven Störungen sollte hingegen nicht damit beantwortet werden, dass man der Depression eine invalidisierende Wirkung von vornherein aberkennt.

Berichterstattung an die IV ist eine Einweg-Kommunikation

Die Behandelnden betreiben oft relativ viel Aufwand für die Berichterstattung an die IV, erhalten jedoch normalerweise keine Rückmeldung durch die IV-Stelle respektive den Regionalen Ärztlichen Dienst. Deswegen wissen sie oft nicht, wie ihre Empfehlungen beurteilt werden und warum die IV-Stellen allenfalls zu einer abweichenden Einschätzung kommen. Zwar geht die Mehrheit der Psychiater davon aus, dass ihre Berichte für die IV von Bedeutung sind, aber rund 40% sind diesbezüglich skeptisch.

Empfehlung: Die IV sollte ein Verfahren entwickeln, in welchem automatisch Rücksprache mit den berichterstattenden Psychiatern genommen wird – wie es in der aktuell vorgesehenen Änderung des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG) auch vorgeschlagen wird. Zudem sollten PsychiaterInnen bei IV-Verfahrensbeginn (bei Assessment und Massnahmeplanung) und bei Bedarf auch während der Massnahmen standardmässig einbezogen werden. Weiter sollten die frühen und deshalb wichtigen IV-Arztberichte entsprechend des effektiven Aufwandes honoriert werden. Und schliesslich sollte sich eine besonders fundierte und nachvollziehbare Berichterstattung auch niederschlagen in einer höheren Zustimmungsquote durch die IV-Stelle.

Résumé et recommandations

Contexte, objectif et méthodologie

Au cours des dernières décennies en Suisse comme dans plusieurs pays de l'OCDE, les personnes souffrant de troubles psychiques sont toujours plus nombreuses à devoir cesser leur activité sur le marché du travail et à être mises à l'invalidité, alors que la prévalence de ces troubles n'a pas augmenté. Par ailleurs, on observe depuis longtemps dans de nombreux pays que les incapacités de travail pour raisons psychiatriques sont aussi en augmentation. Pourtant, la grande majorité des personnes souffrant de troubles psychiques et non actives professionnellement affirme vouloir travailler et place en tête de ses besoins d'avoir un emploi « normal ». De nombreux résultats empiriques semblent d'ailleurs indiquer que travailler contribue à la stabilité psychique et à la guérison.

Si peu de pays bénéficient d'aussi bonnes conditions économiques et institutionnelles que la Suisse pour affronter ce type de problème – nous disposons notamment d'un excellent système de soins psychiatriques grâce à une plus forte densité de psychiatres que celle des pays de l'OCDE –, les ressources disponibles ne sont pas suffisamment consacrées à la lutte contre les problèmes de santé psychique au travail, notamment en raison de la fragmentation des aides à disposition.

Les psychiatres de Suisse n'avaient jamais encore été interrogés sur leurs expériences concrètes avec des patients rencontrant des difficultés au travail et en incapacité de travail, ni sur la manière dont ils évaluent l'une et l'autre de ces situations. On ne disposait par conséquent pas de données épidémiologiques cliniques sur la prévalence de ces problèmes, pas plus qu'on n'avait exploité leurs connaissances spécifiques dans le domaine du traitement et de la réadaptation. Cette lacune était d'autant plus regrettable que les psychiatres exerçant en Suisse suivent en général leurs patients pour une durée prolongée et les connaissent donc bien. La présente étude doit contribuer à combler ce vide en fournissant une base de données utile à la conception de mesures visant à insérer les personnes souffrant de troubles psychiques sur le marché de l'emploi.

Nous avons adressé notre questionnaire aux membres de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP). Parmi ces derniers, les médecins-chefs d'institutions psychiatriques ont été priés de le transmettre à leurs cadres, chefs de cliniques et médecins-assistants. Enfin, nous avons prié les présidents des groupes cantonaux de psychiatrie de faire parvenir notre enquête à leurs membres, puisque ceux-ci ne sont pas tous affiliés à la SSPP. En février et mars 2016, 741 psychiatres ont activé le lien de l'enquête et 714 ont rempli le questionnaire au moins partiellement ; 326 personnes ont répondu à toutes les questions, soit 46 % du chiffre de départ, ce qui représente un taux de réponse remarquable pour une enquête aussi complexe. Trois quarts des personnes ayant participé à l'enquête travaillent en pratique privée, la même proportion exerce en Suisse alémanique et toujours trois quarts d'entre elles ont 50 ans ou plus.

L'enquête était divisée en sept parties : premièrement, l'évolution d'un patient réel, qui rencontre ou a rencontré des difficultés au travail en raison de troubles psychiques ; deuxièmement, les indications générales et problèmes concernant les arrêts de travail pour cause de maladie ; troisièmement, les limitations fonctionnelles caractéristiques en fonction des diagnostics et les aménagements possibles du poste de travail ; quatrièmement, la prise de décision sous conditions contrôlées, concernant la façon de prescrire les incapacités de travail (partie « expérimentale »), cinquièmement, les deux derniers cas pour lesquels des certificats médicaux d'incapacité de travail ont été établis, sixièmement, les deux derniers cas pour lesquels un rapport à l'AI a été rédigé et enfin, l'épidémiologie clinique de patients en difficulté sur le marché de l'emploi, en incapacité de travail ou mis à l'invalidité.

Résultats

Nous présentons ci-après un résumé des résultats de notre étude. La première partie, par ailleurs la plus détaillée, est consacrée à l'évolution d'un patient en difficulté à son poste sur le premier marché de l'emploi.

Patients en difficulté au travail : une étude de cas

Les patients sont en majorité de sexe féminin, âgés en moyenne de 45 ans et ont terminé une formation professionnelle ou des études. Si cette population est typique de la clientèle des psychiatres en pratique privée, le pourcentage élevé de femmes empêche toutefois d'extrapoler les données à l'ensemble de la population active souffrant de troubles psychiques. Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles dépressifs, les troubles névrotiques (troubles de l'adaptation, états de surcharge, angoisses) ainsi que les troubles de la personnalité (anxieuse évitante, émotionnellement labile, dépendante ou narcissique). Du point de vue du diagnostic et de l'âge, les patients décrits sont comparables au plus grand groupe statistique de rentiers AI, classés sous « troubles réactifs du milieu ou psychogènes ».

Biographie familiale et professionnelle, début de la maladie

On trouve des antécédents défavorables très tôt dans le parcours de presque tous les patients ; dans un cas sur deux, leurs parents sont atteints d'une maladie psychique ; 40 % ont subi de la violence, des abus, de la négligence émotionnelle ou une éducation exagérément sévère ; 40 % accumulent trois ou plus de ces vécus et doivent donc être considérés comme ayant un parcours particulièrement éprouvant. Chez la moitié des patients, les premières difficultés psychiques sont déjà apparues avant 25 ans et se sont exprimées sous forme de problèmes de rendement ou de comportement, de décrochages dans leur scolarité ou leur formation ou encore de difficultés à établir des contacts sociaux. Ils ont rarement bénéficié d'un soutien professionnel rapidement après l'apparition des premiers signes de leur trouble, qu'il s'agisse de prestations des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, des services de psychologie scolaires ou de l'AI, ce qui permet de conclure à des lacunes dans la détection précoce.

La plupart des patients avaient déjà rencontré des problèmes aux postes qu'ils occupaient auparavant : 40 % d'entre eux environ avaient eu des conflits répétés avec leurs supérieurs hiérarchiques ou avec leurs collègues ; la même proportion d'entre eux a connu une fois au moins un licenciement. Les problèmes rencontrés durant leur parcours professionnel varient en fonction du diagnostic : on observe plutôt des conflits et une progression de la carrière professionnelle chez les patients présentant des troubles de la personnalité ; chez ceux atteints de troubles schizophréniques, on relève des problèmes d'efficacité, de longues interruptions de travail et une régression dans leur carrière. Les patients, qui ont derrière eux un grand nombre d'emplois de courte durée, plusieurs périodes de chômage, des interruptions de travail ou au moins un licenciement, présentent aussi plus fréquemment que les autres une dégradation de leur situation au poste qu'ils occupent au moment de la thérapie. La biographie familiale influence également le parcours professionnel : plus les patients accumulent d'antécédents familiaux éprouvants, plus leur biographie professionnelle est chaotique. On retrouve chez près de deux tiers des patients une sorte de fil rouge qui va de l'enfance aux difficultés qu'ils éprouvent à leur poste de travail, en passant par leur parcours professionnel dans son ensemble. Les psychiatres interrogés ont décrit de manière précise ces différents parcours, selon 5 types d'évolution possibles :

1. Les patients à l'attitude rigide, qui font preuve d'un engagement au travail au-dessus de la moyenne et n'écourent pas leurs propres besoins. Ils finissent par se sentir blessés ou

réagissent de manière passive-agressive face au manque de reconnaissance ou aux rejets. Ces patients ont souvent été promus au sein de leur entreprise.

2. Les patients qui présentent au travail une attitude indisciplinée, instable et impulsive et qui projettent vers l'extérieur leurs problèmes et erreurs. Ne respectant pas les limites, ils se considèrent comme des victimes et entrent en conflit. Chez eux, l'anamnèse typique comprend de fréquents changements d'emploi et plusieurs périodes de chômage.
3. Les patients faisant preuve au travail d'une attitude anxieuse évitante ou dépendante, qui cherchent à satisfaire tout le monde, prennent peu de responsabilités et ne sont pas capables de s'imposer. Ce type de parcours conduit souvent à l'incapacité de travail. Chez ces patients, l'anamnèse typique comprend de longues interruptions de travail et souvent aussi une ascension professionnelle.
4. Les patients ayant présenté et présentent encore un fort absentéisme.
5. Les patients souffrant de d'addictions. Ces derniers affichent le plus fort taux d'interruptions de travail prolongées.

Ces résultats montrent que pour planifier de manière professionnelle les interventions auprès de patients ayant des problèmes au travail, il faut s'être fait une idée synthétique de leur biographie, prendre en compte leur vécu durant l'enfance, la dynamique de leur pathologie et les réactions typiques de leur entourage. Les psychiatres apprennent au cours de de leur formation à examiner leurs patients de cette façon et sont par conséquent les mieux placés pour conduire activement l'analyse des problèmes professionnels et la planification des interventions. Cela devrait se faire non seulement lors des procédures AI, mais aussi en cas d'incapacités de travail prolongées, lors de difficultés au poste de travail, de chômage problématique, de dépendance de l'aide sociale, etc.

Évolution du problème au poste occupé au moment du traitement

Les problèmes professionnels que rencontre le patient pendant son traitement s'étendent sur une durée relativement longue, soit 40 mois environ. Ce laps de temps permettrait idéalement aux psychiatres d'intervenir pour prévenir la détérioration de la situation, d'autant plus qu'ils se rendent compte bien avant les supérieurs hiérarchiques de leurs patients que des problèmes sont en train de survenir.

On observe d'abord une première phase de 20 mois en moyenne, durant laquelle le problème s'installe, avant une détérioration rapide de la situation. Dans quatre cas sur cinq, les psychiatres ne prennent pas contact avec l'employeur durant cette phase initiale, la plupart du temps parce que les patients refusent qu'ils le fassent. Toutefois, dans 80 % des cas, les problèmes rencontrés au travail ont été importants, voire décisifs, dans la décision d'entreprendre une thérapie psychiatrique. Cette constatation pourrait être interprétée comme un mandat implicite donné au psychiatre de discuter de manière approfondie avec son patient de la possibilité de prendre contact avec l'employeur, tout en explicitant les différentes options, y compris les risques inhérents à cette démarche.

Si, le patient est empli d'enthousiasme et d'espoir, se réjouissant de commencer une nouvelle activité et montrant beaucoup de motivation et d'énergie, c'est plutôt de mauvais pronostic pour le maintenir dans cet emploi. Ce paradoxe s'explique notamment par le fait qu'un fort investissement personnel augmente le risque de déception et de frustration. Des débuts euphoriques peuvent aussi cacher une certaine attitude face aux conflits, qui consiste à ignorer les possibles difficultés et à refouler ses craintes.

Dans un cas sur deux, il y a des facteurs concomitants connus, tels que problèmes de couple, deuil, maladie grave ou accident d'un proche ou, dans l'entreprise, changements au sein du personnel, réorganisation ou modification du cahier des charges. Durant la phase initiale, les premiers signes de

difficultés sont avant tout des conflits ou tensions avec les supérieurs hiérarchiques ou les collègues, ainsi qu'une diminution des performances. La composante relationnelle est par conséquent importante, tant pour les facteurs concomitants que lors des premières manifestations du problème au travail.

Durant la phase de détérioration rapide de la situation, on distingue trois types d'évolution : premièrement, l'escalade des conflits relationnels, deuxièmement, les manifestations de surmenage dû à la pression à la performance et troisièmement, l'absence pour cause de maladie. Lorsqu'il y a aggravation des conflits, une résiliation du contrat de travail survient souvent dans une phase ultérieure. La manière dont se passe cette détérioration dépend fortement du type de problème notés dans l'anamnèse : si la biographie professionnelle relève des attitudes conflictuelles, celles-ci auront d'autant plus de chances de resurgir. Si une attitude anxieuse et évitante ou des arrêts de travail répétés avaient été observées, les incapacités de travail seront également plus fréquentes. Enfin, le problème se résout habituellement de deux manières : la résiliation du contrat de travail ou l'incapacité de travail (avec ou sans retour au poste de travail). Depuis le début des difficultés rencontrées jusqu'au moment de l'enquête, on observe qu'une grande partie des patients perdent leur activité rémunérée pour aboutir au chômage, à l'invalidité ou se retrouvent dans l'inactivité. Ils passent aussi d'une activité professionnelle à plein temps à un temps partiel. 30 % environ des patients seulement ne se trouvent pas dans une situation professionnelle précaire une fois leur problème surmonté ou au moment de l'enquête.

Caractéristiques du traitement

La plupart des patients pris en compte dans l'enquête consultent chaque semaine ou chaque quinzaine et suivent une thérapie psychodynamique ou cognitivo-comportementale. Les psychiatres pratiquant une thérapie psychodynamique sont nettement plus réticents à prendre contact avec l'employeur que ceux appliquant d'autres thérapies ; ils abordent aussi moins souvent que les autres cette possibilité avec leurs patients. Dans 9 cas sur 10, les psychiatres estiment avoir établi une relation thérapeutique solide et de confiance avec leurs patients et supposent que ces derniers mettent en pratique ce dont ils parlent avec eux. Ce taux très élevé montre l'importance en Suisse du traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré, fondé sur la relation, et reflète aussi la qualité de ce traitement. On n'observe toutefois aucun lien entre la qualité et l'engagement de la relation thérapeutique et l'employabilité du patient. Le résultat direct sur le marché de l'emploi dépend en effet d'autres variables, telles que la dynamique sur le lieu de travail (conflits, etc.) ou la personnalité du patient. Il serait par conséquent utile de voir si des interventions précises renforcent l'effet direct de la thérapie sur l'évolution de l'activité professionnelle.

L'intervention la plus courante en lien avec le travail est l'établissement de certificats d'incapacité de travail : presque tous les patients ont eu un certificat d'incapacité de travail, et 75 % d'entre eux en ont eu plusieurs. Les patients pour lesquels aucun certificat d'incapacité de travail n'a été établi, ainsi que ceux qui en ont eu plusieurs, présentent davantage de risques d'évolution négative que ceux qui n'en ont eu qu'un seul. L'absence de certificat d'incapacité de travail n'est donc pas a priori un signe favorable pour le pronostic, ce qui pourrait notamment s'expliquer par le fait qu'il peut s'avérer contre-productif de continuer à travailler en souffrant d'une maladie aiguë (présentéisme).

Dans deux tiers des cas, les psychiatres ressentent le besoin de protéger leurs patients contre ce qu'ils estiment être de l'injustice ou de la discrimination principalement de la part de l'employeur, mais aussi de la part des assurances privées ou sociales, ainsi que de l'aide sociale. Si cette tendance à la protection montre l'engagement des médecins traitants, elle contraste aussi avec leur réticence à

prendre contact avec les autres acteurs. En règle générale, ils ne connaissent donc que le point de vue du patient et pas celui de l'environnement de travail ou seulement indirectement.

Difficultés liées au poste de travail et au patient

Pour ce qui est de l'entreprise, c'est surtout le manque de reconnaissance et de valorisation de la part des supérieurs hiérarchiques, ainsi que leur manque de tact dans la communication et leur comportement impersonnel, que les psychiatres estiment problématiques. Le manque de valorisation de la part des supérieurs hiérarchiques est considéré comme le problème *le plus important*, loin devant le harcèlement. En ce qui concerne les patients, le problème le plus fréquent et le plus important est, de l'avis des psychiatres, leur difficulté à s'imposer : ne pas savoir dire non, ne pas savoir se défendre. Cette analyse ne reflète que certains aspects du vécu des patients et ne peut donc être que partielle. Il est intéressant de constater que dans ces études de cas, l'analyse faite par les psychiatres diffère sensiblement de leur évaluation théorique des limitations fonctionnelles typiques (voir ci-après).

Facteurs influençant l'évolution

Facteurs influençant l'évolution

Les psychiatres notent, parmi les facteurs déterminant une évolution positive, leur propre comportement thérapeutique, l'amélioration des symptômes, la maturité du patient, sa capacité d'adaptation et sa capacité d'introspection, ainsi que les possibilités d'adapter son activité professionnelle. Parmi les facteurs faisant évoluer la situation de manière défavorable, ils mentionnent l'augmentation des symptômes, une attitude négative du supérieur hiérarchique, des problèmes dans la sphère privée ainsi que le manque de capacité d'introspection. Il est rare qu'ils citent le comportement d'autres acteurs, comme le gestionnaire de cas de l'assurance perte de gain en cas de maladie, le conseiller de l'AI, les autres médecins ou services ; quand ils le font, ils les classent plutôt parmi les facteurs favorables.

Le calcul du risque d'*évolution négative*, qui prend en compte divers facteurs susceptibles d'exercer une influence, a permis d'en identifier quatre : premièrement, les patients mariés présentent moins de risques que les célibataires ; deuxièmement, la tendance du psychiatre à vouloir « protéger » le patient de son environnement de travail augmente le risque (par rapport aux cas où l'on n'observe pas cette tendance) ; troisièmement, lorsque les psychiatres estiment avoir contribué à résoudre le problème, le risque est réduit et enfin, une attitude aidante du conseiller AI limite le risque d'évolution négative. Les Offices AI – quand ils sont associés au processus – ont donc un rôle important à jouer. On remarquera également l'influence du traitement psychiatrique sur l'évolution de la situation.

Soulignons pour terminer le risque accru d'évolution négative lorsque les psychiatres ressentent le besoin de protéger les patients d'injustices ou de discrimination de la part de l'entourage professionnel. Si ce constat peut donner lieu à diverses interprétations, il est toutefois essentiel ici de relever que cette attitude protectrice est bien plus présente avec les patients qui ont déjà eu auparavant des conflits avec leurs supérieurs et leurs collègues ou ont déjà fait l'objet d'un licenciement. Il serait donc important de mieux comprendre ce besoin de protéger, fréquent chez les médecins traitants, mais rarement fondé sur des contacts concrets avec les employeurs.

Enseignements que les psychiatres tirent du cas analysé

La plupart des psychiatres aborderaient de la même manière d'éventuels cas similaires. Un tiers d'entre eux, souvent parmi ceux qui ont répondu à des questions sur un cas à l'évolution défavorable, s'y prendraient toutefois différemment. Les psychiatres en concluent qu'à l'avenir, il leur faut chercher

plus souvent, plus activement et avec plus d'insistance à entrer en contact avec les supérieurs du patient, son entourage professionnel ainsi qu'avec le gestionnaire de cas et le conseiller de l'AI.

Indications et problèmes concernant les certificats d'incapacité de travail

Les résultats suivants ne se réfèrent plus à un patient concret, mais aux évaluations et aux expériences d'ordre général faites par les psychiatres.

Importance des circonstances entourant les incapacité de travail

De multiples circonstances concernant tant le poste de travail que le patient sont jugées particulièrement importantes par les psychiatres pour évaluer l'incapacité de travail. Il n'est toutefois pas possible de regrouper ces critères en fonction de leur nature : il n'existe pas, en l'occurrence, de catégorisation tranchée pouvant faire l'objet d'une interprétation médicale. Ce sont en revanche les médecins traitants qui font la différence. Si l'on ne classe pas ces critères, mais les psychiatres eux-mêmes, on obtient en effet cinq « types » bien distincts : a) les psychiatres qui tiennent compte avant tout de la sécurité au travail ; b) les psychiatres qui estiment plutôt importantes toutes les circonstances ; c) les psychiatres qui font surtout attention aux conflits au travail ; d) les psychiatres qui n'accordent guère de valeur aux critères, quels qu'ils soient et e) les psychiatres qui jugent que tous les critères énoncés sont très importants. En d'autres termes, l'importance attachée à chaque critère dépend de la vision et de l'attitude de chaque psychiatre.

Indications concernant la durée et le degré de l'incapacité de travail

Pour les psychiatres interrogés, une *longue* incapacité de travail est surtout indiquée lorsque le poste de travail présente les caractéristiques suivantes : activités propices aux accidents ou mettant en jeu la sécurité, impossibilité d'aménager le poste de travail, incompréhension de la part du supérieur, licenciement prononcé récemment, organisation chaotique de l'entreprise, travail par équipes, délais courts et manque de soutien de la part des collègues. Quant aux indications liées à la personne du patient, elles sont les suivantes : hypermotivation, manque de conscience de la maladie, multiples problèmes sociaux et familiaux, personnalité anxieuse évitante, antécédents de conflits au travail et comportement de type passif et régressif. En revanche, une attitude plaintive est d'habitude un indicateur d'incapacité de travail de *courte* durée, tout comme les antécédents de pertes d'emploi pour absences répétées ou le recours systématique à l'arrêt de travail pour résoudre les problèmes.

Il existe aussi des *contre-indications* à l'arrêt de travail : souvent, les psychiatres renoncent à délivrer un certificat d'incapacité de travail lorsque le patient travaille dans le secteur privé, est au service d'une grande entreprise (notamment une multinationale), est mal rémunéré ou est au bénéfice d'un contrat de durée déterminée et pourrait obtenir prochainement un engagement ferme. Dans ces cas, la crainte est que l'arrêt de travail aboutisse à la perte de l'emploi. S'agissant des critères liés au patient, la majorité des psychiatres a tendance à ne pas accorder d'incapacité de travail en cas de recours systématique à ce dernier pour résoudre les problèmes, lorsque les patients font preuve de peu de motivation et lorsqu'il ressort de l'anamnèse qu'ils ont déjà perdu leur emploi par le passé en raison d'une incapacité de travail. Ces appréciations différentielles constituent une base solide permettant une discussion approfondie entre spécialistes, par exemple si une longue incapacité de travail est indiquée juste après un licenciement ou en présence d'un comportement anxieux évitant ou régressif.

Problèmes et potentialités perçus lors de l'évaluation de l'incapacité de travail

Lorsqu'ils évaluent une incapacité de travail, les psychiatres prennent en compte toute une gamme de problèmes techniques et thérapeutiques. Ils jugent particulièrement délicates, tant du point de vue

technique que thérapeutique, les situations dans lesquelles les patients demandent un certificat d'incapacité de travail à la suite d'un licenciement ou remettent constamment à plus tard leur retour au travail. Quant à la prévision de la durée de l'incapacité de travail, elle apparaît particulièrement difficile du point de vue technique, mais moins du point de vue thérapeutique. En revanche, les psychiatres qualifient de très difficiles sur le plan thérapeutique, mais moins problématiques sur le plan technique, les situations dans lesquelles les patients demandent un certificat de façon injustifiée, avec effet rétroactif ou de manière répétée.

À l'inverse, la plupart des psychiatres estiment que le conflit autour des certificats recèle aussi des potentiels qui peuvent être utiles au traitement : ils indiquent en effet que ce conflit permet de mieux cerner le comportement du patient, de mieux comprendre sa situation au travail, de lui fournir un soutien concret, d'obtenir des indications sur son mode de fonctionnement au travail, etc.

Prescription d'incapacité de travail dans des conditions expérimentales

Les psychiatres consultés ont non seulement répondu à ces questions générales sur les indications, mais aussi indiqué la durée et le degré des incapacités de travail qu'ils prescriraient dans trois cas fictifs qui leur ont été présentés. Ce volet « expérimental » permet de distinguer les facteurs influant sur la durée de l'arrêt de travail. Dans ces situations concrètes, les modes de prescription s'écartent souvent de la perception théorique des psychiatres en ce qui concerne les indications : s'ils estiment généralement qu'une attitude très plaintive est une indication pour une incapacité de courte durée, ils auraient en revanche prescrit à ces patients fictifs des incapacités de travail près de deux fois plus longs à ceux qui se plaignent beaucoup (près de 6 semaines) par rapport à ceux se plaignent peu (3 semaines) et leur auraient accordé près de deux fois plus souvent un arrêt de travail à 100 %. Ils auraient aussi prescrit une incapacité de travail d'environ 5 semaines aux cadres, contre 3 semaines aux simples employés. Un patient de 45 ans qui mentionne des antécédents traumatisants dans son enfance aurait obtenu un arrêt de travail de 7 semaines, contre 5 semaines pour celui qui n'en mentionne pas. Quant à celui qui mentionne un diagnostic de schizophrénie, il bénéficierait d'une incapacité de travail pratiquement deux fois plus longue qu'un patient qui présente un problème identique, mais un autre diagnostic (6 semaines contre 3 ou 4).

Certains facteurs n'influent pas sur la prescription d'incapacités de travail. Il s'agit notamment du type d'entreprise (taille, branche, caractère public ou privé), de l'ancienneté et des problèmes familiaux. Là aussi, on observe un écart considérable par rapport aux indications théoriques générales, qui voudraient que ces facteurs constituent plutôt des contre-indications à une incapacité de travail.

Ainsi, les variables contextuelles influent sur l'évaluation médicale, même si elles ne devraient en soi pas être déterminantes pour l'incapacité de travail. Cette influence a toutefois sa raison d'être : s'agissant des cadres, leur mission exige souvent de leur part plus de stabilité que les employés qui exécutent leurs tâches. Il peut aussi être logique que les limitations fonctionnelles soient jugées différemment selon le diagnostic de base (schizophrénie ou anxiété et dépendance). Si elle se révèle irritante, la forte influence des antécédents traumatisants est elle aussi compréhensible dans une certaine mesure, si l'on tient compte des liens entre ces antécédents et les problèmes figurant dans la biographie professionnelle. En revanche, l'importance de l'attitude plaintive s'explique probablement par la dynamique relationnelle en cours lors de l'évaluation de l'incapacité de travail.

En dernier lieu, il convient de mentionner quelques différences systématiques relevées entre la Suisse romande et la Suisse alémanique et entre la pratique privée et les institutions publiques : les psychiatres romands auraient en général accordé à ces patients fictifs une incapacité de travail de plus longue durée et à un taux supérieur. En outre, comme leurs confrères en cabinet, ils auraient bien moins souvent cherché à contacter l'employeur que leurs homologues d'outre-Sarine ou ceux qui pratiquent

en institution. En Suisse romande, les psychiatres sont aussi bien plus méfiants envers les employeurs, qu'ils soupçonnent de vouloir « se débarrasser » de ces patients en incapacité de travail. Il est possible qu'apparaissent à cet égard des différences « culturelles » dans l'approche thérapeutique et dans l'attitude face aux employeurs. S'agissant des différences observées entre les psychiatres travaillant en institution et ceux exerçant en pratique privée, des éléments de contexte jouent vraisemblablement un rôle, comme l'âge et l'orientation thérapeutique. S'ils sont sans doute divers, les motifs de réticence des psychiatres installés à contacter les employeurs (une relation thérapeutique plus étroite, les problèmes et le travail occasionnés par la facturation de ces activités ou l'impossibilité de se faire rémunérer, etc.) ne ressortent cependant pas de façon concluante des données recueillies.

Les deux cas d'incapacité de travail les plus récents

Le troisième bloc de questions sur l'incapacité de travail s'intéressait aux deux cas *réels* les plus récents. Selon les données fournies par les institutions et cabinets psychiatriques, un tiers environ des patients est déclaré inapte au travail une ou plusieurs fois par année. À des fins statistiques, les limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de travail ont été classés en quatre catégories : a) instabilité aiguë : labilité émotionnelle et manque de contrôle des impulsions, etc. ; b) conflits au travail : conflits et problèmes comportementaux, déstabilisation psychique due à de mauvaises conditions de travail ; c) surmenage : ralentissement psychomoteur, pression à la performance, épuisement, manque d'énergie ; et d) problèmes cognitifs : problèmes de concentration, d'attention et de mémoire ainsi que troubles du cours de la pensée. Ce sont les conflits au travail (catégorie b) qui sont corrélés avec une durée particulièrement longue de l'incapacité de travail.

Les certificats d'incapacité de travail sont délivrés en moyenne pour cinq semaines. La durée totale de l'incapacité de travail des deux cas est de 25 semaines en moyenne. Cette durée est particulièrement longue dans les cas de troubles de la personnalité. Étant donné qu'il s'agit principalement en l'occurrence de cas de labilité émotionnelle ou de troubles de la personnalité anxieuse et évitante, il est permis de se demander si l'utilité d'incapacités de travail de si longue durée l'emporte effectivement sur les risques (renforcement du comportement d'évitement, perte de l'emploi, etc.).

La plupart des psychiatres indiquent connaître bien, voire très bien, les tâches et les exigences liées au travail, mais ne savoir que peu de chose ou rien à propos du chef, de l'ambiance de travail et des possibilités d'aménager le poste. Or, une meilleure connaissance du supérieur et des aménagements possibles pourrait accélérer la reprise du travail, que ce soit à temps partiel ou à plein temps. En effet, un tiers seulement des patients se rend sur leur lieu de travail durant l'incapacité de travail et le fait généralement de façon ponctuelle. Il s'agit avant tout de patients dépressifs et rarement de patients présentant un trouble de la personnalité. Un traitement hospitalier ou semi-hospitalier est nécessaire dans un cas sur six, surtout pour ceux présentant un trouble de la personnalité.

Un gestionnaire de cas intervient dans un tiers des cas d'incapacité de travail pour lesquels un certificat est requis, et la plupart des psychiatres jugent la collaboration bonne. Qu'un gestionnaire de cas soit associé à la démarche implique une incapacité de longue durée, mais lorsque la collaboration entre gestionnaire et psychiatre est bonne, l'incapacité de travail est nettement plus courte que lorsque cette collaboration est inexistante ou de mauvaise qualité.

Avec le recul, les psychiatres jugent que l'incapacité de travail était inévitable dans quatre cas sur cinq. Ils estiment en revanche qu'il aurait été possible, dans environ 30 % des cas, de réduire la durée ou le taux de l'incapacité de travail si l'employeur avait fait preuve de davantage de souplesse et de compréhension pour la situation du patient.

Limitations fonctionnelles en fonction du diagnostic et aménagement du poste de travail

Chaque psychiatre a estimé, pour une de six catégories de diagnostic, la pertinence de 28 limitations fonctionnelles possibles.

Limitations fonctionnelles

Les profils des limitations fonctionnelles varient considérablement en fonction du diagnostic. Pour les troubles schizophréniques et dépressifs, les psychiatres énumèrent un vaste éventail de limitations, qui affectent des fonctions très diverses, tandis qu'ils distinguent plusieurs limitations centrées sur l'aspect relationnel pour les troubles de la personnalité de type histrionique. S'agissant des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles somatisation et des troubles de la personnalité anxieuse, les psychiatres jugent pertinents un groupe nettement moins nombreux de limitations, propres à certaines fonctions.

Dans le cas des troubles schizophréniques, les limitations sont particulièrement importantes dans le domaine de la cognition sociale, de la concentration et de la confrontation à la réalité. S'agissant des dépressions, les limitations les plus fréquemment signalées concernent la concentration, la résistance prolongée à l'effort, le rythme de travail et la capacité de travail. En présence de troubles obsessionnels compulsifs, les limitations spécifiques observées sont le manque de confiance en ses capacités (peur des erreurs) et le ralentissement du rythme de travail. Quant aux syndromes douloureux somatoformes, ils se manifestent par une diminution de la résistance et par des absences fréquentes. Les troubles de la personnalité de type histrionique présentent d'importantes limitations dans les relations interpersonnelles, le contrôle des impulsions, la tolérance à la frustration, les variations d'humeur et la perception sociale. Enfin, les troubles de la personnalité anxieuse évitante se caractérisent surtout par la peur de se tromper ainsi que par leur difficulté à imposer leur opinion, à prendre des décisions et à travailler de façon autonome.

Degré du handicap

Selon les évaluations faites par les psychiatres, ce sont les dépressions, les schizophrénies et les troubles de la personnalité de type histrionique qui se traduisent par le nombre le plus élevé de limitations fonctionnelles. Il s'agit là d'une donnée à prendre en considération, même si la somme des limitations ne peut être automatiquement assimilée au degré de handicap. S'agissant des dépressions, la dispersion des estimations est considérable, ce qui est probablement dû à leur degré de gravité. La schizophrénie exceptée, aucun trouble psychique n'est associé à une gamme aussi étendue de limitations que la dépression. Selon les psychiatres, ce sont les troubles de la personnalité de type histrionique qui présentent le plus grand nombre de limitations fonctionnelles. Il est donc logique que ces troubles soient présents chez une proportion élevée des personnes à qui une rente AI a été allouée pour des raisons psychiques, même si ces dernières ne présentent souvent pas de limitations fonctionnelles importantes au sens strict. Enfin, au vu des résultats de l'étude, il est compréhensible que les troubles somatisation fassent actuellement l'objet d'une instruction stricte de la part de l'AI.

Comparaison des évaluations générales théoriques avec les études de cas

Les évaluations générales des limitations fonctionnelles en fonction des différents diagnostics ont été comparées aux évaluations effectuées pour l'étude de cas. Cette comparaison fait état de grands écarts entre l'évaluation concrète du patient et l'évaluation théorique générale : pour leur propre patient, les psychiatres qualifient d'essentiels deux fois plus de limitations fonctionnelles que lorsqu'ils procèdent à l'évaluation générale. De plus, les psychiatres ont tendance, lorsqu'ils évaluent leurs patients, à faire ressortir surtout leur côté anxieux, passif et désemparé, ce qui aboutit à une distorsion

lorsqu'il s'agit de personnes émotionnellement labiles : trois quarts des psychiatres indiquent que le manque de capacité de s'imposer et l'angoisse de l'erreur sont très importants pour ces dernières, tandis que, selon l'évaluation générale, seuls 10 % des praticiens y voient le problème principal. Le clivage est encore plus important pour les troubles de la personnalité anxieuse évitante.

La différence observée entre l'évaluation théorique non dépendante du cas fondée sur le diagnostic et l'évaluation de son propre patient montre clairement que la perspective varie énormément, même lorsque c'est le même psychiatre qui procède aux deux évaluations. Les médecins traitants connaissent souvent bien leur patient et son cadre de vie réel, et cela souvent sur une longue période, de sorte que leur évaluation purement théorique des limitations fonctionnelles s'en trouve modifiée. Dans l'ensemble, leur évaluation théorique des limitations – effectuée sur la base des critères de diagnostic et de leur expérience pratique – se fonde toutefois sur des éléments nettement plus objectifs que l'évaluation qu'ils font de leur propre patient.

Aménagements possibles du poste de travail

Les personnes interrogées ont aussi été priées d'indiquer les aménagements possibles du poste de travail pour tous les limitations fonctionnelles jugées essentielles pour chaque diagnostic. Elles ont ainsi proposé, outre des mesures très variées, certains aménagements susceptibles de tenir compte de problèmes de *rendement*, comme la réduction de la charge de travail et de la complexité des tâches, ainsi que l'allongement des délais, la réduction du degré d'occupation, l'instauration de pauses plus nombreuses, mais plus brèves et une structuration du travail – éventuellement par écrit – qui privilégie le court terme.

Lorsque le problème concerne le *comportement social* ou le *comportement au travail*, les principales mesures recommandées sont les suivantes : des règles du jeu claires, avec des conséquences tout aussi claires en cas de non-observation (éventuellement en concluant un « contrat » écrit), davantage de travail individuel ou de travail à domicile, un encadrement intensif et des retours plus fréquents de la part du supérieur ou du responsable du personnel, des bilans réguliers en présence du psychiatre ou encore une confrontation rapide, empathique et claire en cas de problèmes de comportement. Un grand nombre de ces aménagements se situe sur le plan de la relation entre l'employé/patient, son supérieur hiérarchique, ainsi que sur le plan des rapports entre l'employé/patient et son supérieur, son psychiatre et, le cas échéant, des tierces personnes. Quelques mesures ergonomiques ou techniques concrètes ressortent aussi de l'enquête. Les deux approches recèlent un potentiel considérable, à condition qu'elles soient confiées à des spécialistes.

Expériences faites avec les rapports adressés à l'AI

Les psychiatres interrogés ont fourni des indications sur les expériences qu'ils ont faites lors des deux derniers rapports adressés à l'AI, qu'il s'agisse de rapports médicaux initiaux ou de rapports intermédiaires dans le cadre de révisions, mais pas d'expertises. Dans ces cas aussi, les patients ont connu leurs premiers problèmes très tôt, dans leur parcours scolaire, en formation ou au travail (en moyenne 13 ans avant l'établissement du rapport). Cette observation confirme qu'il se passe très souvent de longues années entre l'apparition des premiers problèmes au travail et la prise de contact avec l'AI ou l'envoi des premières informations psychiatriques à l'AI.

Dans les rapports médicaux initiaux remis à l'AI, le pronostic des psychiatres table encore sur une amélioration, tandis qu'il en va rarement ainsi dans les rapports intermédiaires postérieurs, ce qui ne constitue pas une surprise. Le pronostic initial est généralement positif pour les patients atteints de troubles dépressifs, bipolaires et névrotiques ainsi que de troubles de la personnalité, tandis qu'il est pratiquement toujours négatif pour les patients schizophrènes, ce qui corrobore les résultats d'autres

études. On remarquera que les Offices AI et les médecins des SMR partagent plus souvent l'avis des psychiatres lorsque ceux-ci n'ont pas recommandé de mesures de réadaptation professionnelle. Les médecins traitants semblent en l'occurrence plus confiants que les Offices AI.

Pour ce qui est du caractère raisonnablement exigible de l'activité professionnelle, une distinction est parfois faite entre son exercice dans l'activité habituelle et dans une autre activité adaptée: c'est le poste – et non l'activité – qui fait une grande différence pour les sujets atteints de troubles de la personnalité, tandis que pour les patients présentant des troubles schizophréniques, le changement de poste n'augmente généralement pas la probabilité de pouvoir exiger du patient qu'il continue à exercer son activité professionnelle habituelle.

Dans leurs rapports à l'AI, les psychiatres ont pratiquement toujours analysé la biographie professionnelle. Ils ont la plupart du temps décrit les rapports entre la psychopathologie, l'évolution de la maladie et la biographie professionnelle et ont recommandé, dans un nombre appréciable de cas, des mesures concrètes, correspondantes au handicap présenté par le patient. En revanche, ils n'ont demandé que dans un quart des cas environ aux anciens employeurs des renseignements qui ne figuraient pas dans l'anamnèse. Il n'y a pas de corrélation entre les efforts faits par le psychiatre pour établir son rapport et l'adhésion de l'AI aux recommandations qu'il y a mentionnées, ce qui risque d'avoir à terme un effet démotivant. L'AI devrait au moins nouer le dialogue avec le psychiatre et aborder leurs divergences dans l'évaluation, en tout cas lorsque ce dernier lui adresse un rapport complet et détaillé.

La plupart du temps, les psychiatres ne connaissent pas l'opinion que l'Office AI se fait de leurs recommandations, puisque, dans plus de 80 % des cas, cet Office ne leur fournit pas de feed-back. Malgré tout, un peu plus de la moitié des psychiatres a l'impression que ses rapports sont importants pour l'AI en général ou pour la planification des mesures de réadaptation. Il reste néanmoins un groupe de psychiatres qui reste sceptiques ou très sceptiques à ce sujet.

C'est dire l'importance des réponses catégoriques fournies par les psychiatres à la question de savoir ce qui pourrait « considérablement » les inciter à fournir des rapports encore plus détaillés : l'incorporation systématique de leurs informations dans la planification de la réadaptation, un retour systématique, une rémunération adéquate et leur implication de routine dans toute évaluation interdisciplinaire menée par l'AI. On voit ainsi que les psychiatres accordent une grande importance à la rééducation du patient, et pas seulement aux aspects monétaires.

Données épidémiologiques de traitement des patients présentant des problèmes au travail

Les données obtenues lors de l'enquête semblent *dans l'ensemble* plausibles lorsqu'on les compare avec d'autres sources : 60 % de tous les patients en âge de travailler sont actifs sur le marché primaire de l'emploi. De ce groupe, un patient sur trois avait rencontré des difficultés au travail, près d'un sur quatre avait été en arrêt de travail au moins une fois et un sur dix est menacé de licenciement au cours des trois derniers mois (un patient pouvant appartenir à plusieurs groupes à la fois).

S'ajoutent aux patients rencontrant des problèmes au travail un groupe nombreux de patients qui n'ont pas d'emploi : 10 % des patients en âge de travailler sont au chômage, ont une occupation subventionnée encadrée ou sont inactifs (bénéficiaires de l'aide sociale). En tout, 20 % des patients perçoivent une rente AI. Ici aussi, des patients appartiennent à plus d'un groupe, mais la moitié au moins de tous les sujets psychiatriques en âge de travailler sont soit bénéficiaires d'une rente AI, soit au chômage, soit dépendants de l'aide sociale, soit aux prises avec des problèmes au travail.

Un cinquième des patients dépendants de l'aide sociale ou à l'AI disposerait, selon les psychiatres, du potentiel voulu pour exercer une activité lucrative – à temps partiel au moins – sur le premier marché de l'emploi. Les principaux facteurs qui empêchent d'exploiter ce potentiel sont les suivants : le manque de confiance en soi des patients, leur résignation, la longue recherche infructueuse d'un

emploi, le peu d'empressement des employeurs à aménager les postes de travail, la peur souvent fondée du patient de mettre en jeu sa sécurité financière en recommençant une activité lucrative qui lui apporterait un revenu inférieur aux prestations sociales actuellement touchées.

Jusqu'ici, des contacts ont été noués dans seulement 5 % des cas avec l'employeur, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou l'AI, un chiffre étonnamment bas quand on pense à la proportion élevée de patients actifs au chômage ou exerçant une activité lucrative précaire.

Synthèse et recommandations

Les résultats de l'enquête suggèrent qu'en Suisse, les psychiatres traitent leurs patients de manière suivie et efficace, sur une longue durée, en instaurant une étroite relation de confiance et qu'ils s'investissent dans la thérapie ; ils voient leurs patients la plupart du temps chaque semaine ou chaque quinzaine, connaissent bien leurs problèmes et leur parcours, établissent une relation thérapeutique solide et s'engagent pour préserver ou améliorer leur situation sociale. Les médecins spécialistes en psychiatrie sont proches de leurs patients et abordent avec eux des sujets importants pour leur vie quotidienne. Grâce à la relation thérapeutique qu'ils créent, ils parviennent manifestement à faire en sorte que les patients appliquent dans leur vie ce dont il a été question au cabinet. Dans de nombreux autres pays, la situation n'est pas aussi satisfaisante en raison d'une densité de psychiatres moins élevée. Nous résumons ci-après les principales lacunes observées et formulons des recommandations. La question principale étant de savoir comment mieux exploiter le potentiel présent en Suisse pour résoudre les difficultés en lien avec le travail et comment les psychiatres pourraient contribuer plus directement à l'insertion de leurs patients sur le marché de l'emploi.

Le travail, un thème prioritaire pour les patients psychiatriques

Dans leur majorité, les patients psychiatriques ont d'importants problèmes au travail, sont en incapacité de travail, au chômage, à l'AI ou à l'aide sociale. Un patient sur cinq en invalidité ou à l'aide sociale présenterait un potentiel pour exercer une éventuelle activité lucrative. Bien qu'il désire souvent travailler, il n'ose faire le pas par crainte de voir ses revenus diminuer s'il exerce à nouveau une activité lucrative. Malgré la fréquence et l'importance des difficultés que rencontrent les patients psychiatriques au travail, on ne dispose pas pour l'instant de bases médicales qui indiquent quelles interventions psychiatriques contribueraient à améliorer leur efficacité au travail et dans quelles conditions elles le feraient. En outre, ces questions ne sont pas abordées de manière systématique dans la formation postgraduée et continue des psychiatres.

Recommandations : il conviendrait tout d'abord de sensibiliser les psychiatres à l'importance à accorder à l'activité professionnelle dans leurs traitements. En présence d'indices de problèmes passés ou présents dans le domaine du travail, la situation professionnelle ne devrait pas être un thème parmi tant d'autres, mais l'une des priorités à traiter. La manière de prendre en charge des patients ayant des difficultés en lien avec le travail devrait figurer dans le plan d'études des psychiatres et être systématiquement abordée dans la formation continue des médecins. Pour cela, il faut commencer par lancer des programmes de recherches appliquées pour disposer des données nécessaires. Le système psychiatrique, le droit du travail et le régime des assurances sociales suisses étant très différents de ceux des autres pays, il n'est en effet pas possible pour mener ces réflexions de se fonder simplement sur les recherches faites à l'étranger. Il est indispensable d'étudier la situation en Suisse. Il conviendrait aussi de donner aux psychiatres des compétences dans le domaine des contacts avec les employeurs. Enfin, l'ensemble des assurances, en particulier les assurances sociales, ainsi que le monde politique, devraient prendre des dispositions afin qu'il vaille la peine pour les personnes à l'aide sociale ou à l'invalidité de reprendre une activité professionnelle s'ils en ont la possibilité.

Une détection précoce insuffisante en milieu scolaire et de formation, traitements tardifs

La plupart des patients avaient moins de 25 ans lorsqu'ils ont connu leurs premiers problèmes de travail ou de formation, mais peu d'entre eux ont alors été pris en charge rapidement par un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ou par l'AI. Comme on observe en général les premières atteintes fonctionnelles avant que la maladie psychique ne se déclare, il serait judicieux d'améliorer la détection précoce en milieu scolaire, dans la formation professionnelle et au travail. De plus, la coordination laisse à désirer entre les nombreux acteurs que sont la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les services de psychologie scolaires, les permanences communales de soutien pour les jeunes, le travail social en milieu scolaire, l'AI, etc.

Recommandations : les contacts devraient être systématiques entre les établissements scolaires et les centres d'apprentissage et les spécialistes de la psychiatrie (notamment ceux de l'enfance et de l'adolescence), afin que les enseignants et maîtres professionnels qui identifient des comportements particuliers sachent à qui s'adresser. Il serait également recommandé d'envisager la création de permanences cantonales de soutien pour les jeunes en difficulté, qui regrouperaient des spécialistes des différentes institutions. De telles antennes seraient aussi chargées d'assurer un suivi à long terme de ces jeunes et de coordonner leur prise en charge. Enfin, il serait aussi conseillé de promouvoir la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, moins développée que celle de l'adulte.

Des connaissances peu exploitées sur les parcours problématiques types

On observe dans la biographie professionnelle de la plupart des patients des parcours et attitudes types qui dépendent notamment du genre et de l'importance des antécédents traumatisants. Grâce à ces parcours types, les psychiatres pensent pouvoir estimer très tôt quelles difficultés les patients rencontreront de manière réitérée au travail. A l'inverse, ils savent aussi souvent dans quelles conditions leurs patients peuvent, ou ont pu, mieux fonctionner malgré leur maladie. Jusqu'à maintenant, ce savoir est trop peu utilisé par les psychiatres eux-mêmes, comme par tous les autres acteurs. En effet, bien qu'ils connaissent ces parcours types, les psychiatres ne sont pas systématiquement associés à la préparation des interventions. De plus, les mesures de réadaptation visent souvent des objectifs à court terme au lieu d'adopter une perspective à long terme.

Recommandations : les Offices AI et les autres services publics qui proposent des mesures devraient associer systématiquement les psychiatres traitants à l'identification des difficultés au travail et à la planification des mesures. Quant à ces dernières, elles devraient être davantage conçues comme un accompagnement à long terme et mettre davantage l'accent sur les aménagements de l'activité professionnelle, la résolution de conflits et le soutien à l'entourage professionnel ; il s'agit également de donner aux patients les moyens de faire au mieux avec leurs limitations fonctionnelles. Toutes ces mesures doivent mieux être synchronisées avec le traitement psychiatrique, afin d'éviter que des activités n'entrent en contradiction et fassent échouer la démarche. De plus, avant qu'un patient présentant un parcours typique commence un nouvel emploi, il faudrait examiner avec soin s'il est judicieux de contacter son employeur. Et comme les psychiatres identifient très tôt les problèmes de leurs patients au travail – sensiblement plus tôt que les supérieurs hiérarchiques et souvent bien avant que la situation ne se détériore –, ils devraient systématiquement se demander si une telle prise de contact est souhaitable et en parler en détail avec leur patient. Enfin, le financement de ces démarches devrait absolument être réglé à l'échelle nationale en incitant plutôt les professionnels à les entreprendre.

De trop rares contacts avec les employeurs et les assurances

La fréquence des contacts entre les psychiatres, les employeurs, les gestionnaires de cas des assurances perte de gain, les conseillers de l'AI et d'autres services publics est plutôt faible par rapport

au nombre de patients éprouvant des difficultés au travail ou en incapacité de travail. Ce constat, qui s'applique avant tout aux psychiatres installés, est particulièrement manifeste dans les rapports envoyés à l'AI, pour lesquels les psychiatres ne demandent pratiquement jamais de renseignements aux anciens employeurs. Or, en cas d'incapacité de travail prolongée ou de conflits, ce manque de contact peut augmenter la probabilité d'aboutir à un licenciement. Par ailleurs, la qualité de l'engagement dans la relation thérapeutique n'a jusqu'à maintenant pas eu de répercussions positives sur les résultats au travail. Dans ce domaine, l'absence de lien entre ce qui est traité en consultation et son application au travail est problématique.

Recommandations : les associations d'employeurs et de médecins devraient s'entendre sur des principes généraux et des conventions réglant la manière d'établir des contacts entre eux ainsi que sur les droits et obligations de chaque partie dans de telles situations. Elles devraient aussi définir les indications permettant de déterminer dans quelles situations il conviendrait d'aborder d'emblée avec le patient la nécessité d'une prise de contact avec l'employeur. En cas d'arrêts de travail de longue durée, ces prises de contact devraient être la norme. Des recherches devraient également être menées pour préciser quelles devraient être les modalités de tels contacts, en quoi consisterait exactement la tâche du psychiatre, quelles interventions pourraient être efficaces, etc.

Un juste milieu entre dévouement bénéfique et identification nuisible

On observe chez les psychiatres des différences notables, suivant qu'ils évaluent des cas de manière purement théorique ou qu'ils évaluent leurs propres patients. Lorsque ces derniers se trouvent en difficulté au travail, ils les voient avant tout comme des victimes de conditions de travail peu favorables et du comportement agressif de l'entourage professionnel. Cette perception ne contraste pas seulement avec leur propre savoir médical, mais aussi avec le parcours type qu'ils ont eux-mêmes identifié, soit celui des patients qui ont déjà eu à plusieurs reprises des conflits à leurs emplois précédents. Ce dévouement envers leurs patients les amène souvent à avoir l'impression de devoir les protéger d'un entourage professionnel injuste ou discriminatoire : or, ce besoin tend à augmenter le risque d'évolution négative. Un tel engagement peut en effet se révéler bénéfique du point de vue thérapeutique, mais il met en péril par son caractère partial le maintien en emploi, car il ne prend pas en compte la charge que peut représenter le patient pour son entourage professionnel.

Recommandations : la formation postgraduée et la formation continue des psychiatres devraient leur permettre d'élargir leur perspective au poste de travail du patient, une démarche à laquelle les employeurs pourraient eux aussi être associés. Dans ce domaine, des conventions devraient également être passées entre le monde médical et les employeurs. Enfin, un changement de point de vue permettrait de générer un grand potentiel : les psychiatres pourraient davantage conseiller les cadres et les responsables des ressources humaines sur la manière de gérer des collaborateurs souffrant d'un trouble psychique, et cela, sans forcément se référer à des cas précis.

Absence de bases scientifiques concernant les indications des incapacités de travail

Activité fréquente des psychiatres, l'évaluation de l'incapacité de travail recèle quelques potentiels d'amélioration. En premier lieu, on ne dispose pas de bases scientifiques permettant d'identifier les critères pertinents pour cette évaluation, de sorte que tout repose sur le médecin traitant. En deuxième lieu, les psychiatres amenés à évaluer une incapacité de travail ne font pas seulement face à des problèmes médicaux (pronostic), mais aussi à des situations qui peuvent mettre en péril la relation thérapeutique ; tel est le cas lorsque le patient exige un arrêt de travail de façon injustifiée, avec effet rétroactif ou à de nombreuses reprises. Les psychiatres ne disposent pour l'instant d'aucune base scientifique à laquelle se référer dans ces cas de figure.

En troisième lieu, il arrive que les psychiatres, lorsqu'ils évaluent un cas concret, fassent peu de cas de leurs recommandations d'ordre général et octroient par exemple des arrêts de travail plus longs aux patients très demandeurs qu'aux autres. Or, la durée des incapacités de travail attestées dans les cas réels – six mois environ en moyenne – met souvent en péril le maintien en emploi. Et cette durée est encore plus longue lorsque des conflits se produisent au travail et, de façon générale, lorsque le patient présente un trouble de la personnalité. En quatrième et dernier lieu, les psychiatres délivrent dans deux cas sur trois une incapacité de travail à 100 %, un taux plutôt défavorable à la réadaptation.

Recommandations : pour l'évaluation de l'incapacité de travail, il conviendrait de formuler des directives médicales contenant des instructions détaillées sur la durée et le taux de l'incapacité de travail, l'établissement du pronostic, les possibilités d'être présent au travail, etc. Il faudrait aussi encourager l'utilisation de certificats permettant des diagnostics différentiels ou adapter les certificats existants aux particularités de chaque type de troubles psychiques. Enfin, des directives devraient être élaborées pour les arrêts de travail de longue durée, qui recommanderaient par exemple de demander un deuxième avis ou de prendre contact avec l'employeur avant de délivrer un arrêt de travail de plus de deux ou trois mois, ou de préciser les raisons qui l'amènent à déroger à ce principe. Une telle obligation serait aussi judicieuse pour les incapacités de travail à 100%.

Fréquence élevée des diagnostics de dépression

Les psychiatres jugent que le nombre de limitations fonctionnelles est particulièrement élevé en cas de dépression, de schizophrénie et de troubles de la personnalité de type histrionique. Le Tribunal fédéral a aussi jugé récemment qu'il ne fallait pas prendre en considération les dépressions modérées comme un motif de mise en invalidité, sauf si elles se révèlent résistantes au traitement. Par ailleurs, si le diagnostic de dépression est très souvent posé, cela ne signifie pas toujours que la dépression soit le problème principal, du moins dans l'optique des difficultés au travail. La dépression est souvent plutôt un symptôme concomitant de plusieurs autres troubles. Cette pratique diagnostique, en soi correcte, peut aboutir à banaliser la dépression et à masquer l'atteinte principale à la vue des autres acteurs, comme c'est le cas du trouble de la personnalité, qui est souvent également présent en cas de dépression.

Recommandations : dans les rapports destinés aux assureurs et dans les échanges avec les responsables de la réinsertion professionnelle, les psychiatres devraient indiquer quelle maladie psychique est prioritaire à court et long terme pour ce qui est des problèmes au travail. La formation postgraduée et continue des psychiatres devraient aborder systématiquement l'importance particulière des troubles de la personnalité, dans le parcours professionnel. En revanche, il ne faut pas clore le débat sur la fréquence élevée des diagnostics de dépression en refusant par principe de reconnaître l'effet invalidant de la dépression.

Rédaction de rapports pour l'AI : une voie à sens unique

Si les psychiatres consentent souvent de gros efforts pour établir des rapports à l'intention de l'AI, l'Office cantonal ou les Services médicaux régionaux ne leur fournissent en revanche normalement pas de retours. Les professionnels ignorent ainsi souvent le jugement que portent les Offices AI sur leurs recommandations et les raisons qui motivent ces derniers à évaluer différemment le dossier. Si la majorité des psychiatres supposent que leurs rapports sont importants pour l'AI, ils sont tout de même 40 % à en douter.

Recommandations : l'AI devrait mettre au point une procédure garantissant un contact systématique avec les psychiatres qui établissent un rapport. Elle devrait par ailleurs associer systématiquement les psychiatres au moment où elle instruit le dossier (évaluation et planification des mesures) et

lorsque le besoin s'en fait sentir durant l'exécution de ces dernières. Par ailleurs, elle devrait rétribuer les rapports médicaux initiaux, qui sont les plus importants, en fonction du temps effectif que le psychiatre leur a consacré. Enfin, un rapport particulièrement complet et détaillé devrait être mieux pris en compte par l'Office AI.

Riassunto e raccomandazioni

Contesto, obiettivo e metodo dell'indagine

Da alcuni decenni, il numero di persone con disturbi psichici escluse dal mercato del lavoro e riconosciute invalide è aumentato notevolmente in Svizzera e in molti altri Stati dell'OCSE, sebbene la prevalenza dei disturbi psichici stessi non sia aumentata. Già da tempo cresce inoltre il numero di assenze per incapacità al lavoro data da motivi psichici, e anche questo è un fenomeno internazionale. Nel contempo la stragrande maggioranza delle persone senza attività lucrativa affette da una malattia psichica vorrebbe lavorare e considera un lavoro «normale» un'esigenza prioritaria. Da numerosi dati empirici emerge in effetti che l'attività lucrativa contribuisce alla stabilizzazione psichica e alla guarigione dei pazienti.

Solo in pochi Paesi il contesto economico e istituzionale è così favorevole alla risoluzione di tali problemi come in Svizzera, dove si dispone di ottimi servizi di assistenza psichiatrica e nella quale si ha il maggior numero di psichiatri pro capite di tutti i Paesi OCSE. Le risorse disponibili, tuttavia, non sono ancora sufficientemente utilizzate per superare i problemi lavorativi dei malati psichici, tra l'altro a causa dell'eccessiva frammentazione degli aiuti.

I medici psichiatri attivi in Svizzera non sono mai stati intervistati finora sulle loro esperienze concrete con pazienti affetti da problemi lavorativi e incapacità al lavoro e sulle loro valutazioni al riguardo. Di conseguenza, mancano dati sull'epistemologia della terapia e sulla prevalenza di pazienti con problemi lavorativi. Anche le conoscenze mediche e riabilitative dei medici specialisti non sono mai state sfruttate fino ad oggi. Questo costituisce una grande lacuna, in particolare considerato che in Svizzera i medici psichiatri seguono i loro pazienti di solito per un periodo di tempo piuttosto lungo e pertanto li conoscono bene. Il presente studio è inteso a contribuire a colmare questa lacuna e a produrre una base di dati che permetta di elaborare ulteriori misure utili all'integrazione nel mercato del lavoro dei malati psichici.

Oltre ai membri della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia (SSPP), sono stati invitati a partecipare all'indagine tutti i medici primari degli istituti psichiatrici svizzeri, ai quali è stato inoltre chiesto di sollecitare la partecipazione anche dei medici dirigenti, superiori e assistenti. Infine i presidenti delle associazioni cantonali di psichiatria sono stati pregati di invitare a partecipare i loro membri, che non fanno tutti parte della SSPP. A febbraio e marzo 2016 il link al questionario online è stato attivato da N=741 psichiatri, di cui N=714 hanno risposto almeno parzialmente alle domande. Hanno risposto a tutte le domande N=326 persone, ossia il 46 %, il che è un risultato notevole considerato la complessità e l'alto grado di dettaglio del questionario. Circa i tre quarti dei partecipanti lavora in studi privati, è attivo in Svizzera tedesca e ha almeno 50 anni.

L'indagine era articolata in sette parti: 1) domande sull'evoluzione clinica di un paziente personalmente seguito che aveva o ha problemi lavorativi per motivi psichici; 2) indicazioni in generale e problemi relativi al rilascio di certificati di incapacità al lavoro; 3) domande generali sui tipici deficit funzionali specifici della diagnosi e sui possibili adeguamenti del posto di lavoro; 4) comportamento decisionale in condizioni controllate, ad es. quello riguardante le modalità di rilascio di un certificato di incapacità al lavoro (parte «sperimentale»); 5) domande sugli ultimi due casi di rilascio di un certificato di incapacità al lavoro; 6) Domande sugli ultimi due casi con rapporto all'indirizzo dell'AI; 7) domande sull'epistemologia della terapia di pazienti affetti da problemi lavorativi, incapacità al lavoro e invalidità.

Risultati

Qui di seguito vengono illustrati i principali risultati. La prima e più ampia parte del rapporto concerne l'evoluzione di un paziente con problemi lavorativi sul mercato del lavoro primario.

Pazienti con problemi lavorativi: un caso concreto

Sono state descritte prevalentemente pazienti di sesso femminile, di età media di 45 anni, con formazione professionale o studi universitari compiuti. Questo profilo è tipico per i clienti degli studi psichiatrici, ma visto che la quota delle donne è leggermente più elevata, occorre cautela nell'applicare i risultati all'intera popolazione attiva affetta da disturbi psichici. Sono stati diagnosticati molto spesso disturbi depressivi, nevrotici (disturbi di adattamento, disturbo acuto da stress, disturbi d'ansia) e di personalità, prevalentemente del tipo ansioso-evitante, emotivo instabile, dipendente e narcisistico. Per quanto riguarda la diagnosi e l'età, i pazienti qui descritti sono paragonabili al più numeroso gruppo dei malati psichici beneficiari di una rendita AI, affetti da «disturbi psicogeni o psicoreattivi».

Biografia familiare / lavorativa e inizio della malattia dei pazienti

Nei primi anni della biografia di quasi tutti i pazienti si riscontrano fattori importanti di stress: un paziente su due ha avuto genitori affetti da una malattia psichica e circa il 40 % di ciascun gruppo ha vissuto violenza, abuso, negligenza emotiva o un'educazione troppo punitiva. Il 40 % ha vissuto almeno tre di queste situazioni in tenera età ed è quindi da ritenersi psicologicamente molto esposto. Nella metà dei pazienti, i primi problemi psichici evidenti si sono manifestati entro l'età di 25 anni, sovente sotto forma di problemi di rendimento o comportamentali, nonché di interruzione del percorso scolastico, della formazione professionale o dei contatti con il contesto sociale. Solo raramente queste anomalie precoci sono state affrontate tempestivamente con l'aiuto di un sostegno professionale come il servizi di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza o servizi psicologici scolastici, il che indica una carenza sul fronte del rilevamento precoce.

La maggior parte dei pazienti ha avuto difficoltà sul posto di lavoro già prima dell'attuale situazione problematica: il 40 % circa ha avuto ripetutamente conflitti con il proprio superiore e/o il proprio gruppo di lavoro ed è stato licenziato almeno una volta. A seconda del disturbo psichico sono emersi problemi diversi nella biografia lavorativa: nei pazienti con disturbi di personalità è più probabile riscontrare conflitti e avanzamenti di carriera, nei pazienti con disturbi schizofrenici, invece, problemi di rendimento, periodi prolungati di interruzione dell'attività lavorativa e declino professionale. I pazienti che hanno avuto molti impieghi brevi e diversi periodi di disoccupazione e di interruzione dell'attività lavorativa o hanno subito almeno un licenziamento, mostrano più frequentemente un decorso sfavorevole anche sul posto di lavoro attuale. La biografia lavorativa è inoltre strettamente collegata alla prima biografia familiare: più sono i fattori di stress, maggiori sono i problemi nella biografia lavorativa. In due terzi dei pazienti circa vi è dunque una specie di filo conduttore che collega la biografia dei primi anni di vita a quella lavorativa e alle attuali difficoltà sul posto di lavoro. Gli interpellati descrivono questi pattern in modo succinto e differenziato. Dalle descrizioni emergono cinque tipi di pattern problematici nei pazienti.

1. Pazienti con comportamento lavorativo caratterizzato da un eccesso di impegno e rigidità, che mettono da parte le proprie esigenze e al rifiuto o alla mancanza di riconoscimento reagiscono infine in modo offeso e passivo-aggressivo. Questi pazienti hanno spesso compiuto avanzamenti di carriera.
2. Pazienti con comportamento lavorativo indisciplinato, instabile e impulsivo, che proiettano verso l'esterno i propri problemi ed errori, non rispettano i limiti, assumono il ruolo della vittima e vengono coinvolti in conflitti. Nell'anamnesi si riscontrano frequenti cambiamenti di posto di lavoro e ripetuti periodi di disoccupazione.

3. Pazienti con comportamento ansioso-evitante o dipendente, che cercano di accontentare tutti, riescono ad assumere solo poca responsabilità e non sanno imporsi. Questo pattern sfocia spesso in incapacità al lavoro. Tipici per quest'evoluzione clinica sono lunghi periodi di interruzione dell'attività lavorativa e avanzamenti di carriera.
4. Pazienti frequentemente assenti dal posto di lavoro, anche da quello attuale.
5. Pazienti con un problema di dipendenza. Questo gruppo di pazienti presenta il maggior numero di persone con lunghi periodi di interruzione dell'attività lavorativa.

I risultati dell'analisi dimostrano che una pianificazione professionale degli interventi su pazienti con problemi di lavoro presuppone una comprensione sintetica della biografia dei medesimi che consideri le esperienze precoci, la dinamica della patologia e le reazioni tipiche del contesto sociale. Gli psichiatri sono formati per riconoscere proprio questi nessi; dovrebbero pertanto essere attivamente coinvolti nell'analisi di problemi professionali e nella pianificazione degli interventi, e questo non soltanto nell'ambito della procedura AI, ma anche in caso di incapacità al lavoro prolungata, problemi sul posto di lavoro, disoccupazione problematica o dipendenza dall'aiuto sociale ecc.

Evoluzione della situazione problematica sul posto di lavoro attuale

L'evoluzione della situazione problematica sul posto di lavoro attuale ha in media una durata di circa 40 mesi ed è quindi relativamente lunga. Per prevenire l'escalation della situazione potrebbero intervenire gli psichiatri, che sono in grado di rilevare il profilarsi di problemi molto prima dei superiori sul posto di lavoro. La fase iniziale dei problemi dura in media 20 mesi, dopodiché la situazione degenera sempre di più. In questa prima fase, tuttavia, i gli psichiatri cercano il contatto con il datore di lavoro soltanto nel 20 % dei casi, prevalentemente perché i pazienti stessi non lo desiderano. Nell'80 % dei pazienti i problemi di lavoro sono stati però un motivo importante o addirittura quello decisivo per sottoporsi a una terapia psichiatrica. Questa circostanza potrebbe essere interpretata come invito a discutere un'eventuale presa di contatto con il datore di lavoro e a indicare le diverse opzioni, inclusi i rischi connessi a un tale contatto.

Nella prospettiva del mantenimento del posto di lavoro è piuttosto *sfavorevole* se l'inizio della situazione problematica è caratterizzato da un atteggiamento speranzoso, per cui il paziente è ansioso di iniziare il nuovo lavoro, è fortemente motivato e lo affronta con grande entusiasmo; questo può essere collegato al fatto che in tali casi è elevato anche il rischio di delusioni e frustrazioni. Può darsi anche che un inizio così euforico sia espressione di un certo comportamento di risoluzione dei conflitti (celare le difficoltà, evitare i timori).

In un caso su due fra i fattori scatenanti dei problemi sul posto di lavoro vi sono problemi coniugali e con il partner, un decesso, una malattia grave o un infortunio nel proprio contesto sociale oppure cambiamenti di personale, riorganizzazioni o la modifica delle mansioni in azienda. Tra i primi indizi dei problemi sul posto di lavoro vi sono soprattutto conflitti o problemi con il superiore o con i colleghi e il peggioramento del rendimento. Sia i fattori scatenanti che gli indizi precoci dei problemi hanno dunque una forte componente relazionale.

Nella fase dell'escalation si distinguono tre stadi: a) i conflitti interpersonali degenerano; b) il carico di lavoro è percepito come eccessivo e c) viene rilasciato un certificato di incapacità al lavoro. L'aggravarsi dei conflitti in questa fase porta particolarmente spesso allo scioglimento del rapporto di lavoro nella terza fase. Il tipo di escalation è strettamente collegato al pattern problematico rilevato nell'anamnesi: se dalla biografia lavorativa erano emersi pattern conflittuali, essi si manifestano molto più frequentemente anche a questo punto. Se si erano manifestati pattern ansioso-evitanti oppure ripetuti periodi di incapacità al lavoro, anche a questo punto è frequente riscontrare un'incapacità al lavoro. Il problema alla fine può avere due esiti possibili: la risoluzione del rapporto di lavoro o il rilascio

di un certificato di incapacità al lavoro, con o senza ritorno al posto di lavoro. Tra l'inizio del problema e il momento dell'indagine si è inoltre verificato un evidente spostamento dei pazienti dall'attività lucrativa verso la disoccupazione, l'invalidità e l'inattività nonché da un impiego a tempo pieno verso uno a tempo parziale. Questo nonostante l'impianto dell'indagine prevedesse che la metà dei casi mostrasse un «decorso positivo». Alla fine dell'evoluzione della situazione problematica, ossia al momento dell'indagine, soltanto il 30 % circa dei pazienti è ancora in una situazione lavorativa non precaria.

Caratteristiche della terapia

La maggior parte dei pazienti in esame è stata ricevuta una volta alla settimana o ogni due settimane e sottoposta a una terapia con approccio psicodinamico o cognitivo-comportamentale. I terapeuti che adottano un approccio psicodinamico sono molto più reticenti a prendere contatto con i datori di lavoro rispetto a coloro che adattano approcci terapeutici diversi, e ne discutono anche meno frequentemente con i propri pazienti. In oltre nove casi su dieci gli psichiatri valutano il rapporto terapeutico con il paziente come solido e sicuro e presuppongono che nella vita quotidiana i pazienti mettano in pratica quanto discusso in terapia. Questi elevati valori rispecchiano la grande importanza del trattamento psichiatrico e psicoterapeutico con orientamento relazionale in Svizzera, nonché la sua alta qualità. Allo stesso tempo non emerge alcun collegamento tra la qualità e il carattere vincolante del rapporto terapeutico, da un lato, e l'evoluzione dell'attività lucrativa dei pazienti dall'altro. I risultati sul mercato del lavoro sono collegati ad altre variabili come ad esempio le dinamiche sul posto di lavoro (conflitti ecc.) e la personalità del paziente. A questo riguardo ci sarebbe da indagare più a fondo se con appositi interventi non sia possibile rafforzare l'influenza esercitata dalla terapia sull'evoluzione dell'attività lucrativa.

L'intervento legato al posto di lavoro più frequente è il rilascio di un certificato di incapacità al lavoro: per quasi tutti i pazienti ne è già stato rilasciato uno, nel 75 % dei casi circa più di una volta. I pazienti per cui non è mai stato rilasciato un certificato di incapacità al lavoro e quelli per cui ne sono stati rilasciati più di uno mostrano più frequentemente un decorso negativo rispetto ai pazienti messi in malattia soltanto una volta. Pertanto, dal punto di vista della prognosi, l'assenza di certificati di incapacità al lavoro non è di per sé un buon segno. Questo dato può essere dovuto tra l'altro al fatto che andare al lavoro nonostante la malattia può essere sfavorevole («presenteismo»).

In due terzi dei casi gli psichiatri sentono l'esigenza di proteggere il paziente contro un trattamento da lui considerato ingiusto o discriminatorio da parte degli attori coinvolti, nella maggior parte dei casi del datore di lavoro, ma spesso anche da parte delle assicurazioni private o sociali e dell'aiuto sociale. Tale impulso di protezione svela un grande impegno terapeutico, ma è nel contempo in contrasto con i contatti piuttosto rari con gli attori menzionati. Di solito è nota soltanto la prospettiva dei pazienti, ma non quella del contesto lavorativo.

Problemi legati al posto di lavoro e problemi legati al paziente

Per quanto riguarda l'azienda, gli psichiatri percepiscono come problematiche soprattutto la mancanza di stima e di riconoscimento e la comunicazione impacciata e impersonale da parte del superiore. Riferiscono inoltre che il problema *principale* è di gran lunga la mancanza di stima da parte del superiore, seguito da «mobbing» nei confronti del paziente. Dal punto di vista degli psichiatri, il problema più frequente e pronunciato dalla parte dei pazienti è invece l'incapacità di imporsi: non riuscire a dire di no e a difendersi. Quest'analisi del problema riflette forse il vissuto dei pazienti, ma non sembra del tutto imparziale. Ad ogni modo la valutazione teorica dei deficit funzionali specifici

della diagnosi da parte degli psichiatri diverge nettamente da quella dei deficit funzionali menzionati nei casi concreti di cui sopra.

Fattori che influenzano il decorso della malattia

Gli psichiatri considerano il proprio comportamento terapeutico, il miglioramento del quadro clinico, una personalità matura, la capacità di adattamento, la presa di coscienza del paziente nonché le possibilità di adeguamento del posto di lavoro fattori decisivi per un decorso positivo. Determinanti per un decorso negativo, invece, sono il peggioramento del quadro clinico, un atteggiamento negativo del superiore, problemi nella vita privata del paziente nonché la mancata presa di coscienza da parte di quest'ultimo. Il comportamento degli altri attori, quali i case manager dell'assicurazione d'indennità giornaliera, i consulenti AI, altri medici o i servizi di consulenza sono raramente percepiti come determinanti per il decorso e, nei pochi casi in cui lo sono, tendono a influenzarlo in modo positivo.

Dal calcolo del rischio per un *decorso negativo* sulla base di una moltitudine di possibili fattori, emergono quattro fattori di influenza significativi: a) i pazienti sposati presentano un rischio minore rispetto a quelli non sposati; b) l'impulso degli psichiatri di proteggere i propri pazienti dal contesto lavorativo aumenta il rischio (rispetto ai casi in cui non si manifesta questo impulso); c) nei casi in cui gli psichiatri hanno contribuito alla risoluzione del problema in modo «sicuro» il rischio è diminuito (rispetto ai casi in cui gli psichiatri non hanno contribuito alla risoluzione del problema o vi hanno «probabilmente» contribuito); d) il sostegno del consulente AI diminuisce il rischio. Questo significa che, qualora siano coinvolti, gli uffici AI possono dare un contributo sostanziale. È inoltre notevole l'influenza esercitata sul decorso dalla terapia psichiatrica. Occorre tuttavia considerare che il «decorso» percepito non equivale all'esito sul mercato del lavoro, ossia la condizione occupazionale al momento dell'indagine, perché lo psichiatra valuta il decorso non soltanto in base a questo criterio. Va spiegato, per esempio, che gli interventi degli psichiatri influiscono sì notevolmente sul «decorso» da loro valutato, ma non sulla condizione occupazionale oggettiva del paziente.

Infine è rilevante il rischio più elevato di un decorso negativo in quei casi in cui gli psichiatri hanno la sensazione di dover proteggere i propri pazienti contro un «trattamento ingiusto o discriminatorio da parte del contesto lavorativo». Questo risultato può essere interpretato in diversi modi. Il dato essenziale è però la constatazione che questa sensazione è molto più frequente nel caso dei pazienti che nella propria biografia lavorativa hanno avuto più volte conflitti con il superiore e i colleghi o sono stati licenziati. Sarebbe molto utile analizzare più a fondo i retroscena di questa sensazione frequentemente riscontrabile negli psichiatri, ma raramente basata su contatti concreti con i datori di lavoro.

Insegnamenti tratti dal caso qui esposto

Di fronte a un caso analogo di un paziente con problemi lavorativi la maggioranza degli psichiatri adotterebbe di nuovo un comportamento simile, mentre un terzo degli interpellati reagirebbe diversamente. Questi ultimi sono spesso psichiatri che erano stati interpellati riguardo a un decorso negativo. L'insegnamento tratto dal caso è che in futuro ci si adopererebbe più spesso, più insistentemente e più attivamente per contattate il superiore, il contesto lavorativo, i case manager e i consulenti AI.

Indicazioni e problemi relativi al rilascio di certificati d'incapacità al lavoro

I risultati qui di seguito riportati non si riferiscono più all'esempio concreto di cui sopra, ma alle valutazioni e alle esperienze degli psichiatri in generale.

Importanza delle circostanze per il rilascio del certificato d'incapacità al lavoro

Ai fini della valutazione della capacità al lavoro gli psichiatri considerano particolarmente importanti una serie di circostanze legate al lavoro e al paziente. Tuttavia, i criteri d'importanza per la valutazione non sono raggruppabili per contenuto, vale a dire che non è possibile raggruppare in modo rigoroso i criteri né in termini computazionali né in termini di contenuto e specialità. Sono, invece, gli psichiatri che fanno la differenza. Se si raggruppano non i criteri, bensì gli psichiatri, si ottengono cinque tipi di psichiatri chiaramente distinti: a) psichiatri che considerano soprattutto la sicurezza sul lavoro; b) psichiatri che considerano tutte le circostanze piuttosto importanti; c) psichiatri che considerano soprattutto i conflitti sul posto di lavoro; d) psichiatri che considerano tutti i criteri poco importanti; e) psichiatri che considerano tutti i criteri elencati molto importanti. Ciò significa che il parere e il comportamento individuale degli psichiatri determinano il valore attribuito alle singole circostanze.

Indicazioni sulla durata e sul grado di incapacità al lavoro

Per un'incapacità al lavoro *piuttosto lunga* sono state menzionate soprattutto le seguenti indicazioni legate al lavoro: attività nel campo della sicurezza o con alto rischio di infortunio, scarse possibilità di adeguare il posto di lavoro, poca comprensione da parte del superiore, un licenziamento appena pronunciato, un'azienda caotica, lavoro a turni o scadenze pressanti e poco sostegno sociale da parte dei colleghi. Per quanto concerne i problemi legati al paziente, depongono a favore di un'incapacità al lavoro piuttosto lunga un eccesso di motivazione, la mancata presa di coscienza della malattia, problemi familiari e sociali multipli, un comportamento ansioso-evitante molto pronunciato, conflitti di lavoro nella storia clinica e un comportamento passivo-regressivo riguardo ai problemi. La lamentosità invece è tipica di periodi di incapacità al lavoro *più brevi*, lo stesso vale per la perdita del posto di lavoro a causa di assenze o quando, stando all'anamnesi, il rilascio di un certificato medico viene richiesto come tipica strategia di risoluzione dei problemi.

Sono emerse anche *controindicazioni al rilascio di un certificato di incapacità al lavoro*: apparentemente gli psichiatri spesso non certificano l'incapacità al lavoro quando il paziente lavora nel settore privato, in una grande azienda (internazionale), percepisce un salario basso o ha un contratto di lavoro a termine senza prospettiva di un'assunzione a tempo indeterminato. In questi casi sussiste evidentemente il timore che il certificato di incapacità al lavoro possa mettere a repentaglio il posto di lavoro del paziente. Per quanto riguarda i criteri legati ai pazienti, la maggioranza degli psichiatri preferisce non rilasciare un certificato di incapacità al lavoro quando risulta evidente che le assenze sono una tipica strategia di risoluzione dei problemi, i pazienti si mostrano poco motivati e la storia clinica presenta perdite di posti di lavoro in seguito a incapacità al lavoro. Queste valutazioni differenziate costituiscono una buona base per ulteriori discussioni tra specialisti, per esempio, su quando e in quali casi sia opportuno certificare un'incapacità al lavoro piuttosto lunga in caso di recente licenziamento o di comportamento ansioso-evitante e regressivo.

Problemi e potenzialità concernenti la valutazione dell'incapacità al lavoro

In relazione alla valutazione dell'incapacità al lavoro, gli psichiatri osservano una serie di problemi tecnici e di tipo terapeutico. Sono considerati particolarmente difficili dal punto di vista tecnico e terapeutico le situazioni in cui i pazienti, appena dopo essere stati licenziati, chiedono un certificato di incapacità al lavoro o rinviando costantemente il ritorno al mondo del lavoro. È considerato molto difficile dal punto di vista tecnico ma di meno da quello terapeutico, formulare una prognosi sulla durata dell'incapacità al lavoro. Sono, invece, indicate come molto difficili dal punto di vista terapeutico, ma meno problematiche da quello tecnico, le situazioni in cui i pazienti chiedono un certificato senza giusta causa, retroattivamente o ripetutamente.

Nell'affrontare il tema del certificato di incapacità al lavoro, la maggior parte degli psichiatri coglie anche le potenzialità per il trattamento: la discussione al riguardo permette, infatti, di riflettere i pattern comportamentali del paziente, comprendere meglio la situazione lavorativa, sostenere il paziente nella vita quotidiana e analizzare come il paziente agisce sul posto di lavoro ecc.

Comportamento decisionale degli psichiatri di fronte alla possibilità di rilasciare un certificato di incapacità al lavoro in condizioni controllate

Oltre a queste domande generali sull'indicazione, agli psichiatri sono stati sottoposti tre casi fittizi sotto forma di vignette con la richiesta di indicare per quale durata e grado di incapacità al lavoro avrebbero messo in malattia il paziente. Questa parte «sperimentale» dell'indagine permette di trarre conclusioni sui fattori di influenza per un'incapacità al lavoro di breve o lunga durata. In queste situazioni concrete gli psichiatri assumono spesso un comportamento diverso da quello che considerano generalmente indicato: mentre un alto grado di lamentosità è considerato in generale un indicatore per un'incapacità al lavoro breve, nella simulazione la durata dell'incapacità al lavoro prescritta per i pazienti lamentosi è quasi il doppio (in media nove settimane) di quella per i non lamentosi (cinque settimane) e in quasi il doppio dei casi è a tempo pieno. Quando il paziente occupa una posizione di quadro, la durata prescritta è di otto settimane, per gli impiegati semplici, invece, è di cinque settimane. Se nei primi anni della biografia vengono menzionati fattori di stress, un paziente 45enne viene messo in malattia per circa sette settimane, senza tale menzione, invece, per cinque settimane. A fronte di una descrizione identica del problema, la menzione di una diagnosi di schizofrenia porta a un'incapacità al lavoro della durata pari a quasi il doppio (10 settimane) di quella di altre diagnosi (6 settimane).

Non hanno invece nessuna influenza sul tipo di certificato di incapacità al lavoro il tipo di azienda (dimensioni, settore, di diritto privato o pubblico), la durata dell'impiego del paziente nell'azienda e gli attuali fattori di stress nel contesto familiare: anche qui emerge una netta discrepanza rispetto alla formulazione teorica dell'indicazione generale, la quale spesso individua in detti criteri piuttosto una controindicazione al rilascio di un certificato.

Stando a questi risultati, le variabili del contesto influenzano la valutazione del medico, anche se a rigor di logica non dovrebbero essere rilevanti per il rilascio di un certificato di incapacità al lavoro. Le valutazioni tuttavia sono condivisibili: i compiti dirigenziali presuppongono sovente uno stato di salute più stabile di quelli esecutivi. Anche la valutazione diversa dei deficit funzionali connessi a una diagnosi di schizofrenia rispetto a quelli di una diagnosi di personalità ansiosa-dipendente può essere ragionevole. La forte influenza esercitata dalla menzione di fattori di stress nella prima biografia è sorprendente, ma in parte condivisibile, se si considerano i nessi tra precoci fattori di stress e biografia lavorativa. L'importanza della lamentosità nella presentazione dei problemi, invece, è riconducibile con ogni probabilità alla dinamica relazionale nell'ambito dei processi di valutazione.

Infine sono emerse alcune differenze sistematiche tra la Svizzera tedesca e la Svizzera francese nonché tra gli istituti psichiatrici pubblici e gli studi di psichiatria privati: in Svizzera francese i pazienti fittizi presentati verrebbero messi in malattia più a lungo e a un grado maggiore di incapacità al lavoro. Secondo le simulazioni, inoltre, gli psichiatri in Svizzera francese e gli studi di psichiatria privati contatterebbero il datore di lavoro molto più raramente dei colleghi in Svizzera tedesca o negli istituti psichiatrici pubblici. In Svizzera francese gli psichiatri sono inoltre più spesso scettici nei confronti del datore di lavoro e presumono che questi voglia «sbarazzarsi» del paziente messo in malattia nella simulazione. È possibile che qui emergano differenze «culturali» nell'atteggiamento terapeutico ossia rispetto al datore di lavoro. Per quanto riguarda le differenze di comportamento tra gli psichiatri negli istituti e quelli negli studi privati, è probabilmente importante il contesto; altre differenze si riscontrano nell'età e nell'orientamento terapeutico. I motivi per una presa di contatto meno frequente da parte

degli psichiatri liberi professionisti sono probabilmente molto vari (rapporto terapeutico più stretto, problemi e oneri connessi alla fatturazione di tali attività ossia mancanza di possibilità della loro fatturazione ecc.), ma non è possibile individuarli definitivamente in base ai dati disponibili.

I due casi più recenti di incapacità al lavoro

La terza serie di domande sul tema incapacità al lavoro riguardava gli ultimi due casi *reali* (più recenti) di incapacità al lavoro. Stando ai dati disponibili degli studi e degli istituti psichiatrici, circa un terzo di tutti i pazienti vengono messi in malattia una o più volte nel corso dell'anno. I deficit funzionali alla base dell'incapacità al lavoro possono essere riassunti statisticamente in quattro gruppi: a) instabilità acuta: instabilità emotiva e ridotto controllo degli impulsi ecc. b) conflitti sul posto di lavoro: problemi comportamentali e conflitti, destabilizzazione psichica a causa di condizioni di lavoro negative, c) sovraccarico di lavoro: rallentamento psicomotorio, rendimento ridotto, esaurimento, abulia e d) problemi cognitivi: problemi di concentrazione, comprensione, attenzione e memoria nonché disturbi di ragionamento. I conflitti sul posto di lavoro (gruppo b) sono connessi a periodi di incapacità al lavoro particolarmente lunghi.

I certificati di incapacità al lavoro vengono rilasciati in media per una durata di circa cinque settimane. In entrambi i casi, la durata intera dell'incapacità al lavoro pari in media a 25 settimane (la durata mediana è di 13 settimane) è notevole. La durata dell'incapacità al lavoro è particolarmente lunga nel caso dei disturbi di personalità. Dato che si tratta di personalità emotivamente instabili e ansioso-evitanti, è discutibile se e in quali casi l'utilità data dallo sgravio in seguito alla messa in malattia superi effettivamente il rischio che ne consegue (rafforzamento del comportamento evitante, perdita del posto di lavoro).

La maggior parte degli psichiatri indica di conoscere (molto) bene i compiti e i requisiti di lavoro dei pazienti, ma meno bene o addirittura non affatto il superiore, il clima di lavoro e le possibilità di adeguare il posto di lavoro. Una migliore conoscenza del superiore e delle possibilità di adeguamento del posto di lavoro potrebbe offrire delle potenzialità per una ripresa anticipata (parziale) del lavoro. Soltanto un terzo dei pazienti è presente sul posto di lavoro, prevalentemente a tempo parziale, durante l'incapacità al lavoro. Si tratta soprattutto di pazienti depressi e raramente di pazienti con un disturbo di personalità. In un caso su sei, nel quadro dell'incapacità al lavoro il paziente è stato ricoverato in ospedale per un trattamento (semi)stazionario; questo ha riguardato più spesso pazienti affetti da un disturbo di personalità.

In un terzo dei casi di incapacità al lavoro con obbligo di certificato medico è stato coinvolto un case manager, la collaborazione con il quale è stata considerata buona nella maggior parte dei casi. Quando è coinvolto un case manager, si tratta per natura di casi di incapacità al lavoro di lunga durata. Se, in quei casi, vi è una buona collaborazione con gli psichiatri, l'incapacità al lavoro è nettamente più breve che nei casi senza collaborazione o con una collaborazione non proficua.

In retrospettiva, gli psichiatri valutano il rilascio di un certificato di incapacità al lavoro come indispensabile in quattro su cinque casi. Secondo gli psichiatri, nel 30 % dei casi sarebbe invece stato possibile avere un'incapacità al lavoro più breve o di grado minore se da parte del datore di lavoro ci fosse stata più flessibilità o comprensione per i problemi del paziente.

Deficit funzionali specifici della diagnosi e adeguamenti del posto di lavoro

Gli psichiatri hanno valutato la rilevanza dei 28 deficit funzionali possibili per ciascuno di sei gruppi di diagnosi riportati nel questionario.

Deficit funzionali

A seconda della diagnosi, si riscontrano profili molto diversi di deficit funzionali. Complessivamente, per i disturbi schizofrenici e depressivi vengono menzionati deficit funzionali più variegati riguardanti settori funzionali molto diversi fra di loro. Per i disturbi di personalità di tipo drammatico vengono menzionati svariati deficit focalizzati sui rapporti. Per i disturbi ossessivo-compulsivi, i disturbi da somatizzazione e i disturbi di personalità di tipo ansioso viene valutato rilevante un numero nettamente inferiore di deficit funzionali, tra l'altro molto specifici.

Nei disturbi schizofrenici sono particolarmente incisivi i deficit della cognizione sociale, della concentrazione e del controllo della realtà. Nel caso delle depressioni vengono indicati molto spesso i deficit della concentrazione, della persistenza, della resistenza ai tempi di lavoro e della resistenza psicofisica in generale. Nel caso dei disturbi ossessivo-compulsivi, i deficit specifici si manifestano a livello di fiducia nelle proprie abilità (paura di commettere errori) e di rallentamento dei tempi di lavoro. I disturbi da dolore si manifestano soltanto a livello di riduzione della resistenza e di frequenza delle assenze. Nei disturbi di personalità di tipo drammatico si riscontrano notevoli deficit nelle relazioni interpersonali, come nel controllo degli impulsi, nella tolleranza alla frustrazione, nell'equilibrio e nella percezione sociale. Le persone affette da disturbi di personalità del tipo ansioso-evitante, infine, hanno soprattutto paura di commettere errori e problemi ad imporsi, a prendere decisioni e a lavorare autonomamente.

Gravità della disabilità

Secondo il parere degli psichiatri, limitazioni molteplici in generale sono causate da depressione, schizofrenia e disturbi di personalità del tipo drammatico, i quali presentano il più alto punteggio di deficit funzionali. Anche se la somma dei deficit non può essere equiparata alla gravità della disabilità, questo dato costituisce un punto di riferimento. Per quanto riguarda la depressione, le valutazioni presentano un'elevata diversificazione, presumibilmente in dipendenza del grado di gravità. Ad eccezione della schizofrenia, nessun disturbo presenta uno spettro così ampio di limitazioni come quello della depressione. Secondo gli psichiatri, il punteggio più alto di deficit funzionali si riscontra nei disturbi di personalità del tipo drammatico. Pertanto non stupisce il fatto che questi disturbi si riscontrano in una quota consistente di beneficiari di rendita AI per motivi psichici, nonostante questi pazienti spesso non presentino un'importante riduzione delle prestazioni in senso stretto. Considerati questi risultati, in particolare in relazione agli altri disturbi psichici, è comprensibile che oggi l'AI esegua accertamenti più severi per i disturbi da somatizzazione.

Confronto delle valutazioni in generale con i casi concreti

Le valutazioni delle limitazioni funzionali specifiche della diagnosi fornite in linea generale sono state confrontate con le indicazioni sulle limitazioni riscontrate nei casi concreti. Dal confronto emergono grandi discrepanze tra la valutazione del proprio paziente e la valutazione (teorica) in generale: riguardo al proprio pazienti è stato menzionato un numero di deficit funzionali essenziali doppio rispetto alla valutazione in generale. Le valutazioni dei propri pazienti tendono inoltre a sottolineare il lato ansioso, passivo e impotente della loro personalità. Questo ha un effetto distorsivo nella valutazione dei casi concreti con disturbi di personalità del tipo emotivamente instabile, per i quali circa tre quarti degli psichiatri indicano come deficit molto importanti l'incapacità di imporsi e la paura

di commettere errori; nell'ambito della valutazione generale degli stessi disturbi, invece, questi deficit sono considerati problemi principali solo dal 10 % degli psichiatri. Nel caso dei disturbi di personalità del tipo ansioso-evitante, lo squilibrio è ancora più evidente.

La grande discrepanza tra la valutazione teorica basata sulla diagnosi e la valutazione dei propri pazienti illustra come la prospettiva – teoria contro caso specifico – può essere molto diversa persino quando lo psichiatra che emette le due valutazioni è la stessa persona. La conoscenza approfondita dei pazienti e della loro situazione di vita su un arco di tempo prolungato, di cui gli psichiatri spesso dispongono, modifica dunque la valutazione puramente teorica delle limitazioni funzionali. Nel complesso, tuttavia, la valutazione teorica delle limitazioni sulla base di criteri diagnostici e di dati empirici sembra essere più plausibile di quella pratica sui propri pazienti.

Possibili adeguamenti del posto di lavoro

Gli interpellati sono stati pregati di indicare possibili adeguamenti dei posti di lavoro per tutti i deficit funzionali specifici della diagnosi valutati come essenziali. Oltre a misure in parte molto differenziate, sono stati menzionati alcuni adeguamenti tipicamente *connessi al rendimento*: per esempio, la riduzione del carico di lavoro, della complessità dei compiti e delle pressioni in termini di tempo; l'abbassamento del grado d'occupazione; l'inserimento di un maggior numero di pause brevi e una strutturazione chiara, eventualmente scritta e a breve termine, degli incarichi.

Per le limitazioni del *comportamento sociale* e quelle del *comportamento lavorativo* vengono generalmente menzionate spesso le seguenti misure: regole del gioco univoche e conseguenze esplicite in caso di inosservanza, eventualmente un «contratto» scritto, più lavoro individuale o a domicilio, un accompagnamento ravvicinato e riscontri più regolari e frequenti da parte del superiore o il responsabile del personale, colloqui di bilancio a cadenza regolare in presenza dello psichiatra o un confronto tempestivo, empatico e chiaro in caso di comportamento problematico. Molti di questi adeguamenti riguardano il rapporto tra collaboratore malato psichico (paziente) e superiore oppure tra collaboratore, superiore e psichiatra ed eventualmente altre persone ancora. Inoltre, vengono indicate alcune misure concrete «tecniche» ovvero vertenti sugli aspetti organizzativi del lavoro. Entrambi i tipi di adeguamento mostrano un notevole potenziale di risoluzione, a condizione che vengano ulteriormente sviluppati a livello tecnico.

Esperienze con la stesura dei rapporti all'indirizzo dell'AI

Gli interpellati hanno fornito indicazioni sulle due esperienze più recenti nell'ambito della stesura di rapporti destinati all'AI, di rapporti medici su incarico dell'AI e di rapporti sul decorso per l'AI (senza perizie). Anche in questi casi di pertinenza dell'AI si è trattato di pazienti, i cui problemi sono comparsi spesso già a scuola, durante la formazione o nella vita professionale, in media circa 13 anni prima della presente indagine. Questo dato conferma che il lasso di tempo tra l'insorgenza dei problemi di lavoro e la presa di contatto con l'AI, ossia le prime informazioni psichiatriche rivolte all'AI, è solitamente molto lungo.

Nei primi rapporti medici destinati all'AI gli psichiatri formulano sovente la prognosi che lo stato di salute può migliorare; questo accade solo più raramente nei successivi rapporti sul decorso della malattia nell'ambito della procedura di concessione di una rendita. Nei pazienti con disturbi depressivi, bipolari, nevrotici o della personalità, la prognosi inizialmente è perlopiù positiva, mentre è quasi sempre negativa nei pazienti schizofrenici: un risultato noto anche da altre indagini. È inoltre importante notare che gli uffici AI e/o i medici SMR condividono più frequentemente la prognosi degli psichiatri quando questi non raccomandano provvedimenti d'integrazione professionale. Gli psichiatri appaiono dunque più fiduciosi degli uffici AI.

Per quanto riguarda l'esigibilità dell'attività professionale attuale, a volte si distingue tra il posto di lavoro attuale e lo svolgimento della stessa attività in un altro posto di lavoro: soprattutto per i disturbi di personalità è il posto di lavoro a fare la differenza e non l'attività, mentre per i pazienti con disturbi schizofrenici l'esercizio della stessa attività non è ritenuto esigibile molto più frequentemente neanche in un posto di lavoro nuovo.

In quasi tutti i rapporti destinati all'AI gli psichiatri hanno analizzato la biografia lavorativa del paziente, descrivendo perlopiù anche il nesso tra psicopatologia, decorso della malattia e biografia lavorativa e raccomandando spesso misure concrete specifiche per la disabilità. D'altro canto, soltanto in circa un quarto di questi rapporti il medico si è procurato informazioni anamnestiche di terzi presso i datori di lavoro precedenti. Non emerge tuttavia alcun collegamento tra l'onere investito nella stesura dei rapporti destinati all'AI e l'accettazione delle raccomandazioni da parte di quest'ultima. Si tratta di un risultato tendenzialmente problematico, perché demotivante. Soprattutto quando si tratta di rapporti molto approfonditi e differenziati, l'AI dovrebbe per lo meno cercare il dialogo con lo psichiatra curante per discutere di eventuali divergenze tra le valutazioni.

Invece, nella maggior parte dei casi gli psichiatri non conoscono il parere dell'ufficio AI riguardo alle proprie raccomandazioni. Questo è dovuto al fatto che nell'80 % dei casi l'ufficio AI non si è consultato con i medici che hanno redatto i rapporti. Ciononostante poco più della metà degli psichiatri ha l'impressione che i loro rapporti abbiano rilevanza per l'AI in generale o per la pianificazione di provvedimenti d'integrazione in particolare. Rimane tuttavia un gruppo quasi altrettanto grande di psichiatri che è (molto) scettico al riguardo.

Sono dunque tanto più importanti le informazioni univoche fornite dagli psichiatri riguardo alle misure che potrebbero contribuire «fortemente» alla stesura di rapporti più dettagliati: considerare consuetudine le informazioni da loro fornite nell'ambito della pianificazione dell'integrazione, consultarsi abitualmente con loro, retribuire adeguatamente il lavoro da loro svolto e coinvolgerli abitualmente in accertamenti AI interdisciplinari. Da ciò si evince che l'aspetto determinante è l'impegno a favore della riabilitazione del paziente, e non quello finanziario.

Dati sull'epidemiologia del trattamento di pazienti con problemi lavorativi

I dati qui rilevati appaiono *complessivamente* plausibili, se paragonati ad altre fonti di dati disponibili: circa il 60 % dei pazienti in età lavorativa svolge un'attività lucrativa sul mercato del lavoro primario. Di questo gruppo circa un terzo ha avuto problemi sul posto di lavoro negli ultimi tre mesi, quasi un quarto ha segnato un'incapacità al lavoro negli ultimi tre mesi e uno paziente su dieci rischia di essere licenziato (presumibilmente vi sono delle sovrapposizioni).

Oltre ai pazienti con problemi lavorativi vi sono numerosi pazienti che non hanno un posto di lavoro: circa il 10 per cento dei pazienti in età lavorativa è in disoccupazione, svolge un'attività sovvenzionata e assistita o è inattivo (percepisce l'aiuto sociale). Complessivamente, il 20 per cento dei pazienti percepisce una rendita AI. Anche fra questi gruppi vi sono sovrapposizioni. Ma il dato importante è che almeno la metà di tutti i pazienti psichiatrici in età lavorativa è invalida, in disoccupazione, dipendente dall'aiuto sociale o ha problemi sul posto di lavoro.

Secondo il parere degli psichiatri, circa il 20 % dei pazienti che dipendono dall'aiuto sociale o sono invalidi ha il potenziale per svolgere un'attività lucrativa almeno a tempo parziale sul mercato del lavoro primario. Gli ostacoli all'attuazione delle potenzialità da parte dei pazienti sono soprattutto la mancanza di fiducia in se stessi, la rassegnazione alla situazione attuale, l'insuccesso nella lunga ricerca di un posto di lavoro, la mancanza di disponibilità del datore di lavoro ad adeguare il posto di lavoro, la paura dei pazienti di rischiare la sicurezza finanziaria con la ripresa di un'attività lucrativa

ossia il timore (spesso realistico) di avere un reddito minore con un'attività lucrativa che con i trasferimenti sociali.

La frequenza con cui i pazienti in età lavorativa hanno un'attività lucrativa precaria o sono senza lavoro contrasta con il fatto che soltanto nel 5 % dei casi vi è stato un contatto con il datore di lavoro, l'assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia o l'Al.

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati della presente indagine permettono di concludere che i pazienti psichiatrici in Svizzera sono seguiti da vicino e ricevono un trattamento di lunga durata, con orientamento relazionale, impegnato ed efficace. La maggior parte dei pazienti viene ricevuta una volta alla settimana o ogni due settimane, gli psichiatri ne conoscono a fondo i problemi e la biografia, il rapporto terapeutico è stabile e gli psichiatri si impegnano a favore della situazione sociale dei primi. Gli specialisti psichiatri in Svizzera seguono da vicino i propri pazienti, discutono con loro i problemi principali della vita quotidiana e tramite un'adeguata impostazione del rapporto terapeutico riescono a fare sì che attuino nella quotidianità quanto discusso in terapia. In molti altri Paesi questo non è un dato altrettanto scontato, visto il numero molto minore di psichiatri. I problemi e le raccomandazioni di seguito esposti riguardano soprattutto la domanda specifica su come il potenziale della situazione svizzera possa essere sfruttato ulteriormente per risolvere i problemi lavorativi e in che modo gli psichiatri possano contribuire all'inserimento nel mercato del lavoro dei loro pazienti.

Il lavoro è un tema prioritario per i pazienti psichiatrici

La maggior parte dei pazienti psichiatrici ha gravi problemi sul posto di lavoro o è incapace al lavoro oppure è disoccupato, dipende dall'aiuto sociale o percepisce una rendita Al. Circa il 20 % dei pazienti dichiarati invalidi o dipendenti dall'aiuto sociale presenterebbe le potenzialità per svolgere un'attività lucrativa e vorrebbe lavorare, ma non ha il coraggio di compiere questo passo o teme perdite finanziarie in seguito all'assunzione di un impiego. Nonostante nei pazienti psichiatrici i problemi di lavoro siano frequenti e importanti, mancano le basi tecniche per determinare quali siano gli interventi psichiatrici e quali le condizioni contribuiscono a migliorare i risultati sul fronte lavorativo. Inoltre, queste domande non vengono discusse in modo sistematico nell'ambito del perfezionamento e dell'aggiornamento dei medici.

Raccomandazione: innanzitutto occorre sensibilizzare gli psichiatri alla rilevanza del tema nel trattamento dei pazienti. Se vi sono indizi relativi a problemi di lavoro precedenti o attuali, la situazione lavorativa dei pazienti dovrebbe costituire non soltanto uno dei tanti problemi da trattare, bensì uno di quelli principali. Il trattamento terapeutico dei pazienti con problemi di lavoro dovrebbe essere inserito nel piano di studi per il perfezionamento dei medici e tematizzato in modo sistematico nell'ambito del loro aggiornamento. Per creare le basi al riguardo, occorre sviluppare un'apposita attività di ricerca. Poiché il settore psichiatrico, il diritto del lavoro e il sistema di sicurezza sociale svizzeri si distinguono in parte nettamente da quelli di altri Paesi, non è possibile riprendere semplicemente i risultati della ricerca svolta altrove, ma occorre una ricerca specifica in Svizzera. Sarebbe inoltre opportuno trasmettere abilità concrete nell'approccio verso i datori di lavoro. Infine le assicurazioni (sociali) e la politica dovrebbero fare il necessario affinché la ripresa del lavoro sia proficua per le persone potenzialmente dotate di capacità al guadagno che dipendono dall'aiuto sociale o sono invalide.

Scarso rilevamento precoce a scuola e durante la formazione; trattamento tardivo

Nella maggior parte dei pazienti i primi problemi relativi al lavoro e alla formazione si manifestano già prima dell'età di 25 anni. Solo una piccola parte di questi pazienti è stata trattata tempestivamente da uno psichiatra dell'infanzia e/o dell'adolescenza o ha ricevuto il sostegno dell'Al. I deficit funzionali emergono solitamente prima che si manifesti la malattia psichica. Sarebbe dunque tanto più

importante migliorare il rilevamento precoce a scuola, nell'ambito della formazione professionale e sul posto di lavoro. Manca inoltre il coordinamento tra i numerosi attori, quali la psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, il servizio psicologico scolastico, il consultorio per i giovani nei Comuni, l'assistenza sociale scolastica, l'AI ecc.

Raccomandazione: si raccomanda di creare contatti sistematici tra scuola, aziende formatrici e specialisti psichiatri (dell'infanzia e dell'adolescenza), a cui insegnanti e istruttori professionali potrebbero ricorrere all'insorgere delle prime anomalie. Andrebbe anche valutata la creazione di un punto di contatto cantonale per i giovani a rischio, composto da specialisti delegati dai diversi attori. Questo servizio dovrebbe avere inoltre il compito di accompagnare e coordinare i giovani a lungo termine. Infine andrebbe promossa la psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, che è meno sviluppata di quella per gli adulti.

Le conoscenze sui pattern problematici tipici non vengono sfruttate abbastanza

La maggior parte dei pazienti mostra nella propria biografia lavorativa un tipico pattern comportamentale e di esperienze problematico, legato al tipo e alla portata dei fattori stressanti della prima biografia. In molti casi sarebbe possibile stimare precocemente con quali problemi certi gruppi di pazienti saranno sempre nuovamente confrontati sul posto di lavoro. D'altro canto, gli psichiatri spesso sanno in quali condizioni i pazienti sarebbero in grado di funzionare meglio nonostante la malattia. Finora queste conoscenze non vengono sfruttate abbastanza dagli psichiatri e dagli altri attori interessati. Nonostante conoscano questi pattern, gli psichiatri non vengono coinvolti in modo sistematico nella pianificazione degli interventi. I provvedimenti d'integrazione, inoltre, hanno spesso obiettivi a breve termine, invece di assumere una prospettiva lungimirante.

Raccomandazione: gli psichiatri dovrebbero essere coinvolti abitualmente nell'accertamento di problemi di lavoro e nella pianificazione di misure da parte dell'AI e delle altre autorità che ne offrono. Le misure dovrebbero essere maggiormente di lungo raggio e di accompagnamento e focalizzare di più sui possibili adeguamenti del posto di lavoro, sulla risoluzione dei conflitti e sul sostegno dell'ambiente di lavoro; dovrebbero inoltre allenare i pazienti nella gestione delle loro limitazioni specifiche. Questo dovrebbe essere sincronizzato meglio con il trattamento psichiatrico-psicoterapeutico per evitare che eventuali contrasti tra le attività portino all'insuccesso degli sforzi. Nel caso dei pazienti con pattern problematici noti andrebbe discusso, sempre prima dell'inizio di un nuovo impiego, se sia opportuno contattare e informare il datore di lavoro. Poiché gli psichiatri percepiscono molto presto eventuali problemi di lavoro dei loro pazienti, con largo anticipo rispetto ai superiori e spesso molto prima che la situazione sul posto di lavoro degeneri, la presa di contatto con il datore di lavoro dovrebbe essere valutata abitualmente e discussa a fondo con i pazienti. Il finanziamento dei contatti con i datori di lavoro dovrebbe essere disciplinato su tutto il territorio in modo tale che tali attività ne risultino incentivate.

Contatti con i datori di lavoro e le assicurazioni troppo rari

Rispetto alla frequenza dei pazienti con problemi lavorativi, il numero di contatti tra gli psichiatri e datori di lavoro, case manager delle assicurazioni private, consulenti degli uffici AI e altre autorità, è basso. Ciò vale soprattutto per gli psichiatri privati ed emerge anche dal fatto che per i rapporti destinati all'AI gli psichiatri richiedono solo raramente informazioni anamnestiche di terzi presso i datori di lavoro. In caso di incapacità al lavoro prolungata o conflitti, la mancanza di contatti può favorire il licenziamento. L'alta qualità e l'impegno nel rapporto terapeutico non si esplicano per ora in un miglioramento dei risultati sul fronte lavorativo. Manca il collegamento tra quanto elaborato in terapia e la sua attuazione sul posto di lavoro.

Raccomandazione: i datori di lavoro e i medici (o le rispettive associazioni) dovrebbero concordare principi di fondo e convenzioni sull'impostazione dei contatti nella prassi e sui diritti e doveri associati a tali situazioni. Dovrebbero inoltre essere elaborati criteri di indicazione che permettano di decidere per quali pazienti e in quali situazione occorra cercare precocemente un contatto con il datore di lavoro e discutere di ciò a fondo con il paziente. In caso di incapacità al lavoro prolungata, tali contatti dovrebbero essere cercati abitualmente. Si dovrebbero inoltre svolgere ricerche su come vadano impostati tali contatti, quali siano i compiti degli psichiatri al riguardo, quali interventi siano efficaci ecc.

Tra impegno benefico e identificazione dannosa

Sul fronte delle valutazioni degli psichiatri sussiste una grande discrepanza tra quelle puramente tecnico-teoriche e quelle fatte sui loro pazienti in caso di problemi concreti. Se i propri pazienti hanno problemi di lavoro, sono visti soprattutto come vittime di condizioni sfavorevoli e del comportamento aggressivo dell'ambiente di lavoro. Questa percezione è in contrasto non soltanto con le conoscenze specialistiche del settore, ma anche con i pattern problematici rilevati dagli stessi psichiatri, secondo cui questi pazienti hanno avuto ripetuti conflitti anche sui posti di lavoro precedenti. L'impegno degli psichiatri a favore dei propri pazienti porta infine alla convinzione di dover proteggerli da un ambiente di lavoro «ingiusto o discriminatorio»; questo impulso produce un aumento del rischio che la situazione problematica si sviluppi in senso negativo. Un tale impegno può essere utile alla terapia, ma nella sua parzialità mette a repentaglio il mantenimento del posto di lavoro dei pazienti, in quanto non si tiene conto del fatto che in situazioni del genere l'ambiente di lavoro costituisce un fattore stressante.

Raccomandazione: aprire la prospettiva psichiatrica sul posto di lavoro del paziente dovrebbe essere il compito, da un lato, del perfezionamento e dell'aggiornamento degli psichiatri, e potrebbe prevedere per esempio anche il coinvolgimento dei datori di lavoro; dall'altro sarebbe utile anche in questo caso una specie di «accordo» tra i medici e i datori di lavoro. Grazie al cambiamento di prospettiva, infine, si potrebbero schiudere notevoli potenzialità tramite consulenze psichiatriche fornite a superiori e responsabili del personale a prescindere dai casi concreti per chiarire eventuali domande su come affrontare collaboratori dal comportamento problematico.

Mancanza di basi tecniche per indicazioni differenziate sull'incapacità al lavoro

La valutazione dell'incapacità al lavoro è un'attività frequente degli psichiatri, che presenta diverse potenzialità. Innanzitutto, mancano le basi tecniche su quali criteri siano rilevanti per la valutazione dell'incapacità al lavoro. Di conseguenza, è il medico curante che fa la differenza. È inoltre problematico che nell'ambito della valutazione dell'incapacità al lavoro lo psichiatra sia confrontato non soltanto con difficoltà tecniche (prognosi), ma anche con situazioni da cui possono scaturire problemi per il rapporto terapeutico, per esempio quando i pazienti chiedono di essere messi in malattia senza giustificazione, retroattivamente o a più riprese. Al riguardo gli psichiatri non hanno ancora alcun sostegno.

Oltre a ciò, nelle situazioni concrete gli psichiatri adottano a volte un comportamento in contrasto con le proprie raccomandazioni e rilasciano per esempio ai pazienti lamentosi certificati di incapacità al lavoro di durata maggiore che a quelli meno lamentosi. In ultima analisi, la durata media di circa sei mesi dei certificati nella prassi mette spesso a rischio il posto di lavoro. Nel caso di conflitti sul posto di lavoro e in generale dei disturbi di personalità, la durata è ancora più elevata. Infine, due terzi dei pazienti sono messi in malattia a tempo pieno, il che è piuttosto sfavorevole per la riabilitazione.

Raccomandazione: si raccomanda di elaborare linee guida su solide basi tecniche per la valutazione dell'incapacità al lavoro, che contengano indicazioni differenziate sulla durata e sul grado dell'incapacità, sulla formulazione della prognosi, sulle possibilità di presenza sul posto di lavoro ecc. Sarebbe inoltre utile promuovere l'utilizzo di certificati di incapacità al lavoro differenziati ossia

l'adeguamento dei certificati differenziati esistenti alle particolarità dei disturbi psichici. Occorrerebbe inoltre sviluppare linee guida che prevedano il collegamento dell'incapacità al lavoro di lunga durata con apposite raccomandazioni, per esempio un'incapacità di due a tre mesi dovrebbe essere connessa alla richiesta di un secondo parere ossia alla presa di contatto preliminare con il datore di lavoro, eventualmente con l'obbligo di motivare perché in determinati casi ciò non è avvenuto. Un tale obbligo di motivazione sarebbe utile anche per i certificati di incapacità al lavoro a tempo pieno.

Frequenti diagnosi di depressione

Gli psichiatri collegano un numero particolarmente elevato di deficit funzionali alle depressioni, alla schizofrenia e ai disturbi di personalità di tipo drammatico. Nel contempo, secondo la giurisprudenza recente del Tribunale federale, anche le depressioni di gravità media non vanno valutate come invalidanti, a meno che non si rivelino resistenti alla terapia. D'altro canto, le diagnosi di depressione vengono emesse molto frequentemente. La depressione, tuttavia, è lungi dall'essere il problema principale, almeno per quanto riguarda i problemi di lavoro, e accompagna piuttosto sotto forma di sintomi depressivi numerosi altri disturbi. Questa prassi diagnostica (corretta) può comportare da un lato che la depressione come malattia venga banalizzata, e dall'altro che il danno prioritario (per esempio un disturbo di personalità spesso contemporaneamente presente) venga trascurato dagli altri attori.

Raccomandazione: nei rapporti rivolti agli assicuratori e nella comunicazione con gli attori dell'integrazione nel mondo del lavoro dovrebbe essere indicato quale dei disturbi psichici è prioritario rispetto ai problemi di lavoro nel breve e lungo termine. La rilevanza specifica della personalità ossia dei disturbi di personalità per la situazione di lavoro dovrebbe essere sistematicamente tematizzata nell'ambito del perfezionamento e dell'aggiornamento degli psichiatri. La risposta alle frequenti diagnosi di disturbi depressivi non dovrebbe tuttavia consistere nel negare a priori l'effetto invalidante della depressione.

Rapporti all'indirizzo dell'AI: una forma di comunicazione unidirezionale

I rapporti rivolti all'AI richiedono spesso un notevole dispendio di tempo da parte degli psichiatri, i quali solitamente non ricevono alcun riscontro dall'ufficio AI o dal SMR e non sanno dunque come sono state valutate le loro raccomandazioni e perché l'ufficio AI sia giunto a una valutazione eventualmente divergente. Nonostante la maggioranza degli psichiatri sia convinta che i loro rapporti rivestano una certa importanza per l'AI, circa il 40 % è scettico al riguardo.

Raccomandazione: l'AI dovrebbe sviluppare una procedura di consultazione automatica dei medici psichiatri riguardo ai rapporti da loro forniti. Gli psichiatri andrebbero inoltre coinvolti fin dall'inizio nella procedura AI, al momento dell'accertamento e della pianificazione dei provvedimenti, e se del caso anche durante lo svolgimento dei medesimi. I primi (e per questo importanti) rapporti medici per l'AI andrebbero pertanto remunerati in base al tempo effettivamente impiegato. Rapporti particolarmente approfonditi e condivisibili dovrebbero tradursi infine in una quota di consenso più elevata da parte dell'AI.

Summary and recommendations

Background, aim and methodology of the study

In recent decades the segregation and invalidisation of individuals with psychiatric disorders out of the labour market has become far more common in both Switzerland and in many other OECD countries, even though the prevalence of psychiatric disorders has not increased. In addition, unfitness for work (absences) for psychiatric reasons – another international phenomenon – has long been on the increase. At the same time the vast majority of individuals with a psychiatric disorder who are not in gainful employment would like to work, and cite a ‘normal’ job as their main need. There is also a great deal of evidence that employment helps to stabilise the individual’s psychiatric state or contributes to their recovery.

Few countries are as well-equipped in economic and institutional terms as Switzerland to overcome these problems, with its excellent standard of psychiatric care and the highest density of psychiatrists of any OECD country. At the same time, too little use is made of the available resources to overcome the employment problems of psychiatric patients, one of the reasons for this being the fragmentation of the help available.

To date, psychiatrists in Switzerland have not been asked about their specific experience with and evaluation of patients with employment problems and those who are unfit to work. There are thus no treatment-derived epidemiological data available on the prevalence of patients with employment problems. Neither has the medical and rehabilitation-centred knowledge of these specialists been harnessed so far. This is a major omission to the extent that the psychiatrists in Switzerland normally treat their patients over long periods of time and therefore know them well. The aim of this study is to help fill this gap and to produce baseline data for developing further-reaching measures useful in integrating psychiatric patients into the labour market.

The members of the Swiss Society of Psychiatry and Psychotherapy (SGPP) and all the medical directors of psychiatric facilities were asked to complete a questionnaire and to pass it on to their heads of department, consultants and junior doctors. The presidents of the cantonal specialist psychiatric groups were also asked to distribute the questionnaire to their members, not all of whom are members of the SGPP. In February and March 2016 a total of n=741 psychiatrists activated the link to the questionnaire and N=714 completed the questionnaire at least partly. N=325 people completed the entire questionnaire, i.e. 46% of the original number, a considerable achievement in view of the demanding and comprehensive nature of the task. Around three-quarters of the participants work in independent practice, three-quarters work in the German-speaking part of Switzerland, and three-quarters are at least 50 years old.

The questionnaire was divided into seven parts: 1) Questions about the course of a real patient experienced by the responder who has or had employment problems related to his/her psychiatric disorder, 2) General indications and problems relating to sickness certification, 3) General questions about typical diagnosis-specific functional deficits and possible workplace modifications, 4) Decision-making behaviour under controlled conditions, e.g. about the type of sickness certification (‘experimental’ part), 5) Questions about the two most recent cases with sickness certificates, 6) Questions about the two most recent cases reported to the disability insurance body (IV) and 7) Treatment-related epidemiological questions about patients with employment problems, unfitness for work and invalidisation.

Results

The main results are presented below. The first and most extensive part concerns the course taken by patients with workplace problems in the first labour market.

Patients with employment problems: A case description

Most of the patients described were female, 45 years old on average, with completed, qualified vocational training or a university education. This profile is typical of the clientèle in psychiatric practices, but can only be extrapolated to the psychiatrically ill working population with caution because of the slightly higher proportion of women. Their diagnoses are very often depressive disorders, neurotic disorders (adjustment disorders, stress reactions, anxiety) and personality disorders – mostly anxious (avoidant), emotionally unstable, dependent and narcissistic personality disorders. In terms of diagnosis and age, the patients described here are comparable to the biggest group of psychiatrically ill IV pensioners with so-called “psychogenic and milieu-reactive disorders”.

Family and employment biography and onset of patients' disorders

Relevant stress factors feature in the early biography of nearly all patients. Half of the patients had parents with a psychiatric disorder, and violence, abuse, emotional neglect or an excessively strict upbringing each featured in about 40% of cases. 40% of patients had three or more factors of this kind in their history and must therefore be considered as being under a substantial burden. Half of the patients already had clear psychiatric problems by the time they were 25, in many cases manifesting as performance and behavioural problems, interruption of schooling or vocational training or problems relating to contact with their social environment. Professional assistance, whether from the child and adolescent psychiatric service, school psychiatric service or the IV, was rarely provided promptly in relation to these early problems, which is indicative of poor early detection.

Most patients had already had problems in previous jobs prior to their current problematic situation. About 40% had repeatedly been in conflict with their manager and/or team and 40% had had their employment terminated at least once. Their employment histories showed different problems depending on their psychiatric disorder. Patients with personality disorders were more likely to have experienced conflicts and promotion, patients with schizophrenic disorders were more likely to have had performance problems, lengthy periods of interrupted employment and to have been demoted. Patients with a history of many short-term jobs, repeated unemployment, interrupted employment or at least one termination were more likely to have taken an unfavourable course in their current position. In addition, their employment biography is closely related to their earlier family biography. The more stress factors they had experienced in the family, the more problems they had in their employment history. Roughly two-thirds of the patients had a common theme running from their early biography through their employment biography up to their present problems in the workplace. Those questioned described these patterns in striking and differentiated terms. There are five types of problematic patterns:

1. Patients with over-committed and rigid work behaviours who neglect their own needs and react to rejection or lack of recognition with offended or passive-aggressive behaviour. These patients have often been promoted at work.
2. Patients with undisciplined, unstable, impulsive work behaviours who externalise problems and mistakes, do not respect limits, view themselves as victims and get into conflicts. These typically have a history of changing jobs frequently and repeated unemployment.
3. Patients with anxious (avoidant) or dependent behaviour who want to please everybody, take on little responsibility and cannot assert themselves. This pattern frequently leads to unfitnes

for work. They typically have a history of longer interruptions of work and frequently of promotion too.

4. Patients who have frequently been absent from work in the past and are also frequently absent from their current job.
5. Patients with an addiction problem. They account for the largest proportion of individuals with longer interruptions of work.

These results show that professional intervention planning for patients with employment problems requires a synthetic understanding of the patient's biography, including early experiences, the dynamic of the disorder and the typical reactions of the patient's environment. Psychiatrists are trained to identify precisely this kind of relationship. Their active involvement in the analysis of the patient's work-related problems and intervention planning should thus be mandatory – not only in the IV process but also if the patient is unfit for work for an extended period, if problems occur in the workplace, if unemployment is problematic, if the patient is dependent on social welfare etc.

How the problem developed in the current workplace

The current workplace problems had developed over a relatively long period of about 40 months. Here psychiatrists are theoretically able to prevent escalations in the workplace as they realise considerably sooner than managers that problems are emerging. The average time to the onset of the problem is 20 months on average. The problem then escalates with increasing rapidity. In this initial phase the psychiatrists tried to contact the employer in only one fifth of cases, usually because the patients did not want this contact to take place. On the other hand, the problems at work were an important or even the decisive reason for 80% of these patients to seek psychiatric therapy in the first place. This could be interpreted as a remit to discuss contact with the employer in depth and to point out the various options – including the risks associated with this contact.

If the start of the problem is characterised by a hopeful attitude – the patient is greatly looking forward to the new job, he is highly motivated and starts work full of energy etc. – this tends to be prognostically *unfavourable* in terms of keeping the job, which may be due to the fact that there is a greater potential for disappointment and frustration in such cases. This euphoric beginning may be indicative of the patient's approach to solving problems (possible difficulties are blocked out, fears are suppressed).

In half of all cases problems at work are triggered by factors such as problems in a marriage or partnership, a death, a serious illness or an accident in the patient's personal environment, or changing staff, reorganisations or changes to the patient's tasks within the company. In this initial phase, however, early signs of workplace problems tended to be conflicts or problems with the manager or employees and reduced performance. Both the triggering factors and the early signs of the problem therefore have a strong relationship component.

A distinction can be made between three types in the escalation phase: a) escalation of interpersonal conflicts, b) manifestation of excessive performance-related demands and c) sickness certification. Escalated conflicts during this phase are particularly likely to lead to the employment relationship being terminated in the third phase. The type of escalation is related closely to the problematic pattern in the patient's history. If the patient has a pattern of conflict-laden behaviour in his employment history, this emerges much more frequently during this phase too. If the patient has a history of anxious (avoidant) behaviour or repeated unfitness for work, unfitness for work also occurs far more frequently in the present job. There are two main ways in which the problem is resolved, either by terminating the employment contract or by sickness certification, following which the patient may or may not return to his job. Between the start of the problem and the time at which the questionnaire was completed there was a distinct shift of patients from employment into unemployment, invalidity and inactivity and from

full-time to part-time employment. This development took place despite the fact that examination of the patients had led to the expectation of a “positive course” in half of the cases. At the end of the problematic period/at the time the questionnaire was completed just 30% or so of these patients were in an employment situation that was not precarious.

Characteristics of treatment

Most of these patients are seen once a week or every two weeks and are treated on a psychodynamic or cognitive/behavioural therapeutic basis. Therapists who use a psychodynamic concept are distinctly more reticent about contacting employers than those with other therapeutic approaches, and they discuss contact of this type with their patients less frequently. The psychiatrists evaluate the therapeutic relationship with the patient as sound and reliable in more than 9 out of 10 cases, and assume that their patients implement in daily life what they discuss during therapy. These very high values reflect the importance of relationship-oriented psychiatric and psychotherapeutic treatment in Switzerland and its quality. At the same time, though, there is no connection between quality and commitment in the therapeutic relationship on the one hand and the patient’s employment situation on the other. The outcome in the labour market depends on other variables such as the dynamic in the workplace (conflicts etc.) and the patient’s personality. The question of whether corresponding interventions can intensify the direct impact of therapy on employment needs to be investigated in more detail.

The most common workplace-related intervention is the issuing of certificates of unfitness for work. Sickness certificates had been issued for nearly all of these patients, in 75% of cases repeatedly. Patients who had never been certified unfit for work and those who had repeatedly been certified as unfit were more likely to have a negative course than those who had been certified as sick just once. The absence of unfitness for work is therefore not in itself indicative of a favourable prognosis. This may be due to the fact that it can also be unfavourable to go to work in spite of being acutely ill (‘presentism’).

In two-thirds of cases psychiatrists feel the need to protect the patient from treatment by others – usually the employer but frequently also private and social insurance providers and social welfare providers – that they perceive to be unfair or discriminatory. This common protective instinct highlights the psychiatrist’s therapeutic commitment but contrasts with the level of contact with these players, which tends to be infrequent. Normally it is only the patient’s perspective that is known directly, and not that of his working environment.

Workplace- and patient-related problems

In terms of the workplace, psychiatrists view the lack of recognition and appreciation by managers as particularly problematic, as is their inept communication and impersonal way of handling relationships. The *most important* problem by far is thought to be lack of appreciation by the patient’s manager, followed by victimisation of the patient. The therapists felt that the most common and most important problem relating to the patient was his lack of self-assertiveness: not being able to say no, not being able to stand up for himself. This analysis of the problem probably reflects to some extent the way the therapist experiences the patient and appears somewhat biased. At any rate, the theoretical assessment made by the therapists of the patients’ typical diagnosis-specific functional deficits (see below) is distinctly at variance with those mentioned in these case descriptions.

Factors influencing the course

The therapists view their own therapeutic behaviour, an improvement in symptoms and a mature personality, adaptability, patient insight and opportunities to modify the patient's work as the decisive factors in achieving a positive course. A negative course is determined by worsening symptoms, negative behaviour on the part of the manager, problems in the patient's personal environment and lack of insight. The behaviour of other players such as case managers working for the daily sickness allowance insurance provider, IV advisors, other doctors or advisory centres is rarely seen as having an impact on the patient's course and, if at all, it tends to be perceived as a positive impact.

Calculation of the risk of a *negative course* from a large number of possible factors produces 4 significant influencing variables: a) married people are at less risk than those who are single, b) the psychiatrist's urge to "protect" the patient from his working environment increases the risk (compared with the cases in which this impulse was absent), c) cases in which the psychiatrist felt that he had "definitely" contributed to resolving the problem were less at risk (compared with cases in which the psychiatrist did not help or only probably helped to solve the problem) and d) a helpful attitude on the part of the IV advisor reduces the risk. This means that the IV offices – to the extent that they are involved at all – can make a major contribution. Another notable feature is the effect of the psychiatric treatment on the course. It should be noted that the perceived "course" is not the same as the employment outcome, i.e. the employment status at the time the questionnaire was completed, since psychiatrists do not only evaluate the course on the basis of the patient's employment status. This explains why interventions by the psychiatrist have a major impact on the "course" as evaluated by the psychiatrist but not on the patient's objective employment status.

And finally, another relevant factor is the elevated risk of a negative course in cases in which the therapist feels the need to protect the patient from "unfair or discriminatory treatment by his working environment". This finding can be interpreted in various ways. The major point here, though, is the fact that this perception is far more common with respect to patients whose employment history shows repeated conflicts with managers and colleagues or whose employment was terminated. There is an important need to gain a better understanding of this perception among therapists, one which is common but rarely due to actual contact with the patients' employers.

Lessons learned from the reported case

Most of the therapists would behave in a similar way in the future when faced with a similar case of a patient with employment problems, and about one third of those questioned would react differently. These are more likely to be psychiatrists who were asked about a negative course. The lesson learned is that in future the psychiatrist would seek contact with the manager, with the working environment and with case managers and IV advisors more frequently, more actively and more insistently.

Indications for and problems with sickness certificates

The following results do not refer to the specific patient described but to psychiatrists' general assessments and experiences.

The importance of circumstances for sickness certification

The therapists consider a large number of work- and patient-related factors to be particularly important when assessing the patient's unfitness for work. However, it is not possible to group these significant criteria together, either in terms of mathematical precision or on the basis of their content or professional interpretation. The therapists do, however, make a difference. If we cluster not the criteria but the therapists, 5 distinct 'types' of psychiatrist emerge: a) psychiatrists whose main focus is on

occupational safety, b) psychiatrists who tend to find all factors important, c) psychiatrists who pay most attention to workplace conflicts, d) psychiatrists who tend to find all criteria unimportant and e) psychiatrists who find all the listed criteria very important. This means that it is the therapist's individual views and attitude that decide which factors are thought to be more or less important.

Indications for the duration and degree of unfitness for work

The following are given as the main work-related indications for *longer-term* unfitness for work: safety-relevant or accident-prone activities, absence of options for modifying the workplace, little understanding on the part of the manager, recent termination of employment, a chaotic workplace, shift work or heavy pressure from deadlines and little social support from colleagues. Patient-related factors suggestive of longer-term unfitness for work are excessive motivation, lack of insight into the condition, multiple family and social problems, marked anxious (avoidant) behaviour, a history of workplace conflicts and a passive-regressive response to problems. Complaining, on the other hand, is usually indicative of a *shorter* period of unfitness for work, as is a history of losing jobs because of absences and a situation in which sickness certification strikes the psychiatrist as a typical problem-solving strategy.

Conversely, there is also evidence of *contraindications for sick certification*: psychiatrists would often not certify unfitness for work at all if the patient works in the private sector, works in a major (international) company, is paid poorly or has a temporary employment contract with the prospect of permanent employment. In such cases there seems to be a fear of endangering the patient's job by certifying him unfit for work. Where patient-related criteria are concerned, the majority of therapists would tend not to certify the patient as unfit for work at all if absences appear to be the typical problem-solving strategy, if patients show little motivation for work and if the patient has a history of losing jobs due to unfitness for work. These differentiated assessments provide a sound basis for further-reaching professional discussion of, for example, whether and in which cases longer-term sickness certification is sensible if the patient's employment has just been terminated or if he displays anxious (avoidant), regressive behaviour.

Problems and potential when assessing unfitness for work

Psychiatrists perceive a number of professional and therapeutic problems relating to the assessment of a patient's unfitness for work. Situations in which patients who have just had their employment terminated ask for sickness certification or constantly delay their return to work are perceived as particularly difficult from both a professional and a therapeutic point of view. Assessing the duration of sickness certification is seen as being particularly difficult in professional terms but less difficult therapeutically. Conversely, situations in which patients ask for certificates without justification, retroactively or repeatedly are seen as very difficult in therapeutic terms but less problematic on the professional level.

At the same time, most psychiatrists see therapeutic potential in the discussion about sickness certification. It provides an opportunity to reflect on the patient's behavioural patterns, to gain a better understanding of his work situation, to provide specific support in the everyday context and to obtain information about how the patient functions at work etc.

Sickness certification behaviour under controlled conditions

In addition to these general questions about indications, the psychiatrists were asked to read three fictitious case descriptions and say for how long and to what degree they would certify these cases as unfit for work. This 'experimental' part enables causal connections to be identified between influencing

factors associated with shorter or longer periods of sickness certification. In these specific situations the psychiatrists' actions often differ from those that they believe to be generally indicated. While a very complaining nature is generally seen as an indicator for a short period of unfitness for work, in the simulation complaining patients were given sickness certificates for almost twice as long (almost 6 weeks) as non-complaining patients (3 weeks) and for full-time unfitness almost twice as often. If the patient had a managerial function in the company, he was certified as unfit for work for about 5 weeks; regular white-collar workers were certified as unfit for work for 3 weeks. If a stressful event in a 45-year-old patient's early biography was mentioned, he was certified for about 7 weeks; if no such event was mentioned for 5 weeks. If a diagnosis of schizophrenia was mentioned, the patient was also certified as unfit for work for almost twice as long (6 weeks) as patients with other diagnoses (3-4 weeks each) despite the description of the problem being identical.

Factors including the type of company (size, segment, private/public), the length of the patient's employment with that company and current family-related burdens had no influence on the type of sickness certification – here too there is a clear discrepancy with the general theoretical indications, which often tend to see these criteria as a contraindication for sickness certification.

Context variables therefore influence the doctor's assessment, even if strictly speaking they should not be relevant for sickness certification purposes. Yet it is easy to understand the assessments. Management tasks often require a more stable constitution than operative activities. It may also be sensible to evaluate functional deficits differently against a background of schizophrenia than in someone in whom an anxious/dependent personality has been diagnosed. The powerful influence of mentioning earlier stressful situations is disturbing but it is understandable to some extent in view of the relationships between previous stressful events and problems in the employment biography. The significance of a complaining presentation of the symptoms, on the other hand, is probably due to the relationship dynamic that exists in these evaluation processes.

And finally there are some systematic differences between the German- and French-speaking parts of the country and between psychiatric institutions and community-based practices. In the French-speaking part of Switzerland these fictitious patients are generally certified as unfit for work for longer and with a higher degree of unfitness. In addition, psychiatrists in French-speaking Switzerland and those in private practice wanted to contact the employer considerably less often in these simulations than therapists in the German-speaking part of the country and those working in psychiatric institutions. Psychiatrists in French-speaking Switzerland are also far more frequently sceptical towards employers and presume that these want to 'get rid of' the fictitious patient who has been certified as unfit for work. This may be indicative of possibly 'cultural' differences in the attitude of therapists towards employers. The different behaviours of psychiatrists working in institutions and those in private practice are probably due at least in part to the setting, and there are also differences in age and therapeutic orientation. There are probably many and varied reasons why psychiatrists in private practice contact employers less frequently (closer therapeutic relationship, problems with and effort involved in charging such activities/absence of a mechanism for charging them etc.), but they cannot be identified definitively from the available data.

The two most recent cases that were certified unfit for work

The third block of questions about sickness certification contained questions about the two last (most recent) *real* cases that were certified unfit for work. According to the data available here from psychiatric practices and institutions, around one third of all patients are certified unfit for work once or more in the course of a year. The functional deficits on which the certification is based can be assigned statistically to 4 groups: a) acute instability: emotional instability and reduced impulse control

etc., b) conflicts in the workplace: behavioural problems and conflicts, psychiatric destabilisation due to negative working conditions, c) overload: psychomotor retardation, excessive demands on performance, exhaustion, lack of energy and d) cognitive problems: problems with concentration, perception, attention and memory and impaired thinking. Work-related conflicts (group b) are associated with particularly long periods of unfitness for work.

On average, individual certificates of unfitness for work are issued for periods of around 5 weeks. In both cases the total duration of the unfitness for work is substantial at an average of 25 weeks (the mean duration is 13 weeks). Personality disorders are associated with a particularly long duration of unfitness for work. Since these personalities are primarily emotionally unstable and anxious (avoidant), it would not be unreasonable to discuss whether and in which cases the benefit of reducing stress due to an adverse situation is in fact greater than the risk of this approach (which may reinforce avoidant behaviour or lead to the loss of the patient's job).

Most psychiatrists state that they are (very) conversant with the patient's tasks at work and the demands made on him – but that they are less familiar or not conversant at all with the manager, the working environment and the options available for modifying the job. Better knowledge of the manager and the options available for modifying the job could perhaps harbour potential for earlier (partial) reintegration into the workplace. Just one third of patients are in fact present at work part-time for most of the period during which they are certified unfit for work. These are mostly depressive patients and rarely patients with a personality disorder. One sixth of the patients who were unfit for work required (partially) in-patient treatment during this period, with patients with a personality disorder tending to feature frequently in this category.

A case manager was involved in one third of cases in which a medical assessment of the patient's ability to work was required, and in most cases the interaction with the case manager was felt to be good. If a case manager is involved, the case is by definition one associated with a longer-term period of unfitness for work. If cooperation with the therapist is good, on the other hand, the period of unfitness for work is substantially shorter than if cooperation is poorer or absent.

With hindsight, the psychiatrists evaluated certification of the patient's unfitness for work as unavoidable in four out of five cases. On the other hand, the therapists felt that in about 30% of cases a shorter period off work or a lower degree of unfitness would have been possible if the employer had been more flexible and shown more understanding for the patient.

Diagnosis-specific functional deficits and work modifications

Each of the psychiatrists assessed the relevance of 28 possible functional deficits for one of 6 diagnostic groups.

Functional deficits

The functional deficit profiles vary greatly depending on the diagnosis. A wide range of deficits was mentioned for schizophrenic and depressive disorders overall that affect very different functional areas. A wide variety of deficits was mentioned for dramatic (cluster B) personality disorders, all of them focused on relationships. Substantially fewer and very specific deficits were seen as being relevant for obsessive-compulsive, somatisation and anxious personality disorders.

Deficits in social cognition, concentration and reality checking were particularly relevant in schizophrenic disorders. Deficits in concentration, resilience, working speed and ability to cope with pressure in general were mentioned particularly often in connection with depressive disorders. Specific deficits in terms of confidence in one's own ability (afraid of making mistakes) and reduced working speed were associated with obsessive-compulsive disorders. The only deficits associated

with pain-related disorders were reduced resilience and frequent absences. 'Dramatic' personality disorders are associated with considerable deficits in interpersonal aspects such as impulse control, frustration tolerance, calmness and social perception. And finally, anxious (avoidant) personality disorders are primarily characterised by fear of making mistakes and difficulty in being assertive, taking decisions and in working independently.

Degree of impairment

The psychiatrists judged that depression, schizophrenia and dramatic personality disorders lead to impairment in many respects overall. These disorders have the highest scores for functional deficits. Although the sum of the deficits cannot be equated directly with the degree of disability, it does provide a good indication. The assessments varied widely for depression, presumably as a function of the severity. With the exception of schizophrenia, no other disorder is associated with a more comprehensive range of impairments than depression. The therapists awarded the highest score overall for functional deficits to the dramatic personality disorders. Against this background it is understandable that these disorders account for a large proportion of the disorders affecting individuals on an IV pension for psychiatric reasons, even though they frequently do not experience significant loss of performance in the strict sense. And finally, it is understandable on the basis of the results obtained here that the IV nowadays makes a greater effort to identify the causes of somatisation disorders, particularly in relation to the other psychiatric disorders.

Comparison of the general evaluations of the case descriptions

The general diagnosis-specific assessments of functional impairments were compared with the results for impairment in the case descriptions. The comparison shows major deviations between the assessment of a psychiatrist's own patient and the general (theoretical) evaluation. The psychiatrists identified twice as many functional deficits as being important for their own patients as in the general evaluation. The assessments of the psychiatrists' own patients also showed a trend towards emphasising the anxious, passive, helpless aspects. This distorts the assessment of the case descriptions involving an emotionally unstable personality disorder in which, for example, about three-quarters of the therapists felt that lack of assertiveness and great fear of making mistakes were very important – while only 10% of the psychiatrists felt that this was one of the main problems associated with these disorders in general. The discrepancy is even more striking for anxious (avoidant) personality disorders.

The major difference between the diagnosis-based assessment with no reference to specific cases and the assessment of the psychiatrists' own patients shows clearly that the perspective – theoretical versus own patient – is very different even when both assessments are made by the same psychiatrist. The therapist's familiarity with his own patients in their real-life situation and frequently over an extended period of time thus modifies his purely theoretical assessment of the patient's functional deficits. Overall, however, the psychiatrists' theoretical assessment of functional deficits – based on both diagnostic criteria and practical experience – would appear to be far more logical than their assessment of their own patients.

Possible workplace modifications

The therapists who took part in the survey were also asked to name possible workplace modifications for all the diagnosis-specific functional deficits that they felt were important. Apart from some very differentiated measures, there were some typical *performance-related* modifications. These included, for example, reduction of the workload, the complexity of the work and the time pressure; reduction of

the amount of work expected; more frequent short breaks and clear, possibly written and shorter-term structuring of tasks to be performed.

The following measures were generally named as ways of coping with patients' *social behaviour* and *working behaviour*: clear rules and clear consequences for failing to play by them, possibly a written 'agreement'; more individual work or home office; close follow-up and more frequent regular feedback from the manager or HR manager; regular status reviews in the presence of the psychiatrist or rapid, empathetic and clear confrontation if problematic behaviour occurs. Many of these modifications relate to the relationship between the psychiatrically ill employee/patient and the manager, or the relationship between employee/patient, manager and psychiatrist and possibly other people. However, some measures were also mentioned that involved specific ways of organising work or 'technical' modifications. Both types of modification have considerable potential for resolving the situation, provided that they are followed up and developed professionally.

Experience with reporting to the IV

The respondents in the survey provided information about their two most recent experiences with reporting to the IV, with IV medical reports or with IV progress reports (not assessments). Once again, these IV cases were patients who had often experienced their first problems early in life at school, during vocational training or at work – on average about 13 years before the reporting in question. This is confirmed by the usually very long interval between the start of the work-related problems and contact with the IV or the provision of the first psychiatric information to the IV.

In early IV medical reports the therapists often assess that the patient's state of health can still be improved while, as is to be expected, this is rarely the case in later progress reports once patients are receiving an IV pension. The prognosis for patients with depressive, bipolar, neurotic and personality disorders is usually positive at the start, while for schizophrenic patients is it almost always negative. This finding is also known from other studies. It is notable that the IV offices/Regional Medical Service doctors are more likely to share the psychiatrists' opinion if they do not recommend measures to reintegrate the patient into the workplace. Here the therapists appear to be more confident than the IV offices.

Where the suitability of the patient's occupation to date is concerned, a distinction is made in some cases between the current position and the same occupation in a different company or setting. In personality disorders, in particular, it is the setting that makes the difference and not the job, while for patients with schizophrenic disorders it is not assumed that the patient is much more likely to be capable of carrying out the same occupation in a different setting.

The psychiatrists analysed the patients' employment history in nearly all the IV reports, and usually they also described the relationships between the psychopathology, the course of the disorder and the employment history, often recommending specific measures to overcome the functional deficits as well. However, only about one in four IV medical reports included information obtained from former employers. The effort involved in writing IV reports bears no relationship to the degree of acceptance of the psychiatric recommendations by the IV. This is a potentially demotivating and therefore problematic result. Where the report is very knowledgeable and differentiated, the IV should at least talk to the therapist and discuss any divergent assessments.

Usually, however, the therapist is not aware of the IV office's attitude to his recommendations. This is because in over 80% of cases the IV office did not contact the psychiatrist to discuss the report. Overall, slightly more than half of the psychiatrists had the impression that their reports were important for the IV in general or in terms of planning reintegration measures. However, there is a similarly large group of therapists who are (very) sceptical about this.

The clear information provided by the psychiatrists about which measures would “greatly” help them to write more comprehensive reports is thus all the more important: routine inclusion of the information they provide into reintegration planning, routine consultation with them, adequate compensation for the effort involved in reporting and routine involvement in an interdisciplinary IV assessment. This shows that the psychiatrist’s efforts to rehabilitate the patient – and not only monetary aspects – play a decisive role.

Treatment histories of patients with employment problems

The data recorded here appear to be plausible *overall* if they are compared with other available sources of data. About 60% of all patients of working age are employed in the first labour market. Of these, one in three had problems at the workplace in the past 3 months, almost one quarter of those who were gainfully employed were unfit for work at least once, and one in 10 were at risk of having their employment terminated (figures may overlap).

In addition to the patients with work-related problems, there are many who do not have a job. About 10% of patients of working age are unemployed, about 10% are in subsidised and sheltered employment and about 10% are inactive (receiving welfare). A total of 20% of patients are drawing an IV pension. Again, the figures overlap between the categories. But at least half of all psychiatric patients of working age are either permanently unfit for work, unemployed, dependent on welfare or have problems in the workplace.

According to the therapists, around one fifth of the patients who are welfare-dependent or permanently unfit for work have the potential to work at least part-time in the first labour market. The main barriers to fulfilling this potential are the patients’ lack of self-confidence, resignation to the situation, a long period of unsuccessfully looking for work, the lack of willingness on the part of the employer to modify the work situation, patients’ fear of risking their financial security by working, or the (quite often realistic) fear of having less income in future from working than from the current level of social transfer payments.

A surprising finding in view of the large number of patients with a precarious employment situation or no employment at all was that contact with the employer, the daily sickness allowance insurance provider or the IV had each occurred in just 5% or so of cases.

Conclusion and recommendations

The results of this survey strongly suggest that psychiatric patients in Switzerland receive intensive, long-term, relationship-oriented, committed and effective treatment. Most patients are seen once a week or every two weeks, their therapists are familiar with their problems and biography, the therapeutic relationship is sound and the psychiatrists are committed to improving their patients’ social situation. Psychiatric specialists in Switzerland are in close contact with their patients, discuss important everyday problems and evidently establish a therapeutic relationship that leads to patients implementing in everyday practice what they have discussed with the therapist. In many countries it cannot be assumed that this situation exists because of the much lower number of psychiatrists. The following problems and recommendations primarily concern the specific question of how this potential in Switzerland can be harnessed even more effectively to resolve work-related problems and how psychiatrists can contribute more directly to integrating their patients into the labour market.

Work is a priority for psychiatric patients

The majority of psychiatric patients either have relevant problems in the workplace or have been certified unfit for work or are unemployed, dependent on welfare payments or drawing an IV pension. About one fifth of all patients who are permanently unfit for work or dependent on welfare currently

have potential for employment and many of them would like to work, but are not confident enough to take this step or are afraid of incurring financial losses. In spite of the frequency and significance of work-related problems in psychiatric patients, there is currently no professional basis for determining which psychiatric interventions contribute to a better employment outcome and under which conditions. Moreover, questions of this kind are also not dealt with systematically in specialist and post-graduate medical training.

Recommendation: Psychiatrists should initially be made more aware of the relevance of this subject for therapy. Where there is evidence of previous or current problems, the patient's employment situation should not just be one of very many topics that need to be addressed by therapy; it should be one of the main aspects. The way patients with work-related problems are managed in the therapeutic context should be part of the curriculum for specialised psychiatric training and should feature systematically in post-graduate medical training. Corresponding applied research must be established in order to create the basis for this training. Since psychiatry, labour law and the social insurance system in Switzerland may vary greatly from the situation in other countries, it is not possible to make direct use of the research done in other countries; specific research in Switzerland is also needed here. Specific skills for interacting with employers also need to be imparted. And finally, the (social) insurance providers and the political community need to create conditions in which it is worthwhile for people who are dependent on welfare or certified as permanently unfit for work yet are able to work to go back to work.

Lack of early detection at school and during vocational training, late treatment

Most patients' initial work- and training-related problems became manifest before the age of 25. Only a small proportion of these patients received prompt therapy from child/adolescent psychiatrists or support from the IV. Functional impairments generally become evident before manifestations of the psychiatric disorder appear. It is therefore all the more important for early detection to be improved in schools, vocational training and in the workplace. There is also a lack of coordination between the various players such as child and adolescent psychiatrists, the school psychological service, youth counselling in the community, social work at school, IV etc.

Recommendation: Systematic contact should be established between schools, vocational training facilities and (child/adolescent) psychiatric specialists; this channel could then be used by teachers and vocational trainers if early problems emerge. The establishment of cantonal drop-in centres for young people at risk could also be considered; these centres should be staffed by specialists representing the various players. These centres would also have the task of following up these young people in the longer term and providing a coordinating function. And finally, it is important to promote the provision of psychiatric services for children and adolescents, which are less numerous than those for adults.

Too little use is made of knowledge about typical problematic patterns

Most patients have a typical pattern of problematic experiences and behaviour in their employment history, and this is related to the nature and extent of stress factors in their early biography. In many cases it would be possible to estimate at a very early stage the kind of problems certain groups of patients are likely to be confronted with repeatedly in the workplace. Conversely, psychiatrists often also know the conditions under which patients were/are able to function better despite their condition. To date, too little use has been made of this knowledge by psychiatrists and all other players alike. Psychiatrists are familiar with the patterns but are not systematically involved in intervention planning. And integration measures often have short-term objectives rather than a long-term perspective.

Recommendation: The psychiatrist treating the patient should routinely be involved in examining the work-related problems and in planning measures, both by the IV offices and by other authorities that offer assistance. More of the measures should be long-term and flanking measures, focus more on possible work modifications, conflict management and support from the working environment, and train the patient to cope with his specific deficits. The measures should be synchronised better with the psychiatric and psychotherapeutic treatment to prevent conflicting activities from leading to failure. In addition, where patients with known problematic patterns are concerned, the question of whether it could be worthwhile informing and contacting the employer in advance should be discussed in detail before the patient starts a new job. Since psychiatrists also become aware of patients' problems at work at a very early stage – considerably sooner than managers and often well before the situation in the workplace escalates – the possibility of contacting the employer at an early stage should be reviewed in all cases and discussed thoroughly with the patient. It is vital for funding for employer outreach of this kind to be regulated comprehensively in such a way that it is more of an incentive to pursue these contacts.

Too little contact with employers and insurance providers

Considering how common patients who have employment problems or are unfit for work are, there is little contact between therapists and employers, case managers working for private insurance providers and advisors at IV offices and other authorities. This applies particularly to psychiatrists in private practice. The phenomenon is also evident from the rare instances in which therapists request information about their patients from former employers when reporting to the IV. A lack of contact can make it more likely for the patient's employment to be terminated if he is unfit for work for an extended period or if conflicts exist. The high quality and committed nature of the therapeutic relationship identified in the survey have not so far resulted in a better employment outcome. Here the results achieved during therapy are not being implemented in the workplace.

Recommendation: Employers, doctors and their respective associations should agree on fundamental principles and approaches for managing shared contacts in the practical setting and on their rights and obligations in such situations. In addition, criteria for indications need to be developed to determine for which patients in which situations early contact should be sought with the employer, and these criteria need to be discussed in detail with the patient. Contacts of this kind should be a standard approach for patients who are unfit for work for extended periods. Research should be carried out into how best to manage these contacts, what exactly the function of the therapist should be in the context of employer contacts, which interventions are effective etc.

Between necessary involvement and harmful identification

There is a major discrepancy between the assessments that psychiatrists make on a purely theoretical basis and their assessments of their own patients in a specific problematic situation. If the psychiatrists' own patients have employment problems, the patients are seen primarily as the victim of unfavourable working conditions and aggressive behaviour in the working environment. This perception contrasts not only with the psychiatrists' own professional knowledge but also with the problematic patterns identified by the psychiatrists themselves, in which the same patients repeatedly experienced workplace conflicts in previous jobs. This involvement on the patients' behalf ultimately leads to the frequently perceived need to protect them against an "unfair or discriminatory" working environment – an impulse that brings with it an increased risk of the problem taking a negative course. Involvement of this kind can be helpful in therapeutic terms, but its one-sidedness endangers the patient's chance of retaining his job because the stress exerted by the working environment in such situations is not taken into account.

Recommendation: Specialist psychiatric training and post-graduate training needs to extend the psychiatric perspective to include the workplace, an approach in which the employer could be included, for example. A kind of agreement between the medical profession and employers would also be helpful here. This shift of perspective would also open up great potential in terms of providing more case-independent psychiatric advice to line managers and HR managers on how to handle employees with evident psychiatric problems.

No professional basis for differentiated indications for unfitness for work

Psychiatrists are frequently called on to evaluate a patient's unfitness for work. This is an area with potential for action. The first thing to note is that there is no professional basis for determining which criteria are relevant in evaluating the patient's ability to work. Accordingly it is solely the person treating the patient who makes the difference. Another problem is that psychiatrists are not only confronted with professional problems when assessing a patient (the need to make a prognosis). They also have to deal with situations which could cause problems for the therapeutic relationship, for example if patients ask to be certified unfit for work without justification, retroactively or repeatedly. This is an area in which psychiatrists have received no support to date.

Moreover, when specifically called on to evaluate the patient, psychiatrists sometimes act contrary to their general recommendations, for example certifying patients who complain a lot as unfit for work for longer than non-complaining patients. Also, the average certified period of unfitness for work is about 6 months, and in the real employment context this often poses a threat to the patient's job. The period is even longer in situations where there is conflict in the workplace and more generally for patients with personality disorders. And finally, two-thirds of patients are certified as unfit for work on a full-time basis, which tends to be less beneficial in terms of rehabilitation.

Recommendation: Specialist guidelines for assessing unfitness for work should be developed that contain differentiated information on determining the duration and degree of unfitness, on making a prognosis, on options for being present in the workplace etc. In addition, the use of differentiated sickness certificates should be promoted and the existing differentiated certificates should be adapted to the special features of psychiatric disorders. And finally, guidelines should be developed that link long periods of sickness certification with recommendations, such as requiring a second opinion on patients who are certified unfit for work for more than 2 to 3 months, or requiring the psychiatrist to contact the employer before issuing a certificate for this length of time – and requiring the reason to be given if this is not done in certain cases. A requirement to justify a long period of sickness certification would also be a good idea for patients unable to work on a full-time basis.

Depression diagnosed very frequently

Psychiatrists feel that depression, schizophrenia and 'dramatic' personality disorders are associated with a particularly high number of functional impairments. At the same time, the Federal Court has issued a recent ruling that even moderate depression should not be assessed as fully incapacitating unless it proves refractory to treatment. Depression is diagnosed very frequently, but it is by no means always the case that the depression is the 'main problem', at least not in terms of employment difficulties. Depressive symptoms in fact tend to accompany many other disorders too. This (correct) diagnostic approach can lead on the one hand to the depression being seen as a trivial disorder and, on the other, to the main impairment, for example a personality disorder that is often present simultaneously, being 'overlooked' by the other players.

Recommendation: It should be stated in reports to the insurer and in communication with the players responsible for integration into the work process which psychiatric disorder is the short-term and long-term priority with respect to the employment problems. The specific relevance of personality and

personality disorders for the employment situation should be a systematic topic in specialist psychiatric and post-graduate training. However, denying the capacity of depression to render the individual completely unfit for work is not an appropriate response to the fact that depressive disorders are diagnosed very frequently.

Reporting to the IV is one-way communication

Therapists often put a relatively large amount of effort into reporting to the IV, yet normally they receive no feedback from the IV office or the Regional Medical Service. As a result, they often do not know how their recommendations have been evaluated or why the IV offices sometimes reach a different conclusion. The majority of psychiatrists assume that their reports are important for the IV, but some 40% are sceptical that this is the case.

Recommendation: The IV should develop a procedure in which the reporting psychiatrist is consulted automatically. In addition, psychiatrists should routinely be involved at the start of the IV procedure (assessment and plan of action) and, if necessary, also while the measures are being implemented. Furthermore, the early and therefore important medical reports written for the IV should be remunerated in line with the amount of effort actually involved. And finally, particularly well-founded and clear reporting should be reflected in a higher rate of approval by the IV office.

1 Ausgangslage und Problemstellung

1.1 Ausgangslage

Die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater in der Schweiz behandeln jährlich rund 330'000 Patienten, hinzu kommen gegen 150'000 in psychiatrischen Diensten behandelte Patienten/innen (Rüesch et al., 2013). Ein erheblicher Teil dieser Patienten ist zwar erwerbstätig, hat aber Probleme im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis – sei dies wegen krankheitsbedingter Einbussen in der Produktivität, wegen Absenzen oder wegen Konflikten am Arbeitsplatz (OECD, 2012). Hinzu kommt, dass ein relevanter Teil der Patienten arbeitslos oder IV-berentet ist.

Psychiaterinnen und Psychiater in der Schweiz behandeln ihre Patienten – manchmal mit Unterbrüchen – oft über Jahre hinweg. Damit kennen sie ihre Patienten und deren Psychopathologie, Psychodynamik wie auch deren Alltagsprobleme meist sehr genau. Dies ist potentiell eine enorme Ressource zur Unterstützung all der ‚Laien‘ an der Front, die mit Personen mit psychisch bedingten Arbeitsproblemen konfrontiert sind: Arbeitgeber, Hausärzte, Fachpersonen von Sozialhilfe, Privatversicherungen und Sozialversicherungen etc. Den Psychiaterinnen und Psychiatern kommt deshalb eine zentrale Rolle zu, wenn es darum geht, psychisch Kranke im Arbeitsmarkt zu halten respektive sie wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Dies ist insofern relevant, als der IV-Rentenbestand aus so genannt „psychogenen und milieureaktiven“ Gründen zwischen 1986 und 2016 in der Schweiz um 440% angestiegen ist, während der Rentenbestand aus allen anderen Gründen in derselben Zeitspanne ‚lediglich‘ um rund 40% gestiegen ist. Auch die Arbeitsunfähigkeiten (Absenzen) speziell wegen psychischer Störungen haben in vielen OECD-Ländern deutlich zugenommen. Obwohl die IV die Neurentenquote in der letzten Dekade vor allem dank einer strikteren Abklärungspraxis deutlich senken konnte, war der Erfolg bei den psychisch Kranken bisher deutlich geringer.

1.2 Problemstellung

Die OECD (OECD, 2014) hat diesbezüglich in ihrer Analyse der Schweiz festgestellt, dass wir hierzulande zwar über eine ausgezeichnete Ausgangslage verfügen – einen hervorragenden Arbeitsmarkt, eine Vielzahl gut ausgestatteter institutioneller Ressourcen, ein gutes Bildungssystem und nicht zuletzt auch eine ausgezeichnete psychiatrische Versorgung mit der höchsten Psychiaterdichte in der gesamten OECD (rund 1 Psychiater auf 2'000 Einwohner, was dreimal so viel ist wie der Durchschnitt der OECD-Länder) – dass die Schweiz aber über ein sehr fragmentiertes System unterschiedlicher Zuständigkeiten verfügt und dass es bisher wenig Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren gibt.

Aus verschiedenen Befragungen von Arbeitgebern ist beispielsweise bekannt, dass Arbeitgeber nur selten den Kontakt zu behandelnden Ärzten suchen, wenn sie mit Mitarbeitenden mit psychischen Störungen konfrontiert sind. (Baer et al., 2011; 2017a; 2017b). Nur jede fünfte Führungskraft in der Deutschschweiz hat jemals in ihrer Laufbahn die Erfahrung gemacht, in einer solchen Situation von einem Psychiater hilfreich unterstützt worden zu sein. Auch von Seiten der IV sind Probleme in der Zusammenarbeit mit behandelnden Psychiatern bekannt – zum Beispiel bei den sehr jungen IV-Versicherten (Baer et al., 2016). Aus praktischer Erfahrung gilt dies häufig auch aus Sicht der Case Manager von Privatversicherungen.

Während die Erfahrungen der Arbeitgeber in den letzten rund 10 Jahren mehrfach untersucht worden sind, ist die Perspektive der Psychiaterinnen und Psychiater zu diesem Thema bisher nie fokussiert

untersucht worden. Dies ist auch insofern eine Lücke als gegenüber den behandelnden Ärzten (vor allem Hausärzten und Psychiatern) in den letzten Jahren immer wieder explizit oder implizit kritisiert wurde, dass sie die Arbeitssituation der Patienten zu wenig fokussieren würden, dass sie sich einseitig für den ‚Schutz der Patienten‘ einsetzen würden und tendenziell gegen die Arbeitgeber und Versicherer und dass sie sich oft einer Kooperation verweigern würden. Die Psychiater selbst wurden dazu bisher aber nie systematisch befragt.

Die Befragung will deshalb erheben, wie niedergelassene und institutionell tätige Psychiater mit den Arbeitsproblemen ihrer Patienten umgehen. Wie gehen sie mit Krankschreibungen in unterschiedlichen Situationen und bei Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern um und welche Indikationen für längere oder kürzere Arbeitsunfähigkeitszeugnisse gibt es? Nehmen Psychiater/innen Kontakt auf mit dem Arbeitgeber auf? In welchen Fällen tun sie dies und wann nicht? Wie stark fokussieren sie die Arbeitssituation ihrer Patienten in der Behandlung? Und welche Erfahrungen machen sie mit ihrer Berichterstattung an die Invalidenversicherung?

Aufgrund der bislang vorhandenen Daten ist anzunehmen, dass in diesem Bereich ein grosses und teils ungenutztes Potential besteht – für die Arbeitsfähigkeit und den Arbeitsplatzverlust der Patienten/innen, für die Versicherer und für die Arbeitgeber.

1.3 Zielsetzungen

1.3.1 Nutzen der Erkenntnisse

Diese Untersuchung will vor allem empirische Grundlagen liefern zu diesem Thema. Zum anderen bezweckt sie aber auch eine Unterstützung der gemeinsamen Diskussion zwischen den Psychiaterinnen und Psychiatern, den Arbeitgebern und Versicherern. Die Erkenntnisse der Befragung sollen deshalb genutzt werden für

- eine wirksamere Intervention bei psychisch bedingten Arbeitsproblemen, d.h. für die Entwicklung von Massnahmen/Handlungsempfehlungen,
- die Sensibilisierung der behandelnden Psychiater für Arbeitsprobleme,
- eine bessere Zusammenarbeit zwischen Versicherern, Arbeitgebern und Psychiatern,
- ein vertieftes Verständnis psychisch bedingter Arbeitsprobleme psychisch Kranker und
- ein vertieftes Verständnis der Handlungskriterien behandelnder Psychiater.

Die beiden letzten Punkte sind aus folgendem Grund bedeutsam: Arbeitgeber und Versicherer sind bezüglich psychiatrischer Probleme ‚Laien‘ und müssen von ihrer Rolle her a priori weder Verständnis haben für psychisch bedingte Arbeitsprobleme noch für die Handlungsweisen der Psychiater. Da die Kontakte zwischen Arbeitgebern, Versicherern und Psychiatern eher selten sind, kommt es hier oft zu Missverständnissen und negativen Vorurteilen (Baer, 2014). Umso wichtiger ist es, darzulegen, warum und wie Psychiater zu ihren Interventionen kommen.

1.3.2 Inhaltliche Zielsetzungen

Neben dem allgemeinen Ziel, Psychiater noch stärker für (frühe) arbeitsbezogene Probleme ihrer Patienten zu sensibilisieren (die Befragungsteilnehmer erhalten 3 Weiterbildungscredits für die vollständige Ausfüllung des ausführlichen Fragebogens), hat die Befragung folgende spezifischen Zielsetzungen:

- Erhebung versorgungsepidemiologischer Daten zur Prävalenz und Art von Arbeitsproblemen bei Patienten in privaten Praxen;

- Erhebung des spezifischen Krankschreiberverhaltens bei unterschiedlichen Diagnosen und Situationen: Erhebung impliziter und expliziter Indikationskriterien bei der Art und Dauer der Krankschreibung;
- Erhebung typischer Arbeitsprobleme und -situationen aus Sicht der behandelnden Psychiater;
- Erhebung möglicher Arbeitsplatzanpassungen bei verschiedenen Störungen
- Erhebung ihrer Interventionsstrategien inklusive Erhebung der erlebten Hindernisse und der erlebten Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (Arbeitgebern, Versicherungen etc.);
- Erhebung der psychiatrischen Abklärung arbeitsbezogener Probleme: Wie kommen Psychiater zu einem Urteil bezüglich Arbeitsfähigkeit?

1.4 Fragestellungen

Die Fragestellungen leiten sich direkt von den oben genannten Zielen ab:

- Welche Patienten zeigen typischerweise welche Art von Arbeitsproblemen (inkl. Arbeitsunfähigkeiten etc.)?
- Wie lassen sich Problemverläufe am Arbeitsplatz vertieft beschreiben und verstehen: Wie beginnen solche Probleme, was sind typische Schlüsselszenen und wie gehen solche Verläufe aus?
- Anhand welcher Merkmale lassen sich womöglich "negative" und "positive" Verläufe schon frühzeitig voneinander unterscheiden? Welche Rolle spielen die Pathologie, die Arbeitsbiografie, die psychiatrische Behandlung selbst, die Arbeitsanforderungen und -bedingungen, die Reaktionen der Vorgesetzten oder das Verhalten der Arbeitskollegen?
- Welche Anforderungen im Rahmen von Krankschreibungen finden Psychiater besonders schwierig (Bestimmung von Grad und Dauer der AuF, Prognose, Diskussion mit Patienten, Rollenkonflikte etc.)?
- Welche positiven/negativen Erfahrungen haben Psychiater mit Krankschreibungen bei bestimmten Problemkonstellationen gemacht?
- Lassen sich diagnose-spezifische Krankschreibungs-Indikationen ableiten?
- Welche impliziten Kriterien leiten Psychiater bei der Krankschreibung (kausal interpretierbarer, kontrollierter Befragungsteil)?
- Welche Erfahrungen haben Psychiater gemacht bei der Erstellung von Berichten an die IV (IV-Arztberichte) und generell in der Zusammenarbeit?

2 Methodik

2.1 Studienkonzept

Die angesichts der bisher fehlenden Evidenz ausführliche Befragung – der Zeitaufwand für das Ausfüllen betrug erhebliche 60-90 Minuten, was mit 3 Weiterbildungs-Credits (analog 3 Weiterbildungseinheiten) honoriert wurde – war in 7 Teile gegliedert:

1. Patienten mit Arbeitsproblemen:
Fragen zu einem real erlebten Verlauf eines Patienten, der psychisch bedingte Arbeitsprobleme hatte oder hat: Merkmale des Patienten, der Arbeitssituation, des Problemverlaufs sowie Interventionen und Erfahrungen der Psychiatrie. Dies beinhaltet auch Fragen zum Behandlungsprocedere bei diesem Patienten und zu den Umständen am Arbeitsplatz.
2. Indikation bei Arbeitsunfähigkeitszeugnissen:
Erfahrungen mit verschiedenen Aspekten/Indikationen bei Krankschreibungen.
3. Funktionsdefizite und Arbeitsanpassungen:
Fragen zu typischen diagnosespezifischen Funktionsdefiziten und zu möglichen Arbeitsplatzanpassungen.
4. Entscheidungsverhalten unter kontrollierten Randbedingungen:
Die Vignetten betreffen inhaltlich die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber/den Versicherern, Merkmale des Arbeitsplatzes, die Dauer und die Kriterien für die Art der Krankschreibung.
5. Praxis bei Arbeitsunfähigkeitszeugnissen:
Fragen zu den letzten zwei Arbeitsunfähigkeitszeugnissen, die ausgestellt wurden.
6. IV-Berichterstattung und Perspektiven:
Fragen zu den letzten zwei IV-Arztberichten respektive IV-Revisionsberichten. Damit soll ein aktuelles Querschnittsbild der psychiatrischen Tätigkeit in diesen Bereichen gewonnen werden. Zudem werden Fragen gestellt zum Potential einer besseren Zusammenarbeit.
7. Versorgungsepidemiologie:
Fragen zur Prävalenz und Art von Patienten mit Arbeitsproblemen, Arbeitsunfähigkeit und Invalidisierung sowie zur Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und Versicherungen.

2.2 Grundgesamtheit

Mit der Befragung sollten neben den Mitgliedern der SGPP möglichst viele weitere Psychiaterinnen und Psychiater in der Schweiz erreicht werden. Deswegen wurden sämtliche Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer Einrichtungen via Schweizerische Vereinigung der Psychiatrischen Chefärzte (SVPC) gebeten, die Befragung auch an ihre leitenden -, Ober- und Assistenzärzte weiterzuleiten. Schliesslich wurden die Präsidenten der kantonalen Psychiater-Fachgruppen gebeten, die Befragung an ihre Mitglieder weiterzuleiten, von denen nicht alle Mitglieder SGPP sind.

Die Anzahl der zur Befragung eingeladenen Personen ist nur bei den direkt Angeschriebenen bekannt: Mitglieder SGPP (n=1266 in der Deutschschweiz und n=518 in der Romandie), Chefarzte (n=70 in der Deutschschweiz und n=13 in der Romandie) und Präsidenten der kantonalen Fachgruppen (n=13 in der Deutschschweiz und n=5 in der Romandie). Teils erhielten diese direkt Kontaktierten wegen ihrer multiplen Funktionen mehrere Einladungen.

An wie viele Personen die Befragungseinladung von den direkt Kontaktierten weitergeleitet wurde, ist unbekannt. Deshalb kann keine genaue Rücklaufquote angegeben werden. Für die folgende Darstellung der deskriptiven Resultate wird jeweils die Anzahl der jeweiligen Antwortenden angegeben. Diese Zahl variiert je nach Frage, und sie wird mit zunehmender Befragungsdauer kleiner.

2.3 Teilnahme an der Befragung

Insgesamt haben N=741 Psychiaterinnen und Psychiater den Befragungslink aktiviert und N=714 haben die Befragung zumindest begonnen. N=326 Personen haben die gesamte (sehr ausführliche) Befragung beantwortet (46% der Ausgangszahl).

Die folgende Tabelle (Tabelle 1) zeigt, dass drei Viertel der Befragungsteilnehmenden Psychiater/innen in freier Praxis sind. Bei den Teilnehmenden aus psychiatrischen Einrichtungen handelt es sich häufig um höhere Kaderärztinnen und -ärzte.

Rund 70% der Antwortenden sind mindestens 50 Jahre alt, verfügen demnach über viel Erfahrung. Dies liegt zum einen daran, dass der überwiegende Teil der Antwortenden in freier Praxis tätig ist und damit im Schnitt älter ist als die institutionell tätigen PsychiaterInnen. Zum anderen zeigt sich hier womöglich auch das vergleichsweise hohe Durchschnittsalter der FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie.

Das Alter der Antwortenden ist auch insofern relevant, als es mit der psychotherapeutischen Ausrichtung zusammenhängt. Je älter die Antwortenden sind, desto häufiger arbeiten sie sozialpsychiatrisch und systemisch. Je jünger sie sind, desto eher arbeiten sie nach einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzept.

Die Geschlechtsverteilung (54% Männer) deckt sich in etwa mit den Zahlen der FMH-Statistik (58% Psychiater).

Am besten erreicht wurden erwartungsgemäss die SGPP-Mitglieder mit 86% aller Antwortenden. Diese sind gegenüber den Nicht-Mitgliedern überzufällig häufig vertreten. Die meisten teilnehmenden PsychiaterInnen arbeiten in städtischer Umgebung, vor allem in den Kantonen Zürich, Bern, Waadt, Basel-Stadt, Aargau und Genf, in Kantonen also, die besonders bevölkerungsreich sind und/oder über eine hohe Psychiaterdichte pro Bevölkerung verfügen. Die 3 bevölkerungsreichsten Kantone Zürich, Bern und Waadt stellen rund die Hälfte aller Antwortenden. Rund ein Viertel der Befragten hat die Französischsprachige Fragebogenversion gewählt.

Tabelle 1: Merkmale der Befragungsteilnehmenden (N=701-714)

Arbeitsort/Funktion (N=701):	Prozent (%)
... niedergelassener Psychiater	73.6
... Assistenzarzt in psychiatrischer Einrichtung	4.4
... Oberarzt in psychiatrischer Einrichtung	7.8
... Leitender Arzt in psychiatrischer Einrichtung	7.6
... Chefarzt in psychiatrischer Einrichtung	6.6
Geschlecht (N=714):	
...weiblich	46.5
...männlich	53.5
Alter (N=714):	
... jünger als 30	0.3
... 30-34	2.2
... 35-39	4.6
... 40-44	9.0
... 45-49	14.3
... 50-54	20.6
... 55-59	19.2
... 60-64	16.1
... 65-69	9.2
... 70 Jahre und älter	4.5
Sprache (Fragebogenversion; N=714)	
Deutsch	77.2
Französisch	22.8
SGPP (N=714):	
... Mitglied der SGPP	86.4
... nicht Mitglied der SGPP	13.6
Umgebung (N=714):	
... in eher städtischer Umgebung/Agglomeration	81.8
... in eher ländlicher Umgebung	18.2

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Kanton (N=714):	
ZH Zürich	24.6
BE Bern	14.6
VD Waadt	10.5
BS Basel-Stadt	8.1
AG Aargau	6.4
GE Genf	6.2
SG St. Gallen	4.6
LU Luzern	4.1
BL Basel-Landschaft	3.8
SO Solothurn	3.2
TI Tessin	2.8
TG Thurgau	2.7
Kleinkantone: AI, AR, GL, JU, NW, OW, SH, UR	2.4
VS Wallis	1.7
GR Graubünden	1.5
FR Freiburg	0.8
NE Neuenburg	0.8
ZG Zug	0.7
SZ Schwyz	0.4

2.4 Datenanalyse

2.4.1 Deskriptive Analyse

Zahlreiche Ergebnisse dieser Studie sind deswegen von Interesse, weil bislang keine vergleichbare Befragung stattgefunden hatte, per se als Auszählung und Darstellung relativer Häufigkeiten. Schon die Kreuztabellierung verschiedener nominalskaliertes Merkmale, z.B. Geschlecht mit Diagnose, bietet weitere Möglichkeiten für ein vertieftes Verständnis möglicher Zusammenhänge dieser Merkmale. Aus diversen Befragungselementen abgeleitete, neue Merkmale (wie z.B. die Summe der vom behandelnden Psychiater registrierten Funktionsdefizite eines Patienten) mit Intervallskalen-Niveau werden deskriptiv durch Mittelwerte und bei schiefen Verteilungen auch durch den Median zusammengefasst und interpretiert. Bivariate Merkmalskombinationen wurden je nach Skalenniveau der gemessenen Grössen durch Chi-Quadrat-Tests oder varianzanalytische Verfahren auf systematische Zusammenhänge zufallskritisch überprüft. Wegen des explorativen Charakters dieser Erstbefragung der Psychiater/innen fand keine Absicherung der Ergebnisse gegen ein erhöhtes α -Risiko infolge multiplen Testens statt.

2.4.2 Regressionsanalyse: Risikofaktoren für einen negativen Verlauf

Potenzielle Einflussfaktoren z.B. auf einen negativen Verlauf¹ der Erkrankung wurden mithilfe logistischer Regressionsanalysen identifiziert. Dabei wird (im Unterschied zur linearen Regression) nicht der absolute Wert einer abhängigen Variable durch eine lineare Gleichung von potenziellen Einflussgrößen vorhergesagt, sondern es wird das Verhältnis von Zielereignissen (hier: negativer Ausgang) zu Nicht-Zielereignissen bestmöglich durch eine Kombination von Vorhersagevariablen bestimmt. Die Regressionsgleichung ist nicht-linear und bildet eine logistische Funktion ab (damit 0 und 1 der niedrigste bzw. höchste Wert sind, denn ein Ereignis kann nicht weniger als sicher NICHT-Eintreten oder nicht mehr als sicher EINTRETEN). Die Koeffizienten, mit der die Risikofaktoren in die Gesamtgleichung eingehen, können als sogenannte „Odds-Ratios“ (OR; „Wettquotienten“) sinnvoll interpretiert werden: Ein OR von 1 verändert die Chancen für das Zielereignis überhaupt nicht. Ein OR über dem Wert 1 erhöht die Chancen für einen negativen Verlauf; Werte kleiner als eins (OR sind aber immer ≥ 0) verkleinern die Chancen, dass das Zielereignis eintritt. In diesem Fall sind sie also rechnerisch mit besseren Chancen auf Arbeitsplatzverlust verbunden. Zwei Besonderheiten sind zu beachten: Vom Wert 1 bis zum Wert 0 verbessern sich die Chancen auf Arbeitsplatzverlust genauso stark, wie sie sich vom Wert 1 bis zum Wert ∞ verschlechtern. Eine Verschlechterung um den Faktor 2 ist also dieselbe (reziproke) Effektgröße wie eine Verbesserung um den Faktor 0.5. Zum zweiten gilt die Verbesserung/ Verschlechterung durch ein signifikantes OR jeweils pro Skalenpunkt einer Veränderung in der Prädiktorvariable. Der Einfluss von kontinuierlichen Variablen (z.B. Alter) wird also durch eine möglicherweise kleinere Zahl (z.B. 1.01) repräsentiert im Vergleich zum OR einer nominalskalierten Variable (z.B. 1.6 für männliches Geschlecht). Diese beiden Zahlen können nicht unmittelbar miteinander verglichen werden.

2.4.3 Typologien von Störungen und Krankschreibverhalten

Traditionell wurden zur Typenbildung in der Botanik, Psychologie, Soziologie usw. statistische Verfahren eingesetzt, die anhand eines allgemeinen Masses für „Ähnlichkeit“ zwischen jeweils zwei Individuen oder Objekten Gruppen von hoher innerer Homogenität bei zugleich maximierter externer Heterogenität finden sollen. Dabei werden oft sehr viele Merkmale (i für Items) simultan in die Berechnung der Ähnlichkeit einbezogen. Im Verlauf der Analysen ist daher das Ähnlichkeitsmass, der Prozess der Gruppenbildung samt Optimierungskriterium und ein Kriterium für die Anzahl der zu bildenden Gruppen („Cluster“) zu bestimmen. Dies ist die Ausgangsidee aller sogenannten Clusteranalysen. Eine latent class Analyse verfolgt im Prinzip dasselbe Ziel, gibt aber dabei die (oft „naive“) Annahme auf, jedes Individuum könne eindeutig nur einer einzigen Gruppe zugeordnet werden. Im Gegenteil wird davon ausgegangen, dass jedes Individuum mit einer unterschiedlich hohen Wahrscheinlichkeit jeder der g zu bildenden Klassen zugeordnet werden kann. Ist in den Daten tatsächlich eine starke Differenzierung nach Typen vorhanden, so wird ein Individuum „seiner“ latenten Klasse mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zugeordnet, während es den $g-1$ übrigen Gruppen nur mit sehr geringen Wahrscheinlichkeiten zuordenbar ist. Für die Bestimmung der Zahl zu bildender Gruppen existieren Fit-Masse, die Auskunft geben, wie gut die „Profile“ der latenten Klassen (also das jeweilige Antwortmuster, das bei einem Gruppenmitglied typischerweise auf den i Merkmalen von Klasse g erwartet wird) mit den tatsächlichen Antwortmustern der Personen übereinstimmen. Die Klassenzahl wird danach festgelegt, wie gut der „Fit“ dieser Klassenlösung für die realen Daten ist,

¹ Als „negativer Verlauf“ für die Frage der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker ist in dieser Studie das Ausscheiden aus dem ersten Arbeitsmarkt als Definition festgehalten worden.

und wie gut sich die Typen auch inhaltlich interpretieren lassen. Eine prägnante Latente Klasse benötigt u.U. kein einziges Mitglied, das wirklich exakt dem latenten Profil entspricht, Das wäre z.B. auch bei nominalskalierten Variablen gar nicht möglich, weil eine 0.7-Wahrscheinlichkeit für Männlich-Sein nie exakt in den individuellen Daten vorkommen kann (nur 0 = weiblich oder 1 = männlich). Es reicht für eine „gute“ Lösung, dass möglichst viele Gruppenmitglieder auf möglichst vielen Items möglichst nahe am Typenprofil zu liegen kommen. Die manifeste Zuordnung von Personen zu Typen erfolgt über den maximalen Wert auf den g Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten. In diesem Bericht werden einmal die Psychiater/innen als die zu typisierenden Einzelfälle betrachtet (anhand von Aspekten ihres Krankschreibe-Verhaltens), ein andermal aber die von den Ärzten/innen beschriebenen Patienten/innen (anhand ihres Profils bei Störungen).

2.4.4 Faktorenanalysen (Bedeutsamkeit von AuF-Kriterien; Probleme bei der AuF)

Werden für eine Fragestellung (z.B. Bedeutsamkeit von Kriterien für die AuF aus Sicht der Psychiater/innen) relativ viele, jeweils sehr konkrete Einzelheiten erhoben, so kann man sich fragen, ob hinter den Antwortmustern der Ärzte/innen jeweils allgemeine, nicht direkt beobachtbare, aber gleichwohl wirksame Bedeutungsdimensionen existieren, nach denen eine Krankschreibung entschieden wird. Eine gängige statistische Methode zur Analyse solcher allgemeiner Prinzipien ist die sogenannte Hauptkomponentenanalyse (PCA). In Analogie zur oben beschriebenen Latente-Klassen-Analyse, die Personen im Variablenraum gruppiert, werden also hier die Variablen zu „Typen“ im Personenraum zusammengefasst. Die neu gebildeten Variablen sind die (allgemeiner zu interpretierenden) „Faktoren“, die das Entscheidungsverhalten steuern. Rechnerisch wird konsekutiv jeweils der grösstmögliche Varianzbeitrag, den der 1., 2.,...bis f . Faktor² zur Erklärung der m Ausgangsvariablen beiträgt, maximiert. Zugleich wird darauf geachtet, dass zwischen den Faktoren jeweils eine Null-Korrelation besteht, d.h. dass sie jeweils vollkommen voneinander unabhängige Bedeutungsdimensionen erfassen. Ab einem bestimmten Schritt in der „Faktorextraktion“ werden die Varianzbeiträge neuer Faktoren kleiner als die Varianzbeiträge³, die vor der PCA ein einzelnes Item zur sog. Determinante der Korrelationsmatrix beigetragen hätte. Daher bricht man die Extraktion spätestens dann ab, weil die weiteren Informationsgewinne minimal sind. Je nach Struktur der Ausgangsmatrix genügen aber oft schon wenige (z.B. 2 bis 3) Faktoren, um die systematischen Prinzipien ausreichend beschreiben zu können. Bevor nach dem Extraktionsschritt der PCA in einem dritten Schritt die Faktoren inhaltlich anhand ihrer neuen Gewichte („Faktorladungen“) interpretiert werden, erfolgt aber noch ein rechnerischer Optimierungsschritt dazwischen, die sogenannte „Rotation“ der Faktoren. Hierbei werden die extrahierten neuen Variablen unter Erhalt ihrer „orthogonalen“ (= unkorrelierten) Struktur in ihrer Bestimmung durch die Faktorladungen so verändert („gedreht“), dass unter Erhaltung ihrer linearen Unabhängigkeit die ursprünglichen Items möglichst nur auf einem einzigen Faktor eine hohe Ladung aufweisen („Einfachstruktur“) und zugleich insgesamt alle Items möglichst „nahe“ (d.h. durch hohe Faktorladungen gekennzeichnet) an die jeweiligen Faktorenachsen heranrücken (VARIMAX Prinzip). Dies erleichtert die Interpretation.

² Spätestens bei f Faktoren ist die ursprüngliche Korrelationsmatrix vollständig aus den Faktoren rekonstruierbar. Der Vorteil ist aber, dass je höher die Itemkorrelationen sind, um so sicherer keine f „Faktoren“ benötigt werden, um den Grossteil der Information zu bewahren. Es kann daher mit $f \ll m$ ein sehr viel deutlicheres, weil einfacheres Bild von den hinter den Einzelentscheidungen stehenden allgemeinen Prinzipien für AuF gezeichnet werden.

³ In der PCA werden alle Einzelelemente als prinzipiell gleich aufklärbar betrachtet und mit einer sog. Kommunalität von 1 versehen.

3 Ein Fallbeispiel

3.1 Einführung

In einem ersten Befragungsschritt wurden die Teilnehmenden gebeten, sich an den zeitlich jüngsten Fall einer Patientin oder eines Patienten zu erinnern, der relevante Probleme im ersten Arbeitsmarkt hat oder hatte. Nach dem Zufallsprinzip wurden die Teilnehmenden dabei gebeten, sich an einen Fall mit einem "günstigen" Verlauf zu erinnern (Patient arbeitet nach wie vor in diesem Betrieb) respektive mit einem "ungünstigen" Verlauf (Patient arbeitet nicht mehr in diesem Betrieb):

"Bitte denken Sie nun an eine konkret erlebte Geschichte mit einem Patienten oder einer Patientin, der/die im 1. Arbeitsmarkt über längere Zeit hinweg (Monate, Jahre) bedeutsame Probleme an einem bestimmten Arbeitsplatz/Ausbildungsplatz (inklusive Studium) hatte. Diese Probleme (Leistungseinbussen, zwischenmenschliche Probleme, Mobbing, Belästigung etc.) haben aber insgesamt einen günstigen/ungünstigen Verlauf genommen und Ihr Patient/Ihre Patientin arbeitet/lernt nach wie vor/nicht mehr in diesem Betrieb, allenfalls intern versetzt an einen anderen Arbeitsplatz. Bitte wählen Sie einen Fall aus, bei dem es sich um eine normale Erwerbstätigkeit oder eine Ausbildung im ersten Arbeitsmarkt handelt/gehandelt hat. Wahrscheinlich kommen Ihnen mehrere Fälle in den Sinn - bitte wählen Sie den zeitlich jüngsten Fall."

Im Folgenden werden Resultate gezeigt zu Person, persönlicher und arbeitsbezogener Biografie, Pathologie, Behinderung und Ressourcen, zum Problemverlauf, zu den psychiatrischen Interventionen, zur Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und Versicherungen und zu den Einflussfaktoren auf positive versus negative Verläufe (Tabelle 2).

3.2 Soziodemographie

Bei fast 60% der geschilderten Fälle mit Arbeitsproblemen handelt es sich um Patientinnen. Dies ist insofern bemerkenswert, als die Erwerbsquote von Männern insgesamt höher ist als bei Frauen. Das Resultat bildet die Tatsache ab, dass die Mehrheit der psychiatrischen PatientInnen Frauen sind. Gemäss Rüesch et al. (2013) beträgt der Frauenanteil 61% in freier Praxis, 57% in ambulanter institutioneller Behandlung und 53% in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die hier geschilderten Patientinnen und Patienten entsprechen diesen Verhältnissen demnach gut, wenn man bedenkt, dass der Grossteil der hier erfassten Fälle aus der freien Praxis stammt. Aber diese stimmigen Behandlungsdaten dürfen nicht ohne Einschränkung auf die (psychisch kranke) Erwerbsbevölkerung in der Schweiz, welche häufiger aus Männern besteht, verallgemeinert werden.

Rund die Hälfte der Patienten mit Arbeitsproblemen ist bei Befragung respektive bei Behandlungsabschluss jünger als 50 Jahre, der Mittelwert liegt bei 44.8 Jahren. Fast 60% sind oder waren einmal verheiratet. Etwas mehr als ein Drittel der PatientInnen lebt alleine. Der grösste Teil weist als höchsten Ausbildungsabschluss eine Berufslehre aus, mehr als ein Drittel verfügt über eine Matura, einen Fachhochschul- oder einen universitären Abschluss. Lediglich 13% der PatientInnen verfügen über eine geringe oder sehr geringe Ausbildung (Tabelle 2).

Diese Resultate spiegeln in etwa die Daten zu Patienten bei Freipraktizierenden, die auch hier die grosse Mehrheit bilden, wie sie von Amsler et al. (2012) im Jahr 2009 bei 500 Stichtagpatienten bei 122 Psychiaterinnen und Psychiatern im Kanton Bern erhoben wurden: Deren Alter lag durchschnittlich bei 43.5 Jahren, 35% lebten alleine, 55% verfügten über eine Berufslehre und 33% über einen höheren Fachschul- oder Universitätsabschluss.

Bei Behandlungsbeginn (Beginn der Behandlung beim/bei der antwortenden Psychiater/in) waren rund 83% der hier erinnerten Patienten im ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig, der Grossteil von ihnen in einer Vollzeitbeschäftigung. Diese hohe Erwerbsquote hängt mit der hier gestellten Einstiegsfrage zusammen. Patienten in psychiatrischer Praxis haben generell eine Erwerbsquote von rund 50%. Betrachtet man hingegen den Erwerbsstatus derselben Patienten zum Zeitpunkt der Befragung, so sind noch knapp 60% der Patienten im ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig. Im Durchschnitt liegen zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsabschluss respektive Zeitpunkt der Befragung 3.2 Jahre.

Insgesamt handelt es sich demnach bei der Mehrheit der hier dargestellten Fälle mit Arbeitsproblemen um gut qualifizierte Patientinnen mittleren Alters, die mit Kindern und/oder Partner zusammenleben und bei Behandlungsbeginn erwerbstätig waren.

Tabelle 2: Soziodemografische Merkmale von Patienten mit Arbeitsproblemen (N=603-628)

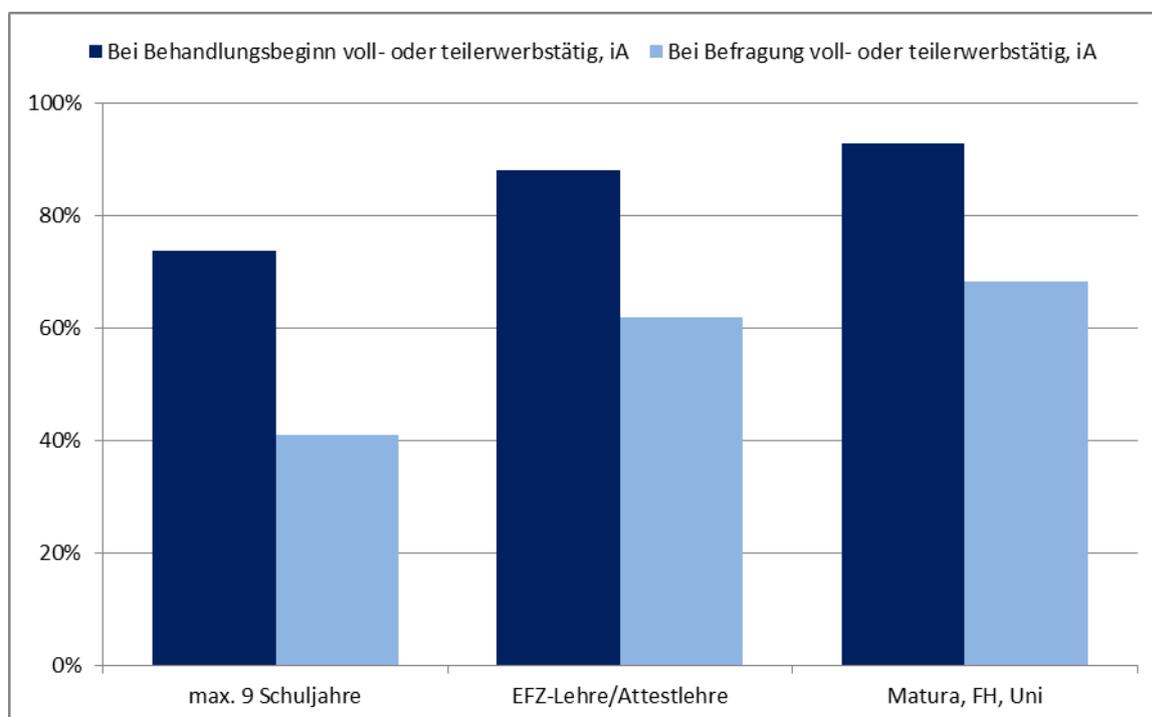
Geschlecht Patient/in (N=628)	Prozent (%)
Mann	42.0
Frau	58.0
Alter bei Befragung/Behandlungsabschluss (N=605)	
16 - 25	4.6
26 - 35	20.3
36 - 45	23.1
46 - 55	33.6
56 - 65	18.3
Zivilstand (N=619)	
ledig	42.8
verheiratet	36.3
geschieden/getrennt	19.4
verwitwet	1.5
Wohnsituation (N=619)	
alleinlebend	33.9
mit anderen zusammen lebend	65.6
weiss nicht	0.5
Höchste Ausbildung (N=619)	
weniger als 9 Schuljahre	1.6
obligatorische Schule	7.6
Anlehre/Attestausbildung	3.6
Berufslehre	50.7
Matura	4.8
Fachhochschule	17.0
Universität	14.1
weiss nicht	0.6

Tabelle 2 (Fortsetzung)

Erwerbsstatus bei Behandlungsbeginn (N=618)	
voll erwerbstätig im 1. Arbeitsmarkt	64.4
teilerwerbstätig im 1. Arbeitsmarkt	18.8
arbeitslos (beim RAV, "vermittelbar")	5.5
nicht erwerbstätig (Haus-/Elternarbeit, IV, geschützter Arbeitsplatz, Freiwilligenarbeit, Sozialhilfe, Beschäftigung, oh	6.5
in Ausbildung	4.9
Erwerbsstatus bei Behandlungsabschluss/Befragung (N=603)	
voll erwerbstätig	33.7
teilerwerbstätig	25.0
arbeitslos	15.8
inaktiv, berentet, geschützter Arbeitsplatz	22.2
in Ausbildung	3.3

Von besonderer Bedeutung für den Erwerbsstatus der Patienten ist die Ausbildung (Abbildung 1). Patienten mit lediglich obligatorischer Schulbildung sind sowohl bei Behandlungsbeginn wie auch bei Behandlungsabschluss respektive zum Zeitpunkt der Befragung seltener erwerbstätig. Bei Behandlungsabschluss zeigt sich der Unterschied zu den besser ausgebildeten Patienten noch deutlicher. Gegenüber Behandlungsbeginn sinkt der Anteil der erwerbstätigen Geringqualifizierten von 70% auf 40%. Der Ausbildungsgrad zeigt einen tendenziellen Zusammenhang mit dem Ersterkrankungsalter: Je früher die erstmalige psychische Erkrankung, desto häufiger fehlt nach der obligatorischen Schule eine abgeschlossene weitergehende Ausbildung.

Abbildung 1: Erwerbsstatus bei Behandlungsbeginn und bei Befragung nach Ausbildung (N=602)



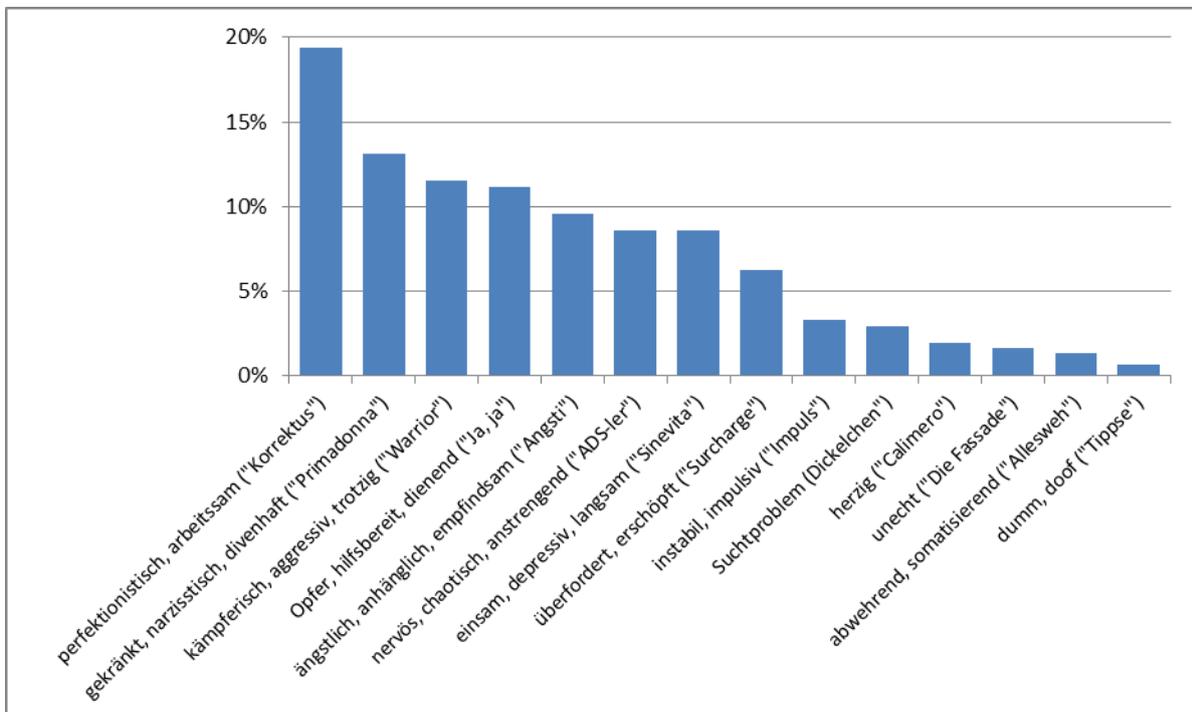
3.3 Spitznamen

Um einen ersten Eindruck über die Arbeitsproblematik der Patienten zu erhalten, wurden die PsychiaterInnen gebeten, den betreffenden Patientinnen und Patienten einen Spitznamen zu geben: „Bitte geben Sie dieser Person einen Spitznamen, der die Probleme auf den Punkt bringt“.

Rund die Hälfte aller vergebenen Spitznamen liess sich inhaltlich zuordnen, die andere Hälfte (z.B. „Müller“, „Maria“, „Mme C“ etc.) war nicht zuordenbar oder es wurde kein Spitzname vergeben. In einem ersten Schritt wurden die bedeutungstragenden Spitznamen nach 15 unterschiedlichen Gruppen kategorisiert (inklusive „Unklar“). Daraus ergibt sich folgende Verteilung der Spitznamen (Abbildung 2).

Deutlich am häufigsten wurden Spitznamen vergeben, die auf ein perfektionistisches, kompliziertes, arbeitsames Verhalten schliessen lassen, An zweiter Stelle sind Spitznamen, die auf gekränktes, narzisstisches, divenhaftes Verhalten hinweisen, gefolgt von aggressivem, trotzigem Verhalten und von einer dienenden (Opfer) Haltung etc.

Abbildung 2: Kategorisierung der Spitznamen, 14 Gruppen (N=304), ohne „Unklar“



Da wegen der Anzahl der Kategorien das jeweilige N zu klein wird, wurden in zwei Schritten zunächst in 9 Kategorien und schliesslich in 5 Kategorien zusammengefasst. Die folgende Tabelle zeigt die Kurzumschreibung der 5 Kategorien und jeweils einige Beispiele von dazugehörigen Spitznamen (Tabelle 3). Auch wenn diese Zuordnungen im Einzelfall fehlerbehaftet sein können (zum Beispiel, weil gewisse Spitznamen auch ironisch gemeint sein können), so geben die Beispiele und die Häufigkeitsverteilung der Gruppen doch einen ersten Eindruck über die Person und die Art der Arbeitsprobleme: Ein Fünftel der Spitznamen beschreiben perfektionistische, arbeitsame und komplizierte Personen, fast ein Viertel ängstlich-abhängige Personen, die sich teils ausnutzen lassen („Opfer“), rund 10% nervöses, hyperaktives, unkonzentriertes oder chaotisches Verhalten. In 30% der Fälle (die grösste Gruppe) werden reizbare, kränkbare, aggressive oder divenhafte Personen beschrieben und in rund einem Fünftel Personen mit Überlastung, Verlangsamung, Einsamkeit, Schmerz- und Suchtproble-

men. Patienten mit (laut Spitzname) aggressiven, narzisstischen Verhaltensweise sind überproportional Männer, bei Patienten mit ängstlich-anhänglichen Verhaltensweisen sind die Frauen deutlich übervertreten.

Die Spitznamen haben zudem auch einen (signifikanten) Zusammenhang zum Diagnosetyp (siehe dazu Kapitel 4.4.3): Bei den – gemäss Spitzname – ängstlich-abhängigen Personen handelt es sich vergleichsweise häufig um den Diagnosetyp 1 (neurotische Störungen, Depression und Persönlichkeitsstörung), bei den „nervösen“ Personen häufig um den Diagnosetyp 2 (Depression und Persönlichkeitsstörung) und den Diagnosetyp 4 (Persönlichkeitsstörung komorbid). Personen mit perfektionistischen-arbeitsamen Spitznamen weisen zudem seltener als die anderen Gruppen eine Persönlichkeitsstörung auf. Die Personen mit ängstlich-anhänglichen Spitznamen zeigen schliesslich relativ häufig einen positiven Fallverlauf, die Personen mit nervös-chaotischen Spitznamen vergleichsweise häufig einen negativen Verlauf. Die Spitznamen geben demnach durchaus vorläufige Hinweise über Diagnose und Problemverlauf sowie teils auch zur Art der Arbeitsproblematik („Perfektionistin“, „Mobbée“, „Stationsdrachen“ etc.).

Tabelle 3: Spitznamen für Patienten, 5 Gruppen (N=304/627; N=323 unklar/keine Angabe)

perfektionistisch, arbeitsam (20%)	ängstlich, anhänglich, Opfer (23%)	nervös, chaotisch (9%)	aggressiv, kränkbar (30%)	erschöpft, überfordert, Schmerz/Sucht (19%)
Buchhalter	Angsthase	ADS-ler	Beleidigte	Alleingelassen
Chnorzi	Angstini	Badplaner	Bell'uomo	Allesweh
Chrapferin	Baueropfer	Crazy	Bello parlando	Au-delà des limites
Die Unermüdliche	Clematis	Desorganisiert	Primadonna	Ausgebrannte
Essiggurke	Exploité	Die Fixe	Stationsdrachen	Petite fille abandonnée
Frau Korrekt	Gutgläubig	Excès	Dicker Hals	Die Überbelastete
Frau Ueberengagiert	Gutmütig	Hyper	Diva	Dornröschen
Hardworker	Häschen in der Grube	Keine Konzentration	Polizistenschreck	Epuisement
Hochengagierte Kratzbürste	Hündchen	Maniemann	Frau Reizbar	Ertränkter Kummer
Korrektus	Mädchen für alles	Mr Quick	Frau Schwan	EslstEinJammer
Madame Compétente	Menschenfreund	Quirle	Gekränkt	Hamster im Hamsterrad
Mister Perfekt	Mobbée	Speedy	Hans Dampf in allen Gassen	Herr Kränkler
Perfektionistin	Panik	Sprudel	Herr Selber	Lahmi
Pingeliger Postmitarbeiter	Dévouée	Tempo	Ich-zeige-es-Euch!	Multiperte
Spitzmaus	Sensibeli	Vibriieren	Mr Gel	Schnecke
Streber	Verunsicherte	Wurstel	Polyphemos	Sorgen
Überstündler	Zehenspitzengängerin	Crazy	Missverständener	Verloren
Herr Recht	Zögerer	Danäbu	Shakira	Winterschlaf

3.4 Krankheit

3.4.1 Diagnosen

Die Befragten wurden gebeten, eine zumindest dreistellige ICD-Diagnose anzugeben (Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls 1. Nebendiagnose), zum Beispiel „F32“. Tabelle 4 zeigt die zuerst gruppierten Haupt- und Nebendiagnosen (für häufige Diagnosegruppen werden die dreistelligen Diagnosen angezeigt, für weniger häufige die zweistelligen) und anschliessend die Verteilung über die Diagnose-Hauptkategorien. Tabelle 5 schliesslich zeigt die häufigsten Einzeldiagnosen.

Die häufigsten dreistelligen Hauptdiagnosen betreffen depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen, die zusammen 57% aller Hauptdiagnosen ausmachen, gefolgt von Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (rund 14%) und Persönlichkeitsstörungen. Die Verteilung der Nebendiagnosen zeigt ein anderes Bild: Hier dominieren mit mehr als einem Drittel die Persönlichkeitsstörungen, gefolgt von Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung – aber ohne Phobien), Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen sowie Substanzabhängigkeit.

Betrachtet man die Verteilung über die zusammengefassten Hauptdiagnose-Hauptkategorien überwiegen mit grosser Mehrheit die affektiven Störungen (über 60% der Diagnosen). Ebenfalls relativ häufig sind neurotische sowie Persönlichkeitsstörungen. Bei den Nebendiagnose-Hauptkategorien sind neben den Persönlichkeitsstörungen die neurotischen Störungen häufig (rund ein Viertel der Diagnosen).

Tabelle 4: Hauptdiagnose (N=564) und Nebendiagnose (N=342), sowie Hauptkategorie

Diagnosen gruppiert	Hauptdiagnose (%)	Nebendiagnose (%)
Substanzabhängigkeit (F1)	1.1	8.8
Schizophrenie (F2)	4.8	1.8
Bipolare affektive Störung (F31)	4.8	0
Depressive Episode (F32)	32.0	7.6
Rezidivierende depressive Störung (F33)	25.1	9.4
Anhaltende affektive Störung, andere (F34-39)	1.1	0.9
Phobische Störungen (F40)	1.4	0.9
Panikstörung, andere (F41)	4.1	10.2
Zwangsstörung (F42)	0.4	1.8
Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen (F43)	13.7	9.4
Konversions- und somatoforme Störungen (F44-49)	1.4	4.7
Essstörungen, andere (F5)	0.7	2.3
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	7.5	34.2
Intelligenzstörung (F7)	0.0	3.5
Entwicklungsstörungen (F8)	0.5	0.3
Frühe Verhaltens- und emotionale Störungen (F9)	1.4	4.4
Diagnose-Hauptkategorien	Hauptdiagnose (%)	Nebendiagnose (%)
Substanzabhängigkeit (F1)	1.1	8.6
Schizophrenie (F2)	4.8	1.7
Affektive Störungen (F3)	62.8	17.4
Neurotische Störungen (F4)	20.9	26.3
Essstörungen, andere (F5)	1.1	4.6
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	7.4	33.4
Intelligenzstörung (F7)	0.0	3.4
Entwicklungsstörungen (F8)	0.5	0.3
Frühe Verhaltens- und emotionale Störungen (F9)	1.4	4.3

Betrachtet man die häufigsten spezifischen Diagnosen, so sind bei den Hauptdiagnosen besonders häufig die „Leichte depressive Episode“, die „Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht“ sowie die „Mittelgradige depressive Episode“ (Tabelle 5). Bei den Nebendiagnosen sind besonders häufig „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“, die „Panikstörung“ sowie die „Kombinierte Persönlichkeitsstörung“ und die „Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht“.

Bei einem grossen Teil der Patienten mit Arbeitsproblemen werden demnach vergleichsweise leicht- bis mittelgradige Hauptdiagnosen vergeben („leichte“ depressive Episode etc.). Gleichzeitig sind Diagnosen von normalerweise erheblicher Schwere ebenfalls oft anzutreffen: Schizophrenie, schwere depressive Episoden und Störungen, kombinierte Persönlichkeitsstörung, bipolare affektive Störung etc.

Tabelle 5: Die häufigsten Einzeldiagnosen (>= 2%; Haupt- und Nebendiagnose)

Hauptdiagnose	Prozent (%)
Leichte depressive Episode (32.00)	16.0
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht (33.00)	12.1
Mittelgradige depressive Episode (32.10)	9.9
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (33.10)	6.3
Anpassungsstörung, kurze depressive Reaktion (43.20)	3.9
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (32.20)	3.5
Akute Belastungsreaktion (43.00)	3.2
Schizophrenie (20.00)	2.8
Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanisch (31.00)	2.8
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer (33.20)	2.6
Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (43.21)	2.5
Kombinierte Persönlichkeitsstörungen (61.00)	2.5
Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion (43.22)	2.3
Nebendiagnose	
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (60.00)	10.6
Panikstörung (41.00)	5.6
Kombinierte Persönlichkeitsstörungen (61.00)	5.6
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht (33.00)	5.3
Akute Belastungsreaktion (43.00)	4.5
Hyperkinetische Störungen (90.00)	3.6
Leichte depressive Episode (32.00)	3.1
Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung (60.80)	3.1
Mittelgradige depressive Episode (32.10)	2.5
Generalisierte Angststörung (41.10)	2.5
Anpassungsstörung, kurze depressive Reaktion (43.20)	2.5
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (33.10)	2.2
Anankastische Persönlichkeitsstörung (60.50)	2.2
Ängstliche Persönlichkeitsstörung (60.60)	2.2
Schwerste Intelligenzminderung (73.00)	2.2
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (10.00)	2.0
Somatisierungsstörung (45.00)	2.0
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (60.30)	2.0

Die besondere Häufigkeit diagnostizierter affektiver Störungen – insbesondere von depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen als Hauptdiagnose – bei Patienten mit Arbeitsproblemen überrascht kaum. Affektive Störungen stellen auch bei den IV-Rentnerinnen und -Rentnern aus „psychogenen und milieureaktiven“ Gründen in der Schweiz mit Abstand die am häufigsten gestellte Diagnose (unter meist mehreren Diagnosen pro Fall) dar – und mit rund 60% in einem vergleichbaren Ausmass (Baer, Frick, Fasel und Wiedermann, 2009).

3.4.2 Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen

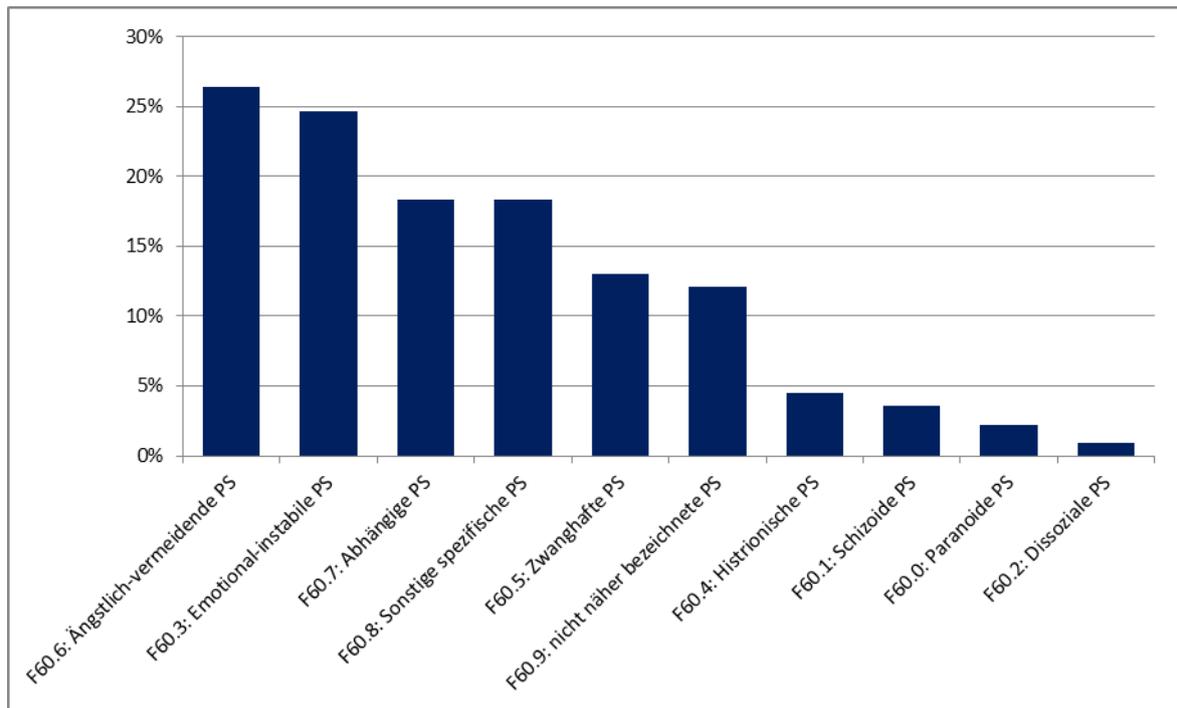
Allerdings sind diese besonders häufig gestellten Depressions-Diagnosen nicht a priori diejenigen Diagnosen, die am meisten zu Arbeitsproblemen, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität beitragen. Die häufigste diagnostische Ursache für eine IV-Berentung aus „psychogenen“ Gründen in der Schweiz sind Persönlichkeitsstörungen. Insofern sind die teils ‚leichtgradigen‘ Hauptdiagnosen vorsichtig zu interpretieren. Betrachtet man die Nebendiagnosen, so kommen gerade Persönlichkeitsstörungen häufig vor. Persönlichkeitsstörungen werden zwar meist als Nebendiagnose kodiert, aber für die Arbeitsproblematik sind sie aus praktischer Erfahrung häufig bedeutsamer als Depressionen, Angststörungen oder Belastungsreaktionen.

Insgesamt haben 41% der hier dargestellten Patientinnen und Patienten mit Arbeitsproblemen eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (sei es als Haupt- oder als Nebendiagnose). Berücksichtigt man zudem all jene Patienten, bei denen die Behandelnden zumindest eine akzentuierte Persönlichkeit feststellen, so kommt man auf 67% aller Patienten mit Arbeitsproblemen, die entweder eine Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung aufweisen. Auch hier zeigt sich wieder ein vergleichbares Bild mit den IV-Berenteten aus „psychogenen und milieureaktiven“ Gründen in der Schweiz, die zu rund einem Drittel wegen einer Persönlichkeitsstörung invalidisiert wurden – und bei denen im ärztlichen Abklärungsverfahren in gegen 70% der Fälle zumindest eine akzentuierte Persönlichkeit festgehalten wurde.

Betrachtet man die Verteilung der spezifischen Persönlichkeitsstörungen, so sind 4 Störungen besonders häufig (Abbildung 3): Ängstlich (vermeidende) und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen mit je rund 25% sowie abhängige und „sonstige“ (häufig narzisstische) Persönlichkeitsstörungen mit je 18% aller PS-Diagnosen.

Diese Verteilung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen deckt sich wiederum mit derjenigen bei den IV-Berenteten (Baer, Frick, Fasel und Wiedermann, 2009): Die 4 häufigsten Störungen sind identisch, auch in der Reihenfolge. Dies mag mit der Verteilung einzelner Persönlichkeitsstörungen in der Bevölkerung zusammenhängen, wobei die vorhandene Evidenz dazu relativ gering ist. Allerdings werden zwanghafte und histrionische Persönlichkeitsstörungen in epidemiologischen Studien häufiger gefunden (Torgersen et al., 2001). Es mag demnach sein, dass ängstliche, instabile, abhängige und narzisstische Persönlichkeiten effektiv gehäuft anzutreffen sind, wenn es um Arbeitsprobleme geht: Sie sind häufig erwerbstätig, haben aber Probleme bei der Arbeit

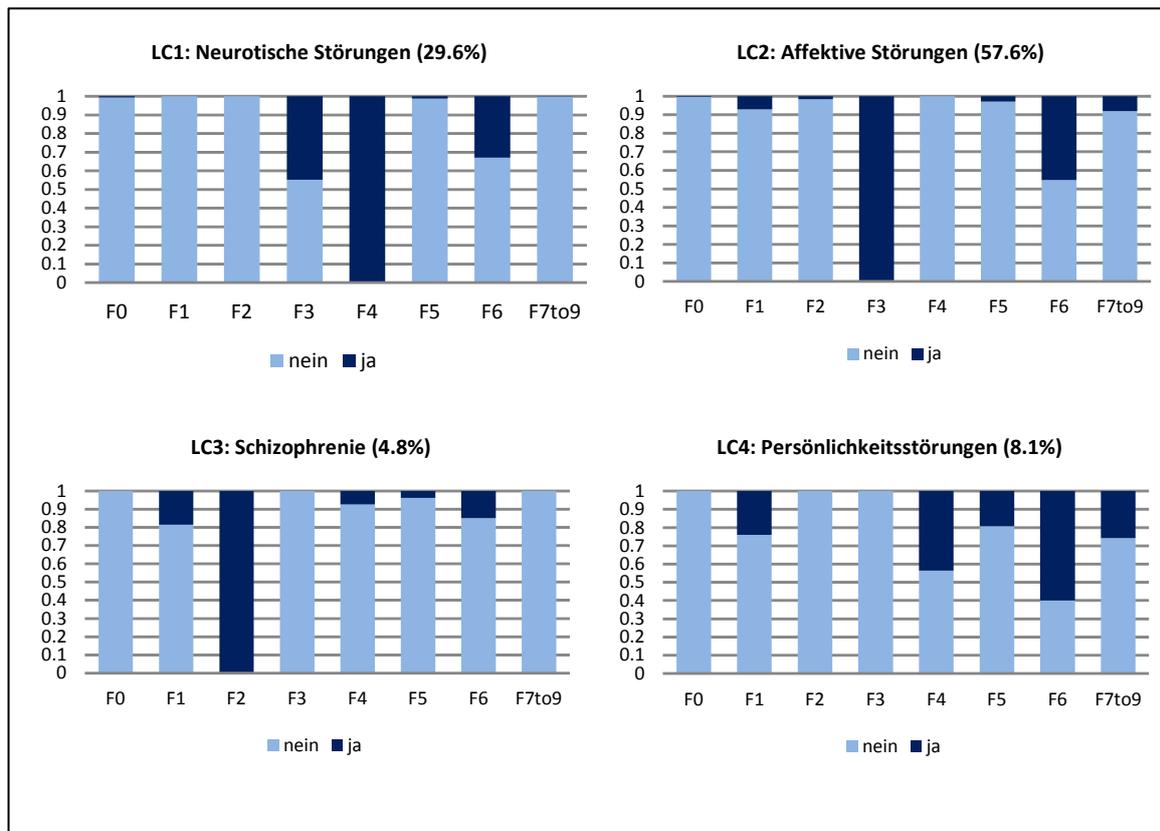
Abbildung 3: Arten von Persönlichkeitsstörungen (N=277 Diagnosen bei 223 Patienten)



3.4.3 Diagnostische Typologie der Patientinnen und Patienten

Aus den Diagnose-Hauptkategorien der Hauptdiagnose und der ersten Nebendiagnose wurde mit Hilfe einer Latent-Class-Analysis (LCA) eine Typologie der Patientinnen und Patienten berechnet. Dieses statistische Verfahren berechnet aus allen vorhandenen Diagnosen eine personenbezogene Typologie, welche für alle Patienten die Wahrscheinlichkeit zeigt, eine bestimmte Diagnose zu haben und zu einem Diagnosetyp zu gehören. Da grundsätzlich jeder Patient eine gewisse Wahrscheinlichkeit für jede Diagnose hat (auch wenn diese „0“ sein kann), ist dieses Verfahren präziser als eine ausschliessliche Zuordnung zu einem Diagnosetyp, wie dies beispielsweise in den herkömmlichen Clusteranalysen der Fall ist. Die folgende Berechnung (Abbildung 4) ordnet zunächst alle Patienten einem bestimmten Haupttyp fix zu (dem Haupttyp, dem der Patient mit der grössten Wahrscheinlichkeit angehört) und zeigt die Wahrscheinlichkeit für die verschiedenen Diagnose-Hauptkategorien.

Die Berechnung der Diagnosetypen gibt ein sehr klares Bild: Rund 30% der Patienten mit Arbeitsproblemen gehören vor allem zum Diagnosetyp „Neurotische Störungen“. Alle dieser Patienten haben eine neurotische Störung, rund 35% haben zudem eine depressive Problematik und über 30% eine Persönlichkeitsstörung – besonders häufig eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Häufigste detaillierte Hauptdiagnosen in dieser Gruppe sind Anpassungsstörungen und akute Belastungsreaktionen, die zusammen rund 40% der Hauptdiagnosen ausmachen. Die häufigsten Nebendiagnosen sind Panikstörungen, Anpassungsstörungen, akute Belastungsreaktionen und somatoforme Störungen.

Abbildung 4: Diagnostische Typen bei Patienten (N=586)

Der zweite und zahlenmässig grösste Typ (rund 58%) umfasst Patienten, die allesamt eine affektive Störung haben und zudem häufig – in rund 45% der Fälle – auch eine Persönlichkeitsstörung. Dabei sind emotional-instabile und narzisstische Persönlichkeitsstörungen häufig. Neurotische Störungen kommen hier gar nicht vor. Häufigste Einzeldiagnosen sind die depressive Episode und die rezidivierende depressive Störung. Die häufigsten Nebendiagnosen sind spezifische Persönlichkeitsstörungen und kombinierte Persönlichkeitsstörungen.

Der dritte Diagnosetyp (rund 5%) bezeichnet relativ eindeutig schizophrene Patienten, die zu rund 20% auch noch Suchtprobleme (Cannabis) oder in rund 15% eine Persönlichkeitsstörung haben.

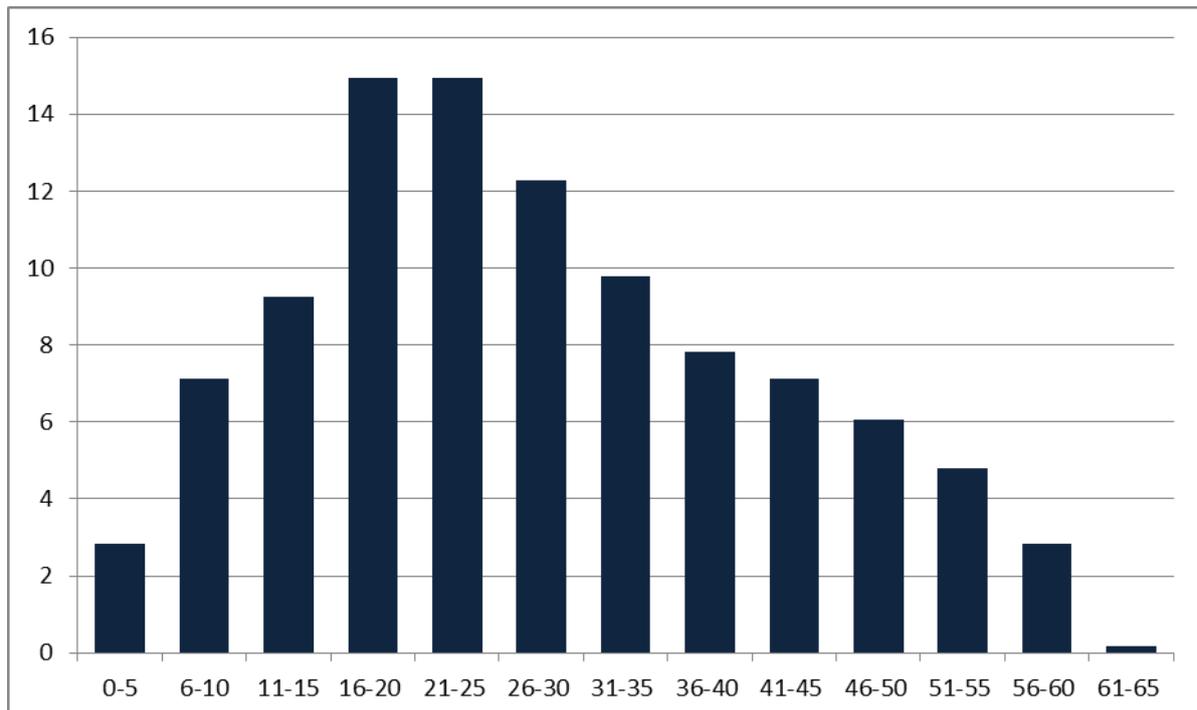
Der vierte Typ (rund 8%) zeigt Patienten, die vor allem eine Persönlichkeitsstörung – besonders häufig eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung – haben (in rund 60% der Fälle) und eine hohe Komorbidität mit neurotischen Störungen, Suchtproblemen, kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen (vor allem ADHS) sowie Essstörungen aufweisen.

Auch hier zeigt sich die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen: Sie kommen in sämtlichen Diagnosetypen vor, je nach Typ in 15 bis 60% der Fälle.

Die Diagnosetypen „Schizophrenie“ und „Persönlichkeitsstörungen komorbid“ werden besonders häufig von Befragungsteilnehmenden aus psychiatrischen Institutionen berichtet, der Diagnosetyp „Neurotische Störungen“ vor allem von den in freier Praxis Tätigen. Zwischen der Deutschschweiz und der Romandie zeigen sich keine Unterschiede hinsichtlich Verteilung der Diagnosetypen.

3.4.4 Alter beim Auftreten erster relevanter psychischer Störungen

Ein erheblicher Teil der Patienten mit Arbeitsproblemen hatte laut den behandelnden Psychiatern schon früh erstmalige relevante psychische Probleme oder Störungen (Abbildung 5).

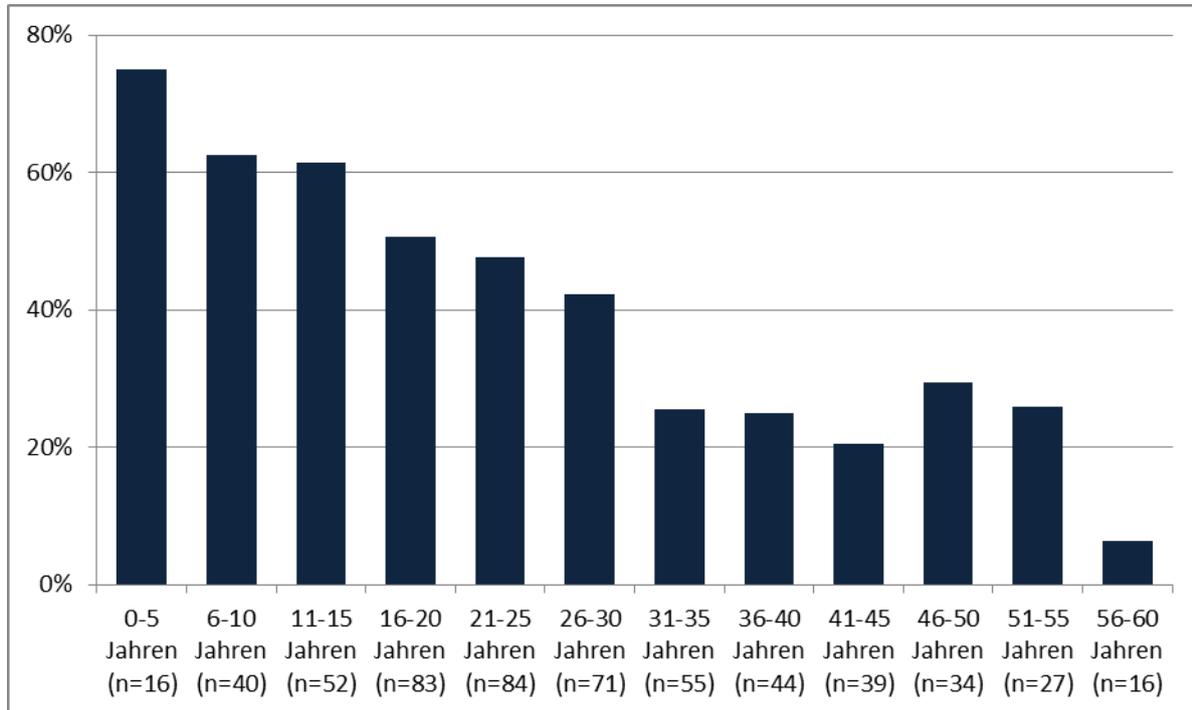
Abbildung 5: Alter bei ersten relevanten psychischen Störungen (N=562)

Gegen 50% der Patienten hatten erste relevante Probleme bis zum 25. Altersjahr. Insgesamt rund 70% hatten erstmals Probleme bis zum 35. Altersjahr. Dies verdeutlicht, wie früh sich psychische Störungen häufig zeigen. Aus epidemiologischen Untersuchungen (Kessler et al., 2005) wie auch aus der Analyse von IV-Berenteten aus psychischen Gründen muss man allerdings davon ausgehen, dass das effektive psychiatrische Ersterkrankungsalter gar noch etwas tiefer liegt (50% aller Störungen beginnen vor dem 15. Altersjahr, 75% vor dem 25. Altersjahr). Es ist anzunehmen, dass die Art der Fragestellung („erstmalig *relevante* psychische Probleme/Störungen“) hier den Unterschied macht. Die Befragten sollten hier den Zeitpunkt angeben, an dem es erstmals zu „*relevanten*“ psychischen Störungen gekommen ist.

Die folgende Abbildung (Abbildung 6) verdeutlicht den möglichen Unterschied von erstmaliger Erkrankung und erstmaligen *relevanten* psychischen Problemen. Persönlichkeitsstörungen beginnen definitionsgemäss spätestens in der Kindheit oder Adoleszenz. Das heisst, dass bei Störungen, die später begonnen haben, an sich keine Persönlichkeitsstörungen vorkommen sollten.

Die Abbildung zeigt zwar, dass mit zunehmendem Alter, in dem erstmals relevante psychische Probleme aufgetreten sind, der Anteil der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung stetig sinkt. Begannen die Probleme in der Kindheit, so ist in 75 bis 60% der Fälle davon auszugehen, dass es sich um eine Persönlichkeitsstörung handelt. In der Adoleszenz beginnende Störungen sind zu 60 bis 50% Persönlichkeitsstörungen. Störungen, die erst ab dem 30. Altersjahr relevant wurden, sind allerdings immer noch zu rund 25% Persönlichkeitsstörungen. Erst bei den über 56-Jährigen spielen diese Störungen kaum noch eine Rolle.

Abbildung 6: Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörung nach Alter bei ersten Problemen (N=562)



Das bedeutet, dass ein Teil der Patienten mit einer (frühen) Persönlichkeitsstörung offenbar noch relativ lange Zeit ‚funktioniert‘ bis sich ‚relevante‘ Probleme der Störung zeigen. Anders ist dieser oft späte Störungsbeginn nicht zu erklären. Hier stellt sich die auch in der Behandlungs- und beruflichen Eingliederungspraxis häufige Frage, warum Personen trotz psychischer Vorbelastung erst zu einem relativ späten Zeitpunkt psychisch auffällig werden.

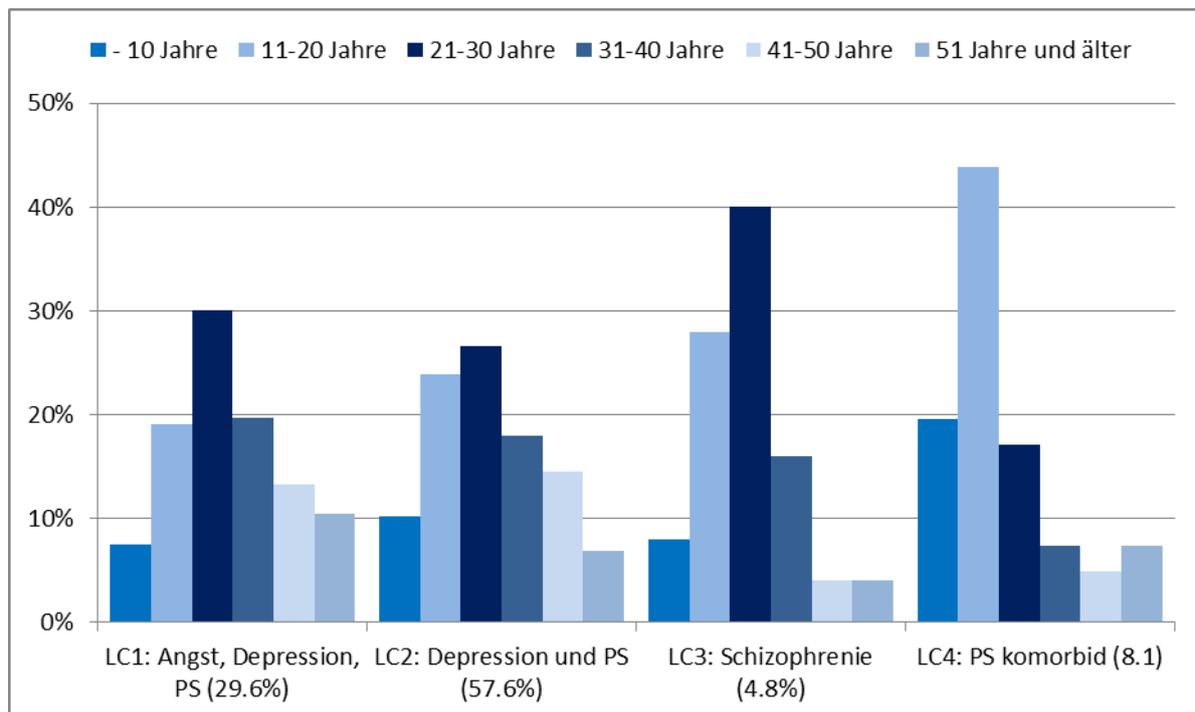
Abbildung 6 macht jedoch auch deutlich, dass man bei psychiatrischen Patienten mit Arbeitsproblemen, die schon in Kindheit oder Adoleszenz erstmals relevante psychische Probleme hatten, in mindestens 60% der Fälle davon ausgehen muss, dass sie unter einer Persönlichkeitsstörung leiden.

Während insgesamt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit abnimmt, dass Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung erstmals relevante Probleme haben, so zeigen die vorliegenden Daten je nach Art der spezifischen Persönlichkeitsstörung unterschiedliche Tendenzen: So führen zum Beispiel die zwanghaften und die „sonstigen spezifischen Persönlichkeitsstörungen“ (narzisstischen PS) – im Vergleich mit den anderen Persönlichkeitsstörungen – nicht selten erst mit zunehmendem Alter zu Problemen, während sich bei Patienten mit emotional instabilen, abhängigen und vermeidenden Persönlichkeitsstörungen erste Probleme kaum je erst im fortgeschrittenen Alter zeigen.

3.4.5 Ersterkrankung nach Diagnosetyp

Das Alter bei der Ersterkrankung unterscheidet sich signifikant nach Diagnosetyp (Abbildung 7). Das früheste Erkrankungsalter zeigen Patienten vom Typ „Persönlichkeitsstörung komorbid“: Fast 65% dieser Patientinnen und Patienten sind vor dem 21. Altersjahr erkrankt. Bei den Schizophrenen liegt der Häufigkeitsgipfel zwischen dem 21. und 30. Altersjahr. Patienten vom Typ 1 sind mit einem Anteil von rund 25% vergleichsweise selten schon vor dem 21. Altersjahr erkrankt.

Abbildung 7: Alter bei Ersterkrankung nach Diagnosetyp (N=562)



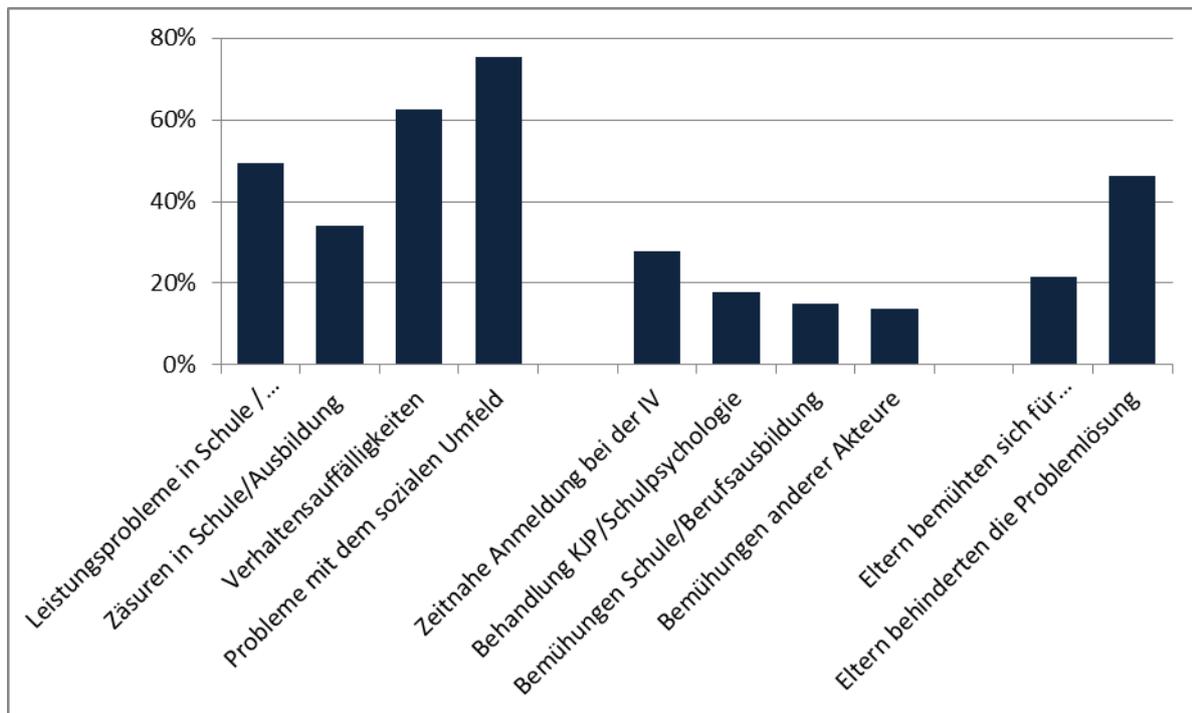
3.4.6 Spezifische Probleme bei früh Erkrankten

Bei allen Patientinnen und Patienten, bei denen sich die psychischen Probleme erstmals bis zum 25. Altersjahr gezeigt haben (49% aller Patienten), wurden den Behandelnden einige weitere Fragen zu frühen Auffälligkeiten und Hilfen gestellt (Abbildung 8). Ein erheblicher Teil dieser früh erkrankten Patienten hatte in Schule und Berufsausbildung Leistungsprobleme (49%) oder Zäsuren (frühzeitige Abbrüche, Timeouts, problembedingte Schul- oder Klassenwechsel, häufige Wohnortwechsel (34%), Verhaltensauffälligkeiten (63%) oder Probleme mit dem sozialen Umfeld (76%). Insgesamt findet sich bei 84% der bis zum 25. Altersjahr erkrankten Patienten mindestens eine dieser Auffälligkeiten.

Demgegenüber sind die erfahrenen Hilfen seltener: Bei immerhin 28% fand zeitnah eine IV-Anmeldung statt, besonders häufig in der Gruppe mit Krankheitsbeginn bis zum 5. Lebensjahr (50% dieser ganz früh Erkrankten wurden bei der IV angemeldet). Aber lediglich 18% wurden kinder-/jugendpsychiatrisch oder schulpsychologisch abgeklärt oder behandelt. In 15% der Fälle sind aktive Bemühungen seitens der Schule oder Berufsbildung bekannt (zum Beispiel um einen frühzeitigen Schulabbruch zu verhindern). Am häufigsten wurde schon früh Unterstützung gewährt bei den (wenigen) Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung.

In 22% der Fälle ist bekannt, dass sich die Eltern der Patienten aktiv für eine Lösung der Probleme eingesetzt haben. Deutlich häufiger – in 46% der Fälle – ist hingegen bekannt, dass die Eltern die Problemlösung behindert haben. In den übrigen Fällen ist nichts über diesbezügliches Verhalten der Eltern bekannt.

Abbildung 8: Ausbildungsprobleme und frühe Hilfen (N=249 Patienten mit Ersterkrankung vor 26 Jahren)

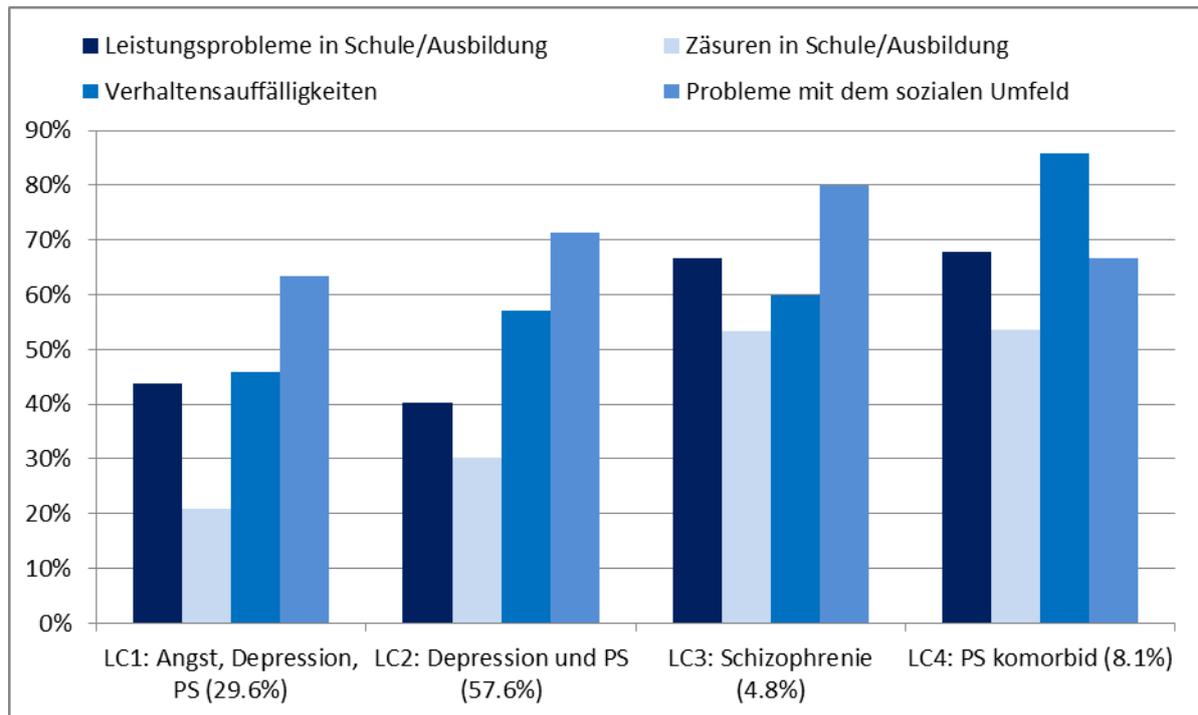


Auch wenn es sich hier um retrospektive Auskünfte von Psychiaterinnen und Psychiatern handelt, die diese Patienten meist erst deutlich später in die Behandlung aufgenommen haben – im Durchschnitt sind die Patienten bei Behandlungsbeginn 41 Jahre alt – scheint die Diskrepanz zwischen häufiger früher Leistungs- und Verhaltensprobleme und seltenerer Hilfestellungen vor allem in Bezug auf die kinder-/jugendpsychiatrische Behandlung und die aktiven Bemühungen seitens Schule und Berufsbildung bedeutsam. Aus der Untersuchung von jungen psychisch kranken IV-Rentnerinnen und -Rentnern (Baer et al., 2016) ist bekannt, dass sie oft erst dann eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen haben, nachdem sie die Schule oder Berufsausbildung vorzeitig abgebrochen haben. Oft scheinen sie auch in der Lehre mit ihrer psychischen Problematik nicht erkannt worden zu sein.

Frühe Probleme nach Diagnosetyp (N=270-271)

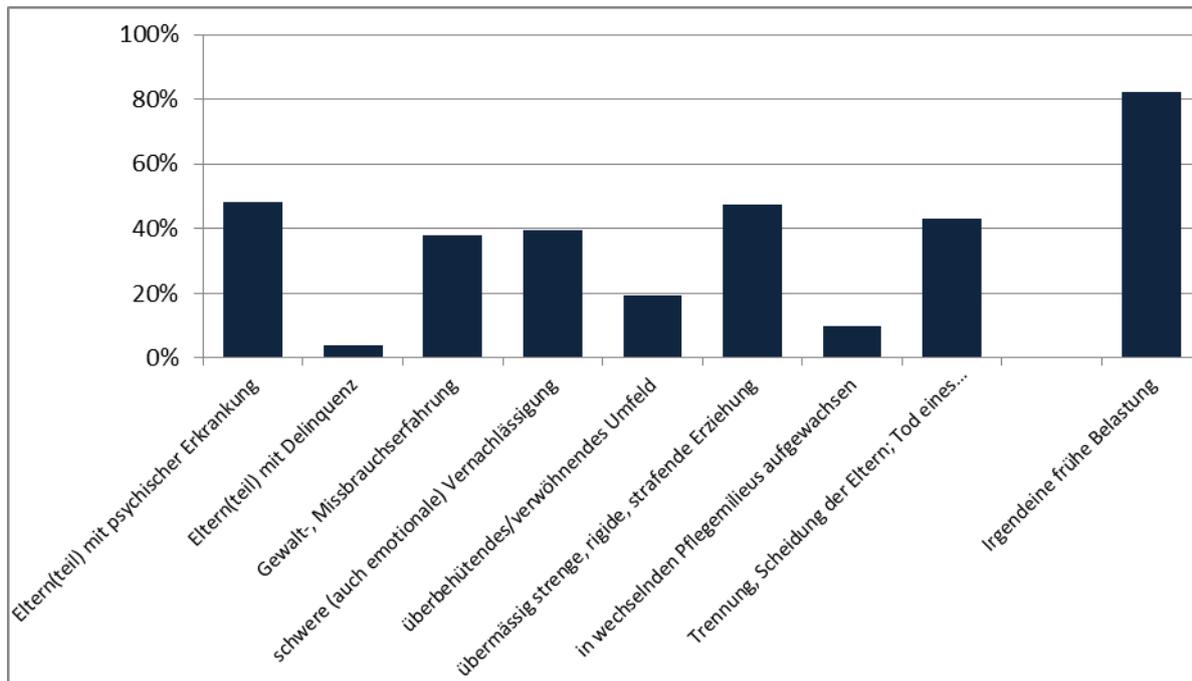
Bei den frühen Auffälligkeiten zeigen sich je nach Diagnosetyp etwas unterschiedliche Muster (Abbildung 9). Abhängig vom besonders frühen Erkrankungsalter zeigen Typ 3 und 4 „Schizophrenie“ sowie „Persönlichkeitsstörung komorbid“ am häufigsten frühe Probleme in Schule und Ausbildung. Dabei variiert die Art der Auffälligkeiten: Junge mit einer Persönlichkeitsstörung werden vor allem durch Verhaltensprobleme in Schule und Ausbildung auffällig, während junge Schizophrene Probleme mit ihrem sozialen Umfeld zeigen. Beide Gruppen zeigen zudem deutlich häufiger Leistungsprobleme und Zäsuren in Schule und Ausbildung als die beiden grossen Gruppen der neurotischen und affektiven Störungen.

Abbildung 9: Auffälligkeiten bei früh Erkrankten, nach Diagnosetyp (N=270)



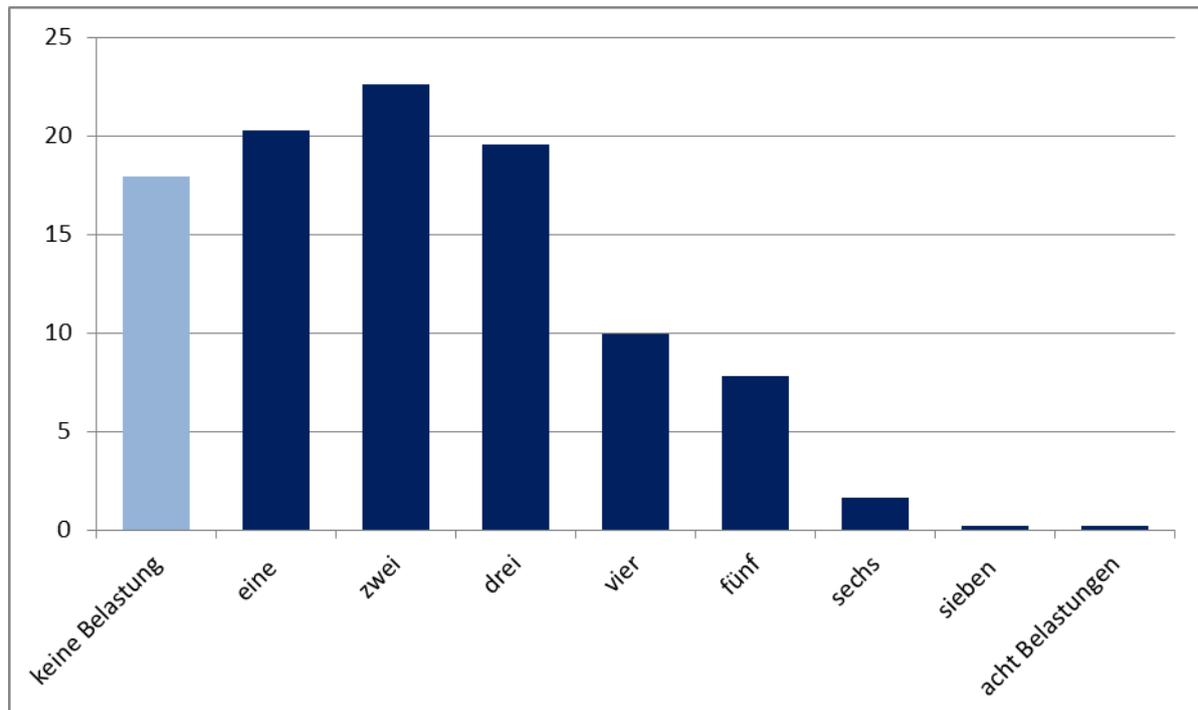
3.4.7 Frühe biografische Belastungen

Fast alle Patientinnen und Patienten mit Arbeitsproblemen waren schon früh familiären Belastungen ausgesetzt (Abbildung 10). Über 40% der Patienten haben mit einem psychisch kranken Elternteil gelebt, und weitere jeweils rund 40% haben Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, schwere Vernachlässigung oder eine übermäßig strenge, rigide oder strafende Erziehung erfahren. Rund 20% der Patienten sind überbehütet und verwöhnt aufgewachsen. Insgesamt bringen rund 80% der Patienten mit Arbeitsproblemen eine solche frühe Vorgeschichte mit. Bezieht man die Patienten ein, die „andere“, nicht aufgelistete Vorbelastungen mitbringen (körperliche Behinderungen oder Suizide in der Familie etc.), sind es rund 90% der Patienten.

Abbildung 10: Frühe biografische Belastungen (N=1189 Belastungen bei N=453 Patienten)

Bemerkung: Hinzu kommen N=112 „andere biografische Belastungen“ (z.B. Adoption, Belastung durch Migration, schwere somatische Erkrankungen und Behinderungen in der Familie, psychisch kranke (oder besonders erfolgreiche) Geschwister, Suizide in der Familie etc.).

Häufig handelt es sich um multiple Vorbelastungen (Abbildung 11): Rund 40% der Patientinnen und Patienten bringen 3 und mehr dieser Belastungen mit. Dies bestätigt frühere Resultate zur Kumulation – und damit auch zur Schwere – früher Vorbelastungen von Personen mit psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten, wie man sie bei psychisch kranken IV-RentnerInnen gefunden hat wie auch bei den jungen IV-RentnerInnen (Baer et al., 2009; 2016). Man muss sich demnach bewusst sein, dass es sich hier selten um lediglich isolierte und weit verbreitete Belastungen handelt wie zum Beispiel eine Trennung oder Scheidung der Eltern.

Abbildung 11: Summe der frühen biografischen Belastungen (N=553)

3.5 Fazit Soziodemografie, Krankheit und familiäre Biografie

Bei den hier geschilderten PatientInnen handelt es sich häufiger um Frauen, im Durchschnitt 45 Jahre alt, häufig ledig und mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung oder Abschluss einer höheren Fachschule oder Universität. Diese sind bei Behandlungsbeginn fast immer erwerbstätig, haben aber bis zum Zeitpunkt der Befragung oft ihre Stelle verloren – dies umso eher, je tiefer ihr Bildungsgrad ist.

Diagnostisch handelt es sich meist um depressive Störungen, wobei ein erheblicher Teil zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung aufweist. Dabei handelt es sich besonders häufig um ängstlich-vermeidende, emotional instabile, abhängige und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Diagnostisch sind die hier beschriebenen Patienten vergleichbar mit den IV-RentnerInnen nach IV-Code 646 (psychogene und milieureaktive Störungen).

Die Hälfte der Patienten hatte schon bis zum 25. Lebensjahr erstmals relevante psychische Probleme. Häufig ein solch frühes Manifestationsalter zeigen Patienten mit Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung. Diese frühen Fälle waren sehr häufig schon mit Leistungs- und Verhaltensproblemen in Schule oder Berufsausbildung verbunden. Schizophrene zeigten Probleme im sozialen Umfeld, Patienten mit Persönlichkeitsstörung Verhaltensprobleme in Schule und Ausbildung. Nur ein eher geringer Teil hat dabei zeitnah Unterstützung durch die IV erfahren oder wurde kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt oder schulpsychologisch abgeklärt. Die Eltern der Betroffenen werden meist nicht als unterstützend bei der Problemlösung beschrieben, sondern haben die Lösung eher behindert.

In fast der Hälfte der Fälle hatten beide oder ein Elternteil der Patienten selbst schon psychische Erkrankungen. Häufig gab es in der frühen Biografie zudem Gewalt, Missbrauch, übermässig strafende oder dann überbehütende Erziehung. 40% der Patienten bringen 3 und mehr solcher frühen Belastungen mit.

3.6 Ausbildungs- und Arbeitsbiografie

Die bisherige Ausbildungs- und Arbeitsbiografie – inklusive Probleme an früheren Arbeitsstellen vor der hier erinnerten Problemsituation – wurde eingehend erfragt. Der Grund für die Fokussierung auf die Arbeitsbiografie liegt darin, dass diese womöglich einen prognostischen Wert für das künftige berufliche Zurechtkommen hat. Die Kenntnis spezifischer, prognostisch aussagekräftiger Merkmale der Arbeitsbiografie ist von grosser praktischer Bedeutung, zum Beispiel für das Planen von Integrationsmassnahmen oder für die Einschätzung, welche Art von Tätigkeit in welchem Umfeld erfolgversprechend ist und in welchen Bereichen sich auch künftig wieder Probleme zeigen könnten.

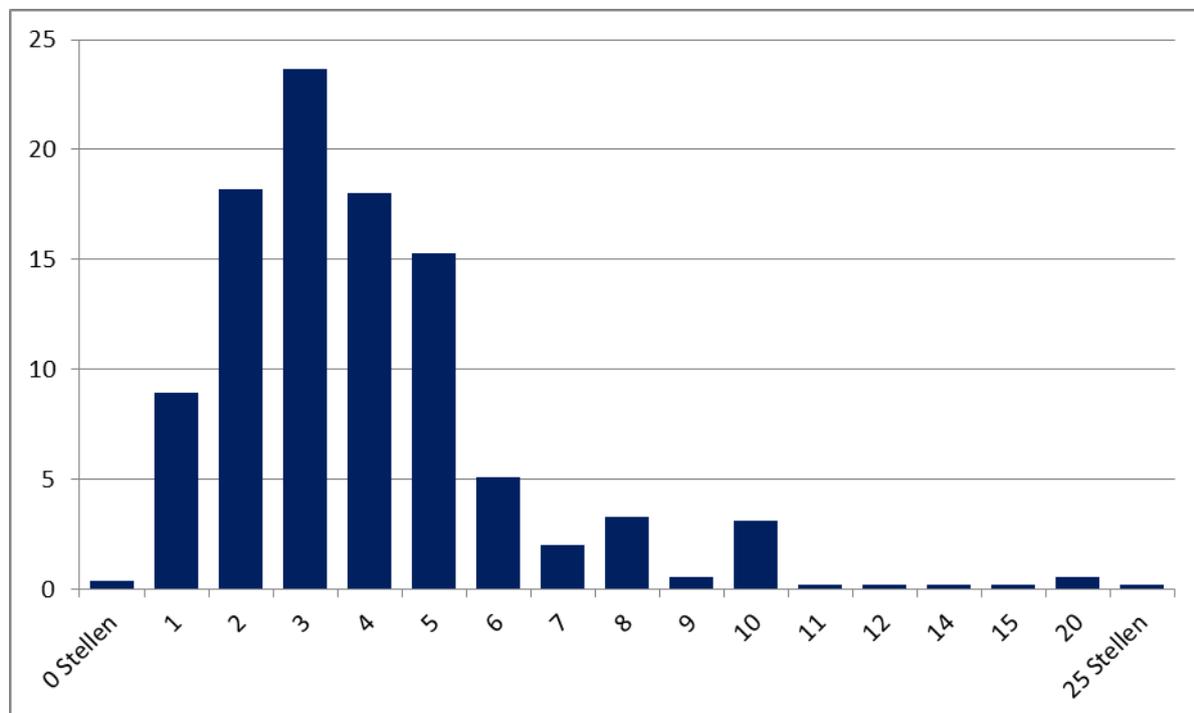
3.6.1 Anzahl früherer Stellen

Rund 50% der bei Befragung durchschnittlich rund 45-jährigen Patienten hatten bisher maximal 3 Arbeitsstellen bei unterschiedlichen Arbeitgebern – inklusive der hier erinnerten Arbeitsstelle, die anderen 50% der Patienten hatten zwischen 4 und 25 Arbeitsstellen (Abbildung 12).

Obwohl 3 bisherige Arbeitsstellen beim gegebenen Alter der Patienten eine eher geringe Anzahl ist, scheinen wenige Arbeitsstellen insgesamt mit weniger arbeitsbiografischen Problemen verbunden zu sein: Patienten, die an früheren Stellen wiederholt Konflikte oder Leistungsprobleme hatten, einen beruflichen Abstieg durchlaufen haben oder längere Arbeitsunterbrüche verzeichneten, hatten bis zum Befragungszeitpunkt im Durchschnitt mehr Arbeitsstellen als Patienten, welche diese Auffälligkeiten nicht zeigten.

Korreliert man die Summe der frühen biografischen Belastungen und die Summe der früheren arbeitsbiografischen Probleme mit der Anzahl bisheriger Arbeitsstellen, zeigen sich hoch signifikante Zusammenhänge (siehe auch Abbildung 16).

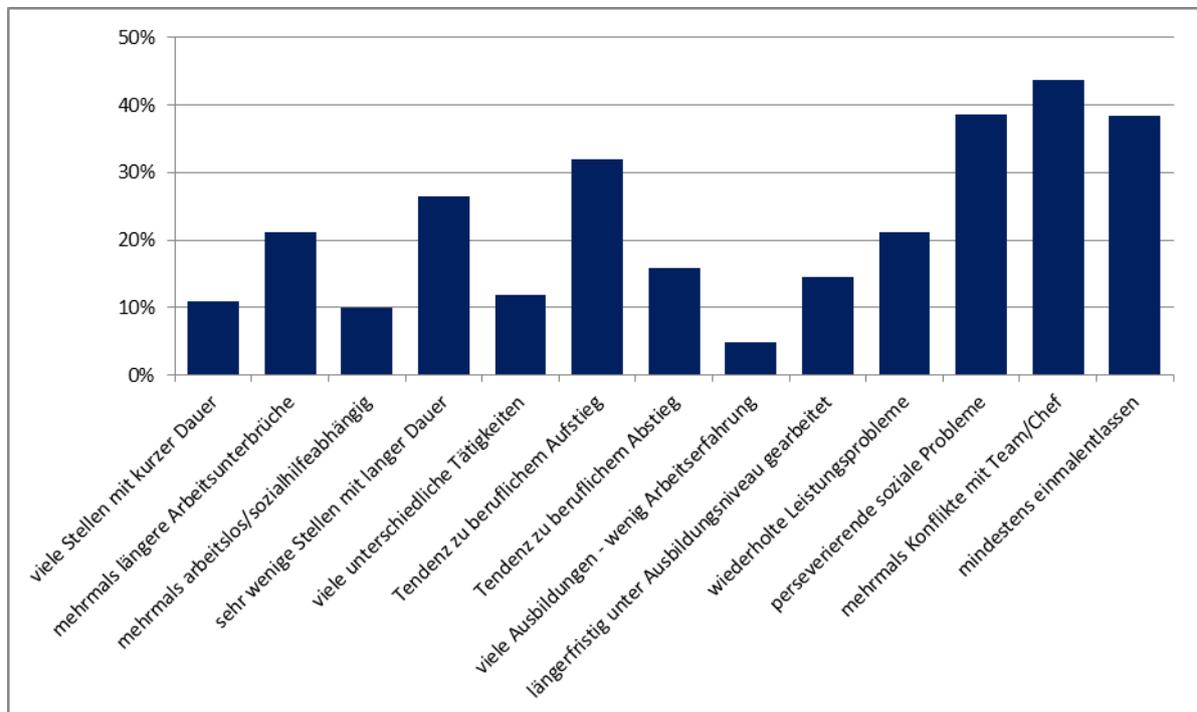
Abbildung 12: Anzahl bisheriger Arbeitsstellen bei unterschiedlichen Arbeitgebern (N=549)



3.6.2 Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie

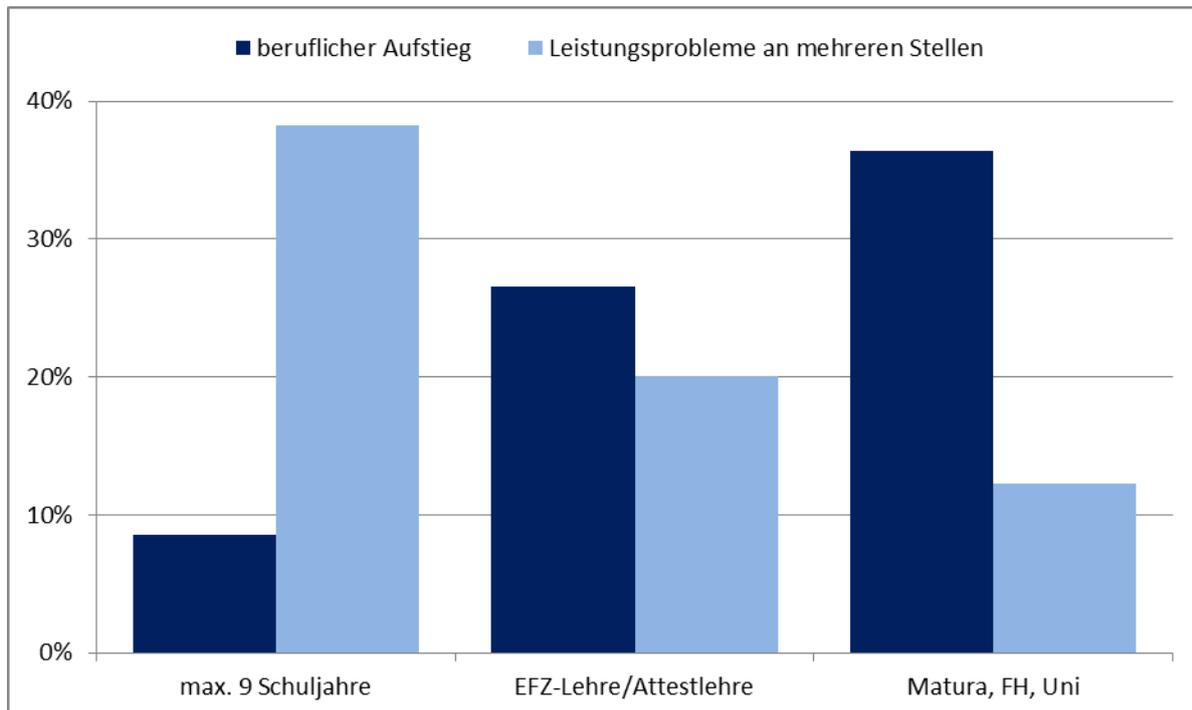
Generell wurde nach verschiedenen Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie gefragt (Abbildung 13).

Abbildung 13: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie (N=1286) bei N=479 Patienten



Durchschnittlich bringt jeder Patient 2.7 Auffälligkeiten mit. Besonders häufig – in jeweils rund 40% der Fälle – zeichnen sich die Arbeitsbiografien der Patienten durch wiederholte soziale Probleme am Arbeitsplatz, Konflikte mit der Führungskraft und/oder den Arbeitskollegen sowie durch Kündigungserfahrungen aus. In 30% der Fälle kam es zu einem beruflichen Aufstieg und in rund 15% der Fälle zu einem beruflichen Abstieg. Jeder fünfte Patient hatte mehrere längere Arbeitsunterbrüche und wiederholte Leistungsprobleme. Mindestens jeder 10. Patient hatte viele Stellen mit kurzer Dauer, war mehrmals arbeitslos oder sozialhilfeabhängig, hatte viele „völlig unterschiedliche“ Tätigkeiten oder hat längere Zeit „deutlich“ unter seinem Ausbildungsniveau gearbeitet.

Bei gewissen Auffälligkeiten im Lebenslauf spielt die höchste absolvierte Ausbildung eine wesentliche Rolle, so zum Beispiel bei den leistungsbezogenen Kriterien (Abbildung 14). Patienten, die höchstens über eine obligatorische Schulbildung verfügen, hatten fast doppelt so häufig Leistungsprobleme an verschiedenen Stellen – verglichen mit Patienten mit einer Berufslehre – und viermal so häufige Leistungsprobleme verglichen mit Fachhochschul- oder Universitätsabsolventen. Entsprechend machen sie kaum je einen beruflichen Aufstieg durch, während dies bei höherqualifizierten Patienten doch zu einem Drittel bis zu einem Viertel der Fälle vorkommt.

Abbildung 14: Berufskarriere und Leistungsprobleme, nach Ausbildungsgrad (N=536)

3.6.3 Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie nach Diagnosetyp

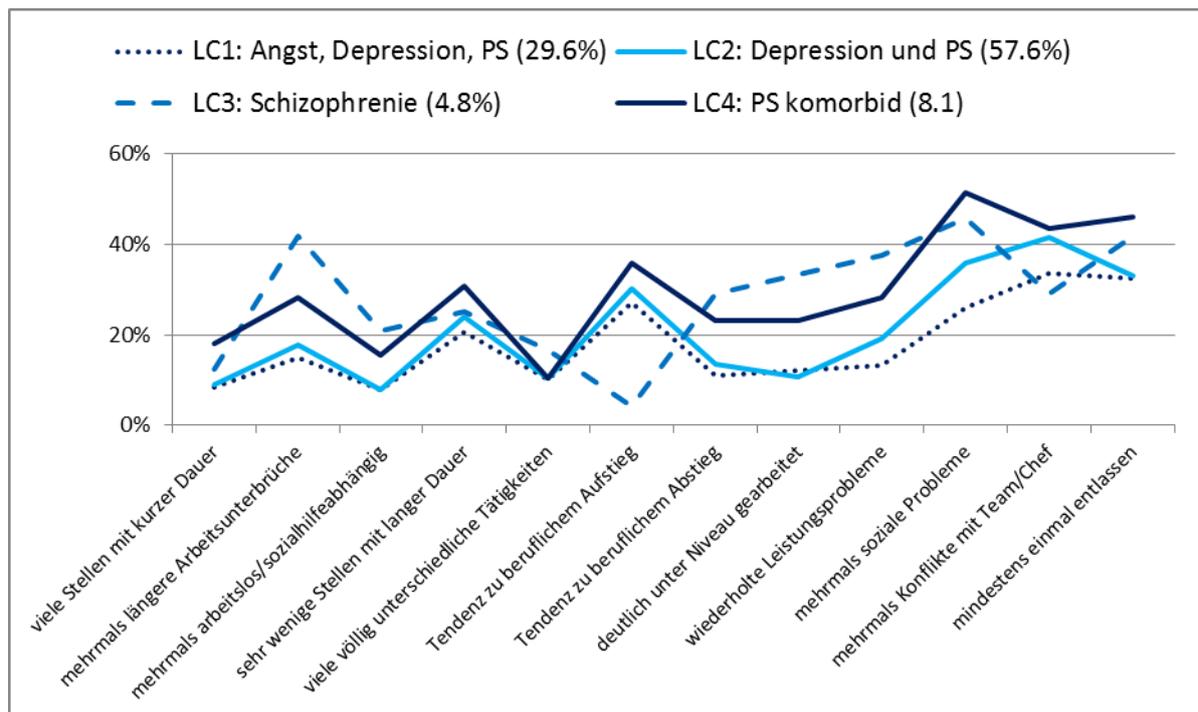
Die Summe der problematischen Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie (viele kurze Stellen, Tendenz zu beruflichem Abstieg, Leistungsprobleme etc.) unterscheidet sich zudem je nach Diagnosetyp: Patienten mit schizophrenen und Persönlichkeitsstörungen (Diagnosetypen 3 und 4) bringen signifikant mehr dieser Auffälligkeiten mit als Patienten vom Diagnosetyp „Angst, Depression, Persönlichkeitsstörung“ und vom Typ „Depression, Persönlichkeitsstörung“.

Die folgende Darstellung (Abbildung 15) zeigt, welche Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie bei welchem Diagnosetyp wie häufig ist. Insgesamt zeigen wie erwähnt Patienten mit Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung die problematischsten Profile. Schizophrene Patienten hatten in rund 40% der Fälle mehrmals längere Arbeitsunterbrüche, Leistungsprobleme, soziale Probleme und Entlassungen, haben in einem Drittel der Fälle einen beruflichen Abstieg durchgemacht, deutlich unter Ausbildungsniveau gearbeitet etc. Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen hatten demgegenüber seltener Leistungsprobleme, dafür deutlich häufiger Konflikte mit Vorgesetzten und Arbeitskollegen und auch besonders häufig einen beruflichen Aufstieg.

Die beiden grossen Diagnosetypen (Typen 1 und 2) haben ein sehr ähnliches Profil, das sich von den beiden vorherigen Typen vor allem darin unterscheidet, dass sie seltener längere Arbeitsunterbrüche hatten, seltener arbeitslos oder sozialhilfeabhängig waren, seltener einen beruflichen Abstieg oder Tätigkeiten unter ihrem Ausbildungsniveau hatten sowie weniger häufig entlassen wurden.

Hinsichtlich zwischenmenschlicher Probleme und Konflikte hat der grösste Typ 2 allerdings ein etwas problematischeres Profil als Typ 1. Rund 40% der Typ 2-Patienten hatten an mehreren Stellen Konflikte am Arbeitsplatz. Dies ist insofern nachvollziehbar, weil zum einen beim Typ 2 fast die Hälfte aller Patienten auch eine Persönlichkeitsstörung hat (häufig emotional instabil oder narzisstisch), und zum anderen, weil es sich beim Typ 1 häufig um Angststörungen, inklusive ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen, handelt mit entsprechend häufigem Konfliktvermeidungsverhalten.

Abbildung 15: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie nach Diagnosetyp (N=539)

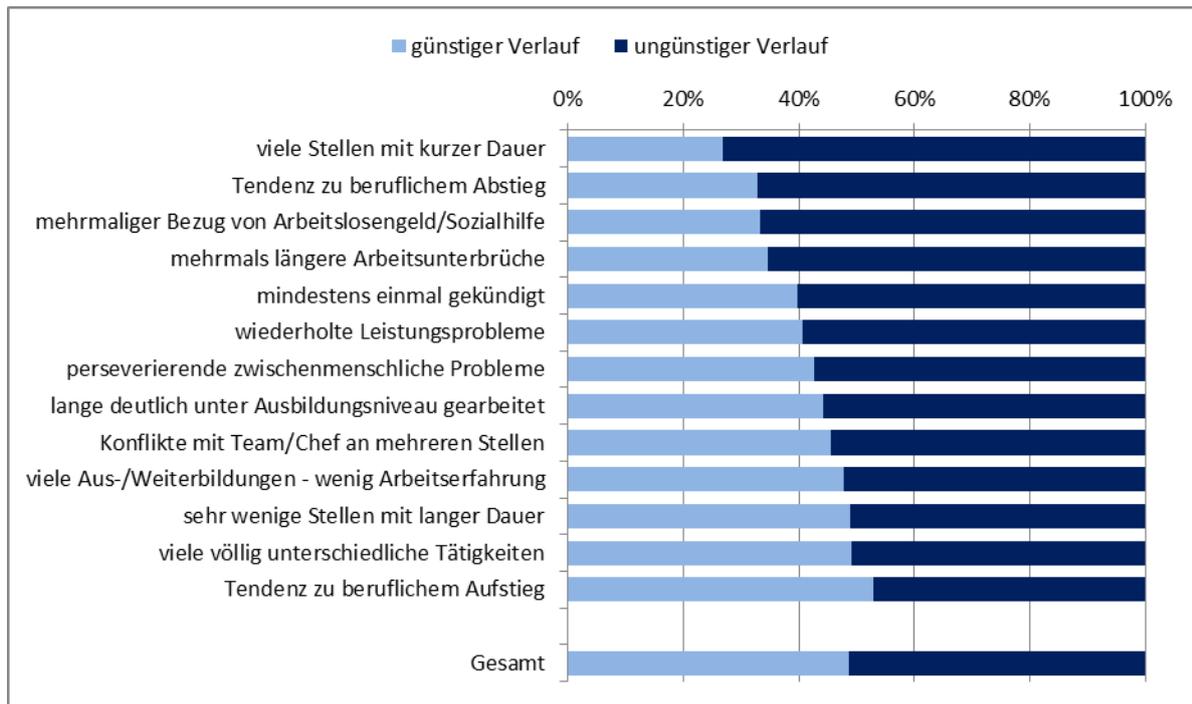


3.6.4 Hinweise auf günstige und ungünstige Verläufe

Die Psychiaterinnen und Psychiater wurden bei Befragungsbeginn nach dem Zufallsprinzip gebeten, sich an eine problematische Arbeitssituation eines Patienten zu erinnern, die einen „günstigen“ respektive einen „ungünstigen“ Verlauf genommen hat. Die Resultate zeigen, dass je nach Verlaufsart gewisse Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie gehäuft auftreten (Abbildung 16).

Insgesamt handelt es sich bei 51.4% der Fälle um ungünstige Verläufe. Ungünstige Verläufe der aktuellen Arbeitsprobleme kommen bei denjenigen Patienten besonders häufig vor, die in ihrer Arbeitsbiografie viele Stellen mit kurzer Dauer hatten (73%), eine Tendenz zu einem beruflichen Abstieg zeigen (67%), mehrmals arbeitslos oder sozialhilfeabhängig waren (67%), mehrmals längere Arbeitsunterbrüche hatten (65%) oder mindestens einmal entlassen wurden (60%).

Die Daten zeigen, dass die Arbeitsbiografie prognostisch von Bedeutung sein kann. Da die psychische Erkrankung dieser Patienten häufig schon im Kindes-, Jugend- und frühen Erwachsenenalter begonnen hat, lässt die Arbeitsbiografie gewisse Rückschlüsse zu, wie gut ein Patient trotz bestehender Probleme die Arbeitsanforderungen bewältigen konnte – und wie gut er das aktuell und in Zukunft kann.

Abbildung 16: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie, nach Verlaufstyp (N=479)

Die Psychiater wurden zudem gefragt, ob die Patienten schon an früheren Stellen psychisch bedingte Arbeitsprobleme zeigten, und ob sie schon Arbeitsstellen hatten, an denen sie vergleichsweise gut funktioniert hatten trotz bestehender psychischer Probleme.

3.6.5 Probleme an früheren Arbeitsstellen

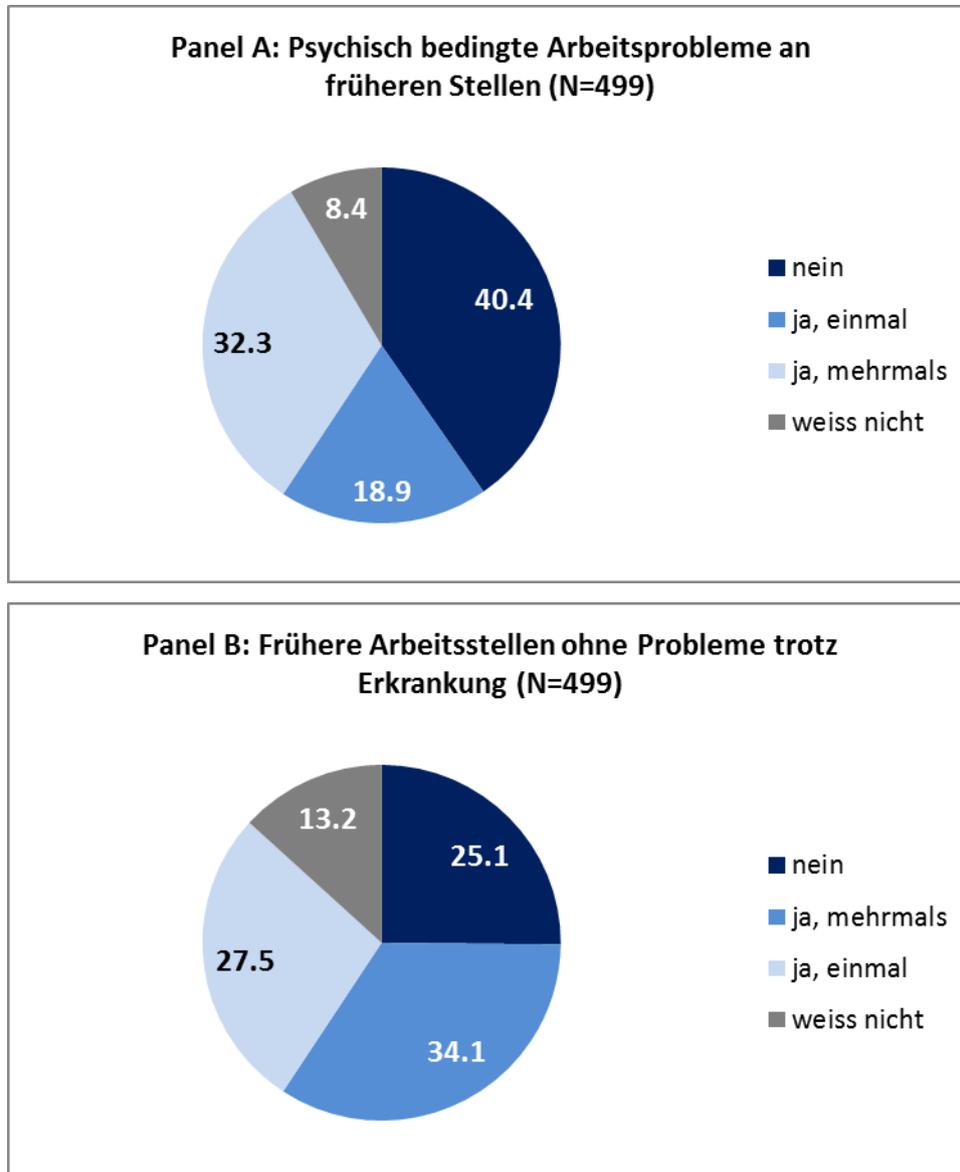
Etwas mehr als die Hälfte der Patienten hatte vor der aktuellen Problemsituation an der Arbeitsstelle schon an früheren Stellen psychisch bedingte Arbeitsprobleme – und etwa zwei Drittel von ihnen hatten an mehreren Stellen Probleme (Abbildung 17, Panel A). Rund 40% der Patienten hatten an früheren Stellen keine psychisch bedingten Probleme. In rund 8% der Fälle schliesslich ist den PsychiaterInnen unbekannt, ob es schon früher Probleme gab.

Gleichzeitig hatten rund 60% der Patienten schon Arbeitsstellen inne, an denen sie trotz psychischer Erkrankung relativ gut funktioniert haben (Panel B). Jeder vierte Patient kann auf keine solche positive Erfahrung zurückgreifen, und in 13% der Fälle wissen die PsychiaterInnen nicht, ob der Patient über solche Erfahrungen verfügt. Demnach verfügt mindestens die Hälfte aller Patienten mit Arbeitsproblemen über positive wie auch negative Erfahrungen an früheren Arbeitsstellen. Aus der Gegenüberstellung dieser früheren Stellen liessen sich allenfalls Hinweise gewinnen über die Einflussfaktoren auf die berufliche Funktionsfähigkeit und die für einen Patienten nötigen Arbeitsbedingungen.

Hinsichtlich der Faktoren, die dazu beigetragen haben, dass Patienten trotz psychischer Belastung gute Arbeitserfahrungen gemacht haben, präsentiert sich folgendes Bild (Mehrfachnennungen): Geholfen hat bei diesen Arbeitsstellen die Unterstützung im privaten Umfeld (43.5%), eine gute Beziehung zur Führungskraft (55.4%), ein gutes, tragendes Teamklima (55.0%), eine gute Übereinstimmung von Anforderungen und Eignung (64.6%), Arbeitsbedingungen/-organisation, die dem Patienten entgegen kamen (40.8%) sowie der Umstand, dass der/die Patient/in besonders motiviert war (54.1%). Neben den wichtigen Beziehungen am Arbeitsplatz und den passenden Anforderungen und Arbeitsbedingungen ist bemerkenswert, wie häufig bei diesen positiven Erfahrungen auch die damalige private Unterstützung und die damalige Motivation der PatientInnen eine Rolle gespielt haben.

Das private Umfeld darf demnach bei der Lösung von Arbeitsproblemen nicht ausser Acht gelassen werden.

Abbildung 17: Frühere Stellen mit Problemen (Panel A) und guter Funktionsfähigkeit (Panel B)



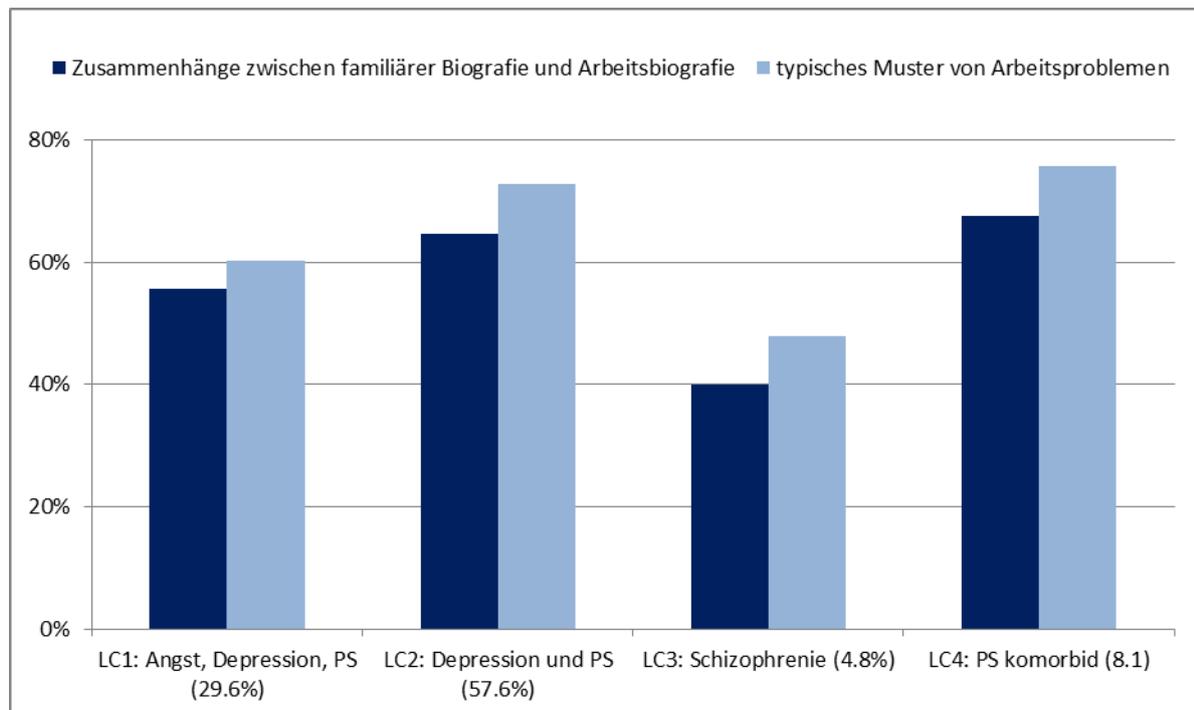
3.6.6 Biografische Zusammenhänge und typische Muster der Arbeitsprobleme

In den meisten Fällen handelt es sich bei den Arbeitsproblemen der Patienten weder um isolierte noch um rein arbeitsplatzbezogene Probleme, sondern um typische Problemmuster, die sich durch die gesamte Arbeitsbiografie ziehen und meist auch einen Zusammenhang mit der familiären Biografie und den frühen familiären Belastungen aufweisen. In 68% aller Fälle besteht laut Psychiaterinnen und Psychiatern ein typisches Problemmuster in der Arbeitsbiografie, in 61% der Fälle gibt es Zusammenhänge zwischen biografischen und beruflichen Problemen und in 52% der Fälle schliesslich besteht sowohl ein Zusammenhang zwischen biografischen und beruflichen Problemen als auch ein typisches Problemmuster.

Dies ist zumindest aus klinischer und rehabilitativer Sicht, zum Beispiel hinsichtlich Interventionsplanung bei Arbeitsproblemen oder hinsichtlich Eingliederungsplanung, ein zentrales Resultat. Wenn es sich bei den Arbeitsproblemen meist um wiederkehrende und auf dem Hintergrund der Biografie verstehbare Muster handelt, dann ist die Kenntnis dieser Muster eine zentrale Ressource für wirksame Interventionen.

Je nach Diagnosetyp kommen solche Zusammenhänge und Problemmuster in unterschiedlicher Häufigkeit vor (Abbildung 18). Besonders häufig sind sie bei den beiden Diagnosetypen mit häufigen Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung (Typ 2 und 4). Bei 73% respektive 76% dieser Patienten findet sich ein typisches Problemmuster. Etwas weniger häufig (in 60% der Fälle) – aber immer noch in der Mehrheit der Patienten – bestehen solche Problemmuster beim Typ 1 und mit rund 50% am seltensten bei den schizophrenen Patienten. Die spezielle Häufigkeit solcher Muster bei Diagnosetypen mit häufigen Persönlichkeitsstörungen ist aufgrund der Merkmale dieser Krankheiten nachvollziehbar (überdauerndes, tiefverwurzeltes und unangepasstes Erlebens- und Verhaltensmuster). Aber die Problemmuster sind nicht auf diese Patientengruppe beschränkt.

Abbildung 18: Familiäre Belastungen und Arbeitsbiografie; Problemmuster nach Diagnose (N=531)



Fragen: „Sehen Sie Zusammenhänge zwischen der familiären Biografie (allfällige frühe familiäre Belastungen) und Problemen in Ausbildungs- respektive Arbeitsbiografie?“, „Gibt es so etwas wie ein typisches Problemmuster, das sich durch die Arbeitsbiografie [des/der Patienten/in] zieht?“

3.6.7 Beschreibung und Kategorisierung typischer Problemmuster

Bei vorhandenen typischen Problemmustern respektive Zusammenhängen von Familien- und Arbeitsbiografie wurden die Befragten gebeten, diese zusammenfassend und mit der nötigen Ausführlichkeit zu beschreiben – der „rote Faden der Arbeitsproblematik/die Zusammenhänge von Psychodynamik und Arbeitsproblemen auf dem Hintergrund der Biografie“. Die daraus resultierenden Texte sind sehr dicht und hinsichtlich der Problemdynamik erhellend.

3.6.8 Kategorisierung der Problemmuster (detailliert)

Alle Texte wurden nach beschriebenen Problemmustern respektive beschriebener ‚Psychodynamik‘ (in den allermeisten Fällen wurde eine solche zumindest skizziert) kategorisiert. Dabei wurde so vorgegangen, dass zunächst jedes neue Muster mit einer zusätzlichen Kategorie versehen wurde – so lange bis die Kategorien umfassend waren. In einem zweiten Schritt wurden sehr ähnliche Kategorien zusammengefasst. Dies ergab 13 Kategorien (Tabelle 6; Abbildung 19). Die 13 Kategorien wurden für Kodierungszwecke anhand der Texte wie folgt mit einem Kurznamen (analog Abbildung 19), beschreibenden Stichworten sowie mit einem hypothetischen ‚Schema‘ der PatientInnen umschrieben. Diese werden zum besseren Verständnis in der folgenden Tabelle dargestellt (). Die Kodierung der deutschsprachigen Texte wurde vom Erstautor (NB) vorgenommen, diejenige der französischsprachigen Texte durch einen Koautor (PV).

Tabelle 6: Beschreibung der 12 bedeutungstragenden Kategorien (ohne "unklar")

Titel	Kurzbeschreibung	'Schema'
Leistungsstreben	Liebe nur durch Leistung, Überengagement und Kränkung bei mangelnder Anerkennung. Resultat: Überforderung, sekundäre Probleme	Ich muss noch mehr leisten, damit man mich liebt
Erbschuld	Frühen als Handicap erlebten Umstand (Migration, kranke Eltern/Geschwister) durch besondere Leistungen wettmachen müssen, eigene Bedürfnisse zurückstellen müssen. Resultat: Überanpassung, Überforderung	Ich muss einen primären Rückstand kompensieren
Übergriffe	Keine Grenzen, weder in Biografie (eigene Grenzen wurden nicht respektiert) noch am Arbeitsplatz: zu viel Nähe, Konkurrenz um Gunst des Chefs, Sex, Liebesaffären. Resultat: Konflikte	Sex/Nähe mit dem Chef/den Kollegen macht mich sicherer
Abhängigkeit	Überbehütend aufgewachsen, unreif, Autonomieprobleme, wenig Übernahme von Verantwortung. Resultate: Ängste, Vermeidung, Arbeitsunfähigkeit	Ich musste nie Verantwortung übernehmen und weiss nicht, wie das geht
Angst, passiv-aggressiv	Ängste, Zwanghaftigkeit, aber mit passiv-aggressiver Reaktion. Resultat: Konflikte	Aggressionen darf ich nicht äussern, aber spüren sollen es die anderen schon; mir befiehlt keiner mehr etwas
Instabilität privat	Private Probleme führen automatisch zu beruflichen Problemen. Resultat: Arbeitsunfähigkeit, Kündigung	Wenn mein Partner mich verlässt, bin ich nicht mehr arbeitsfähig
Überfordert, grandios	Parentifizierung, wiederholte Überforderung bei Arbeit darf nicht eingestanden werden; narzisstisch, Autoritätskonflikte; Überkompensation von Überforderung. Resultat: Überforderung	Ich bin dauernd überfordert - ich muss der Beste sein
Unterschätzt	Probleme mit der Selbsteinschätzung: entweder zu hoch oder zu tief; Umgebung nimmt Potential nicht wahr	Ich wurde immer unterschätzt
Opfer	Opferhaltung, keine Einsicht, Externalisierung, Probleme mit Konstanz und Disziplin. Resultat: Konflikte, Kündigung	Ich bin immer das Opfer
Egoismus, Impulsivität	Vernachlässigung, keine Grenzen in Biografie, hohe Anspruchshaltung, Impulsivität. Resultat: Konflikte	Wenn ich etwas nicht bekomme, haue ich auf den Tisch

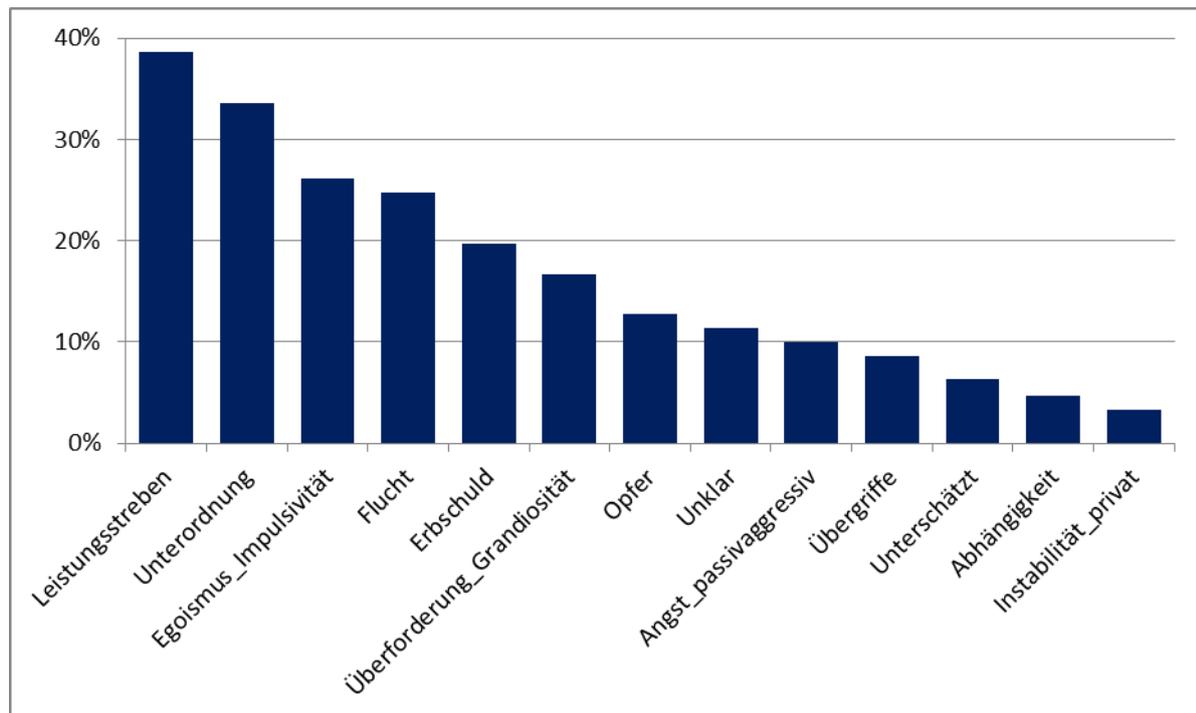
Tabelle 6 (Fortsetzung)

Flucht	Vermeidung als Lösungsstrategie: bei Problemen Absentismus, Stellenwechsel, Simatisierung, Substanzkonsum. Resultat: Arbeitsunfähigkeit, Absentismus, Kündigung	Bei Problemen bleibt nur die Flucht
Unterordnung	Unempathische familiäre Umgebung, Kompensation durch Helferberuf oder es allen Recht machen wollen; internalisierte Unterordnung, zuerst unter Eltern, dann unter Chef. Resultat: Perfektionismus, Überforderung, Arbeitsunfähigkeit	Ich darf mich nicht wehren

Bemerkung: Jeder Text konnte mehreren Kategorien zugeordnet werden. Durchschnittlich wurden pro Text etwas mehr als zwei Kodierungen vorgenommen.

Bei der inhaltlichen Sortierung der Texte wurde deutlich, dass es sich bei den Kernproblemen um eine überschaubare Zahl unterschiedlicher Muster oder Kernkonflikte handelt. Es wurde aber auch klar, dass jeder einzelne Fall seine ganz eigene Dynamik und beeinflussende Faktoren hat. Diese Aussage ist an sich eine Selbstverständlichkeit, soll aber auf die Komplexität der Hintergründe von psychisch bedingten Arbeitsproblemen hinweisen. Solche Muster dienen der rascheren Analyse von Arbeitsproblemen und sind deswegen wichtig. Aber sie ersetzen die Analyse der individuellen Arbeitsproblematik eines Patienten natürlich nicht.

Abbildung 19: ‚Roter Faden‘ der Arbeitsprobleme, 13 Gruppen (N=780) bei N=360 Patienten



Am häufigsten wurden mit gegen 40% der Fälle Problemmuster identifiziert, die sich mit „Leistungsstreben“ respektive mit dem Muster „Ich muss noch mehr leisten, damit man mich liebt“ zusammenfassen lassen.

Die folgenden Beispiele zeigen Varianten dieses Problemmusters (Tabelle 7). Häufig steht im Hintergrund ein sehr aktives, leistungsbezogenes und wenig beziehungsorientiertes oder gar übermäßig strenges, kaltes Elternhaus. Dabei wird auch klar, dass „Leistungsstreben“ sowohl eine

Ressource wie auch ein Defizit sein kann: Es kann helfen, sich immer wieder ‚aufzurappeln‘ und aktiv nach Lösungen zu suchen. Es kann aber auch zu Problemverleugnung, fehlender Inanspruchnahme von Hilfe oder zu Überforderung und zum gesundheitlichen, beruflichen und privaten Zusammenbruch führen. Letztlich geht es hier wie in den Beispielen auch explizit beschrieben meist darum, dass früh die Erfahrung gemacht wurde, dass emotionale Zuwendung – und später der Selbstwert – an besonders gute Leistung und Arbeitseifer geknüpft ist. Häufig führt dieses Muster dann zur Dekompensation, wenn die Anerkennung ausbleibt, wenn das Leistungsstreben zu Überforderung und gesundheitlicher Verschlechterung führt, wenn darunter das Privatleben zu stark leidet oder wenn sich die Arbeitsumgebung gegen das übereifrige Arbeitsverhalten zu wehren beginnen.

Tabelle 7: Problemmuster "Leistungsstreben" - Beispiele

Frau Immerpower ist einziges Kind, Liebling ihres Vaters; ein aktiver Mann und selbständiger Handwerker, der viel mit ihr allein, ohne die ängstliche, manchmal depressive Mutter, unternommen hat. Pat. hat sich mit dieser aktiven Seite identifiziert (und die Identifikation mit der Mutter abgewehrt). Sie ist als kaufm. Angest. an allen Arbeitsstellen mit Hochdruck und sehr speditiv ans Werk gegangen (und hat ihren Selbstwert darauf aufgebaut). Das war meist ein kleiner KMU-Betrieb, der Chef versteht nichts vom Büro und überlässt ihr vertrauensvoll jegliche Arbeit, sie macht dann selbständig einfach alles was anfällt. In einem grösseren Bürobetrieb wäre ihr nicht wohl. Sie bleibt also die einzige Tochter. Damit bleibt sie kompensiert und hält sich für besonders belastbar. Ihre Beziehungen sind weniger erfolgreich: Zwei geschiedene Ehen mit Männern, die sie leise verachtet. Eine dritte Beziehung endet ebenso... Sie ist nun 50 und findet keine Stelle mehr. Sie greift schliesslich nach einem Putzfrauenjob ... ("ich bin mir ja nicht zu schade dafür"), sieht über schlechten Verdienst hinweg. Anfangs geht es noch gut, weil sie beim jungen Chef eine vergleichbare Sonderstellung einnehmen kann: Sie berät ihn in Fragen der Organisation und Buchhaltung. Diese Stellung verliert sie aber offenbar mit der Zeit, der Chef interessiert sich für Jüngere, sie wird zunehmend im Team ausgegrenzt... Die Dekompensation äusserte sich als physischer Zusammenbruch, als sie zu einem Betriebsanlass nicht eingeladen wurde... Jetzt von der IV platziert, arbeitet sie wieder in einem Kleinbetrieb als einzige Bürokraft, mit einer besonderen Beziehung zur Chefin.

Aufgewachsen in sehr leistungsorientierter Familie, ohne bedingungslose Zuwendung, Zuwendung war jeweils an Leistung geknüpft, wodurch ein ständiger Mangel der Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse entstand. Auf diesem Boden entwickelte sich eine perfektionistische und ängstliche Persönlichkeit, mit ständiger Angst, andere zu enttäuschen und abgewiesen zu werden. Konsekutiv bestanden sowohl in der Arbeit als auch im Privaten Abgrenzungsprobleme mit Mühe, Nein zu sagen. Durch die Angst, abgewiesen und nur durch Leistung anerkannt zu werden, entwickelte sich ein ständiger starker innerer Stress, welcher bereits früh zu agoraphoben Beschwerden mit Panikattacken in öffentlichen Räumen (Laden, Restaurant, etc...) führte. Aus Scham arrangierte sich der Patient mit seinen Beschwerden und suchte über Jahre hinweg keine professionelle Hilfe auf, bis das Ausmass der Panikattacken ein invalidisierendes Ausmass mit mehreren Anfällen/Tag annahm, nachdem es an der Arbeitsstelle eine Umstrukturierung mit neuen Computersystemen gab, mit welchen sich der Patient überfordert erlebte. ...

Vor dem Hintergrund einer Erziehung, die von starker körperlicher Züchtigung geprägt gewesen sei mit extrem perfektionistischer Ausrichtung bis hin zu sexuellen Übergriffen durch den Vater, entwickelte Mister Perfekt später ein sehr auf Leistung ausgerichtetes kompensatorisches Verhalten, um die fehlende emotionale Zuwendung wett zu machen. Dieses trieb ihn später in den beruflichen Burnout neben weiteren rigiden Verhaltensweisen im Sinne narzisstischer Auffälligkeiten und zwanghaft-kontrollierender Vorgehensweisen. Mister Perfekt entwickelte sich weiter zur Führungskraft, dabei geriet jedoch mehr und mehr die persönliche Work-Life-Balance ins Wanken, bis es neben der beruflichen Überlastung schliesslich auch noch zum Zerbrechen seiner familiären Strukturen kam.

Rigides, emotional kaltes und forderndes Elternhaus. Ehe mit gewalttätigem Ehemann. ... Sowohl aufgrund des Verhaltens der Eltern wie des Ehemannes zeigte Patientin leistungsorientiertes, selbstaufopferndes Verhalten ohne Rücksicht auf eigene Grenzen und Ressourcen. Überengagement im Beruf als Kinderkrippenmitarbeiterin. Mühe zu akzeptieren, dass Kolleginnen weniger Engagement zeigen. Patientin ist beruflich gut, kommt daher in Konflikt mit einer überforderten Vorgesetzten und teils Kolleginnen. Depressive Entwicklung, zunehmende Erschöpfung, Gefühl gemobbt zu werden. Schliesslich Zusammenbruch und AUF. Die Arbeitsplatzproblematik wiederholte sich ein Jahr später ein zweites Mal praktisch identisch.

Ebenfalls sehr häufig mit rund einem Drittel aller Problemmuster wird eine Dynamik der „Unterordnung“ erkennbar (Tabelle 8) – eine Art gelernte Unfähigkeit, sich gegen unangemessene Ansprüche zu wehren. Diese Gruppe von Problemmustern hat Überschneidungen zu ängstlich-vermeidenden und abhängigen Mustern sowie zu den Patienten, die sich stets „unterschätzt“ fühlen. Es handelt sich um Personen, die gegenüber Autoritäten oder generell nicht für sich einstehen können, sehr scheu sind, ihre eigenen Bedürfnisse nicht wahr- und ernstnehmen und schliesslich oft dekomensieren. Die Hintergründe für das widerspruchslose Erdulden schwieriger Arbeitsverhältnisse können unterschiedlich sein: Ängstlichkeit, das Erleben einer Art ‚primären Schuld‘ (siehe unten „Erbschuld“), frühes Erleben eigener Wortlosigkeit etc. Der Problemverlauf hingegen ist meist ähnlich: Probleme am Arbeitsplatz, sich nicht wehren können, mit dem eigenen Engagement und dem Leiden nicht wahrgenommen werden, Verstärkung der Probleme bis zur Überforderung und schliesslich psychischen Dekompensation.

Tabelle 8: Problemmuster "Unterordnung" - Beispiele

Auf Grund ihrer Ängstlichkeit und Selbstunsicherheit wurde M. nicht ihrem Leistungsniveau adäquat am Arbeitsplatz wahrgenommen, was bei ihr Gefühle von (oft wohl realistischer) mangelnder Wertschätzung durch Kolleginnen und Vorgesetzte und Kränkung auslöste. Ihre Scheu, Zurückhaltung und ihre wenig flexible, ungeübte Art in Sozialkontakten verstärkten dieses Muster und schliesslich war sie am Arbeitsplatz isoliert. Sie konnte sich nur noch auf die Arbeit fokussieren und diese nur ohne irgendeine Störung von aussen zu ihrer Zufriedenheit erledigen - bei einem ausgeprägten Hang zu Perfektionismus und Rigidität. Durch ihre Angst vor Autoritäten und eine ausgeprägte Hemmung, sich gegen für sie ungerechtfertigte Behandlung und Kritik zu wehren, geriet sie in einen Teufelskreis von Angst vor Versagen und Ablehnung, die M. mit perfektionistischen Leistungen und mit gewissenhaft-rigidem Verhalten zu kompensieren versuchte. Schliesslich dekomensierte sie klinisch mit depressiven Symptomen.

Wuchs als Kind von Migranten aus Süditalien teilweise bei Verwandten im Heimatland auf. Erlebte dadurch mehrere Verstossungen oder Verluste: 2-jährig Eltern, 4-jährig Grossmutter, 8-jährig Tante. Hatte dann in Familie in Schweiz keinen Platz, war nur geduldet. Wegen unrealistischer ständiger Angst, erneut verstossen resp. entlassen zu werden - er war ein sehr tüchtiger und geschätzter, langjähriger Mitarbeiter - leistete er (heimlich) übermässig viel am Arbeitsplatz, verzichtete auf Pausen und wagte nicht um Entlastung zu bitten, auch nachdem Rückenschmerzen ihn zunehmend zu behindern begannen. Dauernde Angst, sich bis zum nächsten Arbeitstag nicht genügend zu erholen, stresste ihn zusätzlich und verstärkte die Schmerzen. Therapien waren lange Zeit einseitig auf Schmerzlinderung und Aktivierung/Kräftigung ausgerichtet. Später zusätzlich aufkommende Eheprobleme mit ähnlicher Konstellation (Überanpassung, Konfliktvermeidung). Psychotherapie setzte erst ein, als schon Teilinvalidität bestand. Überhilfsbereitschaft und Verlustängste konnten nur langsam abgebaut werden.

Als Jugendliche musste sie ihre krebserkrankte Mutter pflegen und die jüngeren Geschwister versorgen, da der Vater im Ausland gearbeitet hat und niemand sonst eingesprungen ist. Sie hat funktioniert und die gestellten Aufgaben bewältigt, dabei aber ihre Entwicklung zurückgestellt. Wie in der Herkunftsfamilie und in der von ihr gegründeten Familie kann die Patientin ihre Bedürfnisse bis heute kaum wahrnehmen und nicht einfordern. Sie ist überangepasst, überfordert sich und geht über ihre Grenzen.

Der Pat. leidet langjährig an einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung, die das soziale Leben sowie das Verhalten am Arbeitsplatz beeinträchtigt (unter Belastung 5-10 WC-Gänge pro Tag, dennoch Versuch, möglichst unauffällig und ohne Absenzen zu arbeiten). Bei zunehmenden Anforderungen am Arbeitsplatz mit Führungs- und Dossierverantwortung, die so nicht gewollt, aber dennoch formal akzeptiert wurde, zusammen mit konfliktreicher Beziehung zum direkten Vorgesetzten litt der Pat. zunehmend am Gefühl mangelnder Wertschätzung, Überforderung und fehlender Empathie von Seiten der Vorgesetzten. Auf dem Boden einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstruktur hat sich der Pat. am Arb.platz und zurückgezogen, das Gespräch mit den Vorgesetzten nicht gesucht, unter der Situation gelitten, bis er depressiv dekomensiert ist.

Etwa ein Viertel aller Muster lassen sich mit „Egoismus, Impulsivität“ beschreiben, einem selbstbezogenen Verhalten, das ins Aggressive kippen kann, wenn es in Frage gestellt wird (Tabelle 9). Typischerweise geht es darum, dass mangelnder Selbstwert, Ängste und Unsicherheit über die

eigene Kompetenz kompensiert werden mit einem unangemessenen Anspruchsverhalten und arrogantern Auftreten bei gleichzeitig mimosenhafter Kritikempfindlichkeit und einer Unfähigkeit, eigene Fehler einzugestehen. Die Problemursachen werden meist externalisiert. Den hohen Ansprüchen an die Umgebung stehen zudem auch prägnante eigene Defizite in der Leistung, in der Zuverlässigkeit (Absentismus, Inkonzanz in der Leistung) und im zwischenmenschlichen Verhalten gegenüber – vor allem auch Impulsivität. Ein Hauptproblem liegt schliesslich darin, dass die Betroffenen nur ihre eigenen Bedürfnisse wahrnehmen und die Befindlichkeit der Umgebung für sie keine nennenswerte Rolle spielt. Auch in Phasen mit mehr Reflexion steht weniger der Blick auf die Umgebung, sondern die eigene Person und das Zweifeln an sich selbst im Vordergrund.

Tabelle 9: Problemmuster "Egoismus, Impulsivität" - Beispiele

Im Zusammenhang mit starker Selbstwertproblematik und hoher Kränkbarkeit ausgesprochene Schwierigkeiten, sich durch Vorgesetzte führen zu lassen. Inadäquater beleidigender Kommunikationsstil mit Vorgesetzten, arrogantes Auftreten, fehlende Bereitschaft, Kompromisse einzugehen. Ist darauf angewiesen, dass Vorgesetzte Verständnis für seine Störung haben, damit mind. ein Teil der Beziehungsstörungen entschärft werden kann. Bei Diskrepanz zwischen Selbstbild und hoher Intelligenz mit aktueller Ausbildung kommt es immer wieder zu Krisen, wenn Pat. "niedrige" Arbeiten machen muss. Zusätzlich Vermeidungsverhalten bzgl. Prüfungssituationen bei starken Versagensängsten und hohen eigenen Ansprüchen.

Die Pat. stellt hohe Ansprüche an das kollegiale Umfeld und reagiert empfindlich auf Fehler im Team. Andererseits reagiert sie sensitiv auf Kritik an ihrem Verhalten.

Hochengagierte Kratzbürste hat ein hohes Arbeitsethos. In der Familie ist man ein guter Mensch, wenn man sehr viel und exakt arbeitet. Gleichzeitig muss die Arbeit genau so geleistet werden, wie die Kratzbürste es richtig und gut findet. Aufgrund ihrer Exaktheit und ihrem enormen Arbeitsengagement wurde sie in ihrer letzten Stelle zur Gruppenleiterin befördert. In dieser Funktion bestimmt sie nach ihren eigenen Kriterien, wie gearbeitet werden musste und alle anderen, die nicht so arbeiteten, kamen nicht draus und hatten keine Ahnung, auch andere Gruppenleiter oder Vorgesetzte waren von diesen Qualifikationen nicht ausgenommen. Sie arbeitete regelmässig mind. 2 Stunden länger als gefordert und war auch dann kaum zufrieden. Letztlich an vielen Fronten Streit und totale Erschöpfung. Sie bezeichnete es natürlich als Burnout.

Geringe Wertschätzung und Kritik, narzisstische Kränkungen durch Vorgesetzte (und dem Umfeld) führen zu Spannungszuständen und inneren Konflikten. Diese können sich zu erheblichen offenen Auseinandersetzungen mit den Vorgesetzten und Mitarbeitern entwickeln. In Familienkonflikten neigt Pat. zu heftigen, infantil anmutenden verbalen und tätlichen Gewaltausbrüchen, bei Arbeitsplatzkonflikten reagiert sie zunächst verbal offensiv und fordernd, später mit Rückzug und Absentismus.

Sie leidet unter Angst- und substanzbedingten Leistungseinbussen, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, mangelnder Impulskontrolle und raschen Stimmungswechseln, was sich in Konflikten und Beschuldigungen gegenüber dem Umfeld äussert. Umgekehrt in Phasen grösserer Introspektionsfähigkeit unter ängstlich-depressiven Verstimmungen, Selbstzweifeln, Einsamkeit, Unsicherheit. Tendenz zu Cannabisabusus. ...

Bedarf nach Anerkennung, Tendenz sich zu überfordern, schlechte Abgrenzung wird dann plötzlich mit forderndem und schroffes Verhalten "kompensiert". Kann eigene Bedürfnisse schlecht wahrnehmen, es entstehen Konflikte im Team, verlangt Bedürfnisbefriedigung von Anderen. Falls dies nicht passiert, reagiert sie mit Depression und Arbeitsunfähigkeit. Das gleiche ist auch in der Ehebeziehung passiert, sodass es zur Scheidung kam.

Etwa gleich häufig sind vermeidende Problemmuster oder Bewältigungsstrategien (Absentismus, Kündigung, Somatisierung, Substanzabhängigkeit etc.), also „Flucht“-Strategien im weitesten Sinne (Tabelle 10). Typisch ist eine Unfähigkeit, sich Herausforderungen aktiv, flexibel und autonom zu stellen, sei es wegen einer erhöhten Ängstlichkeit, mangelnden Selbstvertrauens, mangelnder Durchsetzungsfähigkeit, erhöhter Abhängigkeit von der Meinung anderer oder mangelnder Introspektionsfähigkeit und rigider Abwehrmuster. Es fehlt nicht am ‚Willen‘, und oft auch nicht an der Unterstützung der Umgebung, sondern an Selbstvertrauen und Verantwortungsübernahme. Schliesslich sind diese vermeidenden Verhaltensmuster aber nicht selten auch konfliktthaft: Es wird zwar

ängstlich vermieden, aber gleichzeitig mit hohen Erwartungen an die verständnisvolle Unterstützung der Umgebung und mit konflikthaftem Verhalten gegenüber der Umgebung, die helfen soll.

Tabelle 10: Problemmuster "Flucht" - Beispiele

Dornröschen ist besonders hübsch und wurde deshalb (von ihrem zurzeit schwer erkrankten) Vater besonders geliebt. Ohne eigenes Verschulden hat sie so früh den Neid anderer auf sich gezogen. Von der bösen Fee (in diesem Fall ihrer Mutter), wurde sie deshalb stets hart drangenommen. Dies wiederholt sich nun mit ihren Chefinnen. Als stellvertretende Abteilungsleiterin wurde sie bspw. an der aktuellen Stelle zunächst in den Rang einer Prinzessin erhoben. Schliesslich zieht sie aber den Ärger der Chefin(nen) auf sich (die Leistung der Prinzessin wurde an der aktuellen Stelle bemängelt) und degradiert (zur normalen Mitarbeiterin). Auf diesen hinterhältigen Stich fällt die Patientin in einen tiefen Schlaf: Ohnmächtig steht sie den Panikattacken gegenüber, welche sie von nun an daran hindern, an ihrem Arbeitsplatz zu erscheinen. Sie wird aus diesem Grund von der Hausärztin bereits einige Wochen krankgeschrieben, bevor sie mir zur Behandlung zugewiesen wird. Das Anstellungsverhältnis ist mittlerweile gekündigt. Bei anhaltendem depressivem Syndrom ist die Patientin weiterhin krankgeschrieben. Derzeit wird der Krankheitsverlauf durch die schwere Erkrankung des Vaters - an dessen Krankenbett sie wacht - erschwert. Auf (berufliche) Kränkungen reagiert die Patientin mit Ich-Regression. Das schlafende Dornröschen verfügt nicht über die nötige Selbstwirksamkeit, um sich von den Dornen zu befreien. Stattdessen wartet sie darauf, bis sie von einem Prinzen von ihren Problemen erlöst wird. (Da sich kein Prinz zeigt, fällt diese Funktion aktuell dem Gesundheitswesen zu.)

Der Patient hat eine unauffällige Kindheit in einem kleinen Dorf in Graubünden verbracht. Während der Ausbildung zum uniformierten Postbeamten kam es erstmals zu Problemen. Er musste diese in Zürich absolvieren, wo er bei einer Tante wohnte. Er war mit der Situation überfordert. Dank Unterstützung der Tante und des Arbeitgebers, der ihn fix auf einer Tour einteilte, gelang ihm der Abschluss der Ausbildung.

Danach wurde er Zustellbeamte in einem Nachbardorf, des Orts in dem er aufgewachsen war. Diese Poststelle konnte er wenige Jahre später gemeinsam mit der Ehefrau übernehmen. Das Paar konnte sich die Arbeit selbst aufteilen, er stellte weiterhin zu, sie führte die Poststelle. Es kam zu kürzeren Arbeitsausfällen aufgrund von depressiven Episoden, die ohne fachärztliche Betreuung vom Hausarzt behandelt wurden. Insgesamt war der Patient aber viele Jahre gut kompensiert, das Paar hatte zwei Kinder, führte die Poststelle.

Nach Aufhebung der Poststelle hätte der Patient, wie auch seine Frau, der das problemlos gelang, verschiedene Zustell Touren in verschiedenen Dörfern übernehmen müssen. Er dekompenzierte erneut depressiv, was ihn nun erstmals in psychiatrische Behandlung führte. Nach Remission scheiterte die Rückkehr an den Arbeitsplatz an den Ängsten des Patienten vor Versagen, vor Stellenverlust, er war überzeugt, den Anforderungen nicht gewachsen zu sein, entzog sich geplanten Arbeitsversuchen durch verschiedene somatische Beschwerden. Schliesslich gelang, mit Unterstützung der Eingliederung der IV und dank Entgegenkommen des Arbeitgebers, der die Anzahl Touren, die der Pat. zu absolvieren hat, auf 3 reduzierte.

Dies führte im Verlauf zu Spannungen im Betrieb, nicht alle Mitarbeiter hatten Verständnis für diese Sonderposition des Patienten. Eine erneute depressive Episode letzten Sommer führte zur erneuten Arbeitsunfähigkeit. Eine nochmalige Rückkehr in die Zustellung konnte sich der Pat nicht vorstellen, was nun zur Kündigung führte.

Hohe Leistungsanforderungen an sich selber. Perfektionismus. Chronische Selbstwertprobleme. Hoher intrapersoneller Stress. Stressreduktion durch Fluchtverhalten (Alkohol, Selbstverletzungen, sozialer Rückzug usw.). Will es allen recht machen. Kann nicht gut "nein" sagen. Konflikt Autonomie versus Abhängigkeit. Riesige Versorgungswünsche. Sehr hohe Erwartungen an eine Bezugsperson. Konflikte mit Autoritätspersonen und Partnern.

Steh-auf-Männchen ist es auf Grund seines Engagements und seiner beruflichen Qualifikationen immer wieder gelungen, Arbeitsstellen zu finden. Dann verlor er die Stelle auf Grund von zwischenmenschlichen Problemen und von (angeblichen) gesundheitlichen Schwierigkeiten, indem er einfach nicht mehr zur Arbeit ging oder davonlief, oder auch auf Grund von vielen hypochondrischen Beschwerden. Er unterzog sich mannigfachen somatischen Abklärungen und Operationen, liess sich dann krank schreiben und wechselte den Arzt, wenn dieser keine somatische Diagnose stellte. Zwischenzeitlich liess er sich von seinen Eltern oder seiner Freundin unterstützen, fand dann aber bald wieder eine Stelle auf seinem Beruf. Die Anstellungsdauer schwankte zwischen wenigen Tagen und einigen Jahren.

Schliesslich gibt es eine mit rund 20% aller Fälle ebenfalls häufige Gruppe von Problemmustern, welche in dieser Häufigkeit überraschend sein mag – hier mit „Erbschuld“ betitelt (Tabelle 11). Dabei handelt es sich um Patienten, in deren früher familiären Biografie ein empfundenener ‚Makel‘ eine besondere und prägende Bedeutung hatte und immer noch hat. Dabei kann es sich um die Erfahrung handeln, in die Schweiz immigriert zu sein und deshalb besonders unauffällig, angepasst oder leistungsstark sein zu müssen respektive der eignen Herkunft gegenüber loyal sein zu müssen, oder um das Erleben, die Probleme psychisch kranker oder körperlich/geistig behinderter Eltern oder Geschwister kompensieren zu müssen oder um eine eigene (vermeintliche) grosse Schuldhaftigkeit – und dabei die eigenen Bedürfnisse zurück zu stellen. Ein Lebensgefühl in dem Sinne, dass ein primäres, umfeldbedingtes Handicap oder eine persönliche Schuld kompensiert werden muss. Hinzu kommen je nach Fall auch grosse kulturelle Unterschiede im Umgang mit psychischen Problemen, die den Patientinnen und Patienten die Problemlösung erschweren.

Tabelle 11: Problemmuster "Erbschuld" - Beispiele

Reh interpretierte ihre frühe Missbrauchserfahrung (ca 5-6-jährig) - durch einen fremden Mann - als eigens Versagen, hatte sie doch nicht den kürzesten Weg nach Hause genommen, wie sie das eigentlich hätte tun sollen. Sie war nicht in der Lage, den Eltern davon zu erzählen, ihr wohl schwieriges Verhalten im Anschluss an das Trauma wurde von diesen offenbar nicht hinterfragt. Daraus resultierte eine schwere Angst, keine Fehler machen zu dürfen, weil sonst wieder etwas Traumatisches passieren werde. Ebenso durfte sie sich nicht wehren für sich, es war ja ihr Fehler, wenn etwas schief gelaufen ist. Sie war - und ist - wenig konfliktfähig, bei starkem Druck dissoziierte sie - zum Ensetzten ihrer Kolleginnen.

Holy ist sehr angepasst, gibt sich enorm Mühe, bringt aber die geforderte Leistung nur zu einem reduzierten Prozentsatz im Gegensatz zu den Kolleginnen. Dies führte immer wieder zu Spannungen im Team gg. Holy, worauf diese sich zurückzog, sich abgelehnt fühlte, phantasierte, dass man ihr schaden will. Sie setzt sich sehr unter Druck, um ihre Leistung steigern zu können, macht dadurch mehr Fehler und gerät mit ihrer perfektionistischen Seite in Konflikt. Viele psychosomatische Leiden und Anfälligkeit für chron. Kopfschmerzen sowie häufige Erkältungen erschweren ihr zusätzlich die Arbeit. Die sehr starke Anpassungsfähigkeit war für sie, als sie in die Schweiz kam als Kind, notwendig, und wurde von ihren Eltern ebenso gefordert, in einem sehr autoritären Stil und bis heute. Sowohl bei ihren Eltern als auch gegenüber ihren adoleszenten Kindern und auch im Geschäft vermeidet sie Konflikte, innerlich leidet sie aber sehr, was zu Depressionen und Schmerzen führt. Das Gefühl von Nichtakzeptiertsein, Aussenseiterin zu sein, was sie kennt aus der Zeit der Immigration, wiederholt sich so immer wieder. Sie fühlt sich als Opfer und macht sich aber gleichzeitig auch Vorwürfe. ...

Fils unique, relation fusionnelle intrusive avec la mère. Mort brutale du père d'un arrêt cardiaque, grand sentiment de culpabilité vis-à-vis du père. 1er patron idéalisé, employé modèle performant, relation de confiance et valorisante entre eux. Changement de patron. Nouveau moins compétent, problèmes d'organisation, patient pas entendu, pas reconnu. Patient perfectionniste, exigeant, difficultés à entrer en conflit à se défendre à ressentir de la colère et à l'exprimer. Tendance à se sentir responsable du bon fonctionnement du service, alors qu'il n'en est pas le chef.

Il s'agit d'une patiente faisant partie de la 2ème génération d'étrangers, arrivés sans formation en Suisse; ayant les compétences intellectuelles pour effectuer des études supérieures, mais qui, en les faisant, dépasse de loin ses parents, créant ainsi un conflit intérieur entre la loyauté aux parents et le mouvement d'individuation et d'accomplissement personnel. Ce conflit intra-psychique s'exteriorise entre la patiente et sa hiérarchie directe, cette dernière ne supportant pas d'être dépassée par elle. En effet, la patiente s'est retrouvée probablement face à des cheffes moins compétentes qu'elle, ce qui a amené à du mobbing de la part de ses cheffes, ceci dans 2 places de travail différentes.

Tabelle 11 (Fortsetzung)

Durch den kulturellen Untergrund der Eltern (mangelte Schulbildung, mangelnde Integration, schlecht bezahlte Stellen) steht Pat. unter dem Druck alles besser machen zu müssen. Sie steht unter einem enormen Leistungsdruck, bloss nicht zu versagen. Als ältestes von 4 Kindern übernimmt sie viel an Verantwortung für Ihre Geschwister. Durch eine schwierige Situation mit einer jüngeren Schwester sind die Eltern massiv unter Druck, selbst depressiv, und können sich nicht um Pat. kümmern. Gleichzeitig erkennen sie die seelische Not von Pat. nicht. In ihrem Kulturkreis gibt es keine psychischen Erkrankungen. Sie haben keinerlei Zugang zu einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterstützung. Depressive Symptome von Pat. werten sie als Faulheit.

Ihr Bemühen, die Geschwister zu unterstützen und die Eltern zu entlasten, erkennen sie nicht.

In der Kindheit kam es zu sexuellen Übergriffen durch ein Familienmitglied. Mit den Eltern kann Pat. nicht darüber reden, sie wird hier innerhalb der Familie nicht ernst genommen. Musste dieser Person in der Vergangenheit sogar immer wieder begegnen. Pat. hat immer wieder schwere depressive Symptome, hatte als Jugendliche sogar Suicidgedanken. Sie somatisiert massiv, hat viel Migräne. Dadurch kam es zu Ausfällen in der Berufsschule und an der Ausbildungsstelle... folgend Versagensgefühle und Ängste, die Ausbildung nicht zu schaffen und damit zu einem Circulus Vitiosus. Sie ist sehr intelligent und introspektionsfähig. Sie kam selbst in die psychiatrische Behandlung. Diese ist aber durch die mangelnde Kooperation der Eltern recht schwierig. Durch die Ambivalenz gegenüber den Eltern gelingt es kaum, sie aus dem schwierigen Umfeld und damit dem krankheitsunterhaltenden Milieu herauszulösen.

Mit etwas mehr als 15% der Fälle ist auch das Problemmuster von „Überforderung, Grandiosität“ relativ häufig (Tabelle 12). Auch hier bestehen Überschneidungen zu anderen Kategorien. Typisch ist ein Wechselspiel zwischen dem biografisch bedingten Zwang oder dem Wunsch, besonders leistungsfähig oder anderen überlegen zu sein – oder sein zu wollen – bei gleichzeitigem Nichterfüllen dieser Ansprüche. Teils liegen die Hintergründe in einer frühen (vermeintlichen) Erfahrung, nicht genügt zu haben – wegen einer körperlichen Versehrtheit oder wegen Einschränkungen („Legasthenie“). Letztlich handelt es sich um narzisstische Probleme, die dann nicht selten auch zu interpersonellen Konflikten am Arbeitsplatz führen. Folge sind berufliches Versagen trotz an sich vorhandener Potentiale, Leistungsüberforderung, Dekompensation, Ausbildungsabbrüche und Stellenverluste sowie zwischenmenschliche Konflikte. Etwas ‚tragisch‘ mutet bei einem Teil dieser Verläufe an, dass wegen der problematischen Dynamik (dem „Problemmuster“) die durchaus – und zum Teil in hohem Masse - vorhandenen beruflichen Potentiale versanden.

Tabelle 12: Problemmuster "Überforderung, Grandiosität" - Beispiele

Aus einer lokal "bekannteren" und angesehenen Familie stammend. Daraus ging er mit Grössenphantasien in Bezug auf seinen zukünftigen Beruf in die Arbeitswelt und wurde mit seinen mittelmässigen Leistungen konfrontiert, welche ihrerseits wieder WEGEN des Konflikts Phantasien/Erwartungen vs. Realität so ausfallen. D.h. er hat an sich Potential, das aber durch überhöhte Ansprüche nur z.T. ausgeschöpft werden kann. ...

Der Pat. neigt immer wieder dazu, sich zu überfordern durch ein zu hohes Leistungsniveau. Am ehesten versucht er dadurch den Leistungsansprüchen seines Vaters/der Eltern (?) gerecht zu werden. Zudem hat er durch einen Unfall mit 14J. ein Bein verkrüppelt und strengt sich kompensatorisch an. Dazu kommt ein chron. Schmerzproblem: Phantomschmerzen. Er ist narzisst. strukturiert und sehr kränkbar sowie auf Anerkennung und Gratifikation angewiesen. Abgebr. Hochschulstudium und abgebr. NDS.

Ist wenig bereit, eine weniger anerkannte und schlechter bezahlte Arbeit als die letzte anzunehmen. Dort Konflikte mit dem alkoholabh. Vorgesetzten, der glz. Inhaber ist! Zuf.: Drang nach Anerkennung und Selbstüberforderung. Angst vor Erniedrigung und Erschöpfung.

Hohe Leistungsansprüche, wegen Legasthenie und Depression Studium nicht geschafft, dadurch gekränkt. Leistet auf hohem Niveau und ist intelligent mit hohem Bedürfnis nach Kreativität und Selbstwirksamkeit. An Arbeitsstellen teils unterfordert, teils wegen hohen Anforderungen an sich auch überfordert. Teils durch Vorgesetzte ausgebremst, die eigene Vorstellungen durchsetzen, die oft weniger intelligent und kreativ sind, was sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirkt. Aufgrund des hohen Leistungsanspruchs hohe innere

Spannung und Ängste, die zu intermittierendem Alkoholmissbrauch und zu schwer depressiverer Stimmungslage führten.

Zentral grandiose Überzeugung, Anderen überlegen zu sein. Vordergründig ängstlich und scheu mit ausgeprägten kognitiven Defiziten in Beziehungsaufnahme und entsprechend dysfunktionelle Interaktionen. Prekäre regressiv-nihilistische Zustände mit deutlichen Fehlleistungen. Persönlichkeitsreifung mit Verbesserung von Selbstwert und Identität bringt stabilere Beziehungsmuster und Verbesserung der beruflichen Performance.

Vor dem Hintergrund einer Erziehung, die von starker körperlicher Züchtigung geprägt gewesen sei mit extrem perfektionistischer Ausrichtung bis hin zu sexuellen Übergriffen durch den Vater, entwickelte Mister Perfekt später ein sehr auf Leistung ausgerichtetes kompensatorisches Verhalten, um die fehlende emotionale Zuwendung wett zu machen. Dieses trieb ihn später in den beruflichen Burnout neben weiteren rigiden Verhaltensweisen im Sinne narzisstischer Auffälligkeiten und zwanghaft-kontrollierender Vorgehensweisen.

Mister Perfekt entwickelte sich weiter zur Führungskraft, dabei geriet jedoch mehr und mehr die persönliche Work-Life-Balance ins Wanken, bis es neben der beruflichen Überlastung schliesslich auch noch zum Zerschellen seiner familiären Strukturen kam.

Das Problemmuster der „Opfer“ ist mit rund 13% nicht selten (Tabelle 13). Das Kernproblem bei diesen Fällen liegt in der Externalisierung der Problematik: Mangelnde Einsicht in die eigenen Defizite und externalisierende Vorwürfe, ungenügende Leistung, Arbeits- und Sozialverhalten, gekränktes Verhalten wegen angeblicher Ungerechtigkeiten oder auch Disziplinlosigkeiten und fehlende Empathie in andere führen zum Erleben, ein „Opfer“ geworden zu sein. Häufig führt dieses dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster zu erheblichen Konflikten und Belastungen für alle Beteiligten, Stellenverlust und manchmal auch juristischen Verfahren.

Tabelle 13: Problemmuster "Opfer" - Beispiele

Die Patientin betrachtete sich als treu, brav, fleissig und zuverlässig. Sie war sich ihrer emotionalen Verletzbarkeit halbwegs bewusst aber nicht, dass sie auf eine sehr wohlwollende Führung und sogar eine hohe Masse von Schutz vor Ablehnung und Kritik, angewiesen war. Meistens lagen die Fehler, von ihrer Sicht aus betrachtet, bei Dritten. Während den depressiven Episoden erwartete sie Rücksicht auf ihre reduzierte Arbeitsfähigkeit und konnte sich in ihre Wohnung zurückziehen, ohne Rücksicht auf die Bedürfnissen des Arbeitgebers und der Mitarbeiter, obwohl klinisch betrachtet keine schwerste depressive Episode vorlag.

Ihr Bedürfnis nach menschlichem Kontakt war minimal, sie hatte eigentlich keine Freundinnen (ausser eine Schwester), schon gar keine Freunde. Wahrscheinlich erleichterte Ihr diese Persönlichkeitsstruktur den sozialen Rückzug.

Aufgewachsen in "zwei Welten", nach der Scheidung zuerst bei der Mutter, wegen psychischer Probleme der Mutter (fraglich psychotische Erkrankung) wurde er vom Vater aufgenommen. Pat. idealisiert die jeweils andere Welt, in der aktuellen Lebenssituation schlägt er sich schlecht und recht durch, scheint aber nicht richtig angekommen zu sein. Nach der Arbeit flüchtete er sich in Alkohol und THC, zeitweise auch illegale Drogen. Bei der Arbeit hat er wenig Einsicht in sein zeitweise schwieriges Verhalten (mangelnde Konstanz), schiebt Ursachen/Auslöser andern zu. Man könnte sagen, er ist (physisch) hier, aber nicht ganz angekommen und kompensiert mit tagtraumähnlichen, idealisierten Vorstellungen. Bei zwischenmenschlichen Schwierigkeiten fühlt er sich rasch als Opfer, eigene Anteile sind ihm kaum bewusst.

Tabelle 13 (Fortsetzung)

(Ich beschreibe den letzten Einsatz auf dem 1. Arbeitsmarkt, den ich persönlich mitbekommen habe. Ich habe den Eindruck, dass es früher ähnliche Muster gegeben hat): Er ist motiviert und erscheint zur Arbeit, in der Regel auch pünktlich. Er bekommt nur einen Teil mit von dem, was er machen soll bei der Auftragserteilung. Wenn er mit Kollegen gemeinsam die Arbeit ausführt unter Anleitung und Aufsicht, erfüllt er seine Pflicht. Alleine auf sich gestellt, macht er z.T. Dinge, für die er keinen Auftrag hatte, andere, die er machen sollte, erledigt er nicht. Er telefonierte dann z.B. privat, stritt es nachher ab, obwohl es einfach nachzuweisen war. Im Rapport "lügt" er dann, um die "Löcher zu stopfen", was natürlich zu Ärger und schliesslich zur Kündigung geführt hat. Auffällig ist seine Logorrhoe und seine Schwierigkeit, sich auf jemanden oder etwas zu beziehen. Er hat Mühe, sein Verhalten zu reflektieren und in Beziehung zu setzen mit z.B. Erwartungen seiner Umgebung. Er fühlt sich schnell ungerecht beurteilt/behandelt und rechtfertigt sich dann wortreich und mit grosser Gestik, ohne Neues aufzunehmen bzw. verstehen zu können. Bei der vorletzten Arbeit führte sein impulsives Verhalten zu Schwierigkeiten. Er reagierte schliesslich mit Angst vor den möglichen Folgen seiner aggressiven Ausbrüche und entwickelte dann ein Vermeidungsverhalten, das sehr ausgeprägt war mit dem Wunsch, möglichst allem Stress aus dem Weg zu gehen. Er hat in 3 Berufen gearbeitet, häufig die Stellen gewechselt. Es hat immer zwischenmenschliche Schwierigkeiten und Verwicklungen und "high Emotion"-Situationen gegeben, die zu Krisen geführt haben.

P. fühlt sich bei geringem Anlass gekränkt und zurückgesetzt (wie einst vom Vater, der ihm gegenüber nie Interesse und Wertschätzung gezeigt habe und, nachdem er die Familie nach der Trennung der Eltern in der frühen Adoleszenz von P., nie mehr aktives Interesse an ihm gezeigt habe). P. reagiert darauf mit polemischen Vorwürfen und perseverierenden Diskussionen. Zugleich nimmt er eine schmollende Verweigerungshaltung ein. Nachdem das zur Verschlimmerung der Situation geführt hat und er schliesslich entlassen wird, fühlt er sich als Opfer, dem Unrecht geschehen ist. Er leidet dann an ängstlich-depressiven Verstimmungen und setzt danach seine ganze Energie dafür ein, Versicherungsleistungen zu erlangen und begibt sich dazu mehr in ärztliche Behandlung, als dass er den eigenen Beitrag zu seiner Situation verstehen will. Für diesen hat er keinerlei Kritik. Nachdem ihm von zwei Gutachtern der Versicherung eine grundsätzliche Arbeitsfähigkeit attestiert worden ist (zu Recht oder zu Unrecht?) wiederholt sich das beschriebene Muster. Er verlangt neue ärztliche Zeugnisse, begibt sich zu Advokaten, um die seiner Meinung nach zu Unrecht vorenthaltenen Versicherungsleistungen zu erstreiten. Die Suche nach einer neuen Arbeit unternimmt er nur soweit nötig, um nicht der Taggelder der Arbeitslosenversicherung verlustig zu gehen. Auch mit dieser befindet er sich inzwischen in Konflikt, da er das Beschäftigungsprogramm, in das er integriert worden ist, ebenfalls als Zurücksetzung empfindet. (Hier hat er vielleicht auch nicht ganz Unrecht, und ich habe ein gewisses Verständnis, denn seine Qualifikation und seine intellektuellen Fähigkeiten sind wesentlich besser). Wiederum akzentuieren sich aber seine Klagen über Ängste und Müdigkeit, Energie- und Interesselosigkeit mit vagen Andeutungen über Suizid und aggressiven Handlungen gegenüber anderen. Wiederum hofft er, dass sich die Situation mit einem ärztliche Zeugnis lösen lässt, ohne selbst aktiv zu werden (z.B. mit den Verantwortlichen zu sprechen versuchen). P. kommt in "Behandlung", weil er Hilfe in seinem Kampf gegen ungerechte Arbeitgeber und Versicherungen will. Für eine kritische Auseinandersetzung mit seiner Situation besteht kein Raum.

Überschätzt einerseits ihre Leistungsfähigkeit und ihre Intelligenz, andererseits Minderwertigkeitsgefühle, Versagensängste, grosse Stressanfälligkeit, fühlt sich schnell überfordert, ortet den Grund dafür aber in der Regel bei schlechter Arbeitseinführung, unerfüllbaren Anforderungen u.ä., ist nicht kritikfähig, nimmt schon kleinste Kritik persönlich, wähnt sich dann "gemobbt", gibt diesem "Mobbing" Schuld an ihrem Scheitern.

Schliesslich zeigt die folgende Tabelle (Tabelle 14) Beispiele der restlichen Kategorien von Problemmustern, die jeweils mit einem Anteil von 5-10% an allen Fällen zugeordnet wurden.

Zur Kategorie „Angst, passiv-aggressiv“ gehören Problemmuster, die sich darin äussern, dass auf dem Boden einer rigiden, leistungsorientierten Erziehung Meinungen und Bedürfnisse nicht direkt geäussert werden dürfen und sich dann unterschwellig bemerkbar machen. Gleichzeitig besteht ein starkes Bedürfnis, wahrgenommen und anerkannt zu werden. Da Arbeitskollegen und Vorgesetzte zwar diese passiven Aggressionen durchaus spüren, das Bedürfnis nach Anerkennung aber wohl

meist nicht, kommt es zu Konflikten und schliesslich zu eskalierenden Problemen, Arbeitsunfähigkeiten und Kündigung.

Unter dem Titel „Übergriffe“ wurden Muster kategorisiert, in denen generell Grenzverletzungen beschrieben werden. Typischerweise handelt es sich um Personen, deren eigene Grenzen in der frühen Biografie wenig oder gar nicht respektiert wurde und manchmal gleichzeitig auch um Personen, die diese Grenzen dann selbst gegenüber anderen nicht gut wahrnehmen können. Manchmal werden Arbeit und Privatleben nicht klar abgegrenzt, ist die Arbeitsumgebung Familienersatz, sind Vorgesetzte Elternfiguren oder wird eine grosse Nähe zu Vorgesetzten gesucht – manchmal auch, um bei der Arbeit vermeintlich an Sicherheit zu gewinnen und Kritik weniger ausgesetzt zu sein. Ganz entgegen dieser Absicht ist das Kränkungspotential bei dieser Ausgangslage erheblich und enden solche Geschichten häufig in Konflikten und Auflösung des Arbeitsverhältnisses.

Unter die Kategorie „Unterschätzt“ wurden Muster subsummiert, in denen die PatientInnen ein überdauerndes Lebensgefühl haben, nie adäquat mit ihren Fähigkeiten gesehen worden zu sein. Hier sind Überschneidungen mit der Gruppe „Überforderung, Grandiosität“ häufig. Auch hier – wie im übrigen in sehr vielen Kategorien – spielen narzisstisches Konflikte eine grosse Rolle. Der Unterschied liegt hier darin, dass in diesem Muster vor allem beschrieben wird, wie wichtig es sein kann, von jemandem mit dem eigenen Potential wahrgenommen zu werden.

Das Muster „Abhängigkeit“ beschreibt häufig PatientInnen, die überbehütet aufgewachsen sind – sei es, weil sie schon früh als besonders scheu und ängstlich auffielen oder als nachträgliche Beschützungs-Reaktion auf reale Traumatisierungen. Das Problem dieses Musters liegt darin, dass dieses Beschütztsein durch die Eltern im Erwachsenenalter dysfunktional wird, weil von den PatientInnen nie gelernt wurde, sich selbst schützen zu können. Hier gibt es Überschneidungen zum ängstlich-vermeidenden und Unterwerfungsverhalten (ich darf mich nicht wehren).

Schliesslich die Kategorie „Instabilität privat“, in der vor allem beschrieben wird, wie sich Krisen und Konflikte in privaten Beziehungen so belastend auswirken können, dass die Arbeit sehr direkt darunter leidet. Hier muss man sich bewusst sein, dass dieser Zusammenhang normalerweise die Ausnahme darstellt: Zwar haben sehr viele Personen private Krisen, aber nur ein geringer Teil verliert deshalb über kurz oder lang die Arbeitsstelle.

Tabelle 14: Restliche Kategorien – jeweils zwei Beispiele**„Angst, passiv-aggressiv“**

Die hohen Leistungsansprüche resp. Angst, nicht zu genügen verbieten das Anmelden von eigenen Bedürfnissen oder Einbringen von Kritik. Gleichzeitig bestehen hohe Ansprüche an die Führungspersönlichkeit bez. Einfühlung und Geben von Anerkennung resp. bez. "elterlicher Fürsorge", die bald enttäuscht werden. In der Folge zunehmende, zuerst noch sehr unterdrückte Kritik und passive Aggression bei dennoch grossen Bemühungen, die geforderten Leistungen zu erbringen. Die nicht formulierte Kritik dennoch wahrnehmend, geht die Führungspersönlichkeit zunehmend auf Distanz resp. reagiert mit Vorwürfen, was in einer Eskalation mündet mit dem Gefühl, ungerecht behandelt, nicht wertgeschätzt und nicht wahrgenommen zu werden. Schliesslich Kündigung vonseiten des Arbeitgebers wegen unkooperativen, abweisenden Verhaltens.

Eltern forderten hohe Leistungen, was Pat. zu erfüllen suchte. Sie lernte nicht, Grenzen zu akzeptieren und Bedürfnisse klar zu formulieren. Bei Überforderung psychischer Einbruch mit längerem Krankheitsausfall oder Hospitalisation. Oft auch passiv aggressives Verhalten, was Mitarbeiter irritierte. Pat. kam zu mir mit 100% IV Rente. Es war sehr schwierig, eine Veränderung zu erreichen. Pat. arbeitet jetzt 20% wieder im Arbeitsmarkt, aber will keine weitere Veränderung, da dies eine Veränderung der vollen Rente nach sich ziehen würde. Immer noch schwierig, dass sie Bedürfnisse klar äussert, fühlt sich rasch missverstanden.

„Übergriffe“

Während der Kindheit und Jugend war die Patientin psychischer und physischer Gewalt durch den Vater ausgesetzt und wurde diesbezüglich von der Mutter, welche zum Vater in einem Abhängigkeitsverhältnis stand, nicht geschützt. Im Alter von 16 Jahren wurde die Patientin Opfer eines sexuellen Übergriffs durch eine Person des engeren Familienkreises, eine Anzeige gegen den Täter musste die Patientin auf innerfamiliären Druck hin zurückziehen. Nach einer kaufmännischen Ausbildung ging die Patientin einer Tätigkeit als Sachbearbeiterin nach. Mit der Heirat ... erfolgte nach der Geburt der Kinder die Aufgabe der Arbeitstätigkeit. Nach der Scheidung ging die Patientin eine Beziehung mit einem gewalttätigen und drogenabhängigen Mann ein, das Sorgerecht für die Kinder wurde dem Exmann übertragen. In einer inzwischen bereits lange dauernden Folgebeziehung zu einem als aggressiv und manipulativ beschriebenen Partner erlebt sich die Patientin emotional abhängig. Sie beschuldigt diesen, für ihr mehrfaches berufliches Scheitern in der Zeit ihrer Beziehung verantwortlich zu sein, und versucht nach einem erneuten Stellenverlust die Beziehung zu beenden. Arbeitsstellen wurde ihr wiederholt wegen Konflikten mit Vorgesetzten und mangelhafter Leistung gekündigt, wie dies auch aktuell wieder der Fall ist. Von der IV wurden nach Einholung eines Gutachtens Leistungen abgelehnt, weshalb nun mit Unterstützung des Care Managements des Taggeldversicherers und dem RAV die berufliche Wiedereingliederung angestrebt wird. Die frühen konflikthaften Beziehungserfahrungen in der Herkunftsfamilie und konsekutiv dyfunktionalen Interaktionsmuster werden von der Patientin in Paarbeziehungen, am Arbeitsplatz, in der laufenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und in der aktuellen Zusammenarbeit mit den Eingliederungspartnern unbewusst reinszeniert. Die Bearbeitung dieser problematischen Beziehungsweisen benötigt deutlich mehr Zeit, als es der vorgegebene Eingliederungsprozess zulässt, dies mit dem Risiko erneuten beruflichen Scheiterns und der Reaktivierung der primären destruktiven Beziehungserfahrungen.

Es bestanden immer grosse Hoffnungen und Erwartungen im Hinblick auf eine neue Stelle bzw. einen neuen Arbeitgeber und Vorgesetzten, die diese Hoffnungen und Erwartungen nie erfüllen konnten bzw. auch gar nicht mit diesen Erwartungen gerechnet hatten und auch nicht rechnen wollten/konnten. Das führte immer zu grossen Enttäuschungen, zu unangebrachten und unausgesprochenen Missverständnissen. Inhaltlich erfüllte Pat. die Erwartungen immer gut, die Spannungen um sie herum wurden mit der Zeit immer grösser, ihre Enttäuschungen führten zu Absenzen, dies zu Kritik von seiten der Vorgesetzten. Sie sabotierte die eigene Arbeit und wollte doch ge- und beachtet werden, sie sabotierte die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen, und forderte immer mehr Anerkennung, die aber immer weniger eintraf. Sie fühlte sich missachtet und teilte immer lauter Kritik an den andern aus, reagierte selbst aber immer empfindlicher auf Kritik, fühlte sich abgelehnt. Meistens verliebte sie sich in einen Vorgesetzten, einmal mit inadäquaten Hoffnungen hinsichtlich eines verheirateten Vorgesetzten (der möglicherweise ihr auch manchmal Anspielungen und Avancen machte), dem sie nachstellte und dann seine Ablehnung als erniedrigend erlebte und wechselweise zwischen Wut und Empörung einerseits und Zerknirschung und Demütigung andererseits schwankte. In ähnlicher Weise auch das Verhalten in der Therapie, schwankend zwischen Verführung und Entwertung, anfänglich war ich der beste

Tabelle 14 (Fortsetzung)

aller Therapeuten, in der Therapie dauerndes Fluchen über die beiden ersten, die nichts verstanden, bis auch ich nichts verstand, weil z.B. ablehnend gegenüber einer ihrer Forderungen, sofort zum Abfalltherapeuten degradiert wurde. Es spiegelte sich in diesem Verhalten m.E. eine Erfahrung des Aufwachsens zwischen einer verwöhnenden Seite der Eltern (V+M) und einer entwertenden Seite der beiden. Wo der Vater verwöhnend war (eher selten), war die Mutter kalt und abweisend und v.v., die beiden Seiten konnten nie zusammengebracht werden.

„Unterschätzt“

Pat. hatte seit der Jugend das Gefühl, mehr zu können als ihm zugetraut wurde. Er hat aber aufgrund der schlechten Erfahrungen mit seinem zu impulsivem Verhalten neigenden Vater und der überfürsorglich-bemutternden Mutter nicht den Mut entwickelt, zu seinen eigenen inneren Ansprüchen zu stehen, Verantwortung dafür zu übernehmen und positive Lehren daraus zu ziehen, sich für das eigene Weiterkommen sinnvoll einzusetzen. Nur mit grosser Unterstützung eines Lehrmeisters (viel Geduld, Nachsicht und Bestätigung) konnte er eine Ausbildung machen, bei der er überdurchschnittliche Leistungen erbrachte. Wegen einer Konzentration auf Beziehungsgeschichten im Privaten verunmöglichte er sich einen adäquaten Berufseinstieg seinem Ausbildungsniveau entsprechend. Er reagierte auf Zurückweisung (privat/beruflich) zunächst in väterlicher Manier impulsiv und dann in mütterlicher Manier depressiv. Erst durch die Bewunderung einer Frau, die er auch heiratete und damit verbunden einem beruflichen Aufstieg mit höherer sozialer Anerkennung erreichte, verwirklichte er einen Lebensstil, welcher seinem eigenen inneren Anspruch nahe kam und ihm die Energie und Anerkennung brachte, die er für eine gute und dauerhafte Leistung benötigt. Durch einen unglücklichen Umstand der Selbstüberschätzung (aussereheliche Beziehung zu einer Vorgesetzten) verlor er zunächst den Beruf und nach langer energieaufreibender Trennung und Scheidung auch seine Familie. Seit diesem Zeitpunkt tiefe Selbstverachtung mit depressiver Symptomatik, die z.T. auch körperlichen Niederschlag fand (Schmerzen, Verdauungsbeschwerden etc.). Versuche, eine physiologische und medizinische Erklärung dafür zu finden, scheiterten. Kurzfristiger beruflicher Wiedereinstieg über einen Temporärbüro. Dort Arbeitsplatzkonflikt mit Kündigung nach 1 Jahr. Es erfolgt daraufhin die Versorgung über die RAV und die Anmeldung zur ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung. In dieser Zeit Stabilisierung und beruflicher Wiedereinstieg. Problemuster: unklare Verantwortungsübernahme, Geduld des Lehrmeisters bildete eine Alternative. Bewunderung durch die Ehefrau gab Stabilität und beruflicher Erfolg bestärkte. Kernkonflikt: narzisstische Kränkung.

Spitzmaus hat grosse Ansprüche und Erwartungen an den Arbeitsplatz und den Arbeitgeber/Vorgesetzten, genau wie an sie selber immer hohe Erwartungen gestellt wurden. Daher kommt es nach anfänglicher Idealisierung regelmässig zu Enttäuschungen. Zudem ist es ihr nur schwer möglich, sich einer männlichen Person unterzuordnen, sie empfindet dies immer als Unterwerfung und Entwertung, weil sie konstant von Selbstentwertung bedroht ist und diese externalisiert. Sie fühlt sich in ihren Freiheiten rasch eingeschränkt, aber eigentlich geht es ihr darum, dass sie über alles selber die Kontrolle behält. Ihre Selbsteinschätzung ist nicht adäquat, sie überschätzt ihre Kreativität, unterschätzt, dass die Leute sie eigentlich mögen, denn sie selber ist bei Kontakten tendenziell misstrauisch und negativ eingestellt.

„Abhängigkeit“

Gräslin ging nicht mehr zur Schule und zog sich völlig in eine eigene Welt zurück. Wegen der scheuen, ängstlichen Art von Gräslin zuerst nicht ganz pathologisch gesehen, wurde die Schulverweigerung zunehmend problematisch. Sämtliche medizinischen und psychiatrischen Abklärungen kamen ins Rollen. Ein Verdacht von Lyme-Borreliose wurde durch entsprechende Titer verifiziert. Die Symptomatik konnte aber dadurch weder sicher erklärt noch je sicher anders diagnostiziert werden. Gräslin heisst die Pat., weil sie sich sehr schlecht wehren kann und sich in jedem Fall mehr in sich kehrte, an Ängsten litt, und sich kaum unter Leute getraut. Die Vorstellung einer soziophoben Störung kann den Schweregrad nicht erklären. Antidepressiva halfen nicht, noch vor meiner Behandlungszeit erwiesen sich Neuroleptika als sehr verbessernd, und unterdessen kann die Pat. von PT profitieren und wird stärker. Trotzdem wurde ihr von aussen (Praktikumsanleiterin, Lehrpersonen) nahegelegt, die Ausbildung zu überdenken, ev. aufzugeben (rel. unsensible Praktikumsleiterin), oder aber das letzte Bachelorjahr in zwei Jahren zu absolvieren. Die Psychodynamik auf dem Hintergrund der Biografie sehe ich insofern, als die Mutter der Pat. eine äusserst verständnisvolle Haltung einnimmt, sofort spürt, wenn es der

Tabelle 14 (Fortsetzung)

Pat. nicht gut geht und ihr hilfreich beisteht. Selbstverständlich ist die äussere Realität der Pat. eine völlig andere, und sie muss lernen, selbst für sich einzustehen. Ansonsten wird sie überfahren und unterschätzt.

Aufgrund der seit der Kindheit auffallenden Symptomatik wahrscheinlich Bindungsprobleme und wenig Differenzierung des eigenen "Ichs", stark überbehütet worden durch die Mutter, wenig "ich-Stärke" und Abgrenzungsmöglichkeiten. Vater früh von zu Hause weg, aktuell in Beziehung zu deutlich älterem Mann. In der Kindheit zu Hause Einbruch, seither durch die Mutter sehr überbehütet. In der Arbeitswelt wenig Möglichkeiten, die eigene Meinung zu sagen und dort zu bestehen. Vermutlich noch unreife Züge aufgrund des überbehütenden Verhaltens von Seiten der Mutter. Aufgrund dessen in verschiedenen Lebenslagen wenig Möglichkeit, selber zu entscheiden. Diverse Ängste vermutlich auch seit dem Einbruch zu Hause mit Bedrohung durch Einbrecher. Noch nicht sicher, möglicherweise Essstörung vorhanden respektive durch sehr strenges Verhalten in Bezug auf die Nahrungsaufnahme Kontrolle über sich und den Körper, was früher nicht gelungen ist.

„Instabilität privat“

Secondo-Biographie, Entwurzelung, Aufwachsen als Fremdkörper in der Familie. Demzufolge keine eigenständige psychische Existenzgrundlage. Ständiger Kampf um eine Liebesbeziehung und schwere Liebesdramen, die die Arbeitskontinuität beeinträchtigen. Bis 4 J im Herkunftsland bei Grosseltern in geborgener Grossfamilienumgebung aufgewachsen, während Eltern in der Schweiz arbeiteten. Mit 4 J abrupt in die Schweiz geholt, wo gerade das zweite Baby der Geschwisterreihe geboren war. Beide Eltern voll arbeitstätig, wechselnde Pflegeverhältnisse, Überforderung der Eltern mit Komet, die sich nicht in die Familie integrieren konnte und über Jahre massloses Heimweh nach der Grossmutter hatte. Sie stand stets ausserhalb der Familie und erlebte, wie die jüngern Geschwister Zärtlichkeit und Fürsorge erhielten, während sie wie ein Fremdkörper in der Familie war. Kämpfte erfolglos um dazuzugehören. Später trotzige Ablehnung der Familie, jahrelange schwerste Auseinandersetzungen und schliesslich Abstempelung zum Sündenbock der Familie.

Zwei gescheiterte Ehen und weitere gescheiterte Beziehungen mit Männern aus dem Herkunftsland, die sie jeweils verliessen. Schwere Depressionen nach den Trennungen. Komet ist eine intelligente Persönlichkeit und leistet qualitativ gute Arbeit. Sie ist äusserst verletzlich und hat Panik vor dem Abgelehnt- oder Verlassenwerden, ist misstrauisch und kämpft übermässig um Anerkennung. Kündigungen erfolgten wegen hoher Absenzzahl, Unpünktlichkeit und Nichteinhalten von pflichtgemässen Abmachungen. Grund dafür waren Depressionen und Verzweiflung jeweils durch katastrophale Liebesbeziehung.

Auftreten von Konflikten mit Vorgesetzten und im Team aufgrund häufiger Absenzen

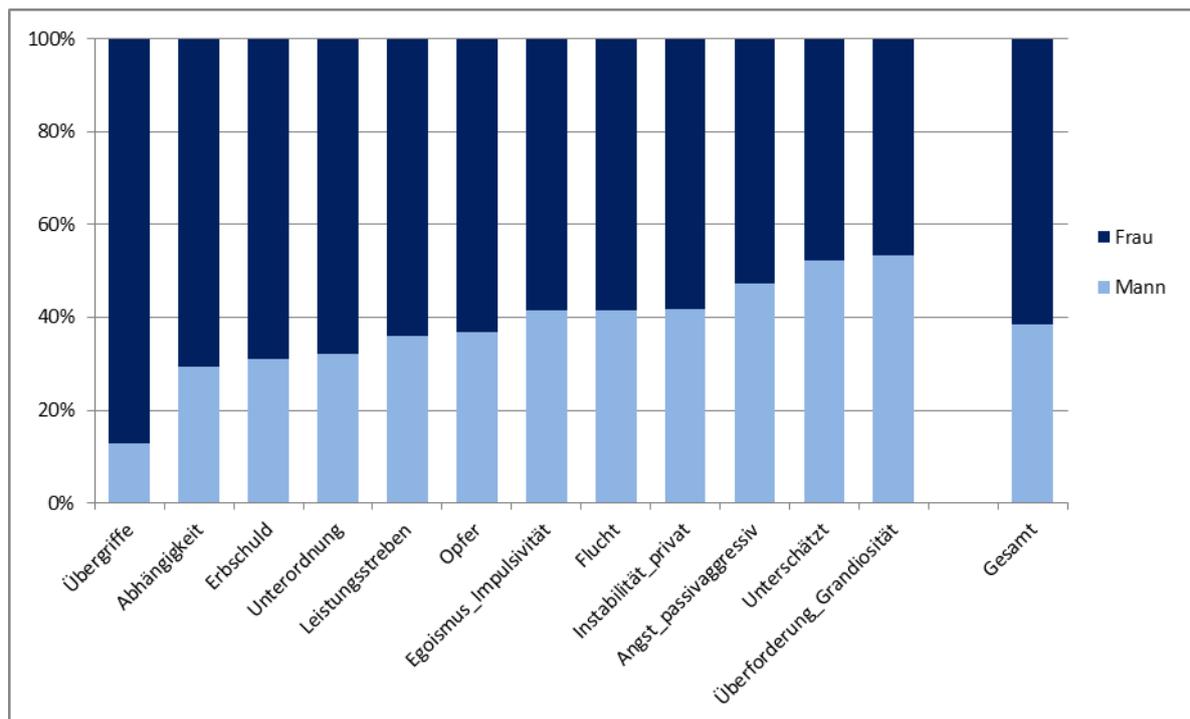
Stimmungsschwankungen im Zusammenhang mit privaten Problemen. Private (zumeist Paar-) Probleme können nicht von der beruflichen Situation getrennt werden. Tendenz zur Opferhaltung mit permanenter Einforderung von Hilfe/Unterstützung und Verständnis. Konzentrationsprobleme, häufiges Abgelenkt-Sein durch Handy am Arbeitsplatz. Verständnisvolle männliche Vorgesetzte werden schnell zu "guten Ersatzvätern" schnelle Konflikte mit Mitarbeiterinnen (z.B. um die "Gunst" des Vorgesetzten).

3.6.9 Problemmuster, Geschlecht, Zivilstand und Diagnose

Bei den Problemmustern zeigen sich einige Unterschiede nach Geschlecht, Zivilstand und Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung. Bei den eher narzisstischen Konflikten der Problemmuster „Überforderung, Grandiosität“ und „Unterschätzt“ sowie bei passiv-aggressivem Verhalten handelt es sich überdurchschnittlich häufig um Männer (Abbildung 20). Bei den eher passiv-abhängigen, schuldbeladenen Mustern („Abhängigkeit“, „Erbschuld“, „Unterordnung“) sind Frauen überdurchschnittlich vertreten, und beim Muster „Übergriffe“ handelt es sich fast ausschliesslich um Frauen. Ob (sexuelle) Übergriffe gegenüber Frauen in der Biografie respektive unabgegrenztes Verhalten von Frauen am Arbeitsplatz effektiv häufiger vorkommen als bei Männern oder hier einfach häufiger und expliziter beschrieben wurden, bleibt unklar. Untersuchungen zur Prävalenz von sexueller Gewalt bei Kindern und Jugendlichen zeigen jedenfalls, dass Mädchen davon deutlich häufiger betroffen sind als Jungen (Schönbucher et al., 2011; Averdijk et al, 2012).

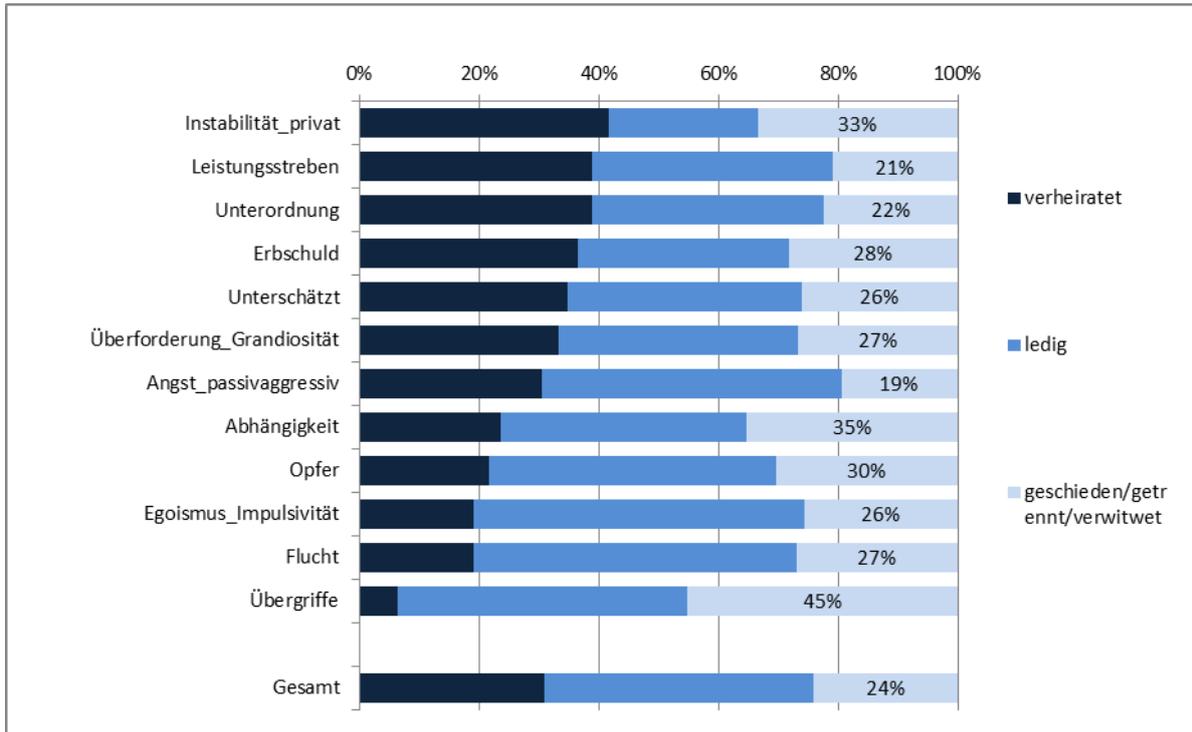
Generell zeigen aber die hier vorliegenden Daten zu allen Patienten mit Arbeitsproblemen (inklusive diejenigen ohne typisches Problemmuster), dass Patientinnen hinsichtlich Erfahrungen von Gewalt und Missbrauch (74%), schwerer emotionaler Vernachlässigung (73%) und übermässig strenger, rigider Erziehung (64%) signifikant häufiger betroffen sind als Patienten (der Anteil von Patientinnen liegt insgesamt bei 58%). Patientinnen hatten zudem auch signifikant häufiger psychisch kranke Eltern und Eltern, die sich trennten, geschieden wurden oder verstarben – sind also insgesamt biografisch deutlich stärker vorbelastet als Patienten.

Abbildung 20: Problemmuster nach Geschlecht (N=320)



PatientInnen mit verschiedenen Problemmustern unterscheiden sich auch – und dies zum Teil sehr deutlich – nach Zivilstand (Abbildung 21). PatientInnen mit dem Problemmuster „Instabilität privat“ sind besonders häufig verheiratet und besonders selten ledig, hingegen häufig getrennt oder geschieden vom Partner. Dabei ist natürlich zu beachten, dass das Problemmuster „Instabilität privat“ wahrscheinlicher ist, wenn ein Partner vorhanden ist oder war. Diese PatientInnen gehören mit den PatientInnen vom Typ „Abhängigkeit“ und „Übergriffe“ zu den am häufigsten getrennt/geschieden lebenden Personen. Besonders häufig ledig (selten verheiratet und auch selten geschieden) sind PatientInnen vom Typ „Flucht“ und „Egoismus, Impulsivität“ sowie „Angst, passiv-aggressiv“ und „Unterschätzt“. Besonders häufig verheiratet und nicht gleichzeitig schon getrennt/geschieden lebend sind schliesslich PatientInnen vom Typ „Leistungsstreben“, „Unterordnung“ und „Erbschuld“ – also vor allem Frauen (siehe Abbildung 20). „Verheiratet sein“ ist ein Merkmal, das sich in sozialepidemiologischen Untersuchungen regelmässig als einer der wichtigsten protektiven Prognosefaktoren herausstellt. Daher kann man davon ausgehen, dass die PatientInnen vom Typ „Leistungsstreben“ und „Unterordnung“ (häufig verheiratet, eher selten getrennt/geschieden) – also vor allem leistungsorientierte, wenig durchsetzungsfähige und überangepasste weibliche Patienten – auch bei Arbeitsproblemen die besseren Verläufe zeigen. Dies trifft in den hier vorliegenden Fällen auch zu, sie sind in den von den PsychiaterInnen als „günstig“ bezeichneten Verläufen leicht überrepräsentiert.

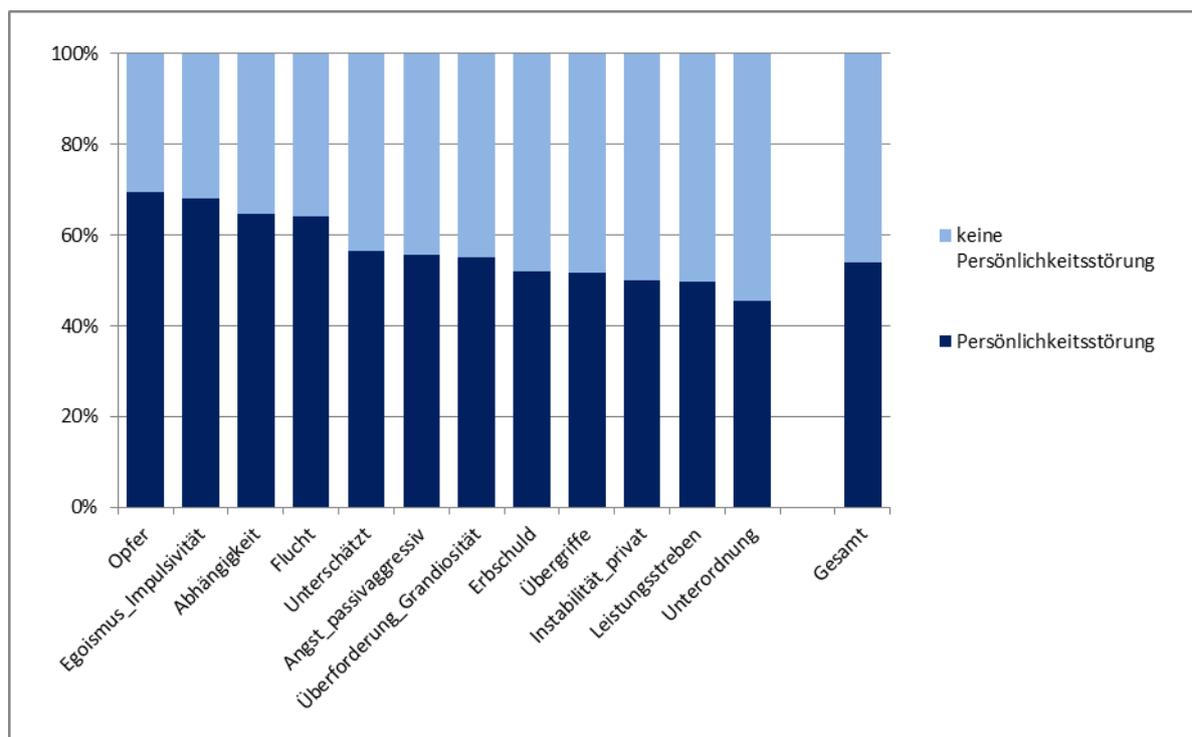
Abbildung 21: Problemmuster nach Zivilstand (N=320)



Eine mögliche Erklärung für dieses Resultat gibt die folgende Abbildung (Abbildung 22). Die beiden Problemmuster „Unterordnung“ und „Leistungsstreben“ umfassen vergleichsweise selten PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung. Dabei ist zu beachten, dass der Anteil der PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung bei den hier betrachteten Patienten mit einem typischen Problemmuster (gegenüber allen erfassten PatientInnen) generell erhöht ist (54% bei vorhandenem Problemmuster versus 41% bei allen PatientInnen). Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung haben definitionsgemäss eine erhöhtes Risiko für ein typisches Problemmuster.

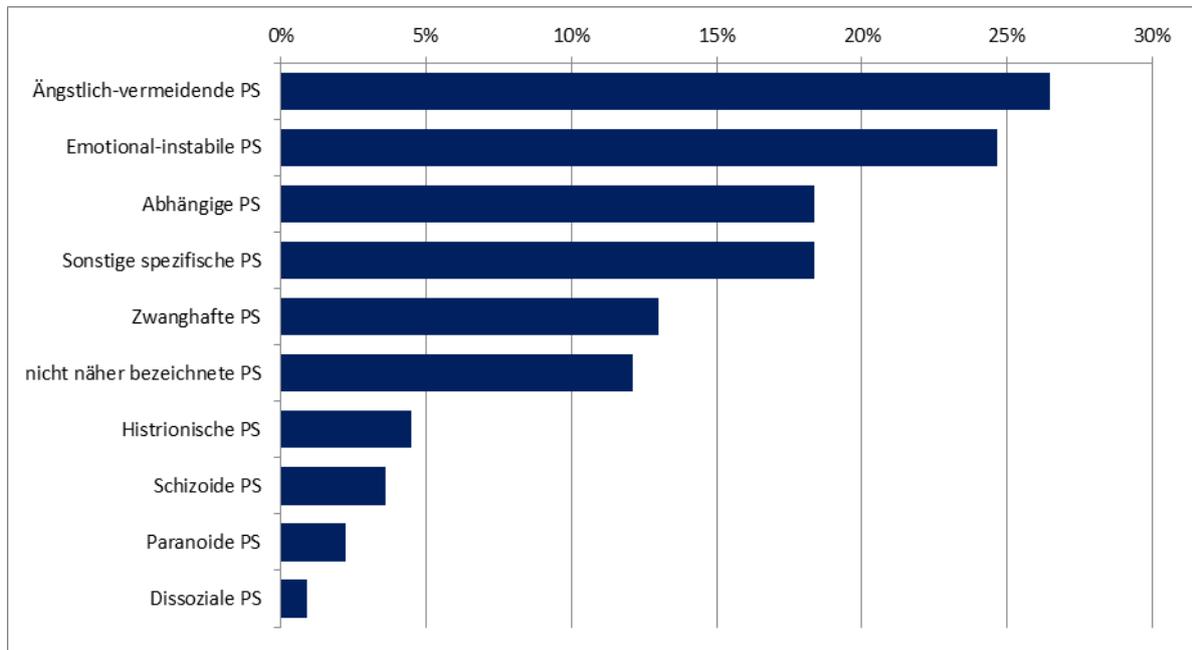
Ein besonders hoher Anteil von PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung findet sich mit jeweils 70-64% in den Problemmustern „Opfer“, „Egoismus, Impulsivität“, „Abhängigkeit“ und „Flucht“. Man kann bei Patienten mit diesen Problemmustern demnach meist davon ausgehen, dass sie eine narzisstische, emotional-instabile, abhängige oder ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung haben.

Abbildung 22: Problemmuster nach Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung (N=320)



Der hohe Anteil dieser spezifischen Persönlichkeitsstörungen bei den Problemmustern ist mit grosser Sicherheit kein Zufallsresultat: Zum einen sind Persönlichkeitsstörungen besonders invalidisierend, und zum anderen sind genau diese genannten 4 Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen besonders häufig anzutreffen bei IV-Rentnern aus „psychogenen“ Gründen (Abbildung 23; Mehrfachnennungen möglich). Die bei den hier erfassten PatientInnen mit Arbeitsproblemen besonders häufigen Persönlichkeitsstörungen sind in derselben Häufigkeit und Reihenfolge anzutreffen bei IV-Rentnerinnen und -Rentnern. Besonders häufig sind ängstlich-vermeidende und emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen, gefolgt von abhängigen und sonstigen (meist narzisstischen) Persönlichkeiten.

Dass gerade ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsprobleme so prävalent sind bei Patienten mit Arbeitsproblemen verdeutlicht, dass Vermeidungsverhalten eines der grössten beruflichen Handicaps darstellt. Vermeidungsverhalten kann sich nicht nur darin äussern, dass Betroffenen sich nicht gut wehren können, nicht durchsetzungsfähig oder konfliktunfähig sind, sondern auch darin, dass sie in der Folge arbeitsunfähig geschrieben werden und nicht selten kaum mehr den Weg zurück an den Arbeitsplatz finden. Gleichzeitig handelt es sich hierbei meist um Personen, die die Leistungsanforderungen erfüllen können und sich auch nicht per se unbeliebt machen bei Arbeitskollegen und Vorgesetzten. Oft sind sie eher beliebt und lösen Unterstützungsimpulse aus.

Abbildung 23: Verteilung spezifischer Persönlichkeitsstörungen (N=223 PatientInnen mit PS)

3.6.10 Kategorisierung nach umfassenderen Problemmustern

Parallel zur Kodierung nach 12 Problemmustern wurde vom Erstautor (NB) auch eine vereinfachte, umfassendere Kategorisierung vorgenommen nach 5 Problemtypen (Abbildung 24).

Die beiden mit je rund 45% grössten Gruppen sind zum einen PatientInnen, welche ihre Arbeitsstellen jeweils mit grossem Engagement beginnen, sehr pflichtbewusst und leistungsorientiert arbeiten, wegen ihrer Rigidität und ihrem häufigen Perfektionismus aber anfällig sind für Probleme und Konflikte. Gleichzeitig besteht oft ein ausgeprägtes Bedürfnis, für den generösen Einsatz auch entsprechende Wertschätzung und Anerkennung zu erhalten. Wenn diese ausbleibt – oder mit zunehmender Dauer und oft in Kombination mit Konflikten zunehmend geringer wird – kommt es zu erheblichen Kränkungserscheinungen und schliesslich oft zur Dekompensation.

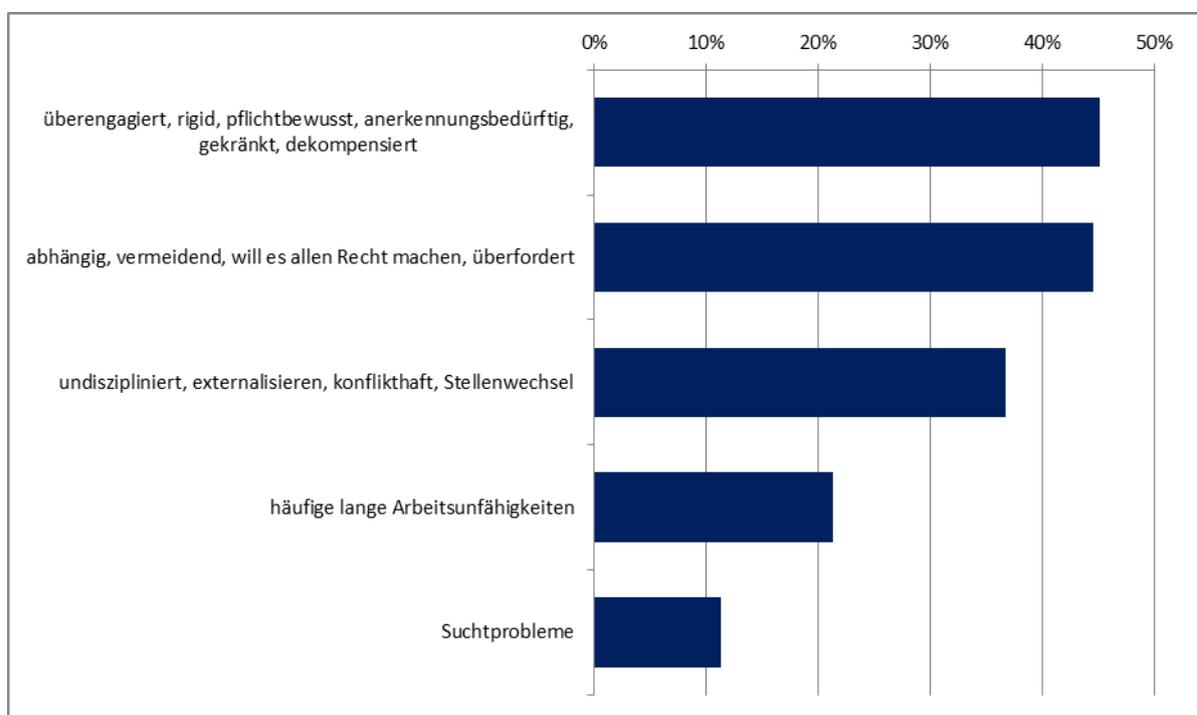
Fast gleich gross ist die Gruppe der PatientInnen, die es ebenfalls besonders gut machen wollen, allerdings weniger aus Perfektionismus oder Leistungsstreben, sondern damit man mit ihnen zufrieden ist. Häufig handelt es sich um ängstliche Personen mit deutlichem Vermeidungsverhalten, die abhängig sind von anderen. Sie wollen es allen Recht machen, können sich nicht oder nur ungeschickt gegen unangemessene oder vermeintliche Ansprüche wehren und sind generell wenig konfliktfähig. Häufig entwickelt sich eine Art Dynamik, wo die Arbeitsumgebung sich daran gewöhnt, dass man dem ‚lieben Kerl‘ oder dem ‚Mädchen für alles‘ noch zusätzliche Aufgaben geben kann. Dies alles führt schliesslich zur Dekompensation, was sich wegen der fehlenden Konfliktfähigkeit nicht in Auseinandersetzungen äussert, sondern in oft längeren Arbeitsunfähigkeiten und oft erheblichen Problemen, die PatientInnen wieder zurück an die Arbeit zu bringen.

Die dritte, mit mehr als einem Drittel der PatientInnen ebenfalls grosse Gruppe, beschreibt im weiteren Sinne immer Probleme mit der Disziplin. Typisch ist, dass es relativ rasch zu Konflikten an der Arbeitsstelle kommt. Die Probleme werden externalisiert, Schuld haben immer die anderen, die Arbeitskollegen und vor allem die Vorgesetzten. Die PatientInnen fühlen sich als „Opfer“. Typisch sind häufige Stellenwechsel in der Arbeitsbiografie. Oft werden Arbeitspflichten nicht eingehalten und Kompetenzen überschritten.

Rund ein Fünftel der Problemmuster äussern sich gemäss Beschreibungen vor allem in häufigen oder längeren Arbeitsunfähigkeiten, wobei die Ursachen unterschiedlich sein können. Auch hier gibt es Überschneidungen zu den anderen Gruppen. Im Vordergrund stehen allerdings die Arbeitsunfähigkeiten.

Schliesslich sind etwas mehr als 10% der Fälle durch Suchtprobleme charakterisiert. Meistens handelt es sich um Alkoholprobleme. Diese haben verschiedene Formen, sei es, dass sie von Beginn weg schon vorhanden waren und an verschiedenen Stellen Probleme verursacht haben, sei es, dass es zu zunehmenden Suchtproblemen kam, als sich bei der Arbeit Probleme entwickelten oder dass der Substanzkonsum wegen privater Probleme zunahm, sich dann bei der Arbeit auswirkte und zusätzliche Komplikationen mit sich brachte mit noch mehr Substanzkonsum etc. Diese Klientel wird als einzige besonders häufig von PsychiaterInnen in psychiatrischen Einrichtungen berichtet (rund 45% dieser Fälle gegenüber jeweils rund 25% bei den anderen Gruppen).

Abbildung 24: ‚Roter Faden‘ der Arbeitsprobleme, 5 Gruppen (N=507) bei N=319 Patienten



3.6.11 Problemmuster und Patienten-Spitznamen

Der Vergleich von Problemmustertyp und Spitznamenkategorie zeigt, dass beide meist sinnvoll zusammenhängen, obwohl es sich hier um jeweils stark zusammengefasste Kategorien handelt. Das heisst, die Spitznamen sind relativ spezifisch und auch die Kategorisierung der Problemmuster scheint umgekehrt insgesamt stimmig (Abbildung 25).

Patienten, deren typisches Arbeits-Problemuster als „überengagiert, rigid, pflichtbewusst, gekränkt, dekompenziert“ kategorisiert wurde, haben in rund 30% der Fälle von den PsychiaterInnen auch einen Spitznamen erhalten, der auf darauf hindeutet, dass es sich um einen „perfektionistischen, komplizierten, arbeitsamen“ Patienten handelt. Fast gleich häufig sind allerdings Spitznamen, die auf „aggressives, narzisstisches, instabiles“ Verhalten hindeuten. Das zeigt womöglich, dass es sich bei einem Teil dieser Patienten eben nicht nur um arbeitsame Perfektionisten handelt, sondern um Perso-

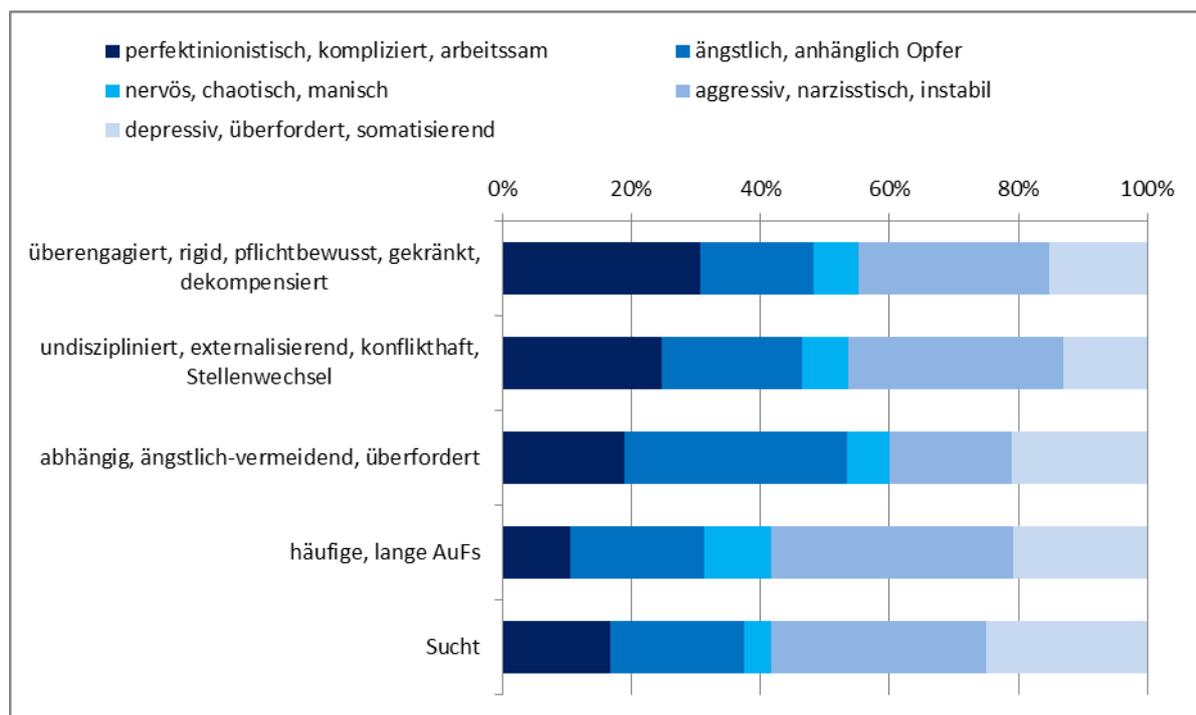
nen, die bei mangelnder Anerkennung ihres (vermeintlichen) Einsatzes aggressiv reagieren können – oder um Personen, die mit ihrem Einsatz nicht konstant sind.

Patienten vom Problemmuster „undiszipliniert, externalisierend, konflikthaft, Stellenwechsel“ erhalten auch am häufigsten einen ‚aggressiven, narzisstischen, instabilen‘ Spitznamen, und Patientinnen vom Problemtyp „abhängig, ängstlich-vermeidende, überfordert“ vom Typ „ängstlich, anhänglich, Opfer“.

Beim Problemtyp, der sich durch „häufige, lange Arbeitsunfähigkeiten“ auszeichnet, handelt es sich am meisten um PatientInnen mit „aggressiven, narzisstischen, instabilen“ Spitznamen. Mit je rund 20% ebenfalls häufig sind hier ängstlich-abhängige und depressive sowie Schmerz- und Suchtpatienten. Perfektionisten kommen hier besonders selten vor. Auch beim Problemtyp „Sucht“ handelt es sich meistens um PatientInnen mit „aggressiven, narzisstischen, instabilen“ Spitznamen. Spitznamen, die auf depressive oder Schmerzprobleme hindeuten, sind hier auch nicht selten.

Wenn man den Spitznamen glauben will – und einiges deutet darauf hin, dass diese treffend sind – so zeigt sich hier auch das ‚wahre‘ Ausmass an narzisstischen Konflikten und aggressiven, instabilen Verhaltensweisen: Bei 3 von 5 Problemtypen sind derartige Spitznamen am häufigsten, bei einem weiteren Problemtyp am zweithäufigsten und lediglich beim Problemtyp der ängstlich-abhängigen Patienten etwas seltener.

Abbildung 25: Problemmuster (5 Gruppen) nach Spitzname (N=189)



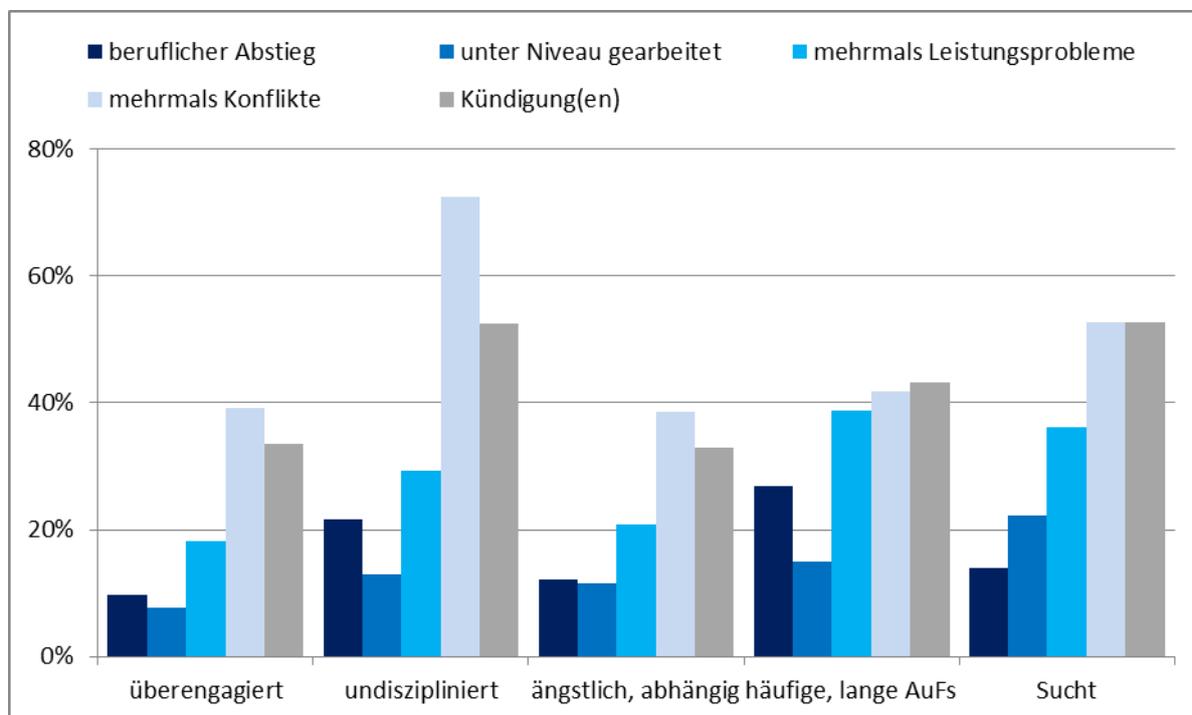
3.6.12 Problemmuster und Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie

Je nach Zugehörigkeit zu einem Problemmuster bringen die Patientinnen und Patienten unterschiedliche Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie mit (Abbildung 26 und Abbildung 27).

Patienten, die zum Problemmuster der Überengagierten gehören, haben schon mehrmals konflikthafte Arbeitsstellen gehabt und rund einem Drittel wurde schon ein- oder mehrmals gekündigt. Hervorstechendes Merkmal ist gegenüber den anderen Gruppen, dass sie bis zur aktuell berichteten Problemsituation beruflich Karriere gemacht haben. Sie hatten bisher nur selten Leistungsprobleme,

Stellenwechsel oder längere Arbeitsunterbrüche und waren bisher kaum je arbeitslos oder sozialhilfeabhängig.

Abbildung 26: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie, nach Problemmuster (N=316)



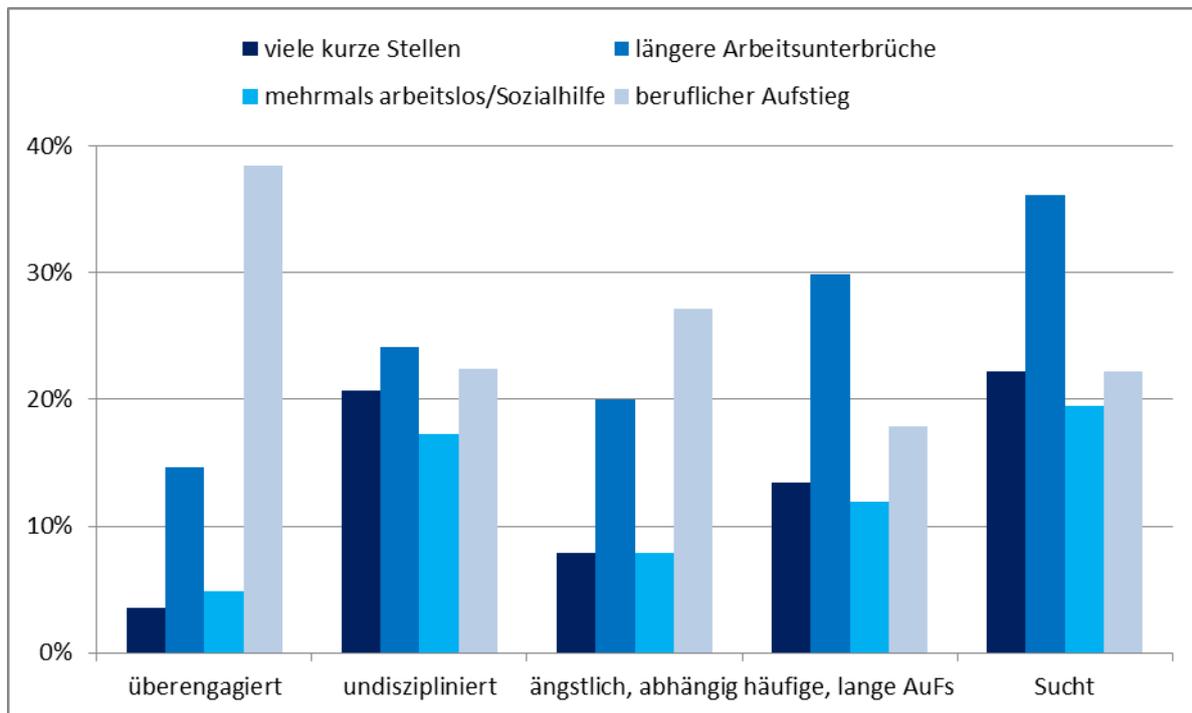
Patienten vom Typ der „Undisziplinierten“ sind bisher vor allem durch Konflikte an mehreren Arbeitsstellen aufgefallen – solche gab es bei fast 75% all dieser Patienten – und konsequenterweise auch besonders häufig durch Kündigungen. Rund 20% von ihnen haben im Verlauf ihrer Arbeitsbiografie jeweils einen beruflichen Abstieg durchgemacht mit vielen Stellen kurzer Dauer, längeren Arbeitsunterbrüchen und mehrmaliger Arbeitslosen- und Sozialhilfe.

Ängstliche, abhängige Patienten haben weniger auffällige Arbeitsbiografien und auch weniger Kündigungen in der Anamnese, vergleichbar mit den Überengagierten: Auch sie haben nicht selten (rund 25%) einen beruflichen Aufstieg gemacht und hatten in 40% der Fälle auch schon mehrmals Konflikte an Arbeitsstellen.

Patienten mit häufigen oder langen Arbeitsunfähigkeiten sind schon bisher erwartungsgemäss durch längere Arbeitsunterbrüche aufgefallen sowie im Vergleich besonders häufig durch mehrmalige Leistungsprobleme und einen beruflichen Abstieg.

Besonders auffällige Arbeitsbiografien bringen Patienten mit manifesten Suchtproblemen mit: Sie haben vergleichsweise häufig unter ihrem Ausbildungsniveau gearbeitet, hatten häufig schon mehrmals Konflikte und wurden oft gekündigt. Zudem hat diese Gruppe den höchsten Anteil von Patienten mit längeren Arbeitsunterbrüchen, von Patienten mit vielen Stellen kurzer Dauer und von Patienten mit früherer Zeiten von Arbeitslosigkeit und Sozialhilfeabhängigkeit.

Abbildung 27: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie nach Problemmuster (N=316) - Fortsetzung

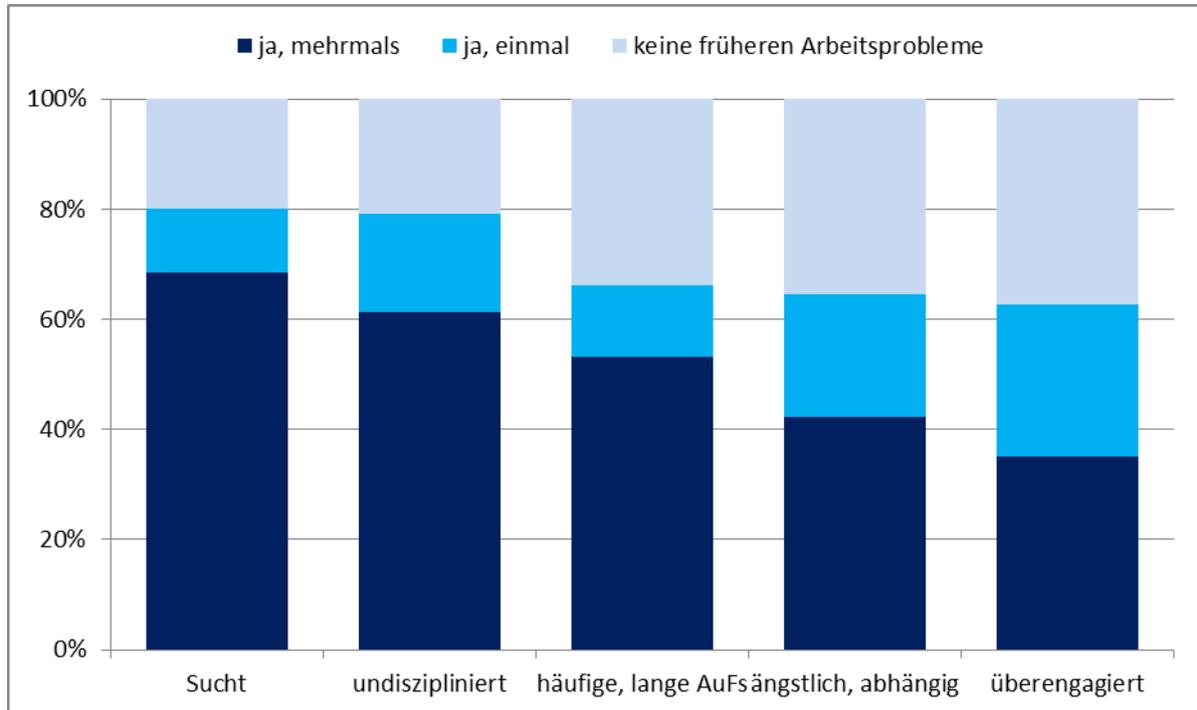


Während diese Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie per se noch nichts über deren Ursache aussagen, zeigt die folgende Abbildung die Antwort der PsychiaterInnen, ob die Patienten schon an früheren Stellen – vor der aktuell berichteten Problemsituation – „psychisch bedingte Arbeitsprobleme“ hatten (Abbildung 28).

Fast 70% der Patienten mit dem Problemmuster „Sucht“ hatten schon mehrmals psychisch bedingte Arbeitsprobleme, weitere rund 10% einmal. Bei den Undisziplinierten hatten rund 60% schon mehrmals und rund 20% einmal Probleme. Die anderen 3 Gruppen bringen in rund einem Drittel bis 40% der Fälle eine ‚problemlose‘ Arbeitsbiografie mit, wobei die ängstlich-abhängigen und die Überengagierten vergleichsweise besonders selten schon mehrmals Probleme hatten.

Die Problemmuster zeigen zudem Zusammenhänge mit den Diagnosetypen: Das Problemmuster Sucht hängt diagnostisch eng mit dem Typ der komorbiden Persönlichkeitsstörungen zusammen. Die ängstlich-abhängigen und die Überengagierten haben typischerweise eine Diagnose aus der Gruppe der neurotischen Störungen (Angststörungen, akute Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen), die Undisziplinierten und die Patienten mit langen/häufigen Arbeitsunfähigkeiten gehören besonders häufig zum Diagnosetyp „Depression, Persönlichkeitsstörung“.

Abbildung 28: Frühere Stellen mit psychischen Arbeitsproblemen nach Problemmuster (N=293)



3.6.13 Fazit Arbeitsbiografie

Die Hälfte der Patienten hatte bisher 3 Arbeitsstellen oder weniger, die andere Hälfte 4 bis 25 Stellen. Die grosse Mehrheit zeigt Auffälligkeiten oder Probleme an früheren Arbeitsstellen – häufig Konflikte mit dem Vorgesetzten oder den Arbeitskollegen, häufig sind Patienten auch schon entlassen worden. Je nach Diagnosetyp zeigen sich etwas unterschiedliche Arbeitsbiografie-Profile, zum Beispiel mit längeren Arbeitsunterbrüchen, Leistungsproblemen und beruflichem Abstieg bei schizophrenen Patienten oder mit häufigen Konflikten mit der Arbeitsumgebung bei gleichzeitig häufigem beruflichem Aufstieg bei den Persönlichkeitsstörungen.

Die Arbeitsbiografie hängt zusammen mit dem Verlauf der aktuell geschilderten Arbeitsprobleme: Anamnestisch bekannte Faktoren wie viele kurze Stellen, mehrmalige Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunterbrüche und mindestens eine Kündigung sind bei aktuell ungünstigen Verläufen deutlich häufiger anzutreffen. Die Arbeitsbiografie hängt zudem eng mit der frühen familiären Biografie zusammen: Je mehr familiäre Probleme desto mehr Probleme in der Arbeitsbiografie. Gleichzeitig verfügen viele Patienten auch über gute Arbeitserfahrungen. Geholfen haben dabei eine passende Arbeit, eine gute Beziehung zum Vorgesetzten und ein tragendes Teamklima wie auch eine gute Arbeitsmotivation der Patienten selbst.

Rund zwei Drittel der Patienten zeigen ein typisches Problemmuster, welches sich durch ihre Arbeitsbiografie zieht – oft verbunden mit der frühen familiären Biografie. Diese Problemmuster (überengagiert/rigid/gekränkt; undiszipliniert/konflikthaft/externalisierend; ängstlich-vermeidend/abhängig; häufig absent sowie Suchtprobleme) unterscheiden sich teilweise nach Geschlecht, Zivilstand und Diagnose.

Die Schilderung der Problemmuster – des „roten Fadens der Arbeitsproblematik“ – durch die Psychiaterinnen und Psychiater ergibt insgesamt ausserordentlich präzise und relevante Informationen über die Zusammenhänge und Hintergründe von Arbeitsproblemen. Dieses Wissen macht die psychische

Behinderung überhaupt erst verständlich und ist unverzichtbar für Prävention und Frühintervention bei Arbeitsproblemen sowie für die Reintegration. Zumindest müssen die arbeitsbezogenen Konsequenzen dieser individuellen biografischen Muster bekannt sein, bevor interveniert wird. Die Identifikation und Beschreibung solcher Muster ist eine Syntheseleistung unter Berücksichtigung von Biografie, Pathologie, Patientenerleben und -verhalten, welche nicht von anderen Akteuren geleistet werden kann. Der Einbezug von PsychiaterInnen bei der Problemanalyse und Interventionsplanung bei psychisch Kranken wäre deshalb an sich in allen relevanten Problemfällen zwingend.

3.7 Problemverlauf am Arbeitsplatz

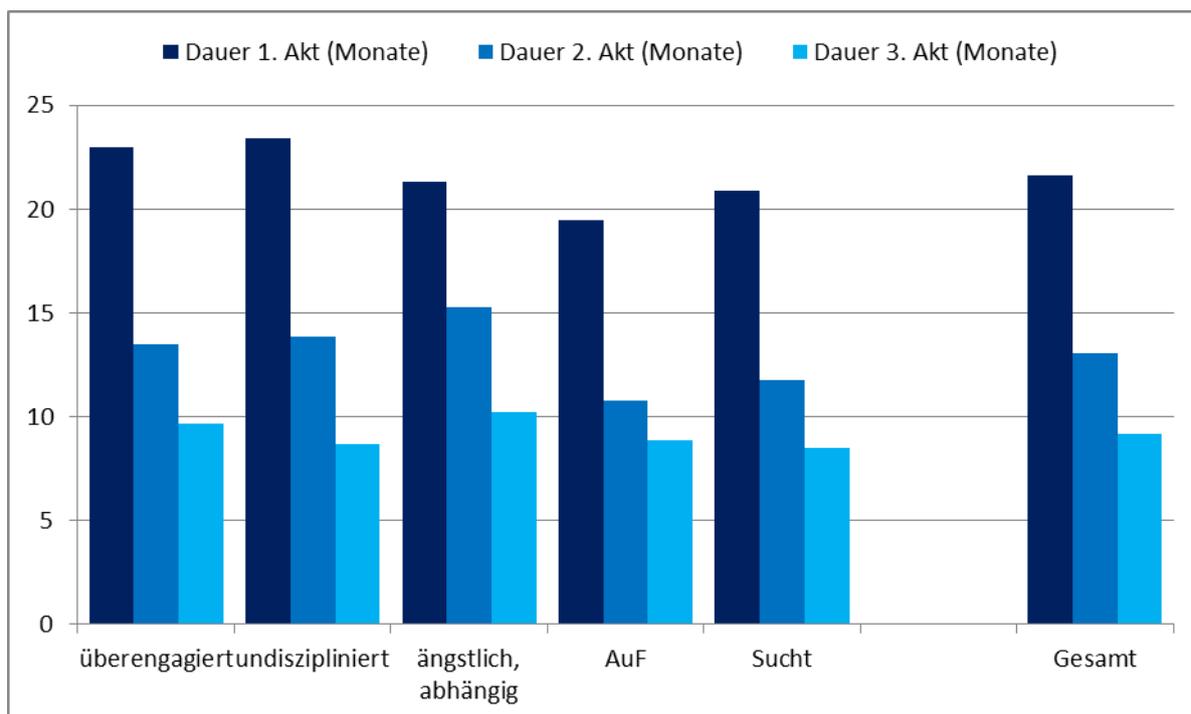
Im Folgenden werden Resultate vorgestellt zum Verlauf der Arbeitsprobleme dieser Patientinnen und Patienten in der hier erinnerten Geschichte. Um die Angaben zum Problemverlauf an dieser bestimmten Arbeitsstelle zu erleichtern, wurden die Psychiaterinnen und Psychiater gebeten, die ‚Geschichte‘ in drei Akte zu unterteilen – einen ersten Akt („Einleitung und Problembeginn“), einen zweiten Akt („Zuspitzung der Probleme bis zum Höhepunkt/bis zum Wendepunkt der Geschichte“) und einen dritten Akt („Problemausgang/-Lösung, Katastrophe oder Status quo“). Abgesehen von wenigen Ausnahmen war es offenbar in den meisten Fällen möglich, eine solche Verlaufsunterteilung vorzunehmen. Die Dauer der einzelnen „Akte“ war beliebig. Die folgende Abbildung zeigt zunächst die Dauer der einzelnen Problemphasen für die unterschiedlichen, oben dargestellten Problemmuster (Abbildung 29).

3.7.1 Dauer der einzelnen Problemphasen

Die Phase „Einleitung und Problembeginn“ dauert durchschnittlich mit über 20 Monaten deutlich am längsten, die zweite Phase „Zuspitzung der Probleme bis zum Höhepunkt/bis zum Wendepunkt der Geschichte“ am zweitlängsten (rund 13 Monate) und die dritte Phase „Problemausgang/-Lösung, Katastrophe oder Status quo“ ist mit rund 9 Monaten die kürzeste. Dies weist darauf hin, dass Arbeitsprobleme einen langen Vorlauf haben, teils auch schleichend sich verschlimmern. Bevor die Probleme eskalieren (meist erst im zweiten Akt) bauen sich die Probleme demnach über nahezu zwei Jahre auf. Hier wäre an sich viel Zeit, um zu intervenieren – sei es von Arbeitgeber- wie auch von Behandlungsseite. Der Median der einzelnen Phasendauern liegt bei 10 Monaten (erster Akt), 6 Monaten (zweiter Akt) und 6 Monaten (dritter Akt).

Während die letzte Problemphase („Problemausgang“) bei allen Problemmustern in etwa gleich kurz dauert, unterscheiden sich die Dauern der ersten und zweiten Phase je nach Muster: Einen eher längeren Vorlauf haben überengagierte und undisziplinierte Patienten, einen eher kürzeren Vorlauf Patienten, die vor allem mit Arbeitsunfähigkeiten imponieren. Die zweite Phase der Problemeskalation ist hingegen besonders lange bei den ängstlich-abhängigen und besonders kurz bei Patienten mit Arbeitsunfähigkeiten und Suchtproblemen – hier geht es ab einem bestimmten Punkt dann relativ rasch bis zur Phase der Problembeseitigung.

Abbildung 29: Dauer Problembeginn, -eskalation und -ausgang (Mittelwerte)

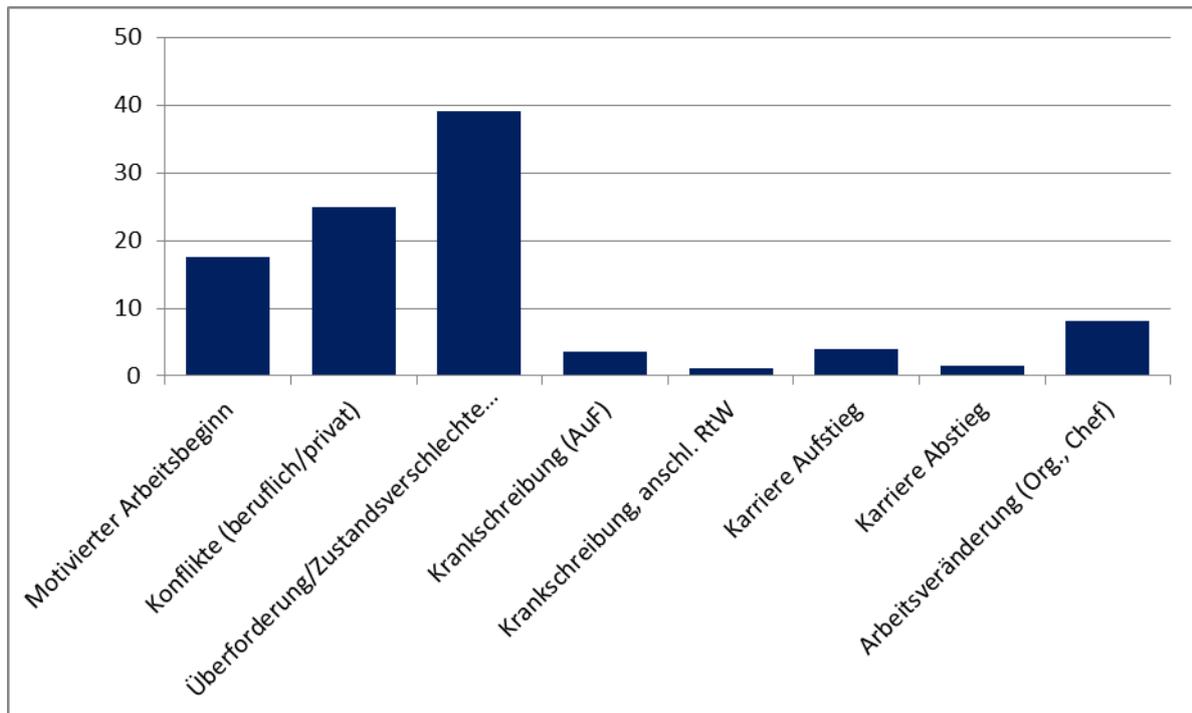


Diese Frage nach der Dauer der „3 Akte“ der Geschichte mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden wurde analog in einer jüngst berichteten, repräsentativen Befragung von rund 1'500 Deutschschweizer Führungskräften gestellt (Baer et al., 2017b). Aus Sicht der Führungskräfte dauern die einzelnen Problemphasen 8 Monate (Beginn), 8 Monate (Eskalation) und 6 Monate (Problemausgang). Es ist anzunehmen, dass Psychiater den Beginn („Einleitung“) der Geschichte deutlich früher verorten als die Arbeitgeber, welche nur das sehen, was am Arbeitsplatz geschieht.

Fragt man nämlich die PsychiaterInnen danach, wie viele Monate nach Stellenbeginn sich die Arbeitsprobleme erstmals zeigten (durchschnittlich nach 48 Monaten) und auch wie viele Monate nach Stellenbeginn sie beendet waren (durchschnittlich nach 69 Monaten), so resultiert eine durchschnittliche Problemdauer am Arbeitsplatz von 21 Monaten. Diese Problemdauer entspricht relativ gut der von Führungskräften wahrgenommenen Problemdauer von durchschnittlich 24 Monaten. Man kann demnach davon ausgehen, dass solche Problemverläufe am Arbeitsplatz von den ersten Auffälligkeiten bis zum vorläufigen Ende – einige Geschichten sind bei Befragung noch am Laufen – rund zwei Jahre dauern, dass die „Einleitung“ der Geschichte aber schon rund eineinhalb Jahre früher begonnen hat. Psychiater bemerken zumindest im Nachhinein derartige beginnende Probleme offensichtlich früher als die Führungskräfte. Hier stellt sich mit Blick auf mögliche präventive Interventionen die Frage, ob es nicht möglich wäre, dass die behandelnden Psychiater schon bei der allfälligen Wahrnehmung einer beginnenden Problematik aktiv intervenieren, auch wenn noch keine Auffälligkeiten am Arbeitsplatz vorliegen.

3.7.2 Der „erste Akt“: Beschreibungen

Die Befragten wurden auch gebeten, den drei „Akten“ einen Titel respektive eine Kurzbeschreibung zu geben. All diese Beschreibungen wurden kategorisiert. Die folgende Abbildung (Abbildung 30) und die folgende Tabelle (Tabelle 15) zeigen die Kategorisierungen der Beschreibungen des Problembeginns sowie Textbeispiele.

Abbildung 30: Kategorisierung des Problembeginns („Erster Akt“), 8 Gruppen

Die Problementwicklung wurde in 8 Kategorien gruppiert. Besonders häufig wird die Problementwicklung beschrieben als freudiger Stellenantritt: „Hurra ... eine neue Stelle“ (18% der Fälle), als konflikthaft: „Ich fühle mich gemobbt“ (25% der Fälle) und als zunehmende Überforderung oder Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes in 39% der Fälle. In rund 8% werden bei Problembeginn vor allem Veränderungen am Arbeitsplatz beschrieben („Changement de chef“). Manchmal (4%) beginnt die Geschichte auch mit einem beruflichen Aufstieg. In eher seltenen Fällen kommt es schon zu Problembeginn zu Arbeitsunfähigkeiten, teils mit anschliessenden Return-to-work Massnahmen.

Die folgende Tabelle zeigt einige Beschreibungen der jeweiligen Kategorien. Die Beispiele der Kategorie „Motivierter Arbeitsbeginn“ verdeutlichen zum einen, wie wichtig eine erfolgreiche Arbeitstätigkeit für das Selbstwertgefühl von Patienten sein kann, wie sehr ein übermotivierter Arbeitseinstieg aber auch überfordern und zur Vernachlässigung persönlicher und familiärer Bedürfnisse führen kann – und nicht zuletzt, dass übersteigerte Hoffnungen auch blind machen können für reale Schwierigkeiten.

Der zweite Typ von Problementwicklungen zeigt schon früh berufliche oder private Konflikte: Gefühle, von der Führungskraft nicht adäquat wahrgenommen zu werden, ungerecht behandelt oder gemobbt zu werden, Kränkungerleben oder auch durch das Hineingezogen-werden in bestehende betriebliche Konflikte.

Die Kategorie „Überforderung/Zustandsverschlechterung“ ist charakterisiert durch schleichende Leistungseinbrüche – oft bei übermässigen Einsatz und fehlender Rückmeldung an die Führungskraft – gefolgt von diversen somatischen und psychischen Beschwerden (Schlafstörungen, zunehmende Angstprobleme, Erschöpfung etc.).

Selten kommt es schon zu Beginn zu Krankschreibungen. Diese werden unterschiedlich bewertet, einmal als sinnvolle Lösung („Rausnehmen“), einmal als Problemverschärfung („Jetzt fällt sie aus - das ist die Gelegenheit!“). Und schliesslich wird auch darauf aufmerksam gemacht, dass man als

Psychiater/in den Patienten erst nach längerer Arbeitsunfähigkeit bei ausbleibender Genesung vom Hausarzt zugewiesen erhielt.

Die ebenfalls seltene Kategorie „Karriere/Aufstieg“ beschreibt im wesentlichen Geschichten, bei denen die Probleme mit einem Karriereschritt ihren Anfang genommen haben. Dieser Karriereschritt wurde oft nicht aktiv gesucht, sondern hat sich ergeben – manchmal sogar eher gegen den Wunsch der Patienten. Manchmal beginnt die Geschichte auch mit einem beruflichen Abstieg, wobei dieser selbst auch schon einen längeren Vorlauf gehabt haben mag (hier wegen geringer Anzahl keine Beispiele).

Mit gegen 10% hingegen nicht selten sind Problemanfänge, die durch Veränderungen am Arbeitsplatz ausgelöst werden. Von besonderer Bedeutung ist hier der Wechsel des Vorgesetzten oder Wechsel im Mitarbeiterteam. Dies verweist auf die Wichtigkeit der Beziehungen am Arbeitsplatz, auch für das Funktionieren. Eher selten liegen die Auslöser bei betrieblichen Umstrukturierungen etc.

Tabelle 15: Beschreibung des Problembeginns („Erster Akt“) - Beispiele

Motivierter Arbeitsbeginn	<p>"Höhenflug": Prot. sucht nach Scheidung und Auseinanderbrechen der Familie nach neuer Bestätigung, absolviert eine WB und bekommt auch eine entsprechende Stelle; dort aber einerseits per se überfordert durch die komplexen Abläufe, andererseits wechselnde Vorgesetzte durch Umstrukturierung</p> <p>Die Arbeit ist eine Herausforderung und wird mit vollem Einsatz angegangen, Selbstfürsorge wird immer mehr vernachlässigt</p> <p>Hoch motivierter Beginn mit Überstunden und Verzicht auf Freizeit, baldige Übernahme von Leitungsfunktion</p> <p>Hurra... eine neue Stelle...</p> <p>Les collègues sont super-sympas et le travail est passionnant. Investissement à fond et attitude trop vite familière avec les collègues</p> <p>Nouvel essai plein d'espoir</p>
Konflikte (beruflich/privat)	<p>Dauerstress und Beziehungsschwierigkeiten führen dazu, dass sich die Ehefrau vom Versicherten trennt</p> <p>De l'art d'aggraver un conflit institutionnel et de se mettre dans les difficultés</p> <p>Ermahnungen von Vorgesetzten. Für Patient nicht nachvollziehbar. Somatische Probleme</p> <p>Gefühl, unfair behandelt und bei der Arbeitseinteilung benachteiligt zu werden. Pat fühlte sich allmählich im Würgegriff der "Umstände", die Kapitulation wurde vorgehenommen</p> <p>Ich fühle mich gemobbt</p> <p>Wunsch, die anerkannte Mitarbeiterin zu sein, wird aber vom Chef verstossen und zieht sich trotzig zurück</p> <p>Misstrauen bei Pat. und Mobbing durch Mitarbeitende nehmen zu</p> <p>Schwelender Teamkonflikt, der Patient in leitender Teamfunktion wird von Vorgesetztem im Stich gelassen.</p>
Überforderung/ Zustandsverschlechterung	<p>Abgrenzungsprobleme. Zu rücksichtsvoll, zu viel Einsatz für andere</p> <p>Anspruchsvolle Stelle, perfektionistische Patientin, Chef versäumt lange eine entlastende Kraft einzustellen</p> <p>Beginn Leistungseinbusse</p> <p>Der 36-Stunden-Tag</p> <p>Durant les premiers mois d'activité, il n'y a pas eu de problèmes venant du travail, par contre Vulnéro s'est rapidement épuisé.</p> <p>Ich leide, aber sage nichts</p> <p>Langsame Destabilisierung</p>

Tabelle 15 (Fortsetzung)

	<p>Mehrfachbelastung als Mutter und Angestellte, unbesetzte Stellen beim Arbeitgeber. Immer wieder einspringen müssen am Arbeitsplatz, nicht nein sagen können</p> <p>Dekompensation mit Beginn Paniksymptome</p> <p>Schlafstörung, Erschöpfung</p> <p>Überlastung, hohe Präsenzzeiten, zunehmende funktionelle Beschwerden, Erschöpfung</p>
Krankschreibung (AuF)	<p>Jetzt fällt sie aus - das ist die Gelegenheit!</p> <p>Kurze Ersterkrankung</p> <p>Obwohl nicht mehr gut leistungsfähig wegen einer depressiven Episode bei bipolarer Störung versuchte sie durchzuhalten. Sie riskierte dabei die Stelle. Nur durch ein Rausnehmen mit voller Arbeitsunfähigkeit hat sich die Patientin nicht einen grösseren Schaden am Arbeitsplatz eingehandelt</p> <p>Zuweisung durch den Hausarzt nach mehrmonatiger AUF und fehlender Verbesserung</p>
Karriere Aufstieg	<p>berufliches Himmelfahrtskommando</p> <p>Liebesgeschichte mit CEO und in der Folge sehr schnell Eintritt in die Firma als managing director</p> <p>Pat. jahrelang am gleichen Arbeitsplatz, hat sich gut eingerichtet. Kennt Arbeitsanforderung gut, nette Kollegen. Sucht aktiv Kontakt zu Arb. Kollegen für Gespräche. Fühlt sich sicher, auch in Hinblick auf beschriebene Darmerkrankung; man nimmt darauf Rücksicht, so z. B. kaum externe Termine. Nach Pensionierung des VG rutscht er nach, obwohl er die zusätzliche Verantwortung eigentlich nicht wollte; wollte nicht nein sagen, nicht zuletzt wegen Lohnanstieg. Kam von Arbeit in nettem Team mit vielen Kontakten alleine in Büro mit direktem VG, von dem er sich nicht akzeptiert und regelmässig beobachtet fühlte. Zunehmende Beschäftigung mit eigenen Problemen, Mühe, Arbeiten anzupacken und durchzuführen, suchte Gespräch mit Vorgesetzten nicht.</p> <p>Titel: Beruflicher Aufstieg, Überanpassung, übermässiges Leistungsstreben, fehlende Trennung zwischen Berufs- und Privatleben</p>
Arbeitsveränderung (Organisation, Chef)	<p>Changement de chef</p> <p>Eine sehr junge ehemalige Lehrtochter von Übergutmüt, mit formal gleichen Qualifikationen, wird vom Vorgesetzten als Vorgesetzte von Übergutmüt eingesetzt</p> <p>Es wird mehr Leistung verlangt. Die Kompetenzen werden beschnitten und Akademiker dafür eingesetzt. Aus betrieblichen Gründen wird nur 1 freier Tag am Stück und nur 1 Ferienwoche am Stück gewährt.</p> <p>Gute Königin wird durch schlechte Königin abgelöst</p> <p>Tout se déroule sans gros problèmes jusqu'à l'entrée à la retraite du supérieur hiérarchique</p> <p>Umstrukturierung im Betrieb, Verjüngung des Teams</p> <p>Wechsel des Direktors, Unsicherheit des Teams, Nervosität der Patientin, Mobbing</p>

3.7.3 Der „erste Akt“: Weitere Resultate

Im Folgenden werden weitere Resultate zum Problembeginn gezeigt, die auf zusätzlichen Fragen zu den freien Beschreibungen basieren (Tabelle 16).

Die Patientinnen und Patienten waren bei Beginn der Behandlung bei den Befragten im Durchschnitt 41.3 Jahre alt, bei Behandlungsende respektive zum Zeitpunkt der Befragung 44.6 Jahre alt. Hauptsächlich handelt es sich um Zuweisungen durch Hausärztinnen und Hausärzte, um Selbstzuweisungen sowie Zuweisungen durch psychiatrische Dienste (selten auch durch eine andere psychiatrische Praxis). Auch bei der Kategorie „Andere“ handelt es sich meist um psychiatrische Dienste.

3.7.4 Psychiater suchen selten früh einen Kontakt zum Arbeitgeber

Lediglich bei 8% der Patienten haben Arbeitsprobleme gar keine Rolle gespielt, dass eine psychiatrische Behandlung aufgesucht wurde. Bei rund 50% dieser (Selektion von) Patienten haben Arbeitsprobleme die hauptsächliche Rolle gespielt, dass die Behandlung überhaupt in Anspruch genommen wurde. Gleichzeitig wurde damals bei „wichtigen“ oder „hauptsächlichen“ Arbeitsproblemen als Behandlungsgrund selten sofort Kontakt mit dem Arbeitgeber aufgenommen – insgesamt in rund 20% der Fälle. Auch dort, wo die Arbeitsprobleme der *hauptsächliche* Grund für die Behandlung waren, wurde dieser Kontakt nicht häufiger gesucht (in 22% der Fälle).

Die Gründe, dass ein solcher Kontakt zum Arbeitgeber nicht gesucht wurde, sind vielfältig: Besonders häufig lag es daran, dass der Patient das nicht wollte, dass weder der Patient noch der Psychiater das wollten oder dass das Arbeitsverhältnis schon aufgelöst war. Hier muss man beachten, dass die Problemgeschichte oft (in 75% der Fälle) schon begonnen hat, bevor der Patient beim Befragten in Behandlung kam.

Häufig werden auch „andere“ Gründe genannt, zum Beispiel: Es war schon eine andere externe Person in den Fall involviert („Case Manager war schon eingeschaltet“), ein sofortiger Kontakt war nicht nötig oder wegen akutem Zustand, Klinikeinweisung etc. gar nicht möglich, ein baldiger Kontakt aber schon („Einweisung per FU. Kontakt fand bei Zustandsverbesserung statt“; „Ein *sofortiger* Kontakt schien damals nicht nötig, sehr schnell dann aber schon!“). Ein weiterer, häufiger Grund war die Angst des Patienten („Aus Angst vor dem Verlust der Stelle, wenn die psychiatrische Behandlung bekannt wird“). Oder es wurde zwar ein Kontakt hergestellt, aber nicht direkt mit dem Vorgesetzten („contact pris avec la médecine du personnel de l'employeur“). Weitere „andere“ Gründe waren die Prioritätensetzung, dass man beispielsweise den Patienten zunächst besser kennenlernen wollte („Eine gründliche psychiatrische Abklärung hatte zunächst Vorrang“; „Ich wollte die Situation der Pat. zuerst gut verstehen lernen“), ein ‚schwieriger‘ Vorgesetzter („Employeur très projectif dans son fonctionnement psy“; „Hoch-komplexe Situation/Arbeitgeber hat mich wegen Krankschreibung sofort bedroht, bevor ich einen guten Kontakt aufbauen konnte“) oder dass man dem Patienten die Chance geben wollte, selbst aktiv zu werden („Patient wollte selber mit Arbeitgeber kommunizieren“; „Stärkung der Fähigkeiten der Pat. durch eigene Kommunikation“; „war eine Option, aber Pat. wollte es primär selbst regeln“). Und schliesslich spielte manchmal auch Unsicherheit eine Rolle, wie offen konstatiert wurde („Unsicherheit meinerseits, aber: Rasche Kontaktaufnahme durch mich mit Case Managerin der Taggeldversicherung, etwas später auch mit Werksärztin“).

So nachvollziehbar all diese „anderen“ Gründe für eine ausbleibende Kontaktierung der Arbeitgeber sind, so liesse sich doch diskutieren, ob die Tatsache, dass schon ein Case Manager eingeschaltet ist, dass der Patient hospitalisiert wurde, dass der Patient bei allfälligem Kontakt befürchtet, die Stelle zu verlieren, dass man den Patienten zunächst besser kennen will oder dass der Patient selbst kommunizieren will etc., a priori verhindern muss, dass der/die Psychiater/in einen Kontakt zum Arbeitgeber sucht.

Dass zum Beispiel schon ein Case Manager eingeschaltet ist, bedeutet nicht unbedingt, dass ein Einschalten des Psychiaters unnötig ist. Der Case Manager kann das Wissen und die Präsenz des Psychiaters nicht ersetzen. Dass Patienten die Kommunikation mit dem Arbeitgeber selbst übernehmen wollen, ist ernst zu nehmen. Aber auch hier muss man sich fragen, welche Patienten effektiv in der Lage sind, diese Kommunikation so zu gestalten, dass sie der Problemlösung dient. Auch das Anliegen, dass man den Patienten zunächst gut kennen lernen will, ist verständlich. Aber man kann

sich fragen, ob dieses Anliegen wirklich eine parallele Kontaktnahme mit dem Arbeitgeber ausschliesst – vielleicht lernt man den Patienten gar noch besser kennen, wenn man auch versteht, wie er auf die Umgebung wirkt.

Dass schliesslich in rund 43% der Fälle der Patient einen Kontakt des Therapeuten zum Arbeitgeber nicht wollte (der Patient wollte das nicht, der Therapeut schon sowie weder Patient noch Therapeut wollten das), kann viele Gründe haben (Angst vor Diskriminierung, vor Kontrollverlust etc.). Die praktische Frage, die sich hier stellt ist, wie Therapeuten mit diesem ablehnendem Verhalten umgehen. Angesichts des meist negativen Outcomes dieser Verläufe und der bekannten Überforderung von Arbeitgebern im allgemeinen, Mitarbeitende mit psychischen Störungen nachhaltig stabil zu führen, wäre zu fragen, ob der Therapeut dem Patienten die Optionen klar aufgezeigt hat und diese Frage je nachdem wiederholt mit ihm diskutiert hat. Die praktische Erfahrung zeigt, dass die grosse Mehrheit der Patienten mit einem Kontakt zu ihrem Arbeitgeber einverstanden ist, wenn man ihnen erklärt, was der Nutzen eines solchen Kontaktes sein kann und was genau man kommuniziert – und was alles nicht.

Tabelle 16: Weitere Fragen zum Problembeginn und zu Interventionen

Frage	Antworten	Prozent
Wer hat die Zuweisung zu Ihnen hauptsächlich veranlasst? (N=501)	Pat. selbst	31.5%
	Angehörige	6.0%
	Hausarzt	42.3%
	Arbeitgeber	2.4%
	IV, andere Behörde	.8%
	Psychiatrischer Dienst/Praxis	11.6%
	Andere	5.0%
	Weiss nicht	.4%
Haben Arbeitsprobleme in irgendeiner Weise eine Rolle gespielt, dass Pat. eine psychiatrische Behandlung bei Ihnen aufsuchte (N=501)?	nein, gar nicht	8.0%
	eher unwichtige Rolle	14.2%
	eher wichtige Rolle	28.5%
	ja, hauptsächliche Rolle	49.3%
<i>Falls Arbeitsprobleme eine wichtige/hauptsächliche Rolle gespielt haben:</i> Haben Sie damals sofort mit dem Patienten ausführlich diskutiert, ob Sie einen solchen Kontakt zum Arbeitgeber aufnehmen sollen? (N=390)	Nein	40.5%
	Ja	59.5%
<i>Falls Arbeitsprobleme eine wichtige/hauptsächliche Rolle gespielt haben:</i> Haben Sie damals sofort mit dem Arbeitgeber Kontakt aufgenommen (per Telefon, E-Mail o.ä.)? (N=390)	Nein	79.5%
	Ja	20.5%
<i>Falls kein sofortiger Kontakt:</i> Warum nicht?	Patient wollte das explizit nicht	28.6%
	Ich als Arzt wollte das nicht	8.4%
	Weder Pat. noch ich wollten das	14.6%
	Kam mir nicht in den Sinn	5.5%
	Stelle war schon gekündigt	16.2%
	Anderes	26.6%

Thematisiert wurde ein allfälliger Kontakt zum Arbeitgeber allerdings häufig, nämlich in rund 60% der Fälle. Offensichtlich kamen Psychiater und Patient in zwei von 3 Fällen, in denen dies diskutiert wurde, hinsichtlich Kontaktaufnahme zu einem negativen Entscheid (wenn man davon ausgeht, dass jeder Kontaktnahme eine Diskussion vorausgegangen ist). Bemerkenswert ist allerdings auch, dass in 40% der Fälle ein möglicher Kontakt zum Arbeitgeber gar nicht diskutiert wurde – obwohl die Arbeitsproblematik meist der hauptsächliche oder dann ein wichtiger Grund war, dass diese Behandlung überhaupt begonnen wurde.

3.7.5 Interventionen der seit Problembeginn involvierten Psychiater

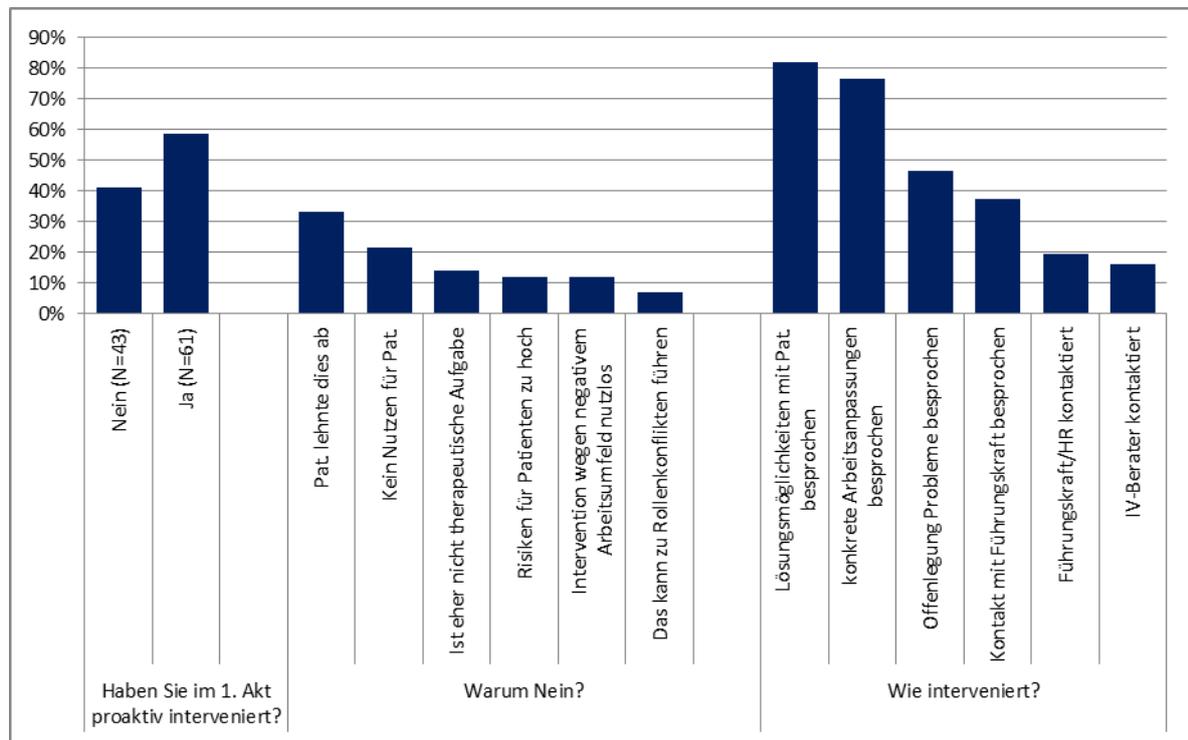
Die obigen Resultate gelten für alle Befragten hinsichtlich des von ihnen erlebten „ersten Aktes“, auch wenn dieser später als der effektive Problembeginn war. Die folgende Grafik (Abbildung 31) zeigt nun die Interventionen derjenigen PsychiaterInnen, die den Patienten schon bei Problembeginn behandelt haben (N=104), wo der „erste Akt“ also auch gerade den Beginn der Arbeitsproblematik darstellt.

Fast 60% der Psychiaterinnen und Psychiater geben an, schon bei Problembeginn „proaktiv“ interveniert zu haben. In je rund 80% der Fälle bedeutete dies, dass sie mit den Patienten Lösungsmöglichkeiten und konkrete Arbeitsanpassungen diskutiert haben, und in je rund 40% der Fälle, dass sie eine Offenlegung der psychisch bedingten Arbeitsprobleme respektive einen möglichen Kontakt zum Vorgesetzten besprochen haben. Das heisst, dass „intervenieren“ im Kontext der psychiatrischen Behandlung erwartungsgemäss „besprechen“ bedeutet. Zu einer frühen Kontaktierung des Vorgesetzten kam es lediglich in rund 20% der Fälle, zu einer Kontaktierung mit der IV-Stelle in rund 15% der Fälle – eine Bestätigung der obigen Angaben aller PsychiaterInnen inklusive derjenigen, die bei Problembeginn gar noch nicht involviert waren.

Warum haben rund 40% der PsychiaterInnen nicht schon bei Problembeginn „proaktiv“ interveniert? Auch hier ist der Hauptgrund, dass der Patient eine aktive Intervention ablehnte (ein Drittel der Fälle), dass man darin keinen Nutzen sah (ein Fünftel der Fälle), dass dies nicht eine therapeutische Aufgabe sei, dass die Risiken für den Patienten zu hoch seien oder dass das Arbeitsumfeld so aversiv sei, dass aktive Interventionen von vornherein zum Scheitern verurteilt seien (jeweils rund 10-15% der Fälle).

Da es sich hier um diejenigen Situationen handelt, in denen die befragten PsychiaterInnen beim *effektiven* Beginn der Arbeitsprobleme der Patienten schon involviert waren, sind diese Resultate besonders bedeutsam. Zusammenfassend lässt sich festhalten: Es wird häufig früh interveniert im Sinne, dass die Probleme besprochen werden. Darüber hinausgehende frühe Interventionen sind die Ausnahme. Die Gründe, nicht zu intervenieren, sind vielfältig. Fragen kann man sich jedoch, ob solche Interventionen wirklich nicht zur therapeutischen Aufgabe gehören, ob der Nutzen wirklich so gering wäre und ob dies das Risiko für den Patienten effektiv erhöhen würde (das Risiko ist sowieso schon erheblich).

Abbildung 31: Wie intervenieren PsychiaterInnen früh oder warum intervenieren sie nicht? (N=104)

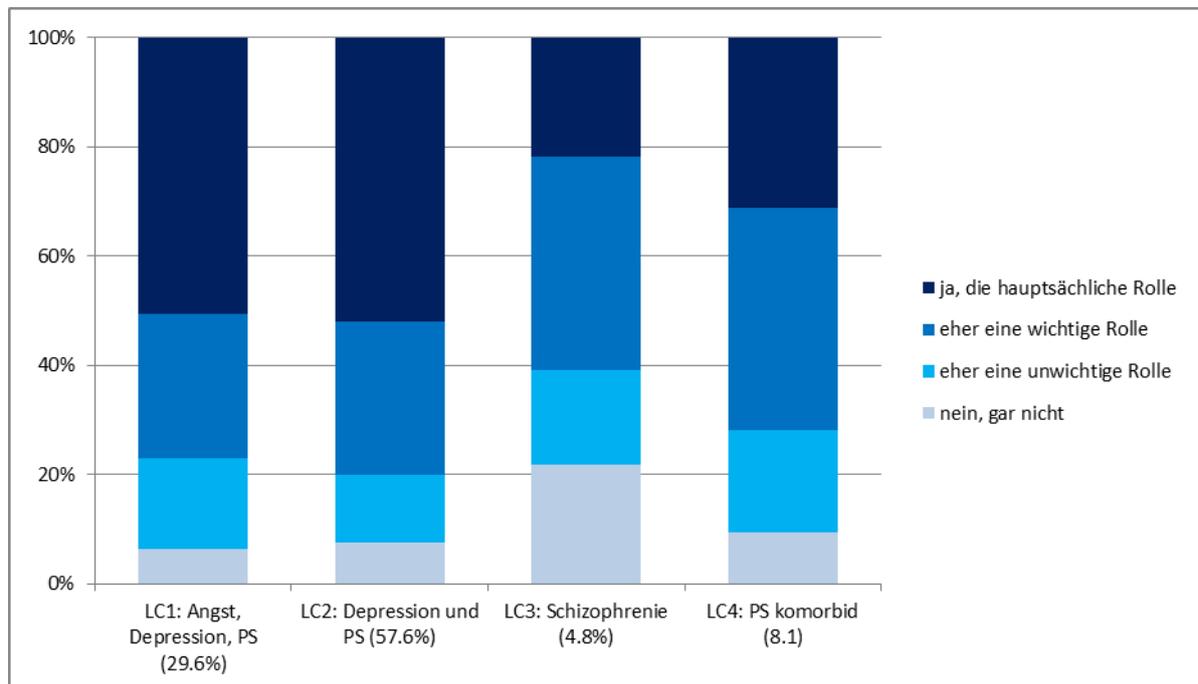


3.7.6 Bedeutung der Arbeitsprobleme für die Inanspruchnahme der Behandlung

Wie wichtig die Arbeitsproblematik für die Inanspruchnahme der psychiatrischen Behandlung war, ist je nach Diagnosetyp unterschiedlich (Abbildung 32). Im Folgenden wieder Resultate aller PsychiaterInnen.

Bei den beiden grössten Diagnosetypen der neurotischen und Persönlichkeitsstörungen (Typ 1) und depressiven und Persönlichkeitsstörungen (Typ 2) war die Arbeitssituation in je rund der Hälfte der Fälle der hauptsächliche Beweggrund für die Behandlung. Bei den schizophrenen Störungen (Typ 3) und den komorbiden Persönlichkeitsstörungen (Typ 4) war dies deutlich seltener der *hauptsächliche* Grund – wahrscheinlich weil diese typischerweise besonders früh und sozial besonders stark belasteten Patienten noch andere relevante Probleme hatten. Es stellt sich die Frage, ob nicht gerade bei den beiden grössten und im Vergleich zu den anderen Typen beruflich gut integrierten Diagnosetypen 1 und 2 eine frühe Kontaktnahme nicht häufiger sinnvoll wäre. Der Typ 1 umfasst viele Patienten mit ängstlichem Vermeidungsverhalten sowie abhängige Persönlichkeiten, die bei längeren Arbeitsunfähigkeiten oft einen erschwerten Wiedereinstieg zeigen, Typ 2 vor allem auch viele Patienten mit frühen Arbeitsplatzkonflikten und zunehmender Erschöpfung.

Abbildung 32: Rolle der Arbeitsprobleme für das Aufsuchen der Behandlung nach Diagnosetyp (N=501)



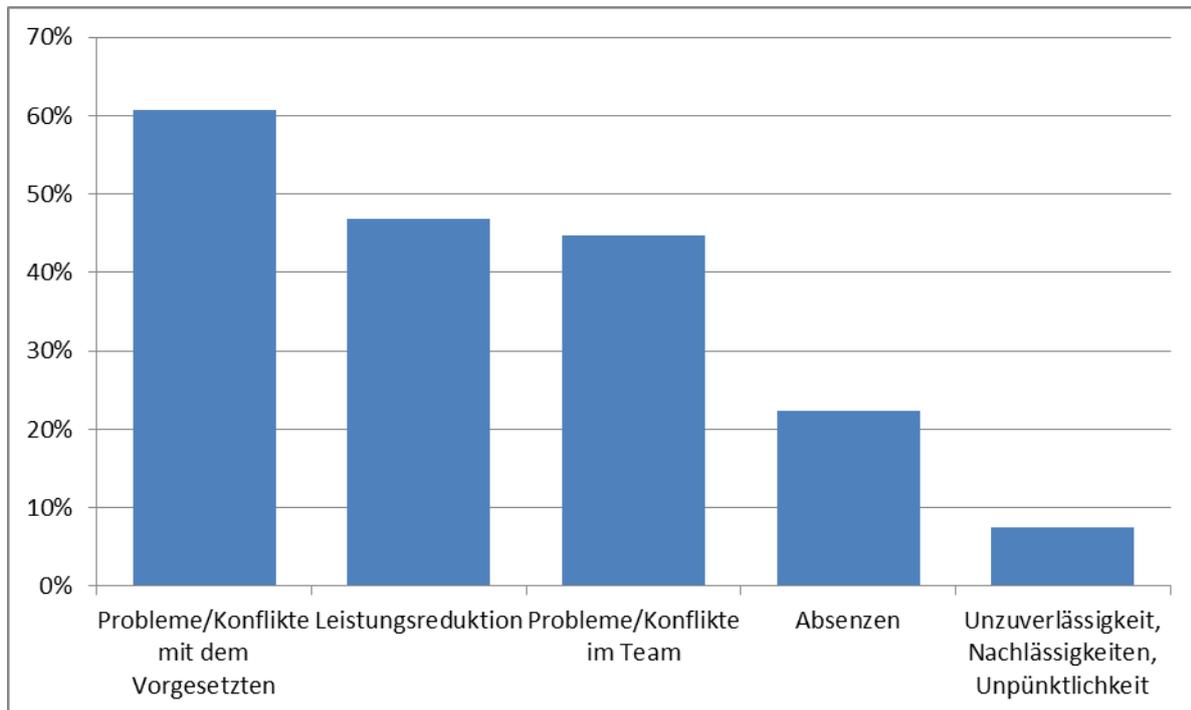
3.7.7 Frühe Anzeichen von Arbeitsproblemen

Wie haben sich die Probleme am Arbeitsplatz schon früh (im ersten Akt) gezeigt? Diese Frage wurde von allen Psychiatern beantwortet, bei denen die Patienten schon bei Problembeginn in Behandlung waren (Abbildung 33).

Am häufigsten kam es schon bei Problembeginn zu Konflikten am Arbeitsplatz (in rund 60% der Fälle), gefolgt von Leistungsproblemen und Konflikten mit den Arbeitskollegen (jeweils rund 45%). Deutlich seltener – in 22% respektive 7% – zeigten sich die ersten Probleme in Absentismus und ungenügendem Arbeitsverhalten (Unzuverlässigkeit etc.). Dabei handelt es sich um Mehrfachnennungen, wobei im Durchschnitt pro Patient fast zwei Nennungen erfolgten. Auch hier wird wieder die zentrale Bedeutung von zwischenmenschlichen Konflikten sichtbar.

Dass Leistungsprobleme häufig als frühes Zeichen wahrgenommen werden, ungenügendes Arbeitsverhalten hingegen sehr selten, steht im Kontrast zur Evidenz aus Arbeitgeberbefragungen: Ein ungenügendes Arbeitsverhalten wird von Führungskräften nach zwischenmenschlichen Konflikten als zweithäufigstes Merkmal früher Probleme identifiziert, Leistungsprobleme hingegen deutlich seltener. Hier kann man sich fragen, ob Psychiater von ihren Patienten immer adäquat über die eigene – und vielleicht schambesetzte – Unzuverlässigkeit am Arbeitsplatz informiert werden. Aber dass Konflikte der häufigste frühe Indikator von Arbeitsproblemen sind, bestätigen sowohl Psychiater wie auch Arbeitgeber.

Beim grössten Diagnosetyp 2 (Depression und Persönlichkeitsstörung) kommt es besonders häufig zu frühen Auffälligkeiten aller Art – deutlich häufiger als beim Typ 1 (neurotische und Persönlichkeitsstörungen).

Abbildung 33: Frühe Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (N=105)

In rund der Hälfte aller Fälle, in denen der Patient schon bei Problembeginn beim befragten Psychiater in Behandlung war, gab es spezifische Ereignisse, die zum Beginn der Arbeitsprobleme wesentlich beigetragen haben (Abbildung 34).

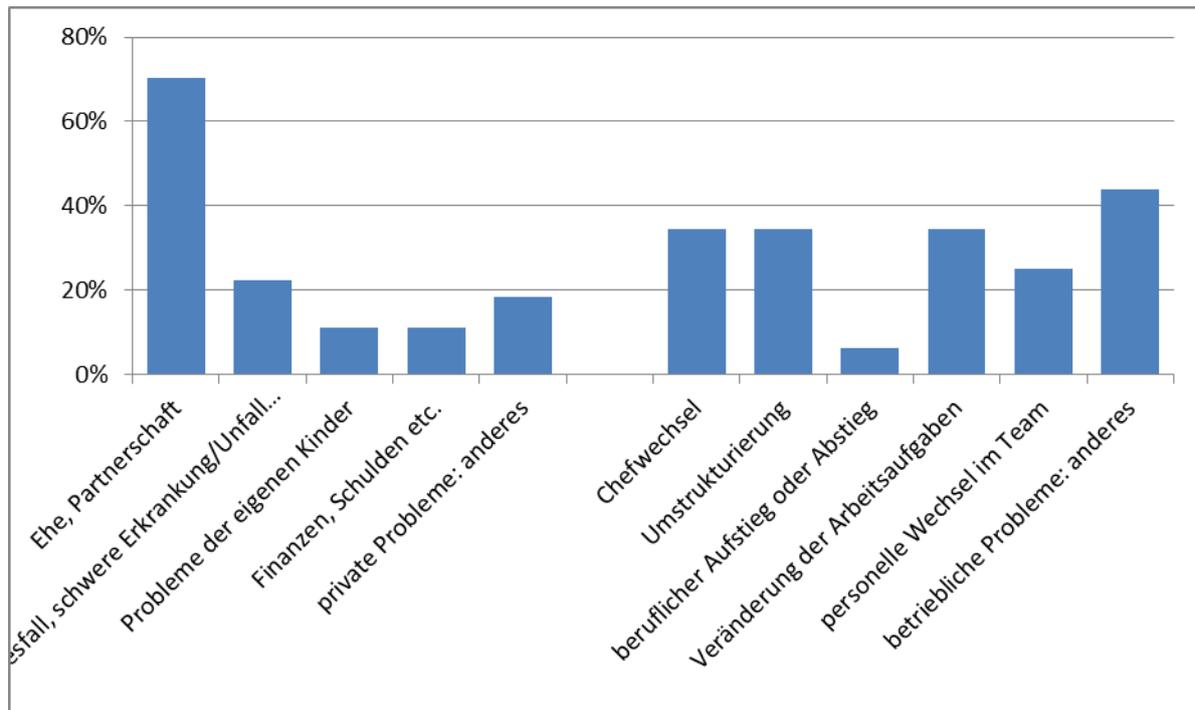
3.7.8 Private und betriebliche Auslöser der Arbeitsprobleme

Obwohl die Anzahl der hier betroffenen Patienten wegen der Filterführung klein wird (weil nur diejenigen Psychiater gefragt wurden, die von Beginn weg involviert waren), sind die Resultate aufschlussreich. In rund 70% der Fälle, wo es einen solchen Auslöser für die Arbeitsprobleme gab, kam es im Vorfeld zu Problemen in Ehe oder Partnerschaft. In rund 30% der Fälle kam es zusammengenommen zu einem Todesfall oder zu einer schweren Erkrankung in der Familie respektive zu Problemen mit den eigenen Kindern. In rund 10% standen finanzielle Probleme am Ursprung der Schwierigkeiten.

In Bezug auf mögliche betrieblich bedingte Auslöser stehen mit jeweils rund 35% ein Wechsel des Vorgesetzten, eine betriebliche Reorganisation und eine Veränderung der Arbeitsaufgaben an ersten Stelle – gefolgt von personellen Wechseln bei den Arbeitskollegen. Letztlich handelt es sich auch bei den auslösenden Faktoren (nicht gleichbedeutend mit ‚Ursachen‘) besonders häufig um Probleme in der Beziehung zu anderen, sei es im Privatleben (Probleme mit Partner/in) oder Berufsleben (Chefwechsel, personelle Wechsel im Team). Die Prävalenz von Problemauslösern im Privatleben (rund die Hälfte aller Patienten mit auslösenden Faktoren zeigen Probleme im Privaten) verdeutlicht, dass Arbeitsprobleme oft gar nicht am Arbeitsplatz ihren Ursprung haben, sondern Folgeerscheinungen einer privaten Destabilisierung sind.

Auf der anderen Seite wurden von den Psychiatern in rund 50% der Fälle keine auslösenden privaten oder betrieblichen Faktoren angegeben. Demzufolge ist es häufig auch einfach die psychische Erkrankung selbst, die zu Problemen – meist zu Überforderung – führt.

Abbildung 34: Private und betriebliche Auslöser der Arbeitsprobleme (N=46)



3.7.9 Der „zweite Akt“: Beschreibungen

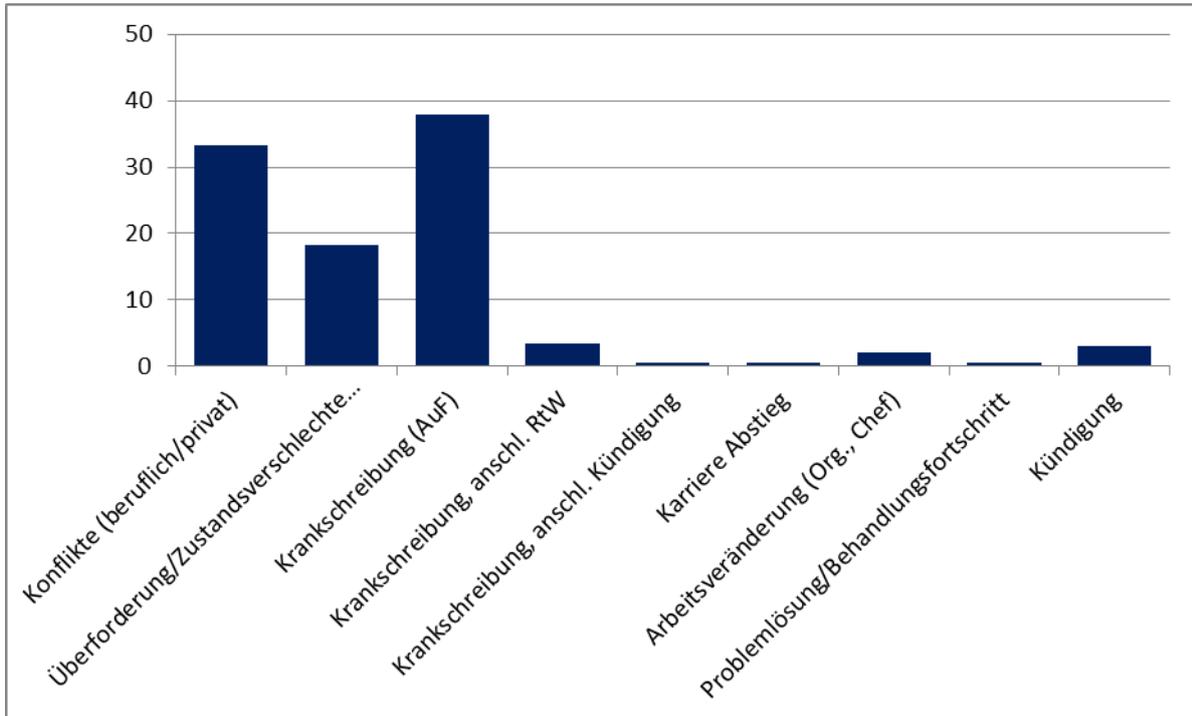
Die zweite Problemphase der Problemeskalation lässt sich in 9 Gruppen kategorisieren, von denen sich allerdings nur 3 als relevant erweisen: Konflikte, Überforderung/Zustandsverschlechterung sowie Krankschreibungen (Abbildung 35). Textbeispiele werden wegen sehr geringer Anzahl für die Gruppen „Krankschreibung, anschl. Kündigung“, „Karriere/Abstieg“, „Arbeitsveränderung“ und „Problemlösung/Behandlungsfortschritt“ nicht angezeigt.

Während Krankschreibungen im ersten Akt nur selten vorkommen, stellen sie bei der Problemeskalation die häufigste Situation dar (erst recht, wenn man alle 3 Krankschreibungskategorien zusammennimmt). Zudem haben auch die Konflikte („Angriff der Stechmücken“) zugenommen (rund ein Drittel der Problem-Eskalationen) – im ersten Akt waren es rund ein Fünftel der Situationen.

Hingegen hat sich der Anteil der Überforderungssituationen und Zustandsverschlechterungen etwa halbiert, von mehr als 40% im ersten Akt auf weniger als 20% bei der Eskalation. Das heisst, dass sich erwartungsgemäss Überforderungen und Zustandsverschlechterungen häufig früh zeigen und dann in Konflikte und Arbeitsunfähigkeiten eskalieren. Anders gesagt: Krankschreibungen sind nicht der Beginn des Problems, sondern schon ein vorläufiges Ende. Umso wichtiger wäre, dass derartige Problemverläufe von allen Beteiligten schon in der Phase des Problembeginns angegangen würden. Dies ist ein Resultat, dass auch aus Arbeitgeberbefragungen bekannt ist (Baer et al., 2011; Baer et al., 2017a/b).

Die Art der Eskalation unterscheidet sich nach Problemmuster, das die Patienten mitbringen: Beim Typ „undiszipliniert“ kommt es in mehr als der Hälfte aller Fälle zu Konflikten (bei allen anderen Typen in je rund einem Drittel der Fälle) und nur in rund 30% zu Krankschreibungen. Bei den Problemmustertypen „Sucht“ und „überengagiert“ kommt es vergleichsweise häufig zu Überforderungssituationen und Zustandsverschlechterungen und beim Typ „lange AuF“ erwartungsgemäss in gegen 60% der Fälle zu Krankschreibungen. Auch bei den ängstlich-abhängigen sind Krankschreibungen mit rund 50% der Fälle häufig.

Abbildung 35: Kategorisierung der Problemeskalation („Zweiter Akt“), 9 Gruppen



Die folgenden Beispiele zeigen die Vielfältigkeit der jeweiligen Situationen (Tabelle 17). Bei den konflikthaften Eskalationen lassen sich unterschiedliche Auslöser erkennen, seien es private Beziehungsprobleme, die auf den Arbeitsplatz übergreifen, ein zunehmend ‚schwieriges‘ Verhalten der Patienten, ein konfrontatives Verhalten der Führungskraft oder Konflikte mit Arbeitskollegen. Manchmal ergeben sich Konflikte auch aus ‚gut gemeinten‘ Interventionen (Abteilungswechsel, zusätzliche Unterstützung der Patienten bei der Arbeit) der Führungskräfte.

Bei den Überforderungssituationen stehen Erschöpfungszustände im Vordergrund, teils begleitet von Angstsymptomen, Konzentrationsschwierigkeiten, somatischen Problemen und Konflikten.

Bei den Arbeitsunfähigkeiten, die häufig vom Hausarzt initiiert wurden, kommt es oft zu Hospitalisationen und manchmal auch zum Einsatz von betriebsinternem oder -externem Care Management. Nicht immer besteht dabei, trotz meist mehrmonatiger Arbeitsunfähigkeit, ein Kontakt zwischen arbeitsunfähigem Patient und Arbeitgeber. Die Kategorie „Krankschreibung, anschl. Return-to-Work“ zeigt, dass in gewissen Fällen auch andere Vorgehensweisen möglich und produktiv sind, beispielsweise mit einem raschen gestuften Wiedereinstieg und Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber, die zudem ein umfassenderes und genaueres Verständnis der Arbeitsplatzsituation ermöglichen kann („Dort erfuhr ich von viel mehr Verständnis für [die Patientin], als sie dachte“).

Tabelle 17: Beschreibung der Problemeskalation („Zweiter Akt“) - Beispiele

Konflikte (beruflich/privat)	<p>Angriff der Stechmücken</p> <p>Der Dickkopf ist kaum noch auszuhalten, und es wird beim Schweißen auch mal gefährlich...</p> <p>Die harte kaltherzige Vorgesetzte - zunehmende Konflikte mit der Vorgesetzten - Leistungsabfall - Kritik - Demotivation</p> <p>Die Konflikte nehmen zu. Eule wird in ihrer Arbeit als ungenügend beurteilt und verwahrt. Ein Coaching wird eingeleitet</p>
------------------------------	---

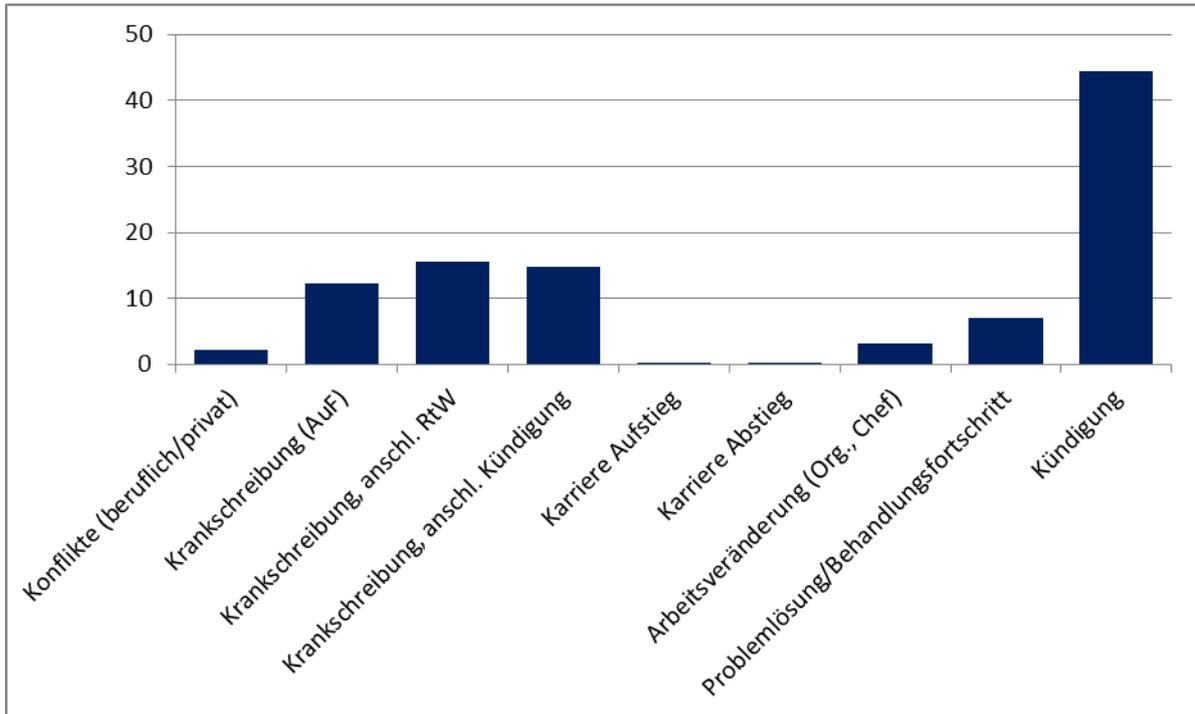
Tabelle 17 (Fortsetzung)

	<p>Duell mit Stellvertreterin am Arbeitsplatz nach dosiertem Arbeitswiedereinstieg, hierarchische Rückstufung und Verlust des Rückhaltes bei der obersten Führungsetage</p> <p>Durch Abteilungswechsel, der gegen den Willen der Patientin exekutiert wurde (eigentlich vom Arbeitgeber gut gemeint), vermehrte Konflikte mit Vorgesetzten</p> <p>Einstellung einer zusätzlichen Kraft, die die Patientin entlasten sollte, eine Freundin des Chefs. Hat kaum Berufskennntnisse und kann die Erwartungen der Patientin deshalb nicht im Ansatz erfüllen. Immer wieder gegenseitige Beschuldigungen und Kritiken. Chef wieder mehrfach beigezogen, hält sich aber heraus</p> <p>Konfliktaktualisierung: Probleme wegen der Trennung vom Freund, danach Probleme am Arbeitsplatz im Gemeinschaftsbüro</p>
Überforderung, Zustandsverschlechterung	<p>Aggravation des problèmes et péjoration toujours plus importante de l'état psychique</p> <p>Erschöpfung mit zunehmender Angst-Paniksymptomatik, Allergieschübe</p> <p>Nervenzusammenbruch: Zunahme des Stress führt zu Erschöpfung, enormer Müdigkeit und dann zur unmittelbaren Krise: weint, wird aggressiv gegen Arbeitskolleginnen, keine Konzentration mehr, Panikattacken</p> <p>Überforderung bzw. ungenügender "output"</p> <p>zunehmende Arbeitsüberforderung bei Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen</p>
Krankschreibung (AuF)	<p>Absenzen am Arbeitsplatz</p> <p>Arbeitsunfähigkeit, Ungewissheit, fehlende Perspektive, fehlender Dialog mit Arbeitgeber</p> <p>Burnout resp. Timeout mit vom HA zugestandener AUF nach 6 Monaten. Zuweisung des Pat. zur psychiatrischen Behandlung durch den HA</p> <p>Wegbleiben vom Arbeitsplatz weil sich das die Pat. nicht mehr zugetraut hat und von da an Teufelskreis mit div. Ängsten, Care Management, Beh., die nicht funktioniert aus Sicht von Pat. und von mir! Therapieabbruch bei mir und Weiterbehandlung bei einer der 500 anderen Psychiaterinnen von Zürich ...</p> <p>Erschöpfungsdepression mit Klinikaufenthalt und 6 Monaten Krankschreibung. Beginn des Erkennens, dass ihr Verhalten dem Chef gegenüber mit einer für ihr Leben bestimmenden Wiederholungsgeschichte/Übertragungsgeschichte zu tun hat.</p> <p>Hospitalisation, Arbeitsunfähigkeit</p> <p>Panikattacken bei der Arbeit und Krankschreibung durch den HAZ</p>
Krankschreibung, anschl. RtW	<p>Habe die Patientin nach 3-4 Wochen 100% AUF mit Teilpensum einsteigen lassen, dann hat sie mir erlaubt, mit dem Vorgesetzten Kontakt aufzunehmen. Dort erfuhr ich von viel mehr Verständnis für sie, als sie dachte. Wir konnte dann den gestuften langsamen Einstieg vereinbaren</p> <p>Wiedereinstieg in die Arbeit nach dem Totalverlust und nach sehr intensiver Traumatherapie</p> <p>Erste Behandlung wegen Depression, Krankschreibung, (gescheiterter) Arbeitsversuch über mehrere Monate</p>
Kündigung	<p>Hohe emotionale Investitionen mit enttäuschten Hoffnungen; Ablenkung von Wut und Schmerz durch Arbeit und Kümmern um andere; vermehrte Terminabsagen und Verschiebungen bis hin zum Abbruch, Absetzen der Medikation, Kündigung der Arbeitsstelle</p> <p>Injuste. Licenciement insupportable</p> <p>Licenciement pour faute grave</p> <p>Reorganisation, Kündigung und Angebot zum Outplacement durch Arbeitgeber</p>

3.7.10 Der „dritte Akt“: Beschreibungen

Der Problemausgang schliesslich („Dritter Akt“) besteht in erster Linie (in 44% der Fälle) in der Auflösung des Arbeitsverhältnisses, meist durch den Arbeitgeber („Durchtrennung des Gordischen Knotens“). Nicht selten geht der Kündigung eine (längere) Arbeitsunfähigkeit voran (weitere 15% der Fälle). In rund 12% der Situationen besteht bei Befragung eine Arbeitsunfähigkeit mit unklarem weiteren Verlauf. Rund 15% der Fälle ‚enden‘ mit einem erfolgreichen Wiedereinstieg an den Arbeitsplatz nach einer Arbeitsunfähigkeit (Abbildung 36).

Abbildung 36: Kategorisierung des Problemausgangs („Dritter Akt“), 9 Gruppen



Wiederum werden für die Kategorien mit relevanter Anzahl Nennungen einige Beispiele gezeigt (Tabelle 18).

Die Beschreibungen der Problemausgänge mit Arbeitsunfähigkeit zeigen wiederum die Heterogenität der Situationen: Von der „Flucht in die Krankheit“ im Sinne einer Bewältigungsstrategie, über die „Auszeit“ zur „psychischen und somatischen Zusammenbruch“. Die Arbeitsunfähigkeit selbst und die psychiatrische Behandlung kann teils zu einer Beruhigung der Patienten führen, zu mehr innerer Distanz und Selbstreflexion des eigenen Verhaltens.

Interessant sind auch die Beispiele der Wiedereinstiege nach Arbeitsunfähigkeit: Teils war ein Case Management involviert, teils die IV-Stelle. Der Wiedereinstieg kann zu vollem oder zu einem reduzierten Pensum gelingen, und manchmal haben Anpassungen am Arbeitsplatz geholfen („Dispens von Frühschichten“, „reduziertes Pensum und Vertragsänderungen“), ein schrittweiser Wiedereinstieg oder dann auch die Unterstützung des Arbeitgebers („Soutien, compréhension et souplesse de son employeur“; „Kooperativer Arbeitgeber, welcher einen stufenweisen Wiedereinstieg in die bisherige Tätigkeit ermöglichte“). Entscheidend kann zudem auch sein, dass der Patient innerlich Distanz zur problematischen Situation gewinnt („Konnte sich innerlich distanzieren von Vorgesetzten, wollte wieder schaffen“; „lernt, sich besser schützen zu können“). Schliesslich kann es zentral sein, dass die involvierten Unterstützungspersonen dem Patienten die Dringlichkeit der Situation und die möglichen Folgen einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit klar vor Augen führen.

Umgekehrt sind die Problemausgänge mit Kündigung nach Arbeitsunfähigkeit nicht immer negativ anzusehen: „Aussprache mit dem Chef in der psychiatrischen Praxis. Wertschätzung durch den Chef und Einigung auf eine Auflösung des Arbeitsverhältnisses, sobald die Patientin eine neue Stelle gefunden hat, was nach 2 Monaten unter Mithilfe des Chefs der Fall war.“ Manchmal erfolgt die Trennung auch auf Wunsch oder Entscheid der Patienten, sei es, weil man sich die Tätigkeit nicht mehr zutraut oder weil man einsieht, dass sich die Probleme nicht werden lösen lassen oder weil man sich der eigenen Behinderung bewusst wird und eine berufliche Neuorientierung angeht (je nachdem inklusive Teilberentung). Es gibt aber erwartungsgemäss auch negativ konnotierte Trennungen – weil der Arbeitgeber nicht zu Kompromissen bereit war oder den weiteren Verlauf nicht abwartet, weil Patienten sich nur noch auf ihre Beschwerden und deren Behandlung konzentrieren oder den Wiedereinstieg verweigern zugunsten passiver Versorgungswünsche („Triebwerkausfall, Sturz in geschützte Bucht, genüssliches Dümpeln trotz Funkaufrufe...“).

Die „Problemlösungen“ sind oft einem in der psychiatrischen Behandlung verbesserten Problembewusstsein oder Klärungen von konflikthaften Situationen geschuldet („Durch Therapie, Klärung der privaten Situation“; „Sie hatte gelernt und trainiert, dass der Alltag daneben wichtig ist und laufen muss und sie nicht alle Energie für die Arbeitsstelle verbrauchen darf“). Geholfen hat teils auch, dass Vorgesetzter und Arbeitskollegen über die Situation des Patienten informiert wurden und dies die Integration des Patienten im Team verbessert hat – oder dass alle Beteiligten sich auf ein Vorgehen einigen konnten („Übereinkommen zwischen Patientin, IV-Stelle, Therapeut und Arbeitgeber“), allenfalls auch mit Anpassungsbereitschaft des Arbeitgebers („Völlige Reintegration mit höherem Pensum als zuvor und mit der Erlaubnis, ihren neuen Hund mitnehmen zu dürfen“).

Tabelle 18: Beschreibung des Problemausgangs („Dritter Akt“) - Beispiele

Krankschreibung (AuF)	<p>Arbeitsdispensierung (AUF), folglich Fernbleiben vom Arbeitsplatz und Therapie (Psychotherapie mit Medikation)</p> <p>Auszeit, Versuch sich zu erholen, um wieder Arbeitsfähig zu werden</p> <p>Der Krug geht zum Brunnen bis er bricht: Der Patient wurstelt sich durch, glaubt, keine andere passendere Arbeitsstelle mehr finden zu können, fühlt sich vom System des Arbeitgebers abhängig und zu alt/unflexibel für neue Stelle - es kommt schliesslich zum Infarkt kurz vor einer Schulungswoche in Portugal</p> <p>Elle ne peut pas faire face au nouveau poste ; son médecin de famille intervient pour des aménagements ; l'état de la patiente s'aggrave, elle commence le traitement avec moi ; j'interviens auprès du service médical de l'entreprise et, alors que la situation avance pour une réintégration de son travail, on lui annonce qu'elle ne pourra pas retourner, car elle est en arrêt maladie</p> <p>Flucht in die Krankheit</p> <p>Nach dem Wendepunkt psychischer und somatischer Zusammenbruch, Notarzt, Überweisung zu mir und sofortige Krankschreibung</p> <p>Pendant l'arrêt de travail, elle se calme progressivement et admet petit à petit qu'elle aurait dû être plus diplomatique et aurait dû s'occuper moins des autres collaborateurs que de son travail essentiellement.</p> <p>Retour en arrière thérapeutique</p>
Krankschreibung, anschl. RtW	<p>Abschluss des Case Management und Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, Dispens von Frühschichten</p> <p>Alors que son médecin généraliste et son assistante sociale étaient prêtes à "monter au créneau" avec elle, elle a été placée face à un choix de responsabilités: soit se battre contre les institutions, soit reconnaître ce que son employeur venait de faire (payer son salaire sans couverture perte de gain pendant l'arrêt de travail consécutif à l'agression) et reconnaître l'importance de la pratique de son travail dans son équilibre personnel. Elle a choisi la deuxième et a repris le travail à 50%</p>

Tabelle 18 (Fortsetzung)

	<p>Ambulante psychiatrische Behandlung, Wiedereingliederung am Arbeitsplatz mit Teil-AUF</p> <p>Coaching. Wird rasch zwecks Früherfassung bei der IV angemeldet, erhält einen Coach, lernt, sich besser schützen zu können, Wiederaufnahme der Arbeit mit reduzierten Prozenten, Vertragsänderung. Die Situation bleibt jedoch wegen andauernden Änderungen mit Mehraufgaben und schwieriger Chefin prekär</p> <p>Début de reprise du travail en entreprise avec des hauts et des bas. Soutien, compréhension et souplesse de son employeur</p> <p>Elaboration autour de la problématique de la faible estime de soi (genèse). Rétablissement d'un niveau d'exigences acceptable pour soi et pour autrui. Reprise progressive du travail</p> <p>Konnte sich innerlich distanzieren von Vorgesetzten, wollte wieder schaffen</p> <p>Neugestaltung der Anforderungen am Arbeitsplatz nach Massgabe dessen, was Pat. für sich als aushaltbar betrachtete, einschliesslich einer Reduktion des Pensums um 25%</p> <p>Sie setzte klare Grenzen und forderte Unterstützung in der Arbeitsverteilung und Wertschätzung ihrer Arbeit und Person gegenüber indem sie die Chefin klar mit ihrem unfairen Verhalten ihr gegenüber konfrontierte. Sie stellte auch vernünftige Bedingungen für eine Voraussetzung einer weiteren Zusammenarbeit. Die Chefin liess sich überzeugen und willigte ein - mit Erfolg bis jetzt (4 Monate)</p> <p>Titel: Erfolgreiche Behandlung. Sehr hohe Therapiemotivation und Introspektionsfähigkeit, unterstützende Ehefrau. Ambulante psychiatrische Behandlung ausreichend, um Zustandsverbesserung innerhalb weniger Wochen zu erzielen. Kooperativer Arbeitgeber, welcher einen stufenweisen Wiedereinstieg in die bisherige Tätigkeit ermöglichte</p>
<p>Krankschreibung, anschl. Kündigung</p>	<p>Aussprache mit dem Chef in der psychiatrischen Praxis. Wertschätzung durch den Chef und Einigung auf eine Auflösung des Arbeitsverhältnisses, sobald die Patientin eine neue Stelle gefunden hat, was nach 2 Monaten unter Mithilfe des Chefs der Fall war</p> <p>Beginn Psychotherapie, längere stationäre psychiatrische Behandlung, Stellenwechsel aus eigenem Antrieb</p> <p>Il fait quelques petits travaux pour des amis. La situation familiale devient de plus en plus difficile avec des actes de violence de son fils, interventions de la police au domicile. De plus en plus débordé il ne se sent plus capable de travailler. Une demande AI est faite et il reçoit la rente</p> <p>In der Zuspitzung Verschlechterung des psychischen Problematik und stationäre Behandlung. Trennung vom Ehemann, Distanzierung von der Familie und schliesslich Kündigung</p> <p>Krankheitseinsicht und Erkenntnis, dass seine Wahrnehmung durch eine Krankheit beeinflusst war, Behandlung der Psychose. Unterstützung vom Arbeitgeber, Angehörige und von mir. Anmeldung bei der IV-Stelle, neuer Arbeitsbereich. Fitness-trainer, da geht er drin auf, erkennt seine Stärken, kann selbst die Zeit einteilen. 50%-IV-Rente und 50% Arbeiten 1. Arbeitsmarkt</p> <p>Krankschreibung, Gespräche mit Arbeitgeber, von dort kommt keine Unterstützung. Kündigung</p> <p>Mise en incapacité de travail totale, puis licenciement</p> <p>Steh-auf-Männchen bleibt dem Arbeitsplatz fern und sucht wegen irgendeines somatischen Leidens einen renommierten Arzt auf</p> <p>Suite à un arrêt de travail et un traitement, le patient décide de mettre un terme à son contrat. Il est actuellement sans emploi, mais se sent beaucoup mieux</p>

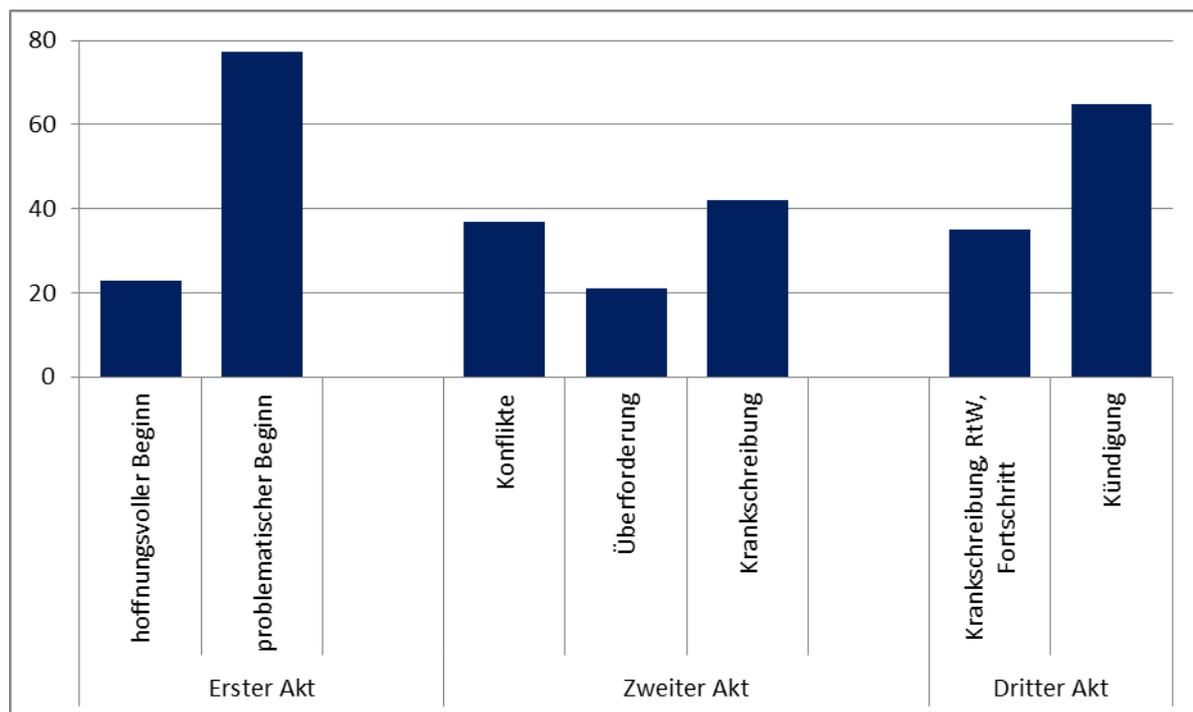
Tabelle 18 (Fortsetzung)

Problemlösung, Behandlungsfortschritt	<p>Beruhigung durch Therapie, Klärung der privaten Situation, stabile therapeutische Beziehung, die Umfeld bekannt ist, längere Partnerschaft, stabile Mitarbeiter in der Firma, die ihn kennen und lesen können, über Jahre stabiler Zustand</p> <p>Bewährung. Die Patientin stieg nach mehrmonatiger Teilarbeitsunfähigkeit wieder voll ein. Sie hatte gelernt und trainiert, dass der Alltag daneben wichtig ist und laufen muss und sie nicht alle Energie für die Arbeitsstelle verbrauchen darf. Sie arbeitet mit mehr Freude, fühlt sich fachlich sicherer und hatte die Erfahrung gemacht, dass sie vom Team und Chef geachtet und geschätzt wird, obwohl sie nicht immer Höchstleistung erbringt</p> <p>Nach Aufklärung des Chefs und des Teams konnte sich Stumm auch besser äussern und wieder ins Team integrieren und Leistung sukzessive steigern</p> <p>Ses valeurs et ses priorités personnelles l'obligent à changer sa manière de travailler et de se comporter en famille. Cette manière de travailler lui permet de prendre du recul sur les difficultés, de refuser certaines tâches qui ne le concernent pas et finalement d'être plus efficace dans le cœur de son travail</p> <p>Übereinkommen zwischen Patientin, IV-Stelle, Therapeut und Arbeitgeber</p> <p>Völlige Reintegration mit höherem Pensum als zuvor und mit der Erlaubnis, ihren neuen Hund mitnehmen zu dürfen</p>
Kündigung	<p>"Papa" méchant , changement de chef ayant une attitude pas protectrice du tout, vécu d'abandon, rejet , le patient provoque l'exclusion-licenciement</p> <p>Ablösung: Psychotherapie, Erarbeitung eines Verständnisses der Arbeitsplatzproblematik unter gleichzeitiger Steigerung der AF bis 75%. Bessere Abgrenzung gegen die Entwertungen und Ausrichtung auf eine Neuorientierung, Einschalten der IV und Coaching. Auflösung des Arbeitsverhältnisses von Seiten des Pat. her trotz weitgehender Genesung aus Einsicht in die Unveränderbarkeit der Arbeitsplatzatmosphäre</p> <p>Abschluss der Arbeitstätigkeit im gegenseitigen Einverständnis</p> <p>Anerkennung seines sozialen Falls, Anerkennung des Fehlens beruflicher Alternativen als Selbständigerwerbender mit den entsprechenden Einschränkungen bei der RAV, Anerkennung der Assessmentrituale nach jedem Vorstellungsgespräch, Anerkennung der Angststörung und Anerkennung der Alkoholkrankheit</p> <p>Pat. fand nach langer Stellensuche eine neue Arbeit. Hier wiederholt sich die Geschichte der mangelnden Anerkennung und ihrer Tendenz, sich trotzig abzuwenden wieder. Pat. kann aber nun dieser Tendenz entgegen wirken.</p> <p>Patient est mis en arrêt de travail et il engage un avocat</p> <p>Die Königin sucht nach einem Grund, die fleissige und begabte Zofe loszuwerden. Als die Zofe in einem verzweifelten Moment die Beherrschung verliert, verstösst sie die Königin sofort vom Hof</p> <p>Durchtrennen des Gordischen Knotens</p> <p>Freude über Beendigung der Arbeitsstelle</p> <p>IV Berentung nach gescheitertem Eingliederungsversuch</p> <p>Kündigung, mit Unterstützung durch Krankentaggeldversicherung, Coach und Ansprechstelle, aber Arbeitstraining und Aufbau an einem neuen Arbeitsplatz</p> <p>Selbstbestimmung in einem Rechtsstaat: Mit anwaltlicher Unterstützung konnte das Ausscheiden aus der Firma zum real kleinstmöglichen Schaden für den Patienten erfolgen; aktuell hat der Patient ein Projekt als selbständiger IT-Fachmann und ist beim RAV, wobei wegen seines hohen Alters (branchenbereinigt) die Chancen auf einen Wiedereinstieg in einem Angestelltenverhältnis leider eher gering sind</p> <p>Stellenverlust, langsamer Aufbau der Arbeitsfähigkeit mit Hilfe der Casemanagerin der Taggeldversicherung, später der IV. Erreichen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit</p>

Die folgende Abbildung (Abbildung 37) zeigt eine zusammengefasste Kategorisierung der 3 Problemphasen. Die Problementwicklung ist in 4 von 5 Fällen schon früh durch Probleme charakterisiert, in rund 20% hingegen durch Hoffnung, Euphorie und besondere Motivation. Dass gerade diese besonders hoffnungsvollen Startsituationen (meist an neuer Stelle) keinen besonders guten Verlauf zeigen, ist auch praktisch bedeutsam (siehe unten). Die Problemeskalation zeigt sich in jeweils rund 40% der Fälle in Arbeitsplatzkonflikten und Arbeitsunfähigkeiten sowie in 20% der Fälle in Überforderung und Zustandsverschlechterung. Der Problemausgang besteht insgesamt in 65% der Fälle in der Auflösung des Arbeitsverhältnisses und lediglich in 35% der Fälle im Wiedereinstieg nach Arbeitsunfähigkeit oder in echten Fortschritten und Problemlösungen.

Dass rund zwei Drittel der Fälle zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr im Betrieb tätig sind, ist auch deshalb bemerkenswert, weil die Hälfte der zufällig ausgewählten Befragten gebeten worden waren, sich an einen Fall zu erinnern, wo der Patient noch in diesem Betrieb arbeitet. Trotz dieses Hinweises bei Befragungsbeginn zeigen die Daten, dass bei diesen „günstigen“ Verläufen 54% der Patienten und bei den „ungünstigen“ Verläufen 75% der Patienten nicht mehr in diesem Betrieb arbeiten. Dies zeigt, dass ein „günstiger Verlauf“ aus Sicht der Behandelnden nicht deckungsgleich ist mit „Stellenerhalt“.

Abbildung 37: Zusammengefasste Kategorisierung des Problemverlaufs



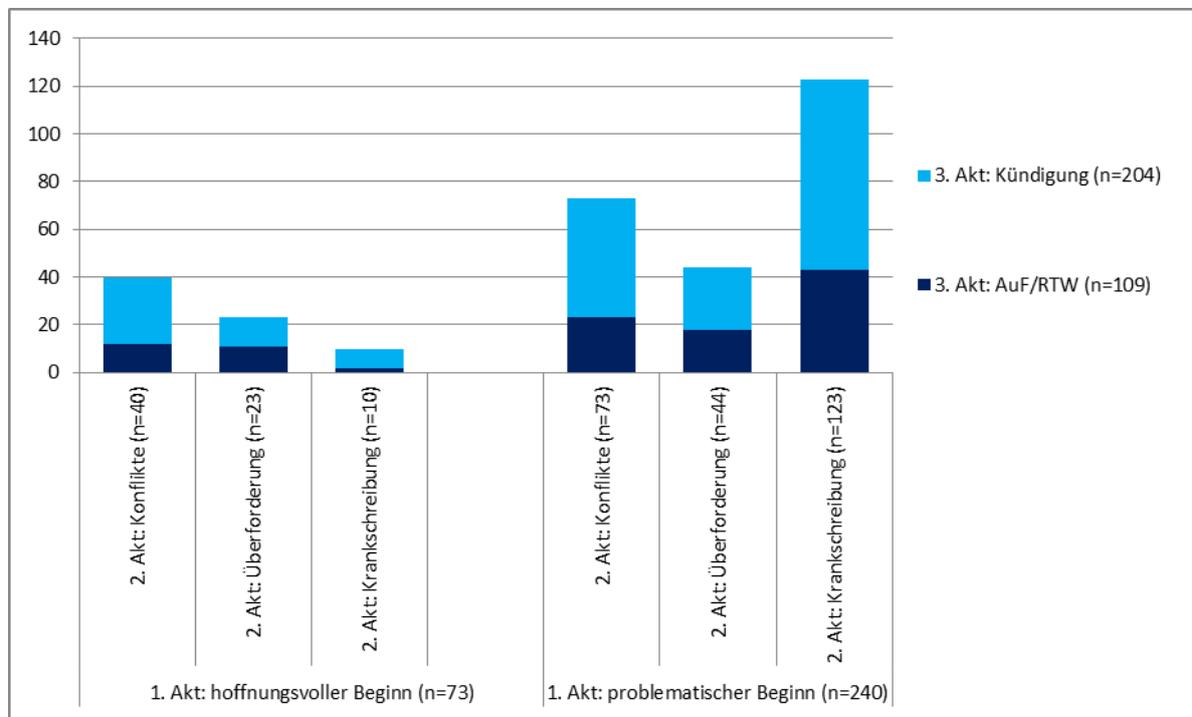
3.7.11 Die drei Akte: Verlaufsbeschreibungen

Setzt man die Kategorisierungen der Beschreibungen der drei „Akte“ zueinander in Beziehung, ergeben sich 12 verschiedene Verlaufsformen (Abbildung 38).

Der deutlich häufigste Verlauf ist ein problematischer Beginn, gefolgt von einer Krankschreibung und schliesslich einer Kündigung. Der zweithäufigste Verlauf zeigt sich in einem problematischen Beginn, Konflikten am Arbeitsplatz und schliesslich einer Kündigung. Der dritthäufigste Verlauf beginnt ebenfalls problematisch und führt dann via Überforderung zu einer Kündigung. Und der vierthäufigste Verlauf schliesslich beginnt hoffnungsvoll, artet dann in Konflikte aus und führt schliesslich zu einer Kündigung.

Entscheidend scheint sowohl beim hoffnungsvollen wie auch beim problematischen Beginn der Verläufe zu sein, wie sich der zweite Akt präsentiert: Kommt es im zweiten Akt zu Konflikten, kommt es in mindestens zwei Dritteln der jeweiligen Fälle schliesslich zu einer Kündigung.

Abbildung 38: Kodierte Verläufe (3 Akte) im Überblick (absolute Zahlen; N=313)



Im Folgenden werden zu den häufigsten Verlaufstypen einige Textbeispiele gezeigt – zum einen die „Titel“ der drei Akte (falls vorhanden), zum anderen teils ausführlichere Beschreibungen. Die Beschreibung umfasst jeweils die Beschreibungen der einzelnen „Akte“ sowie, wo vorhanden, die Beschreibung des „Höhepunktes“ (in den negativen Verläufen) respektive des „Wendepunktes“ (in den positiven Verläufen).

Beim Typ „hoffnungsvoller Beginn, Konflikte, Kündigung“ (Tabelle 19) zeigt sich deutlich die Freude der Patienten, einen neuen Job zu haben. Sie engagieren sich, aber dann kommt es im zweiten Akt zu Spannungen, Kränkungen und Konflikten im Team, allenfalls zu Arbeitsunfähigkeiten und schliesslich zur Kündigung. Diese Beispiele zeigen unter anderem, wie erheblich die Rolle des Teams für den Ausgang der Verläufe ist. Deutlich wird in einigen Beispielen auch, welche grosse Rolle das Bedürfnis der Patienten nach Anerkennung und Wertschätzung durch die Vorgesetzten ist. Dies ist an sich ‚normal‘, birgt aber bei starker Ausprägung auch das Risiko erhöhter Kränkbarkeit.

Tabelle 19: Verlaufsmuster „Hoffnungsvoller Beginn – Konflikte – Kündigung“: Beschreibung**Überengagement vor lauter Freude - Unruhe und Misstrauen im Team - Kündigung**

Pat. wurde zunehmend erregt, einerseits aus Arbeitsüberlastung, Unersetzbarkeitsphantasien wurden von Chef weit aktiviert, im Team hingegen fühlte sie sich zunehmend verfolgt und ausgegrenzt. Die Symptome erschienen wieder, sie wurde rückfällig und arbeitsunfähig.

Frau Immerpower, kaufm. Angest., wird in einer Hauswartungsfirma als Putzfrau angestellt, aber anfangs ist sie für den jungen Chef etwas Besonderes, sie kann ihm mit ihrer Bürokompetenz helfen, aber diese Position verliert sie allmählich.

Pat. krampft weiter als Putzfrau, verliert aber ihren Rückhalt beim Chef (dem sie sich eigentlich überlegen fühlt), wird folglich auch im Team immer mehr zur Seite gedrängt.

Das Team organisierte einen Ausflug, ohne Frau Immerpower einzuladen. Sie erlebte darauf einen Zusammenbruch: „Es war wie ein Schalter“: Plötzlich tut ihr körperlich auch alles weh, fühlt sich körperlich überfordert, mag nicht mehr, lässt sich gehen, auch im eigenen Haushalt („Man würde nicht glauben, dass ich Putzfrau bin“). Und das wieder regt sie auf. Wenn die Tochter sie nicht sieht, weint sie viel. Hausarzt schreibt sie krank.

Pat. kommt nach 2 Monaten zu mir in Behandlung. An eine Rückkehr zur Arbeit ist wegen der Kränkung nicht zu denken. IV-Anmeldung und Sofortmassnahme. Pat. geht es mit einer geschützten Büroarbeit bereits besser. Allmählicher Aufbau. Ist jetzt in einer kleinen Praxis IV-platziert. Bleibt ermüdbar, Frau I. muss sich weiterhin mit Grenzen ihrer Kraft auseinandersetzen, was gar nicht ins frühere Selbstbild passt.

Die Arbeit ist eine Herausforderung und wird mit vollem Einsatz angegangen, Selbstfürsorge wird immer mehr vernachlässigt. Gerät zwischen alle Fronten, lässt sich von allen Seiten ausnützen, sucht "ideale" Lösungen. Bekam von allen Seiten Vorwürfe, wurde im Team immer mehr abgelehnt und entgleiste mehrmals emotional in seiner Rolle als Vorgesetzter, weinte bei Konfrontationen. Bekommt die Rolle des Sündenbocks, wird gekündigt und zur Persona non grata erklärt.

Einarbeitungszeit - Erste Spannungen und Brüskierungen - Desillusionierung

Alles, was sie für die Firma, deren Sitz im Ausland ist, organisierte und plante, wurde dort regelmässig abgelehnt. Dann kam immer wieder die Retourkutsche: Warum haben Sie das nicht erledigt?

Sie musste Fortbildungen organisieren, wollte Fallprospekte zur Information herausgeben, das wurde abgelehnt. Dann kamen Vorwürfe, dass zu wenig Teilnehmer an die Veranstaltungen kamen. Pat. wurde demotiviert, verunsichert, erschöpft, hatte langdauernde Erkältungen, von denen sie sich fast nicht erholte. Schliesslich kam die Kündigung.

Dickelchen ist sehr fleissig, unterstützt den Chef, der sie schätzt. Plötzlich bekommt sie Probleme mit einer Kaderperson, die sie schlecht macht, sie öffentlich als dick (und doof) bezeichnet. Dickelchen hielt sich lange zurück, berichtete die Missstände letztlich ihrem vor der Pensionierung stehenden Chef, der sich unerwartet von ihr abwandte und sie für die Situation verantwortlich machte; es sei nicht sein Problem, die zwischenmenschlichen Probleme seiner Mitarbeiter zu lösen, man sei ja schliesslich nicht mehr im Kindergarten.

Dickelchen blieb lange Zeit ihrer Arbeit als Sekretärin treu, blieb beflissen und neugierig. Eines Tages kam es zum Eclat, weil sich Dickelchen nicht mehr halten konnte, als sie von der besagten Person wieder einmal kritisiert wurde. Dabei wurde sie [körperlich angegangen], verletzte sich dabei leicht. Auch da: keine schützende Reaktion des Chefs.

Wohlfühlwelt – Die grosse Kränkung – Befreiungsschlag

Pat. grollte innerlich gegen die Vorgesetzten und konnte deren Kritiken nicht verstehen. Mehrmals brachte sie Aktennotizen oder Mitarbeitergespräche mit konkreten, sorgfältig formulierten Kritiken in die Sitzung.

Eine Einsicht in die eigenen Leistungseinbussen war kaum vorhanden.

Versuchter Wiedereinstieg nach längerer 100 % AUF. Beim Wiedereinstieg waren Arbeitsplatzbedingungen geändert worden ohne vorherige Rücksprache mit Clematis. Die Abmachungen und Versprechungen wurden nicht mehr eingehalten mit dem Hinweis, dass die laufende Umstrukturierung dies verunmögliche. Man wies ihr immer weniger Arbeit zu. Clematis kam zusehends ins Abseits, reagierte mit zunehmenden körperlichen Problemen sowie mit Existenz- und Zukunftsängsten. Sie zog sich vermehrt zurück und wurde zunehmend misstrauisch den Vorgesetzten gegenüber. Die Fronten blieben verhärtet. Clematis bekam keine Chance. Am Schluss Kündigung erhalten.

Tabelle 19 (Fortsetzung)**Eingliederung zum zigsten Mal - Das Hamsterrad dreht immer schneller - Das Hamsterrad wird unerbittlich schnell**

Die Zicke fühlte sich von den Vorgesetzten ungerechtfertigt kritisiert und "verarscht", sie mutmasste, dass diese sie mit Bestimmtheit "loswerden" wollten. Der betriebsinterne Sozialdienst stiess an seine Grenzen und empfahl eine Krankschreibung. Rascher als erwartet kam die Kündigung.

Nach initialer Begeisterung über die neue Stelle Ernüchterung über mangelnde Kompetenzen, pingelige Kontrollen, viel Büroarbeit, mangelnde Anerkennung, nicht ernstgenommen werden, sich nicht durchsetzen können. Damit Abnahme des Selbstwertgefühls und Selbstzweifel. Kritik vom Chef, sie erfülle die Erwartungen nicht. Angst, wieder gekündigt zu werden.

Änderungskündigung mit Lohnreduktion. Danach ein Auf und Ab mit besseren und schlechteren Leistungsrückmeldungen in Abhängigkeit auch von der psychischen Gesundheit. Im wesentlichen unveränderte Probleme.

In einer manischen Phase hielt sich Speedy nicht an die Arbeitszeiten, lieferte sehr schlechte Arbeitsergebnisse ab und verhielt sich inadäquat und distanzlos gegenüber Mitarbeitern und Vorgesetzten, sodass der Chef mit Kündigung drohte.

Nach Offenlegung der Diagnose während einer längeren Hospitalisation erfolgte nach Rückkehr an den Arbeitsplatz die Kündigung.

Höhenflug - Fallböen und Sturmwinde - Triebwerkausfall, Sturz in geschützte Bucht, genüssliches Dümpeln trotz Funkaufrufe

Prot. sucht nach Scheidung und Auseinanderbrechen der Familie nach neuer Bestätigung, absolviert eine WB und bekommt auch eine entsprechende Stelle; dort aber einerseits per se überfordert durch die komplexen Abläufe, andererseits wechselnde Vorgesetzte durch Umstrukturierung.

Eine neue, dynamische und sehr strukturierte Chefin wird eingestellt; die Prot. gerät durch ihre eher chaotische und perfektionistische Art unter Druck, fühlt sich gleichzeitig auch nicht mehr wertgeschätzt, da ihrer vorübergehenden Position als rechte Hand des Vorgesetzten enthoben.

Prinzessin auf der Erbse litt zunehmend unter Angstzuständen und Erschöpfung, konnte das Wichtige nicht mehr vom Unwichtigen unterscheiden und musste schliesslich vom Hausarzt krankgeschrieben werden.

Der HA meldete Prot. in Burnoutklinik an und schrieb sie weiterhin 100% krank bis zum Eintritt daselbst 3 Monate später; im geschützten Rahmen ausgedehnte Erholung und Weigerung, rasch wieder in den Arbeitsalltag einzusteigen, trotz Drohungen von Seiten der Taggeldversicherung und Aufbegehren von Seiten des Arbeitgebers; letzterer beschliesst dann die Entlassung nach Ablauf der Taggeldschonfrist, gewährt aber sehr grosszügig eine begleitete Umorientierung und sogar eine Rente bei Arbeitslosigkeit.

Ein weiteres Verlaufsmuster, das ebenfalls hoffnungsvoll beginnt und in der Auflösung des Arbeitsverhältnisses endet, manifestiert sich im zweiten Teil der Geschichte durch Arbeitsunfähigkeiten (Tabelle 20).

Die Beispiele zeigen einige typische Merkmale: Die Patienten überfordern sich nach „freudigem“ Arbeitsbeginn und finden am Arbeitsplatz zu wenig Unterstützung und Führung vor. Manchmal kommen erschwerend auch private Belastungen hinzu. Die Krankschreibung bringt teils Entlastung, ist aber manchmal verbunden mit Zukunftsängsten wie auch mit dem Risiko, gekündigt zu werden.

Tabelle 20: Verlaufsmuster „Hoffnungsvoller Beginn – AuF – Kündigung“: Beschreibung**Freude an Einstieg in den gewünschten Beruf verwandelt sich in Schrecken und Enttäuschung – Erschöpfung: "ins kalte Wasser geworfen" – Entlassung**

Berufsanfängerin muss Entscheidungen fällen, für die sie nicht vorbereitet ist, hat keine Unterstützung. Zu viel Verantwortung, keine Unterstützung, abwesende Vorgesetzte. Alleingelassen meldete sich krank, da sie die Angst, Fehler zu machen und Menschen zu schädigen, nicht mehr aushielt. Problem momentan "gelöst", aber grosse Angst vor der Zukunft: "Kann ich das an einem anderen Ort schaffen?".

Berufliches Himmelfahrtskommando - Scheitern und Absturz - Psychosen (wiederholt)

Matterhorn wurde mit seiner Aufgabe allein gelassen. Er erfuhr nicht die nötige Unterstützung und der objektiv (Beobachterübereinstimmung) psychosozial wenig kompetente Chef begann mit ihm zu rivalisieren, anstatt ihn zu begleiten.

Motivierter, freudiger Arbeitsbeginn, Gefühl, dass es dieses Mal klappen wird. Durch die partnerschaftliche Problematik zunehmend psychisch instabil und konsekutiv Leistungsverminderung am Arbeitsplatz. Eine virale Erkrankung führte zur psychophysischen Dekompensation. Unter der Krankschreibung kam es zu einer Erholung.

Geplant war ein "versuchsweiser" Wiedereinstieg mit normalem Pensum (80%). Am 1. Arbeitstag wurde die Patientin sofort zur Chefin gebeten, wo man ihr Kündigung erklärte und sofortige Freistellung. Sie erledigte trotzdem noch ein paar Arbeiten und ging nach ein paar Stunden. Psychischer Zusammenbruch: Verschlechterung der Befindlichkeit. Als Grenzen der ambulanten Möglichkeiten (bei nun wöchentlichem Setting) deutlich wurden, erfolgte Zuweisung zu einer stationären Behandlung.

Ebenfalls hoffnungsvoll beginnt das folgende Muster (Tabelle 21), welches trotz eines konflikthaften Mittelteils in einigen Fällen in der Rückkehr an den Arbeitsplatz endet (oder in einer noch anhaltenden AuF).

Die Konflikte im Mittelteil haben in den Beispielen verschiedene Ursachen – dies kann die Pathologie sein mit übertriebenem Misstrauen und Problemen in der sozialen Kognition, Aggressionen des Arbeitsumfeldes, eine Herabstufung im Betrieb und andere Kränkungerlebnisse sowie Vermeidungsverhalten. In einigen Fällen gelingt – dank der Behandlung und den Interventionen des Psychiaters – der Wiedereinstieg und teils gar die Klärung der Konflikte.

Tabelle 21: Verlaufsmuster „Hoffnungsvoller Beginn – Konflikte – AuF/RTW“: Beschreibung**Übermässige Identifizierung mit der Arbeit - Hilfe, sie sind hinter mir her.... - Flucht in die Krankheit**

Übermässige Identifizierung mit der Arbeit, hoher Begeisterungslevel, aber bereits als "neidisch" erlebte Kollegen und v.a. Kolleginnen. Mobbing, hatte das Gefühl, ihr Auto (sie ist im Aussendienst) sei von der Vertragswerkstatt manipuliert worden, sodass sie einen Unfall hatte.

Les collègues sont super-sympas et le travail est passionnant. Investissement à fond et attitude trop vite familière avec les collègues. Le vécu professionnel devient insupportable, elle se sent dénigrée par la hiérarchie et certains collègues. Elle critique les dysfonctionnements supposés ou réels des collègues et hiérarchie. Tensions croissantes.

Elle a été remise à sa place par une partie de la hiérarchie et n'a pas été soutenue par l'autre partie, alors qu'elle l'espérait après avoir soulevé les dysfonctionnements réels ou supposés d'une partie de la hiérarchie et de certains collègues. Très choquée de la tournure des événements, anxiété et colère croissantes, troubles du sommeil, baisse de l'humeur, nécessité d'un arrêt de travail.

Pendant l'arrêt de travail, elle se calme progressivement et admet petit à petit qu'elle aurait dû être plus diplomatique et aurait dû s'occuper moins des autres collaborateurs que de son travail essentiellement.

Auftritt tapferes Schneiderlein - Angriff der Stechmücken - Zusammenbruch psychisch/psychosomatisch

Das Team und die Klienten mobben Pat. so sehr, dass auch sein Vorgesetzter ihn nicht mehr unterstützen mochte; sodass Pat. depressiv und suizidal wurde.

Tabelle 21 (Fortsetzung)**Stupender Einstieg – Unsanfte Landung im Alltag – Kollaps des Ballons**

Pat. liess sich verführen, Aufgaben für eine ausgefallene Mitarbeiterin zu übernehmen - hoffte auf Beförderung bzw., dass sie bei der Neubesetzung dieser Stelle berücksichtigt werde - was dann aber nicht der Fall war:
Zusammenbruch

War noch arbeitslos, zuerst sehr unsicher hinsichtlich beruflicher Neuausrichtung. Dann neue Stelle gefunden, grosse Herausforderung, trotz Versagensängsten angepackt. Nach einer guten Einarbeitungsphase zunehmend unter Druck durch Vergleich mit ArbeitskollegInnen, Rückzug und Vermeidungsverhalten, Angst vor neuen Aufgaben, Konflikt mit Chef. Pat. wurde immer langsamer, unkonzentrierter und zog sich mehr und mehr zurück, sodass er Gefahr lief, gekündigt zu werden.

Dann mehrere klärende Gespräche mit dem Chef, selektive Selbstoffenbarung. Befreiend. "Neuausrichtung" und verbesserte Integration im Team.

Beim folgenden Muster, wo die Überforderung im Mittelteil im Vordergrund steht, handelt es sich häufig um sehr engagierte oder über-engagierte PatientInnen – was von den Vorgesetzten durchaus gerne gesehen wird – welche nicht bemerken, dass sie sich selbst überfordern (Tabelle 22).

In einigen Fällen führt die Krankschreibung schliesslich zu einem Reflexionsprozess und zu einer Auseinandersetzung mit den eigenen realen Möglichkeiten und Wünschen – wie auch mit eigenen, bisher dysfunktionalen Verhaltensweisen. Dies kann neue Energie freisetzen, wie das zweite Beispiel deutlich zeigt. Die Krankschreibung kann aber auch Ausdruck eines eher regressiven Prozesses sein, wie das dritte Beispiel zeigt.

**Tabelle 22: Verlaufsmuster „Hoffnungsvoller Beginn – Überforderung – AuF/RTW“:
Beschreibung****Verweile doch, du bist so schön - Bist Du nicht willig so brauch ich Gewalt - Ein Königreich für einen guten Rat**

Die Einsatzfreudigkeit und die Kompetenz der Patientin sind vom Arbeitgeber schon lange erkannt. Man möchte sie keinesfalls verlieren und hält sie durch kleine Geschenke, Aufmerksamkeiten, Lob vor der ganzen Belegschaft, Geldboni etc bei Laune, falls sie sich doch einmal beklagt. Man ahnt, dass diese Geschichte nicht ewig dauern kann, und man möchte vorsorgen.

Diesmal ist es die Patientin, welche zur Dramatik beiträgt: Sie merkt immer mehr, dass sie die Anforderungen nicht mehr lange erfüllen kann, entwickelt Symptome wie Schlaf- und Essstörungen etc. Verbietet sich aber, 'einzuknicken', und will um jeden Preis – dies wortwörtlich – „weitermachen“.

Patientin erlitt diverse akute somatische Symptome und hatte zudem einen Unfall an der Arbeitsstelle. Gleichzeitig oder auch als Folge der seit Jahren andauernden Überarbeitung und ebenso langer Mangelernährung kam es zu einem kompletten physischen und psychischen Zusammenbruch. Die Patientin musste hospitalisiert werden und ist seither nach kurzer 100% AUF zu 30% AF (AuF-Schreibung durch Neurologen).

Die Patientin ist seit ihrer Spitalentlassung in neurologischer und psychiatrischer Behandlung. Neurologisch hat sie klare, aber nicht erklärbare Symptome. Klar ist, dass sie nicht mehr in ihren Beruf zurückkehren kann, falls sich die neurologische Symptomatik nicht in den nächsten Monaten bessert. Da diese jedoch nicht wirklich gut fassbar und verständlich sind, wird von allen Seiten abgewartet.

Die Patientin liebt ihren Beruf, in der Zwischenzeit beginnt sie jedoch zu verstehen, dass sie psychiatrisch noch einen langen Weg vor sich hat und dass von ihrem Weg auch ein grosser Teil ihrer Berufschancen abhängt. Alternativen zum gelernten Beruf hat sie noch keine, immerhin beginnt sie sich damit zu beschäftigen.

Tabelle 22 (Fortsetzung)

Pat. tritt hoffnungsvoll ihre Stelle an und manövriert sich nach und nach im Kollegenteam ins Aus. Pat. integriert sich nach und nach besser, produziert aber einen Zusammenbruch, den sie und die Umgebung Burnout nennen, und erntet sehr viel Mitgefühl.

Der Perfektionismus und der Masochismus von Pat. führten zur subjektiven Überlastung und einem Rückzug unter dem Etikett "Burnout". Die tiefere Bedeutung dieses Geschehens konnte aber in der Behandlung reflektiert werden, und Pat. fand den Weg zurück in den Arbeitsprozess und merkte, dass sie eigentlich gar nicht ständig bemitleidet werden wollte. Pat. arbeitete zufrieden ein weiteres Jahr, gründete dann ein eigenes Geschäft und kündigte.

Grosses Engagement des Patienten, grosse Zufriedenheit des Arbeitgebers, Tendenz zur Überforderung. Pat. ist ehrgeizig, will sich beweisen. Korrektus fühlte sich zunehmend überlastet sowie sich vom Arbeitgeber zu wenig ernst genommen. Motto "nun habe ich genug geleistet, ich kann nicht mehr", Kollaps.

Die folgenden 4 Tabellen zeigen Beispiele von Verläufen, die eher problematisch begonnen haben. Dies betrifft rund drei Viertel aller Geschichten.

Beim ersten Verlaufstyp (Tabelle 23) kommt es nach schwierigem Beginn, wobei es sich nicht selten um einen Vorgesetztenwechsel handelt, zu Überforderung respektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes und schliesslich zur Krankschreibung – mit und ohne Wiederaufnahme der Arbeit. Hier wird deutlich, dass eine engagierte Arbeitsumgebung (Vorgesetzter, Arbeitskollegen) wie auch die Kontaktaufnahme zwischen Psychiaterin und Arbeitgeberin auch in belasteten Fällen stark zu einer Rückkehr an den Arbeitsplatz beitragen können. Soziale Unterstützung durch die Arbeitskollegen und ein Vorgesetzter, der sich auch durch ‚schwieriges‘ Verhalten des Patienten nicht leicht kränken lässt und Lösungen sucht, können hier entscheidend sein. Manchmal kann auch ein interner Wechsel respektive die Anpassung des Arbeitsplatzes zum Arbeitsplatzertalt beitragen („mehr Einzelarbeit“). Und schliesslich können hier auch Case Manager und IV-Berater eine hilfreiche Rolle spielen.

Tabelle 23: Verlaufsmuster „Problematischer Beginn – Überforderung – AuF/RTW“:
Beschreibung

Wechsel des Vorgesetzten - Konflikteskalation und -ausbreitung - Zurück zur Arbeit, Ende der Schlammschlacht

Wechsel der Vorgesetzten, Autoritätskonflikt, Drohungen. Der Druck der direkten Vorgesetzten nahm mit einem schlechten Zeugnis und Kündigungsdrohung derart zu, dass sie in eine schwere depressive Krise geriet und krankgeschrieben werden musste. Sie überwand sich bereits zu Beginn der Krise, mit mehreren Vorgesetzten zu einem Arbeitgebergespräch in meiner Praxis zu erscheinen. Dieses Gespräch führte zu einer deutlichen Wende in Befindlichkeit, der Arbeitsplatzertaltung und nach späterer Intervention der Vorgesetzten auch zu einem deutlich besseren Arbeitsklima und Verbesserungen der Leistungen des Teams.

Fühlt sich vom Arbeitgeber nicht verstanden und schikaniert - Ausbruch der Erkrankung - Wiederaufnahme der Arbeit

Pat. wurde reizbar, unruhig, dysphorisch, konnte nicht schlafen. Beschuldigte den Arbeitgeber für seinen Zustand. Pat. befürwortete die Kontaktaufnahme mit Arbeitgeber durch Behandler, er selbst machte wenig, meldete sich nicht beim Chef trotz seiner mehrmaligen Aufforderung, empfand dies als Druck, obwohl der Chef ihm entgegen kam.

Tabelle 23 (Fortsetzung)**Degradierung – Dekompensation - Unterstützung**

Umstrukturierungen führten zu Veränderung des Arbeitsplatzinhaltes und schliesslich Degradierung um eine Hierarchiestufe. Psychische Dekompensation mit schweren Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, innerer Unruhe, Depression und Suizidalität. Degradierung um eine Hierarchiestufe durch Vorgesetzten, der innerhalb des Grossbetriebes jedoch aus Sicht des Patienten keine direkte Einsicht in die wirkliche Arbeit des Patienten hat. Gefühl, ungerechtfertigt behandelt worden zu sein, führte zu psychischer Dekompensation mit Suizidalität. Innerhalb des Teams Unterstützung und Haltung, den "Falschen" erwischt zu haben. Erhielt Unterstützung vom direkten Vorgesetzten, welcher dafür schaute, dass er wieder in seinem angestammten Umfeld arbeiten konnte.

Schleichende Entwicklung der Alkoholproblematik mit verschiedenen Konflikten am Arbeitsplatz. Zunehmende somatische Komplikationen, Verweis am Arbeitsplatz. Der Verweis am Arbeitsplatz führte letztlich dazu, dass er sich an den Hausarzt wandte. Nachdem dieser ihn über die somatische Situation und die ungünstige Wechselwirkung von Antidiabetika und Alkohol informiert hatte, nahm er dann professionelle Hilfe in Anspruch. Veränderung des Konsumverhaltens, Klärung der familiären Konflikte.

Obwohl nicht mehr gut leistungsfähig wegen einer depressiven Episode bei bipolarer Störung versuchte sie durchzuhalten. Sie riskierte dabei die Stelle. Nur durch eine ein Rausnehmen mit voller Arbeitsunfähigkeit hat sich die Patientin nicht einen grösseren Schaden am Arbeitsplatz eingehandelt.

Habe die Patientin nach 3-4 Wochen 100% AUF mit Teilpensum einsteigen lassen, dann hat sie mir erlaubt, mit dem Vorgesetzten Kontakt aufzunehmen. Dort erfuhr ich von viel mehr Verständnis für sie, als sie dachte. Wir konnten dann den gestuften langsamen Einstieg vereinbaren. Die Patientin war gerade an Stufe 80% (bei 100% Pensum), als ihre Arbeitskollegin wegen eines Unfalles ausfiel. An dieser Stelle musste sie dann lernen auszuhalten, dass sie nicht das ganze Sekretariat schmeissen kann. Dies war für sie sehr schwierig, nach Hause zu fahren und zu wissen, dass nicht Alles erledigt war. Dies war für sie eine ganz wichtige Erfahrung und wir haben dies in der PT immer wieder analysiert.

Bewährung: Die Patientin stieg nach mehrmonatiger Teilarbeitsunfähigkeit wieder voll ein. Sie hatte gelernt und trainiert, dass der Alltag daneben wichtig ist und laufen muss und sie nicht alle Energie für die Arbeitsstelle verbrauchen darf. Sie arbeitet mit mehr Freude, fühlt sich fachlich sicherer und hatte die Erfahrung gemacht, dass sie vom Team und Chef geachtet und geschätzt wird, obwohl sie nicht immer Höchstleistung erbringt.

Kleine Unpässlichkeiten am Arbeitsplatz hielt sie wegen ihrer Trennung weniger gut aus. Das provozierte die Chefin und sie kritisierte sie immer häufiger. Zunehmende Dekompensation führte zu einem 3 Monate dauernden Klinikaufenthalt. Anschliessend war es ihr möglich ihre Bedürfnisse klarer zu formulieren und durchzusetzen, mit Erfolg. Die Chefin reagierte auf das zunehmende Dekompensieren mit Wut und entwertete sie massiv und drohte mit Kündigung und gab ihr immer mehr Arbeit. Sie nutzte ihre mangelndes Durchsetzungsvermögen und ihr Wohlwollen ihr und dem Geschäft gegenüber aus.

Sie setzte klare Grenzen und forderte Unterstützung in der Arbeitsverteilung und Wertschätzung ihrer Arbeit und Person gegenüber indem sie die Chefin klar mit ihrem unfairen Verhalten ihr gegenüber konfrontierte. Sie stellte auch vernünftige Bedingungen für eine Voraussetzung einer weiteren Zusammenarbeit. Die Chefin liess sich überzeugen und willigte ein - mit Erfolg bis jetzt (4 Monate).

Ich fühle mich gemobbt - Sie müssen mich krankschreiben - Entspannung

Wendepunkt: IV-Betreuer hatte Kontakt mit Arbeitgeber. Wechsel der Stelle intern, weg vom 'Mobbing-Team'. Neue Stelle mit weniger Team-Kollegen. Mehr Einzelarbeit ohne soziale Kontakte.

Hospitalisierung in Tagesklinik. Schwere Depression mit Suizidversuch und stationäre Behandlung. Das Team mobbte sie stark. Sie hatte auch private Probleme, ausserdem wegen Besserung des psychischen Zustandes wurden Antidepressiva etwas reduziert. Sie wurde depressiv und unternahm einen Suizidversuch. Besprechung mit der Vorgesetzten, Case Manager der Krankentaggeldversicherung und IV Vertretung.

Zerstörter Stolz mit Weinattacken – Zusammenbruch - Sich verstanden gefühlt

Shakira zog sich vermehrt zurück in der Pause. Sie lästerte über Chefin bei einer anderen Mitarbeiterin, diese erwähnte das und Shakira bekam eine Verwarnung. Shakira fühlte sich überfordert und gab die Aufgabe als Rayonleiterin ab. Dann dekompensierte sie, weinte stark und musste zum Hausarzt. Danach Einweisung zu uns und Krankschreibung bis jetzt.

Der deutlich häufigste Typ schliesslich „problematischer Beginn, Arbeitsunfähigkeit, Kündigung“ verdeutlicht die Ambivalenz von Krankschreibungen: Es gibt hier nur die Wahl zwischen zwei negativen Alternativen. Zu Beginn stehen hier wiederum häufig ein Wechsel des Vorgesetzten, aber auch belastend erlebte Arbeitsbedingungen, ungeschicktes eigenes Verhalten oder wenig Selbstvertrauen. Im zweiten Teil kommt es zu Konfrontationen, Konflikten, Kränkungen, Entwertung, Mobbing etc. Schliesslich enden die Verläufe in der Trennung. Diese kann durchaus auch positive Folgen haben („Verantwortungsübernahme“, „Kampf, Verstehen, Weiterentwicklung“ oder „Abbruch und Erleichterung“).

Oft steht am Ende dieser Geschichten die „verbitterte“ Feststellung oder die sachliche Bilanz, dass man im ersten Arbeitsmarkt überfordert ist oder mit den vorhandenen Einschränkungen nicht mehr gewollt – aber manchmal auch Krankheitseinsicht und das Finden einer neuen und besser passenden Tätigkeit.

Tabelle 24: Verlaufsmuster „Problematischer Beginn – AuF - Kündigung“: Beschreibung

Überlastung, hohe Präsenzzeiten, zunehmende funktionelle Beschwerden, Erschöpfung, erste Behandlung wegen Depression, Krankschreibung, (gescheiterter) Arbeitsversuch über mehrere Monate. Beim Arbeitsversuch erkannte Anneli, dass sie nicht mehr die volle Leistung erbringen konnte und stellte verbittert fest, dass es keinen Platz mehr für sie im Betrieb gab, man sie dort nicht mehr wollte – der Arbeitgeber kam ihr zuvor und kündigte. Rückzug ins Private.

Konflikt mit Vorgesetztem, wiederholte Kränkungen, Hilflosigkeit/Ausgeliefertsein.

Krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, konsekutive Kündigung seitens des Arbeitgebers: Pat. wurde nach wiederholten belästigenden/grenzüberschreitenden Anrufen seitens der HR-Abteilung des Arbeitgebers in ein Café zu einer "informellen Besprechung" einbestellt, dort wurde für die Pat. unerwartet die Kündigung ausgesprochen.

Verarbeitung der Kündigung, Probleme mit der Taggeldversicherung inkl. "Begutachtung" durch den Vertrauensarzt.

Allein gegen den Stress - Es muss doch gehen! - Verzweifeltes Aufgeben

Rückkehr an Arbeitsplatz nach kürzerer Krankschreibung ins unterdessen veränderte Arbeitsteam, unter Abgabe der leitenden Funktion. Patientin realisierte, dass sie nicht mehr die nötige Kraft besass und dass ihr niemand genügend Hand bot, sich ins Team und in die Arbeit wieder einzugliedern. Erneute (und vorläufig definitive) Krankschreibung. Nie mehr an diese Stelle! Die hat/haben mich kaputt gemacht!

Immer wieder längere Krankheitsabsenzen, jedoch sehr geduldiger Arbeitgeber. Auftreten von ausgeprägter Müdigkeit, reduziertes Arbeitstempo. Im Privatleben Tendenz zu sozialem Rückzug.

Lange wurde die Arbeitsstelle, die auf das reduzierte Arbeitstempo des Pat. eingehen konnte, als unbedingt erhaltenswert erachtet. Die depressiven Episoden mit teilweise akut einschliessender Suizidalität nahmen jedoch immer mehr zu. Im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes wurde entschieden, auf den Arbeitsplatz im 1. Arbeitsmarkt zu verzichten.

Une discrimination orchestrée par le responsable hiérarchique direct - L'employeur joue la montre

Pat. était isolé par la hiérarchie, les collègues et la responsable des ressources humaines. Il a compris ce qui se passait lorsqu'il a eu par hasard connaissance des e-mails échangés dans son dos. Pat., vu son statut, ne peut être remercié, sans faute professionnelle avérée. Son employeur accepte, après avoir beaucoup « joué la montre », une reprise du travail dans un autre service, grâce à l'intervention d'un avocat mandaté par sa protection juridique. Le médecin du travail a été complètement inefficace.

Die Fee wird ärgerlich - Dornröschen fällt in Ohnmacht - Der tiefe Schlaf

Von der Chefin wurde der Patientin (stellvertretende Abteilungsleiterin) plötzlich vorgehalten, dass sie den Führungs- und Organisationsaufgaben nicht gewachsen sei. Für die Patientin waren diese Vorwürfe nicht nachvollziehbar, denn sie sei bei ihrem Team sehr beliebt gewesen. Als auf die Rückstufung in der Funktion noch eine Lohnkürzung (mittels Änderungskündigung) folgen sollte, kam es zur depressiven Dekompensation mit Panikattacken. Eine spätere Rückkehr an den Arbeitsplatz empfand die Patientin unter allen Umständen als unzumutbar, weshalb sie sich selbst zur Kündigung entschloss.

Tabelle 24 (Fortsetzung)

Während der Ausbildung Beginn, Situationen misszudeuten, sich anders als früher zu fühlen, unklar weshalb, reagierte mit Rückzug, Insuffizienzgefühlen. Fühlte sich bedroht und beobachtet, holte die Polizei, die keine Erklärung fand. Anmeldung zur Früherkennung von Psychosen.

Schwerer Suizidversuch unter Psychose, er war der Überzeugung, dass wegen ihm Menschen sterben. Das war für ihn unerträglich und wollte diesem Gefühl ein Ende bereiten. Pat bemerkte, dass er die Art und Weise der Arbeit als Bauzeichner, nach etlichen Versuchen, Bemühungen, nicht seinem Typ entspricht. Bauzeichner müssen sehr exakt arbeiten und machen "Fehler", deshalb gibt es standardmässig Kontrollen. Die Rückmeldungen führten immer wieder zu Selbstzweifeln, Unsicherheiten und zu Belastungen. Konnte aufgrund seines Ehrgeizes und Leistungsanspruchs nicht relativieren und sehen, dass es den Kollegen nicht anders ging und ein Teil dieser Arbeit war. Er stresste sich zunehmend durch noch mehr eigene Kontrollen, die dann Zeit kosteten und die Arbeit nicht mehr effizient gemacht werden konnte.

Krankheitseinsicht und Erkenntnis, dass seine Wahrnehmung durch eine Krankheit beeinflusst war, Behandlung der Psychose. Unterstützung vom Arbeitgeber, Angehörige und von mir. Anmeldung bei der IV-Stelle, neuer Arbeitsbereich. Fitnesstrainer, da geht er drin auf, erkennt seine Stärken, kann selbst die Zeit einteilen. 50%-IV-Rente und 50% Arbeiten 1. Arbeitsmarkt.

Aufziehen von bedrohlichen Gewitterwolken am gesamten Horizont (privat und beruflich) - komplette Verzweigung - Durchtrennen des Gordischen Knotens

Müsli fühlte sich von allen Seiten (zeitweise auch von der Therapeutin) unverstanden, im Stich gelassen, ausgenutzt, gemobbt, verbal bedroht und durch die Bemerkung eines Kollegen sexuell belästigt. Sie hatte Angst, bei der Personalabteilung bei der vorgesehenen Mitarbeiterin eine Beschwerde einzuleiten – aus Angst vor Ressentiment und Racheakten, suchte schliesslich mit Unterstützung eine externe arbeitsrechtliche Beratung sowie auf ihren Wunsch einen Mobbing spezialisten auf. Bei Zunahme der ängstlich-depressiven Symptomatik mit paranoider Komponente 100%ige Krankschreibung durch mich mit der Zuweisung zu einem Vorgespräch für eine (spezialisierte) tagesklinische Behandlung. M. konnte sich schliesslich auf dieses Procedere einlassen. Die längere Krankschreibung, die schliesslich zu einer Kündigung durch den Arbeitgeber führte, und die 3-monatige halbstationäre Behandlung ermöglichten der Pat eine Neuorientierung.

Verunsicherung - Durch die Krise zur Selbstfindung - Trennung

Durch einen Konflikt im Verein, in dem Reh ehrenamtlich tätig war, war sie sehr verunsichert und noch konfliktscheuer, es kam zu ersten Dissoziationen.

Hauptauseinandersetzung war nun die Eheproblematik. Es wurde klar, dass sie in einer unglücklichen Ehe lebte, sich sexuell erniedrigt und ausgebeutet fühlte und auch hier sich nicht für sich einsetzen konnte.

Reh wurde suizidal und musste mehrmals längere Zeit hospitalisiert werden, zweimal vor meinen Sommerferien. Am Arbeitsplatz hatte das längere Absenzen zur Folge, die zunächst durchaus toleriert wurden. Als sich aber die Dissoziationen wieder häuften, wurde es kritisch.

Trennung: vom Ehemann gewollt, vom Arbeitsplatz ungewollt.

Tout se gâte – La grande panique – Rien n'est simple et tout se complique

Après une escalade de ses crises de panique et de son impossibilité de sortir de chez elle, Pat. a donné son congé, non sans avoir essayé de négocier avec son employeur un licenciement, qui lui a été refusé.

Das folgende Verlaufsmuster (Tabelle 25) eskaliert bei schon bestehenden Problemen zunehmend in Konflikten und endet (vorläufig) in der Arbeitsunfähigkeit und Reintegration an den Arbeitsplatz. Leistungsprobleme stehen hier nicht im Vordergrund.

Die Krankschreibung erscheint in diesen Fällen gar eher als Chance, dass sich die konflikthafte und hoch emotionale Situation beruhigen kann und mit den Patienten dysfunktionale Verhaltensweisen etc. psychotherapeutisch angegangen werden können. Auch hier hat teils die aktive Begleitung des Psychiaters respektive der Psychiaterin (Arbeitbergespräche) geholfen, die Stelle zu erhalten. Wichtige weitere Stichworte für den gelungenen Wiedereinstieg sind „schrittweiser Aufbau“, „anderes Arbeitsmilieu“, „Coaching“, „Reduktion des Arbeitspensums“ und „Veränderung der Verhaltensmuster“.

Tabelle 25: Verlaufsmuster „Problematischer Beginn – Konflikte – AuF/RTW“: Beschreibung

P. kommt erstmals zu mir wegen Problemen mit Autoritätspersonen, vor allem Probleme mit ihrem Vater, der sie gewalttätig behandelte. Nach einigen Jahren Zuspitzen am Arbeitsplatz, fühlte sich nicht ernst genommen mit ihren furchtbaren Schmerzen, leistet aber nach wie vor genügend. Fiel auf, dass sie depressiv wurde, weinerlich, ihre Klagen über schlechtes Wohlergehen nahmen zu. Fühlte sich zunehmend nicht ernst genommen und liess sich in eine psychiatr. Klinik einweisen. Dort mehrmonatiger Aufenthalt, stationäre Behandlung mit anschliessender langsamen Integration am Arbeitsplatz, schrittweiser Aufbau.

Überhöhtes Engagement und Zerwürfnis mit verschiedenen Mitarbeitenden und Vorgesetzten. Engagement und Streitigkeiten führen zum völligen Zusammenbruch.

Eine andere Vorgesetzte hat das grosse Engagement der Patientin erkannt und sie in ihren Bereich geholt. Gleichzeitig [...] reduzierte sie ihr Pensum. In der Therapie gelang es ihr, verschiedene Verhaltensweisen (Perfektionismus, zeitliches Engagement) zu reduzieren. Versetzung in anderes Arbeitsmilieu [...].

Sie hat Scham- und Schuldgefühle gehabt aufgrund der Arbeitsunfähigkeit und Angst vor dem Unverständnis, den Unterstellungen und hartnäckigem, wertenden Nachfragen der Vorgesetzten nach ihren Beschwerden.

Beim zweiten Akt handelt es sich um die Phase bis zum Wiederbeginn am Arbeitsplatz, in der neben dem Arbeitsplatz insbesondere die familiären Konflikte Thema wurden. Pat. realisierte die Tragweite der Konflikte mit Partner, Schwiegereltern und eigener Mutter und der Parallelität zu den Problemen am Arbeitsplatz und was ihre eigenen Anteile sind. Dies erschütterte sie sehr und sie bemühte sich sehr um Änderung ihrer Haltung. Angst vor dem Arbeitsbeginn und dem Verhalten der Vorgesetzten und Mitarbeiter. Angst, zu versagen und wieder in die gleichen Verhaltensmuster zu fallen.

Ihre berufliche Wiedereingliederung: Der Wiederbeginn am Arbeitsplatz mit einer schrittweisen Steigerung der Arbeitszeit und Verantwortlichkeit gelang. Sie wurde begleitet von mir durch Arbeitsgeberggespräche und Coaching, Unterstützung in den Therapiestunden. Sie konnte Verhaltensmuster etwas ändern und reduzierte schliesslich ihr Arbeitspensum nach 6 Monaten um 20%. [...]

Das letzte Verlaufsmuster schliesslich (Tabelle 26) zeigt quasi die ‚negative‘ Variante des vorherigen Musters, die in der Kündigung endet. Die Unterschiede liegen unter anderem in der Unmöglichkeit eines produktiven Gespräches zwischen Arbeitgeber und Psychiater, eine als eher unversöhnlich erlebte Arbeitsumgebung, Neid und Missgunst, fehlender Rückhalt bei den Arbeitskollegen oder schliesslich in Verhaltensweisen der Patienten, welche die Geduldsspanne des Arbeitsgebers überziehen.

Tabelle 26: Verlaufsmuster „Problematischer Beginn – Konflikte – Kündigung“: Beschreibung

Eine sehr junge ehemalige Lehrtochter von Übergutmüt, mit formal gleichen Qualifikationen, wird vom Vorgesetzten als Vorgesetzte von Übergutmüt eingesetzt. Die junge Chefin profiliert sich, bewertet Übergutmüt - nach sehr vielen Jahren mit guten Arbeitszeugnissen im MAG als schlecht.

Übergutmüt geriet in eine Depression, die Symptome wurden als Vorwürfe in einer Verwarnung aufgelistet. Der obere Chef formulierte Vorwürfe über angebliche Verfehlungen in der Vergangenheit, die nirgends dokumentiert waren. Man legte unerfüllbare Ziele fest, z.B. bis am 1. Oktober müsse sie ihre "nonverbalen Signale" in Sitzungen verändern, sonst folge die Entlassung. Übergutmüt bat um Vergebung, um Vertrauen, dieses wurde ihr entzogen. Ein gemeinsames Gespräch zusammen mit der Psychiaterin war zwecklos, der Vorgesetzte war nicht bereit, das Vorgeworfene als Symptome einer Depression zu anerkennen, Übergutmüt wurde als Schuldige definiert.

Fristlose Freistellung seitens des Arbeitgebers (Entlassung war unmöglich aufgrund Krankschreiben), schwere Selbstwertkrise, dann langsame Erholung und Finden einer neuen, passenden Stelle.

Gute Königin wird durch schlechte Königin abgelöst. Die Kammerzofe versucht es der launischen neuen Königin recht zu machen, was nicht gelingt.

Die böse Königin macht die Zofe zu Unrecht für Versäumnisse am Hof verantwortlich. Sie ist neidisch auf die am Hof beliebte Zofe, die sich für Andere einsetzt.

Die Königin sucht nach einem Grund, die fleissige und begabte Zofe loszuwerden. Als die Zofe in einem verzweifelten Moment die Beherrschung verliert, verstösst sie die Königin sofort vom Hof.

Tabelle 26 (Fortsetzung)

Schwelender Teamkonflikt, der Patient in leitender Teamfunktion wird von Vorgesetztem im Stich gelassen. Weiterhin schwelender Teamkonflikt. Hinzu kommt der Tod des Vaters und ein Beziehungskonflikt. Plötzliche Trennung der Partnerin und kein Rückhalt in Team oder Verständnis bei Vorgesetzten. Suizidversuch. Krankschreibung, Gespräche mit Arbeitgeber, von dort kommt keine Unterstützung. Kündigung.

Anspruchsvolle Stelle, perfektionistische Patientin, Chef versäumt lange, eine entlastende Kraft einzustellen. Einstellung einer zusätzlichen Kraft, die die Pat. entlasten sollte, eine Freundin des Chefs. Hat kaum Berufskennnisse und kann die Erwartungen der Patientin deshalb nicht im Ansatz erfüllen. Immer wieder gegenseitige Beschuldigungen und Kritiken. Chef wieder mehrfach beigezogen, hält sich aber heraus. Die Patientin wurde durch eine Nachfrage der Mitarbeiterin zu einem bereits mehrfach erklärten Thema so wütend, dass sie herumschrie und ihrer Wut auch in anderen Abteilungen Luft verschaffte. Dabei griff sie verbal auch Leute an, die mit der Sache nichts zu tun hatten. Anschliessend Zusammenbruch mit Weinen und Verlassen des Arbeitsplatzes. Krankschreibung zu 100% durch den Hausarzt. Aussprache mit dem Chef in der psychiatrischen Praxis. Wertschätzung durch den Chef und Einigung auf eine Auflösung des Arbeitsverhältnisses, sobald die Patientin eine neue Stelle gefunden hat, was nach 2 Monaten unter Mithilfe des Chefs der Fall war.

N'a pas la formation requise et doit se battre pour être formée comme indiqué dans son contrat d'engagement. Beaucoup de changement d'employés.

Son chef a été muté dans un autre canton. Son nouveau chef n'avait pas les connaissances nécessaires pour lui donner des conseils. L'environnement de travail (autres collaborateurs) était hostile.

Licencié.

De l'art d'aggraver un conflit institutionnel et de se mettre dans les difficultés - De l'art de mélanger sa vie affective et professionnelle et d'insulter les cadres de l'entreprise - De la beauté de se faire accuser de harcèlement sexuel et de se faire licencier abusivement

En l'absence de son supérieur hiérarchique direct, Calimero est allée insulter publiquement le cadre supérieur avec qui son supérieur hiérarchique direct était en conflit et à cause de qui il était en arrêt maladie pour burn out. De plus la patiente a essayé d'embrasser un collègue qui avait été un an auparavant son stagiaire pendant 3 mois environ. Très clairement tant que son supérieur hiérarchique direct était en charge, il cadrait suffisamment bien Calimero pour éviter ce genre d'acting. En plus, en raison de son absence, le conflit pesait nettement plus lourdement sur les épaules de Calimero qui, pendant les séances, se montrait stressée, projective voire persécutée.

Den tragen wir mit, als Familienbetrieb haben wir auch eine soziale Verantwortung - Der Dickkopf ist kaum noch auszuhalten, und es wird beim Schweissen auch mal gefährlich

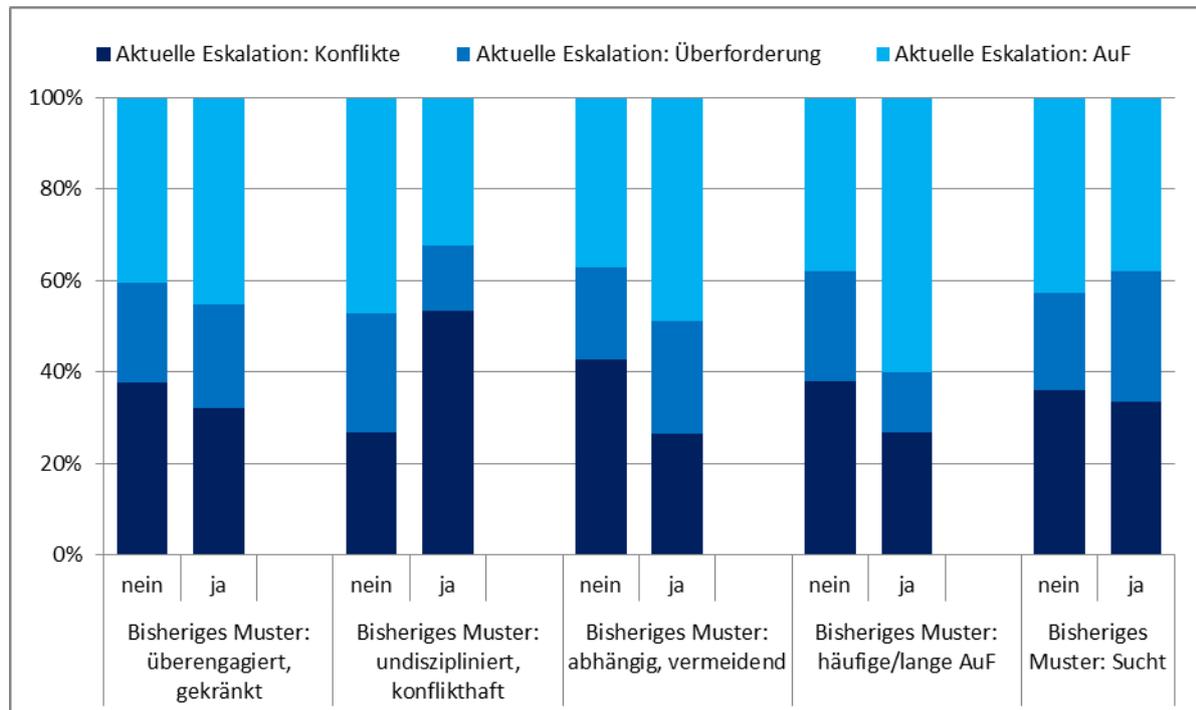
Chnorzi nahm in einer manischen Episode das Pausengeschirr aus der Firma mit und redete im Dorf schlecht über den Arbeitgeber. Damit war für den Patron das Ende der Fahnenstange erreicht. Die IV macht über Jahre hinweg nichts, bis der Arbeitsplatz verloren geht und das Reha-Potential nicht mehr vorhanden ist.

3.7.12 Aktueller Problemverlauf und früheres Problemmuster

Stellt man die Problemeskalation im aktuellen Fall in Beziehung zum allfälligen typischen Problemmuster in der Arbeitsbiografie der Patienten, zeigen sich bei einigen Mustern deutliche Zusammenhänge, bei anderen hingegen gar nicht (Abbildung 39).

Patienten mit einem aus der Arbeitsbiografie bekannten Muster von sehr hohem Engagement, Anerkennungsbedürftigkeit und anschliessender Kränkung (Muster ganz links in der Abbildung) sowie mit einem Muster von suchtbedingten Arbeitsproblemen (Muster ganz rechts in der Abbildung) zeigen keine Unterschiede zu Patienten, welche dieses Muster jeweils nicht aufweisen.

Abbildung 39: Problemmuster in der Arbeitsbiografie und aktuelle Problemeskalation (N=227)



Hingegen bestehen teils (hoch-)signifikante Zusammenhänge zwischen Personen mit einem aus der Arbeitsbiografie bekannten konflikthaften, abhängig-vermeidendem oder häufig absentem Problemmuster: Patienten mit anamnestisch bekannten Disziplinproblemen und Arbeitskonflikten geraten auch im aktuellen Fall (im „zweiten Akt“, der fast immer die Zuspitzung der Probleme beschreibt) in über der Hälfte der Fälle in Konfliktsituationen. Dies ist bei Patienten ohne eine solche Arbeitsbiografie ‚lediglich‘ halb so häufig der Fall (26%). Patienten mit bekannter abhängig-vermeidender Problemlösestrategie werden bei der Problemeskalation häufiger krankgeschrieben als Patienten ohne ein solches biografisches Muster. Dies trifft schliesslich auf Patienten mit anamnestisch bekannten häufigen und/oder langen Arbeitsunfähigkeiten noch deutlicher zu: Sie werden im aktuellen Fall in 60% der Fälle krankgeschrieben im zweiten Akt gegenüber 37% der Patienten, die anamnestisch kein AuF-Muster mitbringen.

Das heisst, bei Patienten mit arbeitsbiografisch bekannten Konflikt- und Disziplinproblemen, mit abhängig-vermeidendem Verhalten oder mit Absentismus ist auch bei einer aktuellen Stelle zu rund 50-60% mit einer analogen Problemeskalation zu rechnen – jedenfalls deutlich häufiger, als wenn dieses frühe Problemmuster nicht vorhanden ist. Bei anamnestisch bekannten perfektionistischen, hoch engagierten Patienten und solchen mit Suchtproblemen gibt es keine direkten Zusammenhänge mit der aktuellen Problemeskalation.

Dass sich allerdings bei 3 von 5 Problemmustertypen derart signifikante Zusammenhänge zeigen zur Problemeskalation im aktuellen berichteten Problemfall, ist angesichts der hoch aggregierten Form beider Variablen erstaunlich (es handelte sich ja jeweils um Freitexte, die nach Mustern kategorisiert und anschliessend nochmals in Hauptmuster zusammengefasst wurden).

3.7.13 Aktueller Problemverlauf und Arbeitsplatzerhalt

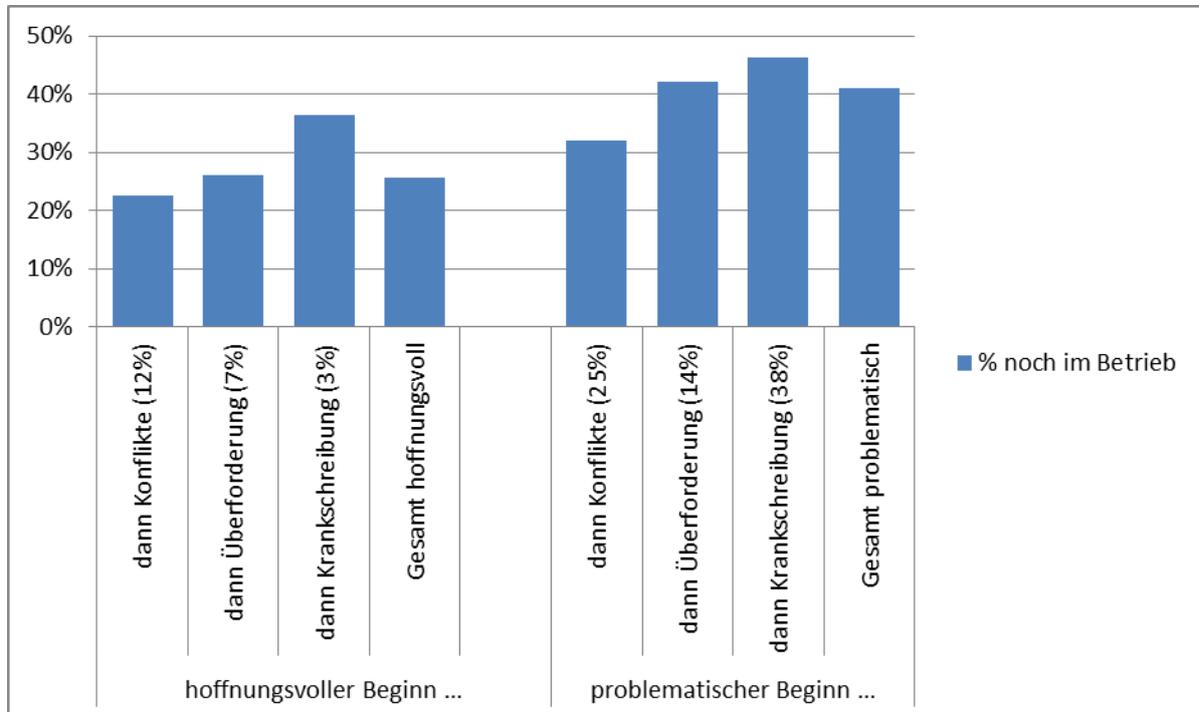
Die folgende Grafik (Abbildung 40) gibt einen Überblick auf die Häufigkeit des Stellenerhalts in den Verläufen und verdeutlicht, dass bei einem euphorischen Start, zum Beispiel beim Beginn einer neuen

Arbeitsstelle, bei Patienten mit Arbeitsproblemen eine gewisse Vorsicht angebracht ist: Von den Patienten, die hoffnungsvoll starten, arbeitet lediglich jeder Vierte bei Befragung noch in diesem Betrieb. Bei den Patienten, bei denen der Beginn eher problematisch war, sind es immerhin rund 40%.

Berücksichtigt man auch die Art der Problemeskalation („zweiter Akt“) zeigt sich, dass vor allem die Kombination mit einem hoffnungsvollen Beginn und einer konflikthafter Eskalation letztlich zu Arbeitsplatzverlust führt. Auch bei einem problematischen Beginn führt die Kombination mit Konflikten im zweiten Akt zu einer geringeren Erwerbsquote beim Problemausgang (32% arbeiten noch im Betrieb). Es gibt mehrere Möglichkeiten, diese Resultate zu interpretieren, wahrscheinlich ist allerdings, dass es sich in Fällen mit einem euphorischen Start häufig um Patienten handelt, die ihre meist schon an früheren Stellen erfahrenen Probleme ausblenden, sei es aus Freude über eine neue Stelle, aus Abwehr eigener Ängste oder aus fehlendem Problembewusstsein. Hinzu kommt, dass Patienten, die sich besonders über einen neuen Start freuen, manchmal zuvor längere Zeit ohne Arbeit waren. In diesen Fällen könnte ein euphorischer Start auch auf eine schon länger bestehende schwerere Problematik hinweisen – mit entsprechend schlechter Integrationsprognose.

Das zweite wichtige Resultat ist, dass eskalierende Konflikte den Arbeitsplatzverlust häufiger gefährden als Arbeitsunfähigkeiten und Überforderungssituation. Dies hängt wohl damit zusammen, dass Konflikte alle Beteiligten besonders belasten, dass solchen Mitarbeitenden weniger Verständnis, Geduld und Mitgefühl entgegengebracht wird und dass wegen der hohen Emotionalität sachliche Lösungen erschwert werden. Hier wäre es wohl wichtig, möglichst früh mit den Beteiligten ins Gespräch zu kommen oder dann bei beginnenden Konflikten schon früh (und dafür eher kurz) krankzuschreiben, um die Situation zu beruhigen.

Abbildung 40: Arbeitsplatzverlust nach Auffälligkeiten in den ersten zwei Problemphasen



3.7.14 Arbeitssituation der Patienten bei Befragung

Zum Zeitpunkt der Befragung arbeiten rund 40% der Patientinnen und Patienten noch in diesem Betrieb (Abbildung 41). Die PsychiaterInnen beschreiben deren Probleme in rund einem Drittel der Fälle als mehrheitlich gelöst, bei einem Fünftel der Patienten kam es zu einer Versetzung oder einer Aufgabenveränderung. Die anderen knapp 50% aktuellen Situationen weisen auf eine unsichere berufliche Situation hin: Die Auflösung des Arbeitsverhältnisses ist absehbar, der Patient ist krankgeschrieben, auf Stellensuche, frühpensioniert oder hat einen Anwalt eingeschaltet.

Die Kategorie „Anderes“ besteht vor allem aus Fällen mit gemischten und ebenfalls meist unsicheren Situationen, zum Beispiel:

- „Arbeitet noch im Betrieb und ist noch teilweise krankgeschrieben“
- „Arbeitet wieder in diesem Betrieb zum Zwischenverdienst, Ende ist aber absehbar“
- „Elle travaille encore dans cette entreprise jusqu'à la fin de son contrat, dans trois mois“
- „Sensible est encore engagée par cette entreprise, mais n'y travaille plus; elle est en arrêt maladie et demande une fin de contrat“
- „wartet auf Zusammenbruch“.

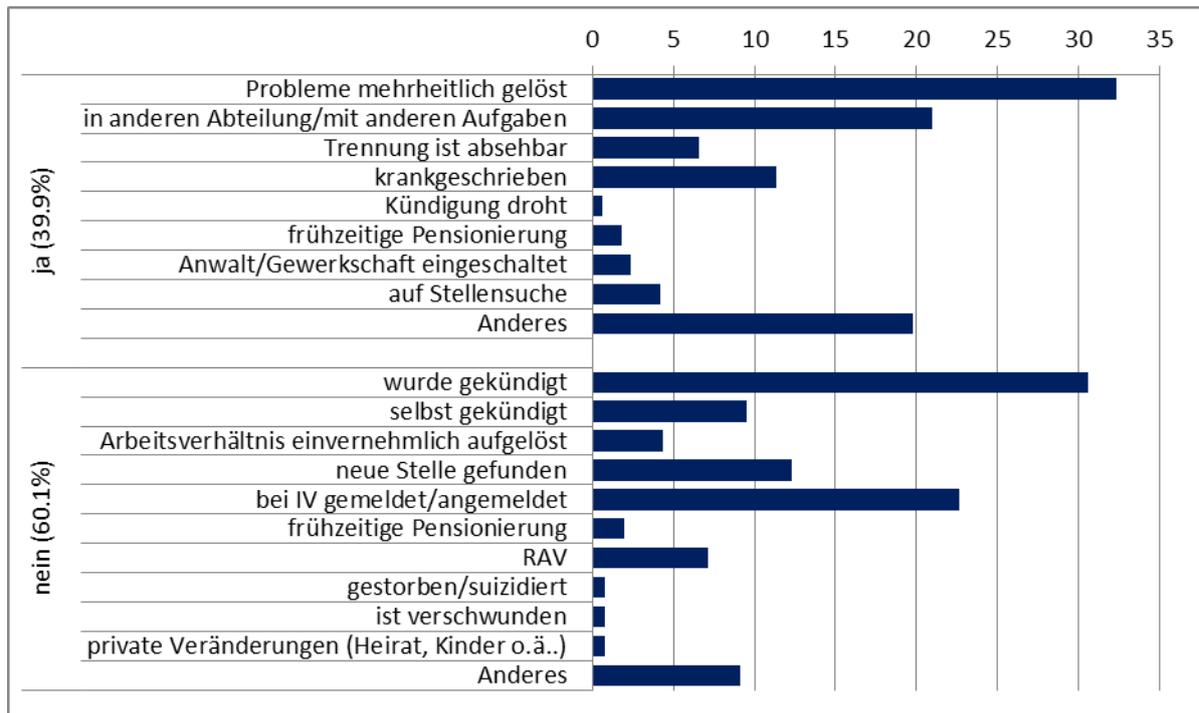
Bei den rund 60% der Patienten, die nicht mehr in diesem Betrieb arbeiten, steht aktuell die Auflösung des Arbeitsverhältnisses im Vordergrund, wobei in etwa 30% der Fälle der Arbeitgeber gekündigt hat, in 10% der Patient selbst und es in rund 5% der Fälle zu einer einvernehmlichen Trennung kam. Etwas mehr als 10% der Patienten haben mittlerweile eine neue Stelle gefunden, etwas mehr als 20% sind aktuell bei der IV angemeldet und 7% sind arbeitslos (beim RAV).

In der Kategorie „Anderes“ werden vor allem Situationen beschrieben, in denen die Privat- und Sozialversicherungen involviert sind (IV, RAV) – teils mit Erwerbstätigkeit, teils ohne:

- „Après env. 9 mois de chômage Mobee a retrouvé du travail“
- „Gekündigt, arbeitslos, neue Stelle, sexuelle Belästigung in Einarbeitungszeit, wieder gekündigt, krankgeschrieben und der IV gemeldet, aktuell teilarbeitslos teilkrank“
- „Ist vorläufig krankgeschrieben (Taggeldversicherung) und wird eine einvernehmliche Lösung des Arbeitsverhältnisses anstreben“
- „Kündigung durch Arbeitgeber nach längerer Krankschreibung, berufliche Massnahmen durch die IV, jetzt seit Jahren zu 50 bis 80% ohne Unterbruch berufstätig“
- „Lady wurde gekündigt, dann IV-Berufl. Massnahmen, dann Arbeitsbelastbarkeitstraining, Arbeitstraining erst im geschützten Bereich, dann in der freien Wirtschaft und aktuell zu 50% im 1. Arbeitsmarkt tätig, Rentenprüfung für die anderen 50% läuft“
- „Sündenbock hat selbst gekündigt und ist jetzt beim RAV“
- „L'employeur a gardé le patient pour la durée de la perte de gain. Le patient a travaillé durant la deuxième année de la perte de gain à 50 % chez son employeur dans un but occupationnel. Il a ensuite été licencié au terme des 720 jours de perte de gain“.

Zusammengefasst kann man festhalten, dass rund die Hälfte der noch in diesem Betrieb angestellten Patienten erwerbstätig ist (ohne absehbare Trennung, Arbeitsunfähigkeit etc.) und etwas mehr als 10% der nicht mehr in diesem Betrieb tätigen Patienten eine neue Stelle gefunden haben. Dies sind insgesamt rund 30% der Patienten. Alle anderen sind aktuell in keiner oder einer eher unsicheren Beschäftigung.

Abbildung 41: Detaillierte Arbeitssituation der Patienten (N=419)



3.7.15 Arbeitssituation im Verlauf

Zu Beginn der Behandlung bei den befragten PsychiaterInnen sind insgesamt 83% der hier dargestellten Patienten mit Arbeitsproblemen erwerbstätig, davon 64% Vollzeit und 19% Teilzeit. Jeweils rund 5% sind arbeitslos („vermittelbar“), nicht erwerbstätig (inaktiv, berentet, an geschütztem Arbeitsplatz, Haus-/Elternarbeit, Freiwilligenarbeit) oder in Ausbildung.

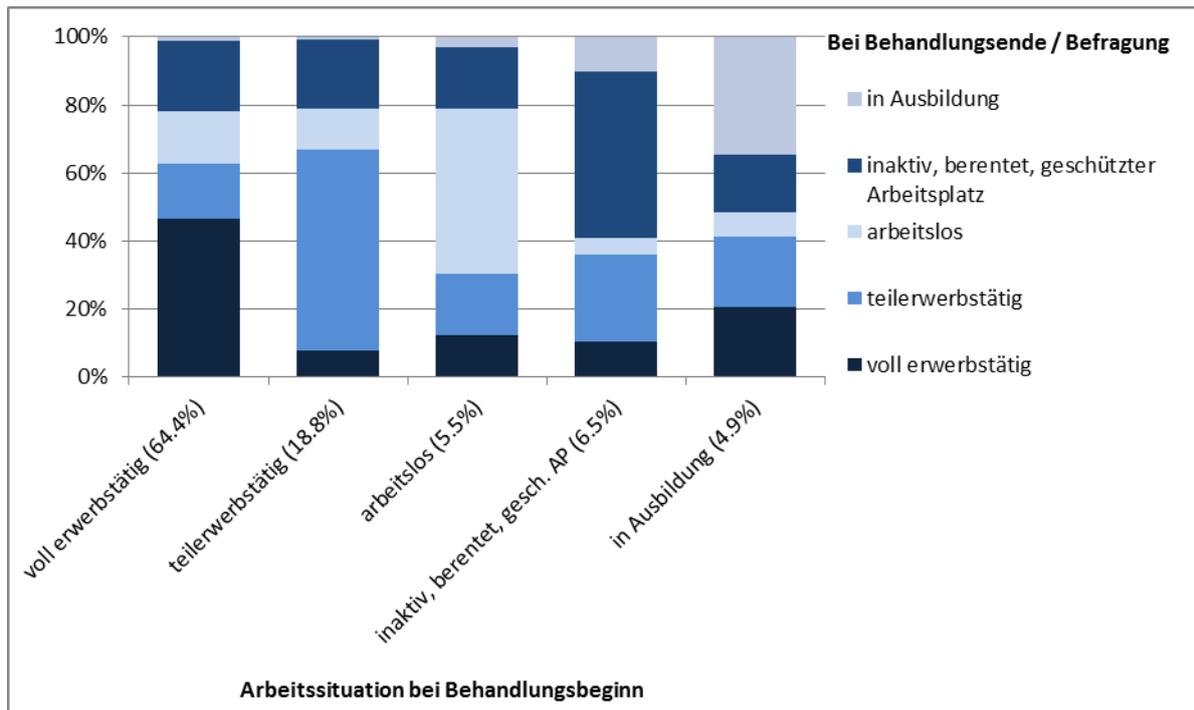
Zum Zeitpunkt der Befragung sind noch 59% erwerbstätig, wobei sich der Anteil der Teilzeiterwerbstätigen deutlich vergrößert hat: 25% sind teilzeiterwerbstätig, 34% Vollzeit. Der Anteil Arbeitsloser ist auf 16% angestiegen und der Anteil nicht erwerbstätiger Patienten auf 22%, und der Anteil der in Ausbildung befindlichen Patienten auf 3% gesunken.

Die folgende Abbildung zeigt den Vergleich der Arbeitssituation bei Behandlungsbeginn und -ende respektive bei andauernder Behandlung zum Zeitpunkt der Befragung (Abbildung 42).

Mehr als die Hälfte der bei Beginn Vollzeit erwerbstätigen Patienten ist bei Befragung nicht mehr vollzeitbeschäftigt, sondern zu je etwa gleichen Teilen teilerwerbstätig, arbeitslos und inaktiv. Bei den zu Beginn Teilzeiterwerbstätigen ist die Situation aktuell bei rund 60% unverändert, 20% sind inaktiv geworden, 12% arbeitslos und 8% haben auf eine Vollzeitstelle erhöht. Bei den zu Beginn arbeitslosen Patienten trennt sich die Situation im Verlauf auf in Erwerbstätigkeit (30%) und Inaktivität/Berentung (18%), rund 50% sind nach wie vor oder wieder arbeitslos. Bei den Inaktiven/Berenteten bleibt die Situation ebenfalls in rund 50% der Fälle stabil, wobei doch rund 35% der Patienten im Verlauf in eine (meist Teilzeit) Erwerbstätigkeit wechseln. Die bei Beginn in einer Ausbildung befindlichen Patienten sind aktuell immerhin zu 40% erwerbstätig, rund 24% sind inaktiv/berentet oder arbeitslos.

Zusammenfassend zeigen die Daten eine relevante Mobilität der Patienten aus der Inaktivität/Berentung, Arbeitslosigkeit und Ausbildung in den Arbeitsmarkt (je zwischen 30 und 40%). Gleichzeitig zeigen Vollzeit Erwerbstätige zu 40% eine Mobilität in die Arbeitslosigkeit und Invalidität. Arbeitslose sowie Auszubildende gelangen zu je rund 20% in die Arbeitslosigkeit und Invalidität.

Abbildung 42: Erwerbsstatus (N=603)

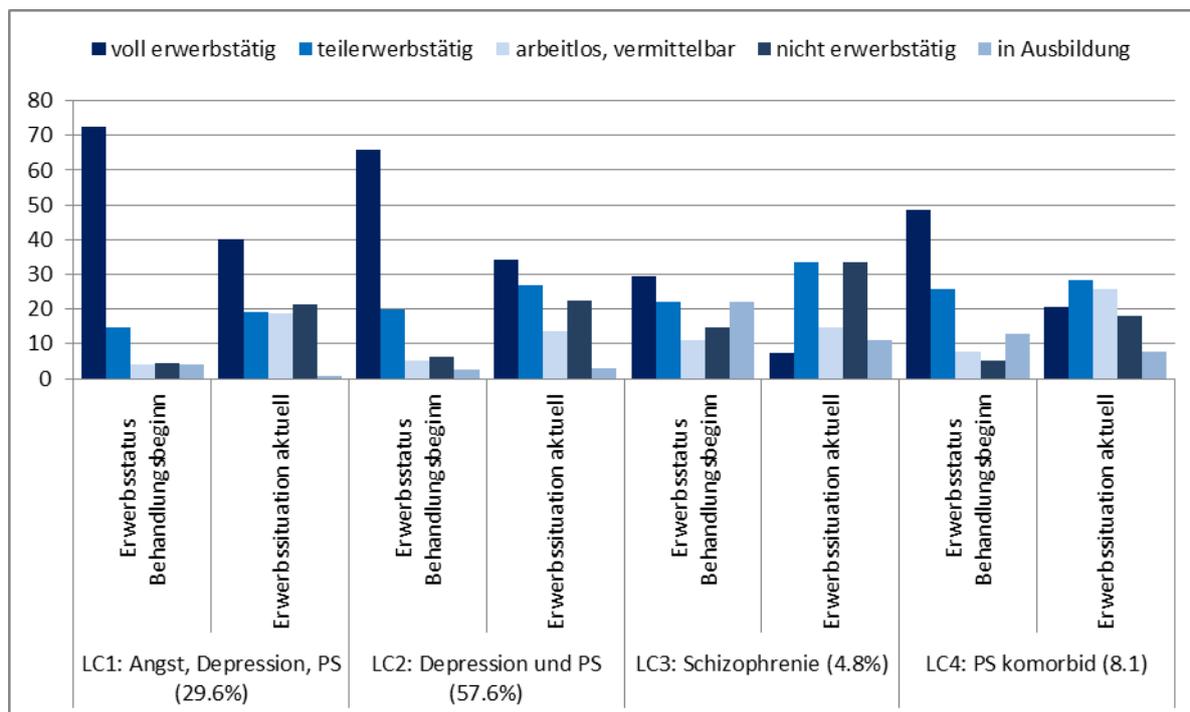


Der Verlauf des Erwerbsstatus unterscheidet sich je nach Diagnosetyp (Abbildung 43). Die beiden grossen Gruppen der neurotischen und Persönlichkeitsstörungen (Typ 1) sowie der Depressionen und Persönlichkeitsstörungen (Typ 2) sind bei Behandlungsbeginn viel häufiger erwerbstätig als die Patienten mit schizophrenen und komorbiden Persönlichkeitsstörungen (Typ 3 und 4), die mit einer schlechteren Ausgangssituation in die Behandlung gestartet sind.

Auch bei Behandlungsende respektive zum Zeitpunkt der Befragung sind die beiden ersten Diagnosetypen mit rund 60% häufiger erwerbstätig als die beiden letzteren. Die Gruppe der neurotischen und Persönlichkeitsstörungen ist am Schluss noch häufiger vollzeitbeschäftigt als die Gruppe mit depressiven - und Persönlichkeitsstörungen.

Vollzeitbeschäftigung fällt bei den schizophrenen Patienten im Verlauf fast völlig weg, zugunsten einer besonders hohen Rate an Teilzeitbeschäftigten sowie Inaktiven/Berenteten. Umgekehrt kann man sagen, dass die schizophrenen Patienten unter dem Strich bei Behandlungsende eine nur unwesentlich geringere Erwerbsquote aufweisen als bei Behandlungsbeginn. Eine zum Schluss besonders hohe Arbeitslosigkeit zeigt sich schliesslich bei den komorbiden Persönlichkeitsstörungen.

Abbildung 43: Erwerbsstatus bei Behandlungsbeginn und bei Befragung nach Diagnosetyp (N=567)



3.7.16 Fazit Problemverlauf am Arbeitsplatz

Die aktuellen Problemverläufe am Arbeitsplatz dauern rund 40 Monate, wobei die Dauer der ersten Phase (Problembeginn) mit über 20 Monaten besonders lange ist. Die Eskalationsphase dauert deutlich kürzer und die Phase des Problemausgangs am kürzesten. Je nach Auffälligkeitstyp variieren diese Dauern. Die Psychiater sehen damit den Problembeginn zu einem deutlich früheren Stadium als andere Akteure wie beispielsweise die Arbeitgeber, welche nur die Situation bei der Arbeit kennen und dort zu einer vergleichbaren Problemdauer von 22 Monaten kommen. Hier offenbart sich auch eine Möglichkeit zur Sekundärprävention durch die Behandelnden, welche die Probleme zumindest im Nachhinein schon früh haben kommen sehen.

Der Problembeginn lässt sich anhand der Beschreibungen sinnvoll kategorisieren, wobei es grundsätzlich zwei Oberkategorien gibt, nämlich einen hoffnungsvollen (prognostisch allerdings eher ungünstigen) Beginn und einen problematischen. In dieser ersten Problemphase suchen Psychiater eher selten den Kontakt zum Arbeitgeber (in 20% der Fälle) – und dies in denjenigen Fällen, wo die Arbeitsprobleme eine wichtige oder gar die entscheidende Rolle gespielt haben, eine psychiatrische Praxis aufzusuchen (was bei 80% der hier berichteten Patienten der Fall war). Häufigster Grund war, dass die Patienten explizit keinen solchen Kontakt wünschten. Frühe Problemanzeichen am Arbeitsplatz waren vor allem Konflikte/Probleme mit dem Vorgesetzten, Leistungsreduktion und Konflikte/Probleme im Team. Bei der Hälfte der Patienten gab es private oder betriebliche Auslöser, beispielsweise Probleme in Ehe und Partnerschaft, Todesfall/schwere Erkrankung/Unfall im persönlichen Umfeld oder dann der Wechsel des Vorgesetzten, Reorganisationen, Veränderung der Arbeitsaufgaben oder der Teamzusammensetzung. Auch hier spielen demnach Beziehungsaspekte eine wesentliche Rolle.

Die Eskalationsphase lässt sich vereinfacht unterteilen in Konflikteskalationen, zunehmende Überforderung/Gesundheitsverschlechterung und Arbeitsunfähigkeit. Der Verlauf dieser Problemphase stellt

oft die Weichen für den Arbeitsplatzverlust. Der Problemausgang schliesslich zeigt zwei Haupttypen, nämlich die Auflösung des Arbeitsverhältnisses und die Arbeitsunfähigkeit – mit und ohne Rückkehr an den Arbeitsplatz. Die Art der Problemeskalation am aktuellen Arbeitsplatz hängt zudem häufig mit dem Problemmuster in der Arbeitsbiografie zusammen: Anamnestisch bekannte konflikthafte Muster zeigen auch aktuell meistens eine Konflikteskalation, anamnestisch bekannte ängstlich-vermeidende respektive Absentismus-Muster führen auch aktuell meist zu einer Arbeitsunfähigkeit.

Zum Ende des Problemverlaufs arbeiten noch 40% der Patienten im Betrieb, wobei bei diesen nur in einem Drittel der Fälle die Probleme laut Psychiater mehrheitlich gelöst sind. Umgekehrt hat ein Teil der gekündigten Patienten mittlerweile eine neue Stelle gefunden. In einer nicht-prekären Arbeitssituation sind insgesamt allerdings lediglich 30% aller hier berichteten Patienten. Insgesamt zeigt sich von Problembeginn bis Problemende eine deutliche Verlagerung der Patienten von der Erwerbstätigkeit in die Arbeitslosigkeit, Invalidität und Inaktivität ab sowie von einer Vollzeit- in eine Teilzeit-erwerbstätigkeit (obwohl die Hälfte der Befragten gebeten worden waren, sich an einen „positiven Verlauf“ zu erinnern). Diagnostisch zeigen Patienten vom Typ „neurotische, depressive und Persönlichkeitsstörungen“ bei Verlaufsende die höchste Erwerbsquote.

3.8 Merkmale der Behandlung

Die folgende Übersicht (Tabelle 27) zeigt einige Eckdaten der psychiatrischen Behandlung dieser Patienten mit Arbeitsproblemen.

3.8.1 Therapiekonzept

Rund die Hälfte der Patienten wird einmal pro Woche gesehen, ein Drittel alle zwei Wochen. Gegen 20% der Klientel wird einmal pro Monat oder seltener gesehen. Hinsichtlich Therapiekonzept, mit dem diese Patienten hauptsächlich behandelt werden, stehen psychodynamische sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze im Vordergrund. Mit 12% respektive 15% sind systemische und sozialpsychiatrische Therapiekonzepte auch nicht selten. Deutliche Unterschiede zeigen sich diesbezüglich zwischen den Sprachregionen: In der Romandie sind psychodynamische Konzepte stärker verbreitet als in der Deutschschweiz (rund 53% der Fälle gegenüber 37%).

Behandlungsfrequenz und Therapiekonzept hängen erwartungsgemäss eng zusammen: Patienten, die mit einem psychodynamischen Konzept behandelt werden, werden häufiger gesehen (rund 60% einmal pro Woche, 16% mehrmals pro Woche und 23% einmal alle zwei Wochen). In systemischen und sozialpsychiatrischen Behandlungen werden rund 60% der Patienten einmal alle zwei Wochen oder seltener gesehen. Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien liegen dazwischen: 49% der Patienten werden einmal pro Woche und 9% häufiger gesehen, rund ein Drittel alle zwei Wochen und 10% seltener.

Das hier gewählte Therapiekonzept variiert nach Alter der Psychiaterinnen und Psychiater: In den Altersgruppen der unter 45-Jährigen und der 45-54-Jährigen sind kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzepte etwas häufiger als psychodynamische – die wiederum bei den 55-64-Jährigen deutlich und bei über 64-Jährigen leicht am häufigsten vorkommen. Mit zunehmendem Alter der Behandelnden steigt der Anteil der sozialpsychiatrischen Behandlungen stetig an. Systemische Konzepte schliesslich sind bei den über 64-Jährigen häufiger als bei den Jüngeren. Keine relevanten Zusammenhänge finden sich in Bezug auf Verlauf und Erwerbsstatus bei Behandlungsende. Zudem unterscheiden sich auch die Patienten je nach Therapiekonzept, was einfache Vergleiche nicht zulässt (Patienten mit schizophrenen Störungen und mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen sind in sozialpsychiatrischen Therapien deutlich überrepräsentiert, in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien deutlich und in psychodynamischen Therapien etwas unterrepräsentiert).

Hinsichtlich medikamentöser Behandlung erstaunt angesichts der sehr häufig diagnostizierten affektiven Störungen die Häufigkeit von antidepressiver Medikation nicht.

3.8.2 Arbeitsunfähigkeitszeugnisse

Bei fast allen dieser Patienten wurde in der Behandlung schon mindestens einmal ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt: In rund 10% der PatientInnen einmal und bei rund drei Vierteln mehrmals. Dies ist möglicherweise ein Indikator für die Schwere der hier beschriebenen psychiatrischen Fälle mit Arbeitsproblemen, möglicherweise aber auch für das Problemlöseverhalten der Patienten. So sind zum Beispiel Patienten mit ängstlich-vermeidendem abhängigem Verhalten hier übervertreten. Interessanterweise zeigt sich ein spezieller Zusammenhang zwischen Arbeitsunfähigkeiten und günstigem respektive ungünstigem Verlauf: Patienten mit einmaliger Arbeitsunfähigkeit zeigen deutlich häufiger einen günstigen Verlauf (67%) als Patienten mit gar keiner oder dann mehrmaligen Arbeitsunfähigkeiten (je 47%). Dies liegt möglicherweise daran, dass Patienten besonders gefährdet sind, die sich trotz erheblicher Probleme nie krankschreiben lassen (was zu Eskalationen führen kann) wie auch solche, die sich immer wieder krankschreiben lassen (was den Arbeitsplatz gefährdet). Eine einmalige Krankschreibung hingegen schliesst einen günstigen Verlauf der Arbeitsprobleme überhaupt nicht aus.

Tabelle 27: Merkmale der Behandlung und therapeutischen Beziehung (N=501)

Frage	Antworten	Prozent
Mit welcher Frequenz haben Sie Pat bisher mehrheitlich behandelt? (N=501)	mehrmals pro Woche	9.8%
	einmal pro Woche	49.3%
	einmal alle 2 Wochen	32.1%
	einmal pro Monat	7.8%
	seltener	1.0%
Mit welchem Therapiekonzept haben Sie Pat (bisher) am ehesten behandelt? (N=501)	Systemisch	12.0%
	Kognitiv-Verhaltenstherapeut.	29.5%
	Psychodynamisch	35.3%
	Sozialpsychiatrisch	15.4%
	Anderes	7.8%
Welche Psychopharmaka verschreiben Sie Pat aktuell (falls überhaupt)? (N=771 Antworten bei N=501 Pat)	Antidepressiva	74.9%
	Neuroleptika	16.8%
	Tranquillizer	17.4%
	Hypnotika	11.8%
	Mood Stabilizer	9.0%
	Psychostimulantien	2.6%
	andere	5.0%
Haben Sie jemals ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis für Pat ausgestellt? (N=501)	keine	16.6%
	nein, nie	12.6%
	ja, einmal	10.2%
Wie tragfähig/sicher ist die therapeutische Beziehung zu Pat? (N=501)	ja, mehrmals	77.2%
	sehr wenig tragfähig/unsicher	.2%
	eher wenig tragfähig/unsicher	7.2%
	eher tragfähig/sicher	40.9%
Setzt Pat das in der Behandlung Besprochene im Alltag um? (N=501)	sehr tragfähig/sicher	51.7%
	nein, nie	.2%
	nein, eher selten	14.4%
	ja, meistens	74.5%
	ja, immer	11.0%

3.8.3 Therapeutische Beziehung

Die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung zum Patienten wird von den Behandelnden in über 90% der Fälle als eher oder sehr gut beurteilt. Auch machen die Behandelnden in 85% der Fälle die Erfahrung, dass die Patienten das in der Behandlung Diskutierte meistens oder immer im Alltag umsetzen. Dies zeugt von einer sehr verlässlichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient und generell von einer erheblichen Qualität der psychiatrischen Behandlung. Offensichtlich gelingt es den Therapeuten nicht nur fast immer, auch bei Patienten mit teils schweren und behindernden Erkrankungen eine sichere Beziehungsbasis zu schaffen, sondern auch gemeinsam Lösungen zu erarbeiten, die sich im Alltag niederschlagen.

Damit stellt sich aber auch die Frage, warum es nicht häufiger gelungen ist, die Arbeitsprobleme der Patienten zu bewältigen. Hier offenbart sich eine gewisse Diskrepanz zwischen der ausgezeichneten Qualität der therapeutischen Beziehung und dem Outcome im Arbeitsmarkt. Es gibt keinen direkten Zusammenhang zwischen einer wirksamen psychiatrischen Behandlung und dem Outcome am Arbeitsmarkt. Offensichtlich führt auch die ‚beste‘ Behandlung nicht per se zu einer besseren Erwerbssituation. Möglicherweise liegt das Problem hier in der zu seltenen Kooperation oder in der ineffektiven oder zu späten Kooperation mit anderen Akteuren über das engere therapeutische Setting hinaus.

3.8.4 Behandlungskonzept und Kontakt mit Arbeitgebern

Die beiden folgenden Grafiken zeigen die Häufigkeit, mit der die Behandelnden früh Kontakt mit dem Arbeitgeber aufgenommen haben, und wie oft sie früh einen solchen Kontakt mit dem Patienten diskutiert haben (Abbildung 44 und Abbildung 45).

Abbildung 44: Frühe Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber, nach Therapiekonzept (N=389)

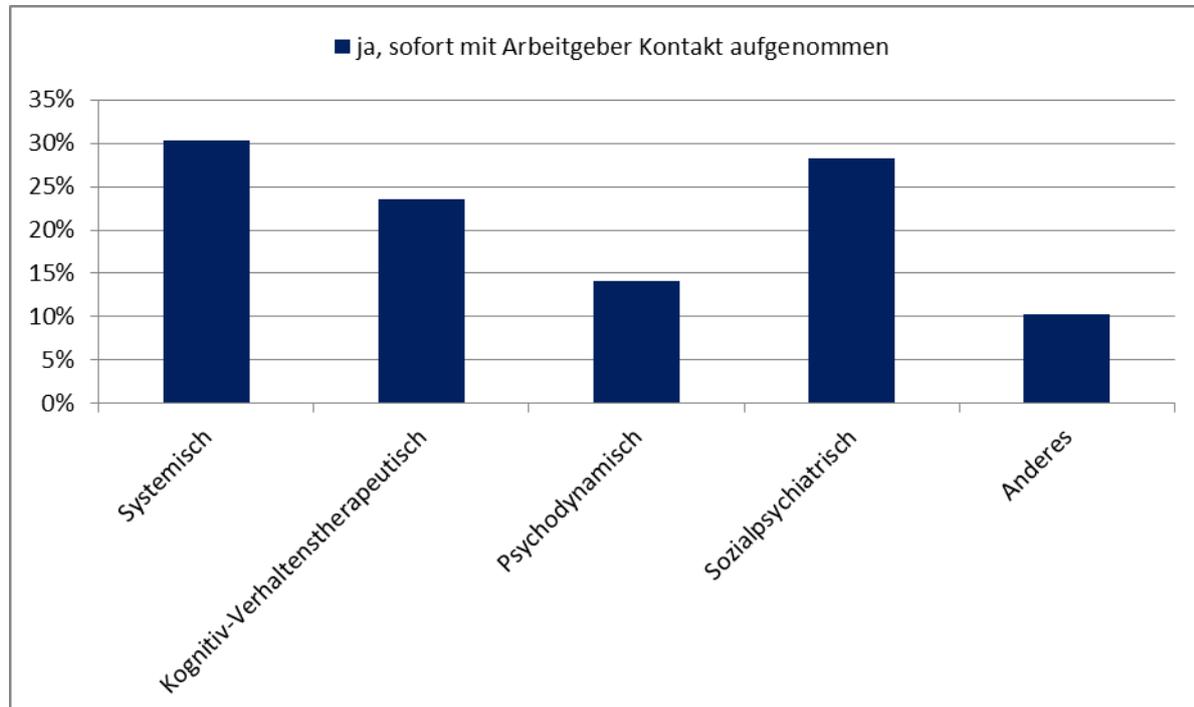
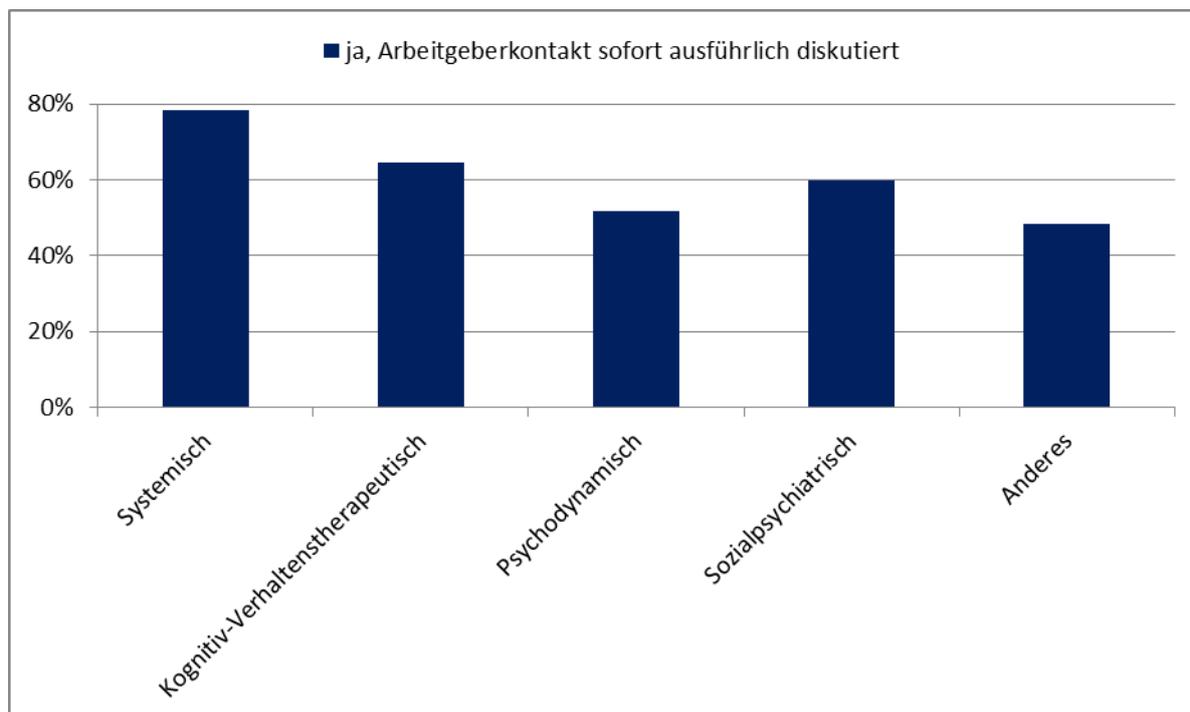


Abbildung 45: Frühe Diskussion eines Kontaktes mit dem Arbeitgeber nach Therapiekonzept (N=389)



Am häufigsten haben TherapeutInnen früh Kontakt mit dem Arbeitgeber aufgenommen, welche den Patienten mit einem systemischen oder sozialpsychiatrischen Ansatz behandeln (in je rund 30% ihrer Fälle). Bei den TherapeutInnen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz beträgt der Anteil gegen 25%, bei den Therapeuten mit einem psychodynamischen oder anderem Ansatz weniger als 15%. Diese Unterschiede sind sicher auch einer unterschiedlichen Klientel geschuldet (sozialpsychiatrische Ansätze sind häufiger bei schwer chronisch kranken PatientInnen, bei denen sich oft derartige Vernetzungen aufdrängen). Dennoch zeigt sich, dass die sehr grosse Gruppe der Psychiaterinnen und Psychiater, die mit einem psychodynamischen (verstehenden, einsichtsorientierten etc.) Ansatz arbeiten, deutlich seltener einen solch frühen Kontakt mit dem Arbeitgeber aufgenommen haben. Dies mag an ihrer Klientel liegen – womöglich mehr Patienten, welche in der Therapie eine Reflexion ihrer Probleme benötigen, aber nicht unbedingt eine konkrete Intervention des Therapeuten – aber es kann auch auf eine (teils) konzeptbedingt höhere Hemmschwelle hinweisen, sich überhaupt aktiv in den Alltag des Patienten einzuschalten.

Interessanterweise zeigt sich aber eine ähnliche Verteilung der Antworten auf die Frage, ob denn eine solche Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber mit dem Patienten überhaupt diskutiert wurde. Auch bei der Reflexion eines möglichen Kontaktes sind psychodynamisch arbeitende PsychiaterInnen eher untervertreten, zum Beispiel gegenüber der anderen sehr grossen Gruppe der kognitiv-verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegen, und noch viel deutlicher gegenüber den systemisch arbeitenden Therapeuten.

Daraus lässt sich schliessen, dass die konzeptionelle therapeutische Ausrichtung und die Bereitschaft für Interventionen im Arbeitsumfeld der Patienten – und sei es schon nur die Diskussion solcher Interventionen – zusammenhängen, und zwar nicht ausschliesslich wegen der unterschiedlichen Klientel. Die psychodynamisch arbeitenden Psychiaterinnen und Psychiater zeigen sich hier besonders zurückhaltend.

Die Befragten wurden zudem gebeten, Auskunft darüber zu geben, ob sie im Verlauf der Problemgeschichte dieses Patienten jemals einen „ausführlicheren telefonischen Kontakt oder ein Meeting“ hatten mit verschiedenen möglichen Akteuren (Abbildung 46).

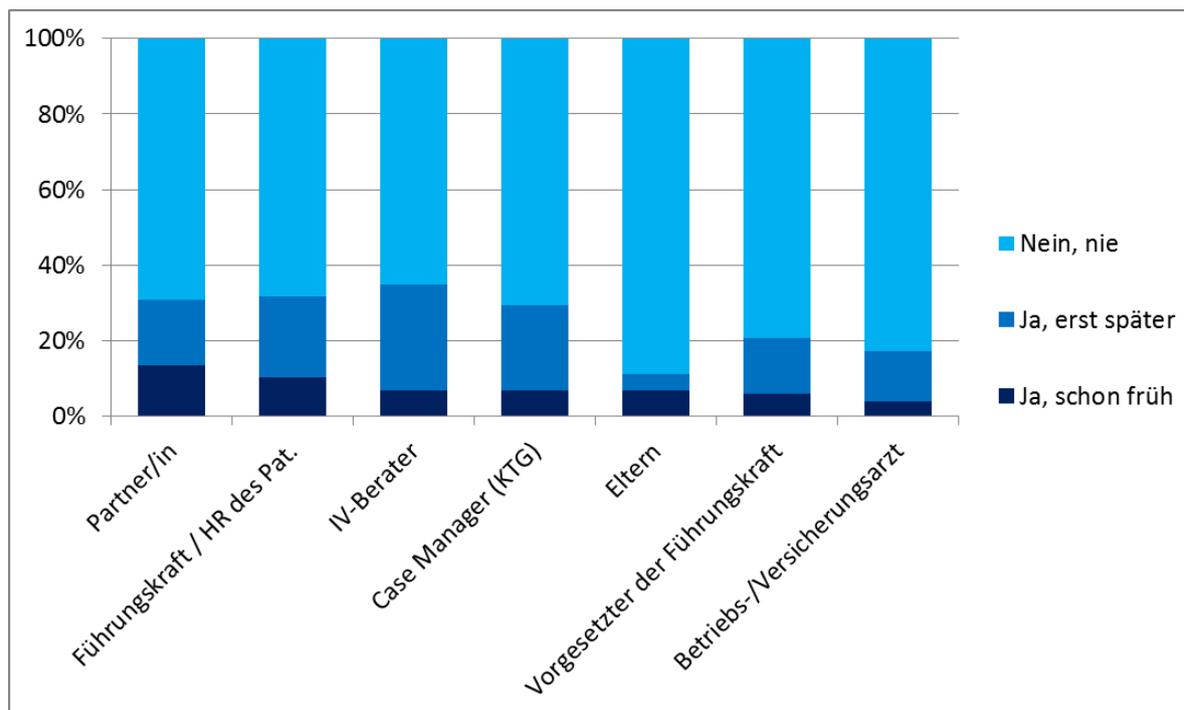
3.8.5 Kontakte mit verschiedenen Akteuren

In jeweils rund 70-80% der Fälle kam es nie zu einem telefonischen Kontakt oder zu einem Treffen mit externen Akteuren wie dem Vorgesetzten des Patienten, einem Case Manager, einem Betriebs-, Vertrauens- oder Versicherungsarzt oder einem IV-Berater etc. Insgesamt kam es lediglich in 23% der Fälle zu mindestens einem Kontakt mit *irgendeinem* dieser arbeitsbezogenen Akteure. Interessant sind diejenigen Fälle, bei denen es zu einem Kontakt kam: Die Kontakte zu den IV-Beratenden erfolgten erwartungsgemäss fast immer erst im späteren Verlauf der Problemgeschichte. Dies spiegelt das bekannte Bild, dass die Invalidenversicherung trotz gezielter Verstärkung ihrer Frühinterventionsbemühungen fast immer erst dann beigezogen wird, wenn die Probleme schon eskaliert sind (Baer et al., 2017b). Dasselbe gilt ebenso erwartungsgemäss bei den Case Managern der Krankentaggeldversicherungen: Da diese typischerweise erst bei längeren oder indizierten (d.h. bei prognostisch potentiell ungünstigen Verläufen) involviert werden.

Ein Kontakt mit den Führungskräften oder einem Personalverantwortlichen der Patienten erfolgte immerhin in einem Drittel der Kontaktnahmen schon früh. Das heisst, dass es insgesamt in jedem 10. Fall zu einer frühem Kontakt zwischen Psychiater/in und Führungskraft oder HR des Patienten gekommen ist. Dies scheint in Anbetracht der deutlichen psychischen Probleme der hier geschilderten Fälle doch sehr selten.

Interessant ist auch zu sehen, bei welchem Akteur der Anteil der frühen Kontakte besonders häufig war – nämlich beim Lebenspartner oder bei der Lebenspartnerin. Obwohl diese Personen bei Arbeitsproblemen eigentlich nicht a priori ein besonders wichtiger Akteur sind, kam es bei ihnen erstens etwa gleich häufig zu einem Kontakt wie bei den Führungskräften, und zweitens etwas öfters zu einem früheren Zeitpunkt. Möglicherweise liegt das daran, dass der Kontakt zum Lebenspartner für Psychiater eine sehr viel längere Tradition hat als der Kontakt zum Arbeitgeber: Den Lebenspartner früh einzubeziehen gehört zum normalen Repertoire von Psychiatern. Aber hier handelt es sich in erster Linie um eine relevante Arbeitsproblematik der Patienten, und diese war meist auch der wichtigste Grund für die Inanspruchnahme der Behandlung. Wenn hier nach Fällen gefragt worden wäre, bei denen es um eine Problematik in der Partnerschaft geht, hätte sich mit grosser Wahrscheinlichkeit eine sehr viel höhere Anzahl von (frühen) Kontakten mit dem Lebenspartner gezeigt.

Abbildung 46: Kontakte mit Führungskräften, HR, Versicherungen und Lebenspartner/in (N=389)



3.8.6 Bedürfnis, den Patienten zu schützen

In einem möglichen Zusammenhang mit den eher seltenen Kontakten zum Arbeitgeber des Patienten steht die Frage, ob die Behandelnden jemals den Eindruck hatten, dass sie die Patientin, den Patienten „gegen eine unfaire/diskriminierende Behandlung durch eine der nachfolgenden Institutionen schützen“ müssen (Abbildung 47).

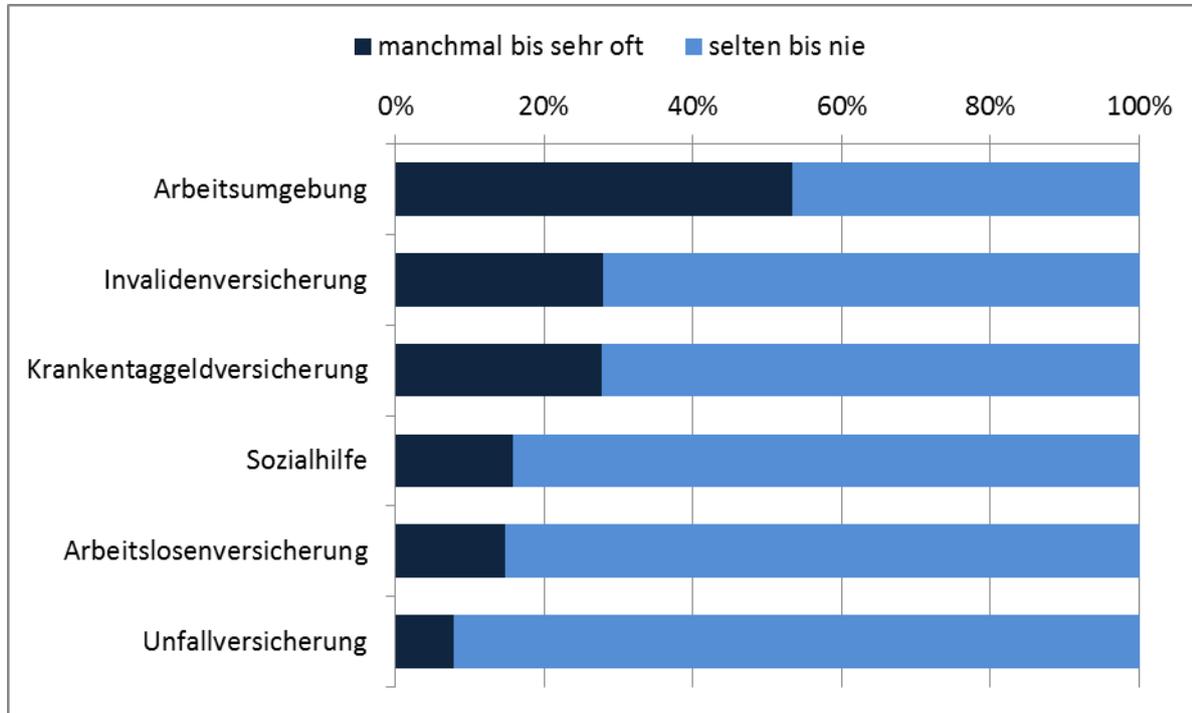
Hier ist zu beachten, dass nur diejenigen Fälle gezeigt werden, wo die entsprechende Institution bei diesen Patienten überhaupt jemals involviert war. Während die Arbeitsumgebung immer involviert war, war dies bei der IV in rund 63% der Fälle, bei der Krankentaggeldversicherung in 83% der Fälle, bei der Sozialhilfe bei einem Drittel, bei der Arbeitslosenversicherung in 48% der Fälle und bei der Unfallversicherung immerhin in rund einem Viertel der Fälle. Auch dies deutet im übrigen die Behinderungsschwere in diesen Fällen an: In die meisten Fällen waren eine oder mehrere Privat- oder Sozialversicherungen involviert.

In mehr als der Hälfte der Fälle hatten Psychiaterinnen und Psychiater den Eindruck, ihre Patienten gegen unfaire Behandlungen seitens der Arbeitsumgebung schützen zu müssen. Bei der Invalidenversicherung und den Krankentaggeldversicherungen hatten sie diesen Eindruck in 28% der Fälle, bei der Sozialhilfe und der Arbeitslosenversicherung in je rund 15% der Fälle und bei der Unfallversicherung in 8% der Fälle. Zusammengefasst wollten die Psychiater in jedem dritten bis zweiten Fall, wo eine Versicherung involviert war, den Patienten „manchmal“ bis „sehr oft“ vor einer unfairen oder diskriminierenden Behandlung durch diese Versicherungen schützen.

Der häufige Impuls, Patienten gegenüber der Arbeitsumgebung oder gegenüber Sozialhilfe und Versicherungen schützen zu müssen, verdeutlicht sicher das therapeutische Engagement. Gleichzeitig steht dieser häufige Schutz-Impuls im Kontrast zu den eher seltenen Kontakten mit diesen Akteuren. Der Schutz-Impuls war deutlich häufiger vorhanden als der effektive Kontakt zu diesen Akteuren. Hier

wäre zu diskutieren, ob nicht gerade dieser Schutz-Impuls einen häufigeren Kontakt zu diesen Akteuren verhindert hat.

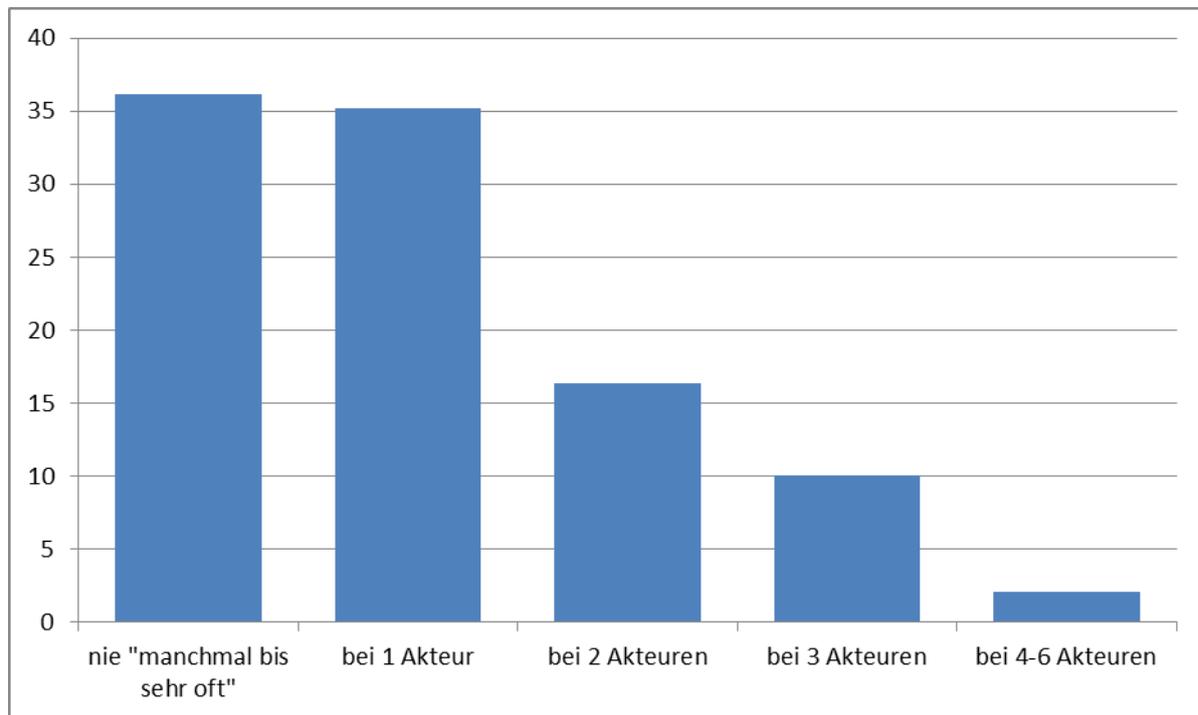
Abbildung 47: Eindruck, den Patienten gegen Arbeitgeber und Behörden schützen zu müssen (N=495)



Insgesamt hatte in diesem Fall lediglich ein Drittel der Behandelnden keinem der externen Akteure gegenüber „manchmal bis sehr oft“ den Impuls, den Patienten zu schützen. In einem weiteren Drittel kam dies bei einem Akteur vor, in weiteren 15% gegenüber zwei Akteuren und in etwas mehr als 10% der Fälle gegenüber 3 und mehr Akteuren (Abbildung 48).

Dass rund zwei Drittel der Behandelnden in diesen Fällen von Patienten mit Arbeitsproblemen gegenüber einem oder mehreren involvierten Akteuren mehrmals den Patienten gegenüber „unfairen oder diskriminierenden“ Verhaltensweisen schützen wollten, ist diskussionswürdig. Dies auch deshalb, weil diese Variable einen engen Zusammenhang aufzeigt mit dem Ausgang dieser Problemverläufe: Je häufiger diese Schutzimpulse, desto ungünstiger der Verlauf und umgekehrt. Über die Angemessenheit der Schutzimpulse sagt dies allerdings nichts aus. Dennoch ist die Häufigkeit, mit der solche Schutzimpulse vorkommen, bemerkenswert. Unabhängig davon, ob dieses Schutzbedürfnis gerechtfertigt ist oder nicht, stellt dies eine eher schwierige Ausgangslage für eine Kooperation mit Arbeitgebern dar.

**Abbildung 48: Wie oft kam es zu häufigen Schutzimpulsen gegenüber externen Akteuren?
(N=495)**



3.8.7 Fazit Behandlungsmerkmale

80% der Patienten werden entweder wöchentlich oder 14-tägig gesehen, je 10% mehrmals pro Woche respektive seltener als einmal pro Monat. Am häufigsten werden diese Patienten mit einem psychodynamischen oder kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz behandelt. Das therapeutische Konzept hängt mit dem Alter der Behandelnden zusammen, bei den unter 55-Jährigen sind verhaltenstherapeutische Ansätze etwas häufiger, bei den 55+ Psychiater/innen überwiegen die psychodynamischen Ansätze und sind auch die sozialpsychiatrischen und systemischen Ansätze häufiger. Je nach Konzept variiert auch die Klientel – respektive umgekehrt – wobei schizophrene Störungen und stark komorbide Persönlichkeitsstörungen bei Sozialpsychiatern überrepräsentiert und bei Verhaltenstherapeuten unterrepräsentiert sind.

Der therapeutische Ansatz hat womöglich einen Einfluss auf arbeitsbezogenen Interventionen. So nehmen zum Beispiel psychodynamisch arbeitende Therapeuten deutlich seltener früh mit dem Arbeitgeber einen Kontakt auf – und diskutieren einen solchen auch seltener mit den Patienten. Am häufigsten werden solche Kontakte aufgenommen von sozialpsychiatrisch tätigen Behandlern, welche allerdings auch eine etwas schwerer behinderte Klientel behandeln.

Bei fast allen Patienten wurden schon AuF-Zeugnisse ausgestellt, in rund 75% der Fälle mehrfach. Patienten mit keinen bisherigen AuF-Zeugnissen und solche mit mehrfachen AuF-Zeugnissen zeigen häufiger einen negativen Verlauf als Patienten mit einer einmaligen Krankenschreibung (rund 10%). Das Fehlen von Arbeitsunfähigkeiten ist demnach nicht a priori ein prognostisch günstiges Zeichen. In über 9 von 10 Fällen beurteilen die Psychiaterinnen und Psychiater die therapeutische Beziehung zum Patienten als tragfähig und sicher, obwohl es sich hier häufig um Patienten mit schweren und behindernden Erkrankungen handelt.

Gleichzeitig zeigen die Daten keinerlei Zusammenhang zwischen dieser bemerkenswert hohen therapeutischen Beziehungsqualität und dem Outcome im Arbeitsmarkt. Offensichtlich handelt es sich hierbei um zwei unabhängige Dimensionen.

Generell kommt es in diesen Fällen eher selten zu einem externen Kontakt mit dem Vorgesetzten, einem Case Manager der Krankentaggeldversicherung oder der IV-Stelle. Und wenn es zu einem Kontakt kommt, dann meistens erst im späteren Problemverlauf. In zwei Dritteln der Fälle hatten die TherapeutInnen schliesslich den Eindruck, ihre Patienten gegen eine unfaire Behandlung seitens anderer Akteure schützen zu müssen – meist gegenüber dem Arbeitgeber, aber sehr häufig auch gegenüber Privat- und Sozialversicherungen und Sozialhilfe. Dieser häufige Schutz-Impuls steht in einem Kontrast zu den eher seltenen realen Kontakten zu diesen Akteuren.

3.9 Funktionsdefizite und problematische Arbeitsbedingungen

Welche möglichen negativen Arbeitsbedingungen und Funktionsdefizite der Patientinnen und Patienten haben in diesen Fällen zur Problematik beigetragen? Den Befragten wurde sowohl hinsichtlich Arbeitsbedingungen wie auch Funktionsdefiziten jeweils eine ausführliche Liste möglicher Probleme vorgelegt, bei denen jeweils angegeben werden konnte, ob diese bestanden haben oder nicht (Abbildung 49 und Abbildung 50).

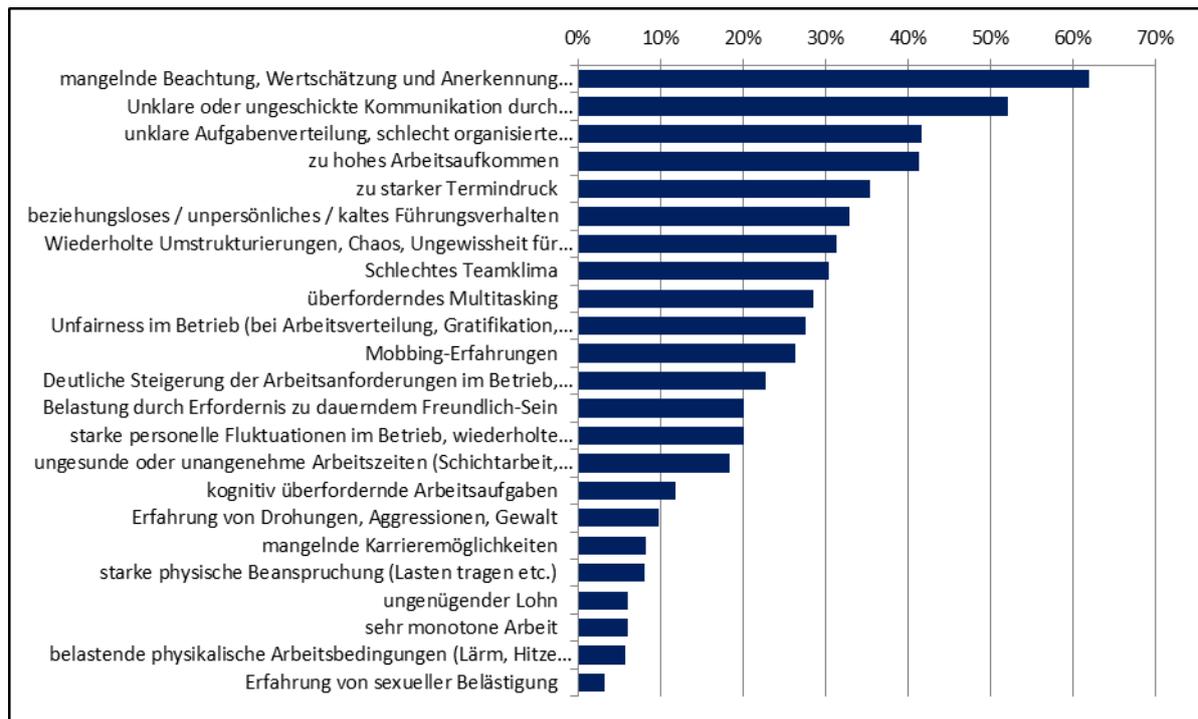
Bei den problematischen Arbeitsbedingungen zeigen sich klare Prioritäten: Mit über 60% der Fälle am häufigsten wurde die mangelnde Anerkennung und Wertschätzung der Vorgesetzten genannt. Mit über 50% der Fälle wurde zudem eine ungeschickte Kommunikation durch den Chef als Problem identifiziert, zudem kam es in einem Drittel der Fälle zu einem unpersönlichen oder kalten Beziehungsverhalten der Chefs. Dies zeigt, wie zentral bei psychisch bedingten Arbeitsproblemen die Beziehung zum Vorgesetzten ist.

Erst an zweiter Stelle kommen Faktoren, die teils in der öffentlichen Diskussion oft an erster Stelle genannt werden: Unklare Aufgabenverteilung und schlechte Organisation, hoher workload, hoher Termindruck und wiederholte betriebliche Umstrukturierungen mit entsprechender Ungewissheit für alle Beteiligten.

In mehr als einem Viertel der Fälle wurden zudem Unfairness im Betrieb und Mobbing des Patienten als Problemgrund angegeben.

Insgesamt wurden pro Patient rund 5.5 problematische Arbeitsbedingungen als zutreffend angegeben.

Abbildung 49: Problematische Arbeitsbedingungen (N=2192) bei N=397 PatientInnen

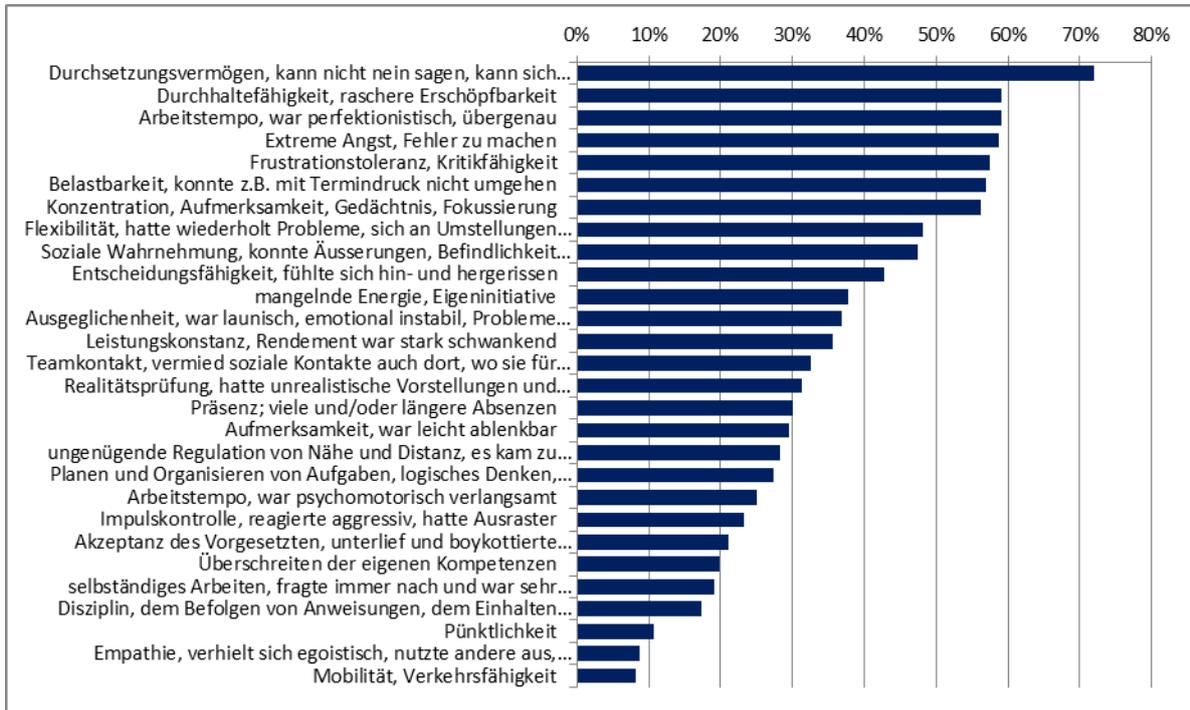


In Bezug auf die möglichen Funktionsdefizite der Patienten wird an erster Stelle die mangelnde Durchsetzungsfähigkeit genannt (in über 70% der Fälle), das heisst, der Patient kann nicht „Nein“ sagen, kann sich nicht wehren gegen ungerechte Behandlung durch die Arbeitsumgebung. Weiter folgen mit gegen 60% der Fälle die mangelnde Durchhaltefähigkeit und raschere Erschöpfbarkeit sowie das langsamere Arbeitstempo wegen perfektionistischem Verhalten, eine extreme Angst vor Fehlern sowie Frustrationsintoleranz, mangelnde Belastbarkeit und Konzentrationsprobleme.

Im Vergleich zu diesen häufigen Funktionsdefiziten eher selten genannt werden Probleme mit der Präsenz (viele Absenzen), mit dem Arbeitstempo, mit der Disziplin, der Akzeptanz der Vorgesetzten, der Impulskontrolle sowie der Empathie, Pünktlichkeit und Mobilität (z.B. bei Angststörungen).

Insgesamt wurden pro Patient rund 10 Funktionsdefizite als zutreffend angegeben, also fast doppelt so viele wie problematische Arbeitsbedingungen.

Abbildung 50: Funktionsdefizite der Patientinnen und Patienten (N=3992) bei N=395 PatientInnen



Neben den Nennungen sämtlicher zutreffender problematischer Arbeitsbedingungen und Funktionsdefizite der Patienten wurde auch nach den wichtigsten der zutreffenden Probleme gefragt.

Diese wichtigsten Probleme zeigen einige Unterschiede zur Häufigkeit aller zutreffenden Probleme (Abbildung 51 und Abbildung 52).

Bei den problematischen Arbeitsbedingungen ist die häufigste Problematik der mangelnden Wertschätzung und Anerkennung durch die Vorgesetzten zugleich auch mit Abstand die wichtigste. Am zweitwichtigsten waren hingegen Mobbing-Erfahrungen – eine zuvor eher selten genannte Arbeitsproblematik. Offensichtlich ist diese, wenn sie besteht, häufig auch die wichtigste Problematik. Ähnliches gilt auch für den Workload und den Umstand der stetig steigenden Arbeitsanforderungen: Wenn es dazu kommt, ist es relativ häufig das wichtigste Merkmal.

Bemerkenswert ist aber dennoch die besonders grosse Bedeutung der Wertschätzung durch die Führungskraft, welche rund dreimal so häufig die wichtigste negative Arbeitsbedingung ist wie die nächstfolgenden.

In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass die Gegenüberstellung der bisherigen arbeitsbiografischen Problemmuster (siehe 4.6.7) mit diesen wichtigsten problematischen Arbeitsbedingungen im aktuellen Fall zeigt, dass bei Patienten mit einem konflikthaften, undisziplinierten und aggressiven anamnestischen Problemmuster besonders häufig (in rund einem Drittel der Fälle) attestiert wird, dass sie unter mangelnder Beachtung und Wertschätzung durch den Vorgesetzten gelitten haben, häufiger unter einer unklaren, ungeschickten Kommunikation des Vorgesetzten und unter einem schlechten Teamklima. Auch hier ergeben sich wesentliche Fragen: Natürlich können Patienten, die früher schon durch Arbeitskonflikte und Disziplinprobleme aufgefallen sind, unter mangelnder Wertschätzung der Vorgesetzten und unter Mobbing etc. leiden. Aber umgekehrt muss man sich auch fragen, inwieweit gerade solche Patienten zu einem ungeschickten, abweisenden Vorgesetzten- und Teamverhalten beitragen.

Abbildung 51: Die wichtigste problematische Arbeitsbedingung (N=397)

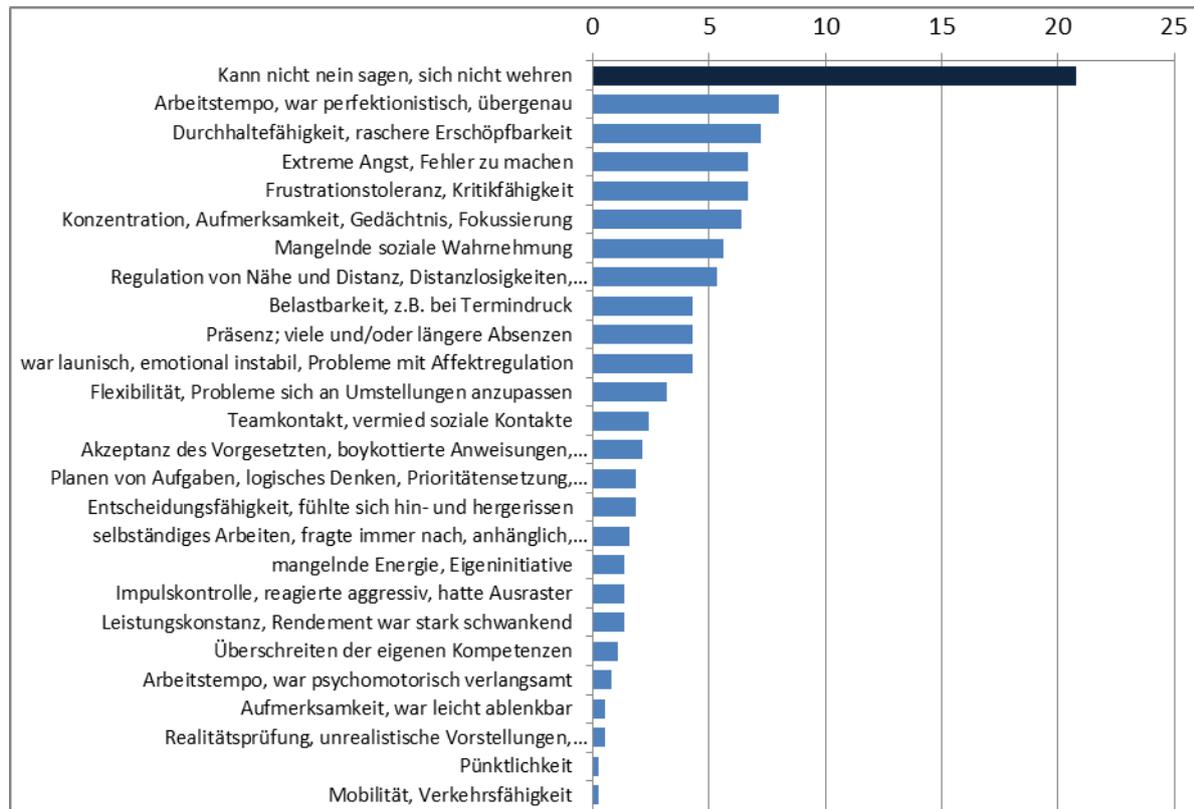


Der Vergleich zwischen der Häufigkeit sämtlicher Funktionsdefizite und der Häufigkeit des wichtigsten Funktionsdefizites zeigt weniger Abweichungen. Allerdings rangieren bei den wichtigsten Defiziten Probleme im zwischenmenschlichen Bereich etwas höher, z.B. die mangelnde soziale Wahrnehmung, die Regulation von Nähe und Distanz und Launenhaftigkeit.

Aber auch bei den „wichtigsten“ Funktionsdefiziten gibt es mit über 20% der Fälle einen klaren ‚Spitzenreiter‘: Das mangelnde Durchsetzungsvermögen. Bemerkenswert ist, dass es zwar bei 17% der Patienten unter anderem zu disziplinarischen Problemen kommt, es also Probleme beim Befolgen von Regeln und Anweisungen gibt, diese allerdings in keinem einzigen Fall als das wichtigste Funktionsdefizit angesehen werden.

Zusammenfassend lässt sich demnach feststellen, dass psychiatrische Patienten mit Arbeitsproblemen hinsichtlich Arbeitsbedingungen in erster Linie unter mangelnder Wertschätzung durch die Führungskraft, Mobbing und ungeschickt kommunizierenden Chefs leiden, und selbst vor allem Probleme mit dem Durchsetzungsvermögen, Perfektionismus und Durchhaltefähigkeit zeigen. Vereinfacht gesagt liegen die Probleme in einem ungeschickten, vernachlässigenden oder aggressiven Arbeitsumfeld und an der Gutmütigkeit, fehlenden Durchsetzungsfähigkeit und Übergenaugigkeit der Patienten.

Das ist ein sehr interessantes Resultat, das in dieser Zuspitzung der Wahrnehmung psychisch auffälliger Mitarbeitender durch die Arbeitgeber teilweise diametral gegenübersteht: Diese nehmen bei vergleichbaren Mitarbeitenden neben ängstlich-vermeidenden und depressiven Verhaltensweisen sehr oft auch aggressives Verhalten wahr.

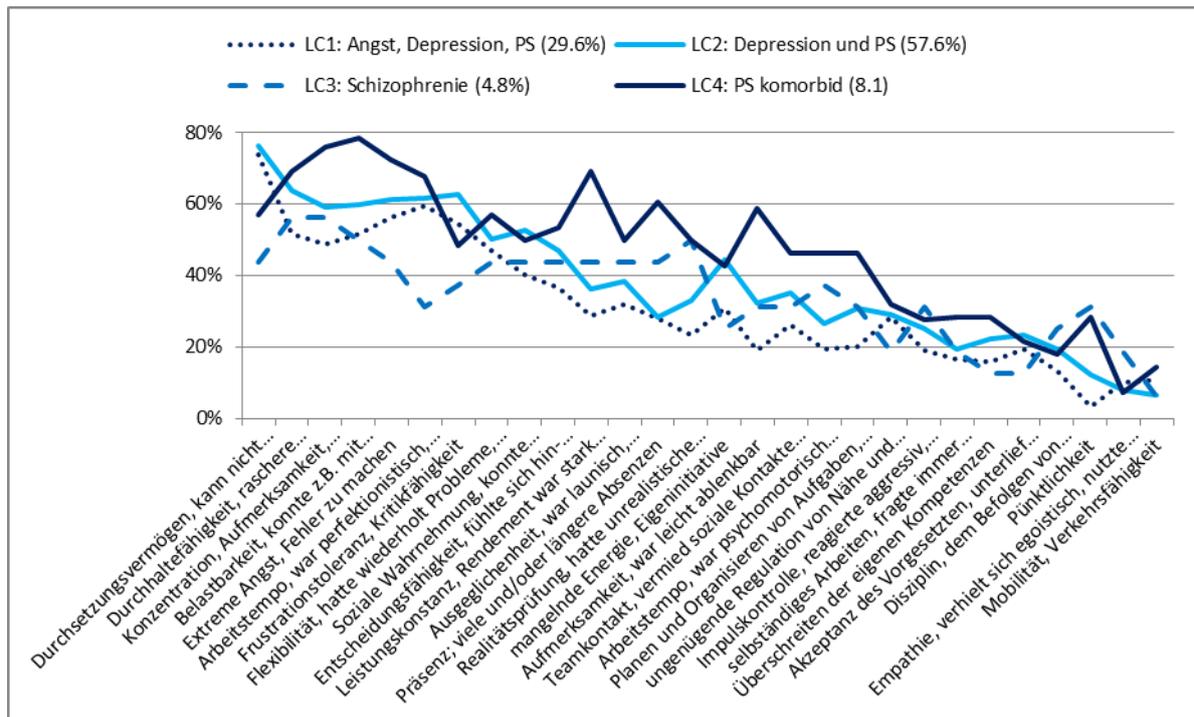
Abbildung 52: Das wichtigste Funktionsdefizit (N=395)

3.9.1 Funktionsdefizite nach Diagnose

Betrachtet man die Funktionsdefizite im Zusammenhang mit dem Diagnosetyp, so zeigen die beiden grossen Diagnosetypen ein relativ ähnliches Profil, wobei der Typ 1 (neurotische und depressive Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen) durchgehend weniger beeinträchtigt ist als der Typ 2 (Abbildung 53). Dies gilt zum Beispiel besonders bei der Durchhaltefähigkeit, Belastbarkeit, Konzentration, Flexibilität und Frustrationstoleranz oder auch bei der Pünktlichkeit.

Insgesamt am schwersten behindert erscheint der Diagnosetyp der Patienten mit Persönlichkeitsstörung und multiplen Komorbiditäten. Diese werden hier als noch stärker eingeschränkt beschrieben als die schizophrenen Patienten. Sie sind bei den hier erinnerten Patienten in einigen Kategorien von Funktionsdefiziten gar besonders wenig eingeschränkt, so beispielsweise erstaunlicherweise in der Belastbarkeit, hinsichtlich der Fehlerangst, dem Arbeitstempo und der Frustrationstoleranz. Nur bei der „Realitätsprüfung“, den Absenzen und der „Launenhaftigkeit“ sind sie ähnlich häufig eingeschränkt wie die komorbiden Persönlichkeitsstörungen.

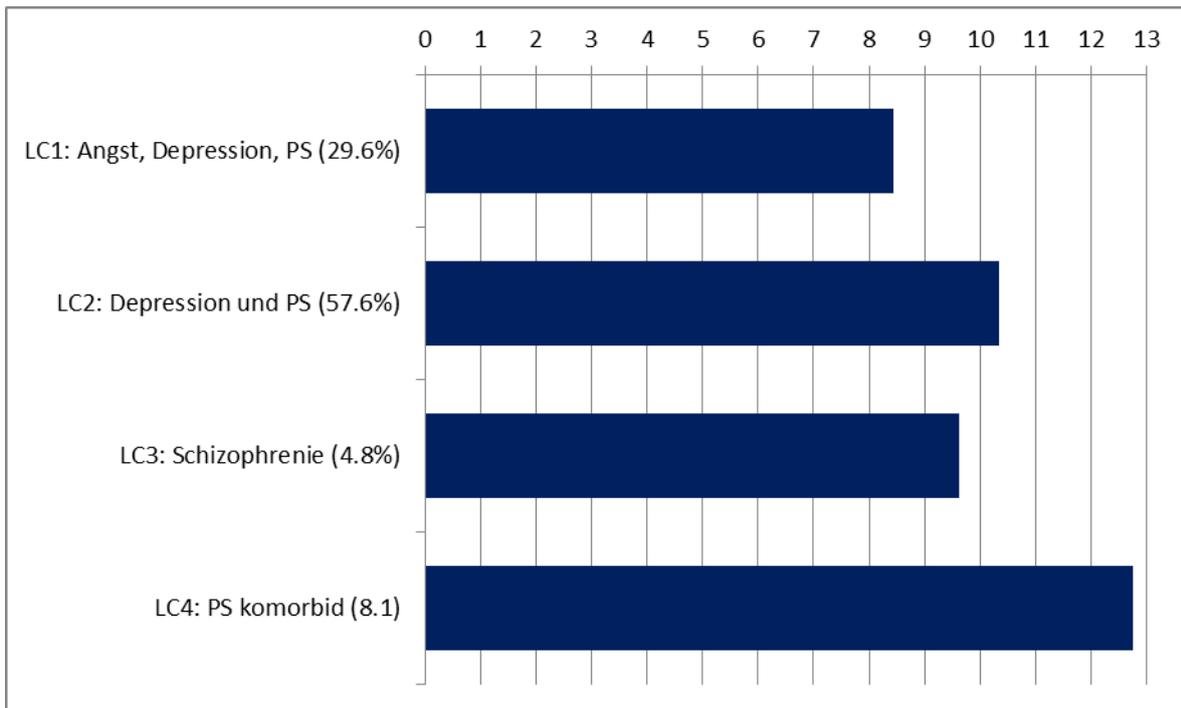
Abbildung 53: Funktionsdefizite nach Diagnosetyp



Summiert man alle zutreffenden Funktionsdefizite, wobei das Minimum 0 Defizite beträgt und das Maximum 28 Defizite, kann man das analoge Resultat übersichtlich darstellen (Abbildung 54): Der Diagnosetyp der neurotischen und Persönlichkeitsstörungen (Typ 1) hat mit 8.5 Defiziten die geringste Behinderungsschwere – wenn man die Summe der Defizite als Proxy für den Behinderungsgrad nimmt – gefolgt von den Patienten mit schizophrenen Störungen (9.6 Defizite) und den Patienten mit depressiven und Persönlichkeitsstörungen (10.3 Defizite). Im Durchschnitt am meisten Funktionsdefizite zeigen die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und multipler Komorbidität (12.8 Defizite). Insgesamt liegt der Durchschnitt bei 9.9 von 28 möglichen Defiziten.

Diese Resultate sind nur bedingt auf die Gesamtheit dieser Störungen verallgemeinerbar, da die Hälfte der PsychiaterInnen bei Befragungsbeginn gebeten wurde, sich an einen „günstigen“ respektive „ungünstigen“ Verlauf zu erinnern. Dass man sich bei der Vorgabe „günstiger“ Verlauf an einen schizophrenen Patienten erinnert hat, bedeutet nicht, dass schizophrene Patientinnen und Patienten insgesamt einen günstigeren Verlauf bei Arbeitsproblemen aufweisen als die grosse Gruppe der depressiven und Persönlichkeitsstörungen (Typ 2). Diese Resultate verdeutlichen aber dennoch, dass eine schizophrene Erkrankung nicht a priori mit mehr Funktionsdefiziten einhergeht als andere Diagnosetypen. Eine andere Frage ist, wie gewichtig die jeweiligen Funktionsdefizite sind. Die mangelnde Realitätsauffassung, von der schizophrene Patienten häufig betroffen sind, ist natürlich ein solch besonders gewichtiges Defizit.

Abbildung 54: Summe der Funktionsdefizite nach Diagnosetyp (N=404)

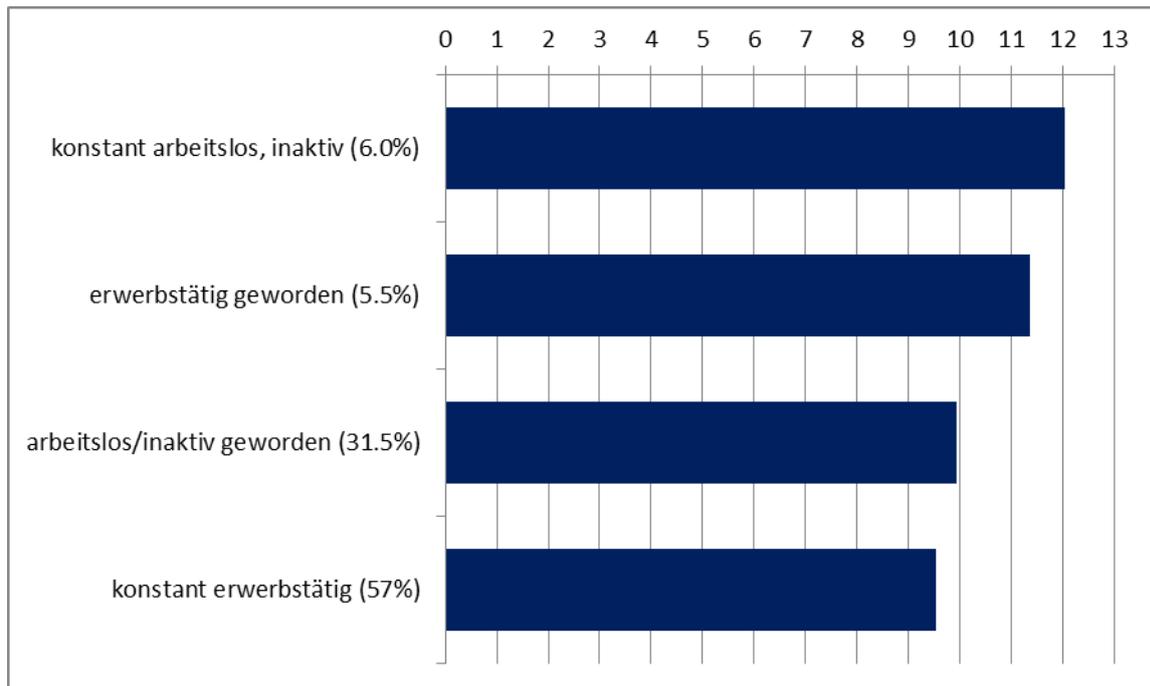


Setzt man schliesslich die Summe der Funktionsdefizite mit dem zusammengefassten Verlauf des Erwerbsstatus in Zusammenhang, zeigen sich sinnvolle Resultate (Abbildung 55). Patientinnen und Patienten, die sowohl bei Verlaufsbeginn wie auch -ende nicht erwerbstätig waren (an sich entgegen der Befragungs-Anordnung), zeigen im Durchschnitt am meisten Funktionsdefizite (12 Defizite). An zweiter Stelle folgt die (ebenfalls recht kleine) Gruppe von PatientInnen, die einen positiven Verlauf von nicht-erwerbstätig hin zu erwerbstätig bei Verlaufsende gemacht haben (11.4 Defizite). Auch hier wird demnach deutlich, dass es eine zahlenmässig relativ geringe Klientel gibt, die trotz erheblicher Behinderungsschwere einen hinsichtlich beruflicher Integration positiven Verlauf zeigt.

Im Durchschnitt 9.9 Funktionsdefizite weisen PatientInnen auf, welche eine negativen beruflichen Verlauf aufweisen, von der Erwerbstätigkeit bei Verlaufsbeginn hin zu Arbeitslosigkeit und Inaktivität bei Verlaufsende.

Insgesamt am wenigsten Defizite zeigen sich bei den konstant erwerbstätigen Patientinnen und Patienten (9.5 Defizite).

Mit einer gewissen Vorsicht kann man also davon ausgehen, dass die Summe der vorhandenen Funktionsdefizite mit der Schwere der Behinderung zu tun hat.

Abbildung 55: Summe der Funktionsdefizite nach Verlauf des Erwerbsstatus (N=400)

3.9.2 Fazit Funktionsdefizite und problematische Arbeitsbedingungen

Allfällige Arbeitsbedingungen, die zur Problematik beigetragen haben, werden in erster Linie im ungenügenden Verhalten der Führungskraft des Patienten gesehen: Mangelnde Anerkennung und Wertschätzung, eine ungeschickte Kommunikation oder ein kaltes, unpersönliches Beziehungsverhalten gehören zu den häufigsten Problemen – zusammen mit einer schlechten Arbeitsorganisation, einem zu hohen Arbeitsaufkommen und Termindruck.

Als *wichtigstes* Problem wird mit grossem Abstand die mangelnde Wertschätzung durch den Vorgesetzten berichtet, gefolgt von Mobbing. Häufigstes Funktionsdefizit der Patienten war laut PsychiatereInnen das mangelnde Durchsetzungsvermögen – der Patienten kann nicht nein sagen, kann sich nicht wehren. Diese hoch gewichteten Merkmale verdeutlichen die Beziehungslastigkeit dieser Problemverläufe.

Die starke Betonung des Ungenügens des Vorgesetzten, der Aggressivität der Umgebung (Mobbing) und gleichzeitig der Machtlosigkeit des Patienten (kann sich nicht wehren), scheint ein etwas einseitiges Bild zu sein.

Je nach Krankheit zeigen die Patienten nicht nur ein sehr unterschiedliches Profil der Funktionseinschränkungen, sondern auch eine unterschiedliche Behinderungsschwere (wenn man die Summe der Defizite als Proxy dafür nimmt). Am meisten Funktionsdefizite zeigen sich beim Diagnosetyp der hoch komorbiden Persönlichkeitsstörungen, gefolgt vom Typ der Persönlichkeitsstörungen mit depressiver Komorbidität und den schizophrenen Störungen. Etwas weniger Defizite weist der Diagnosetyp mit den neurotischen und Persönlichkeitsstörungen auf. Wegen des Untersuchungsdesigns (Vorgabe, dass jeweils die Hälfte der Fälle einen positiven respektive negativen Verlauf haben) dürfen diese Resultate aber nicht auf alle Patienten generalisiert werden.

3.10 Einflussfaktoren auf den Verlauf und Lerneffekte

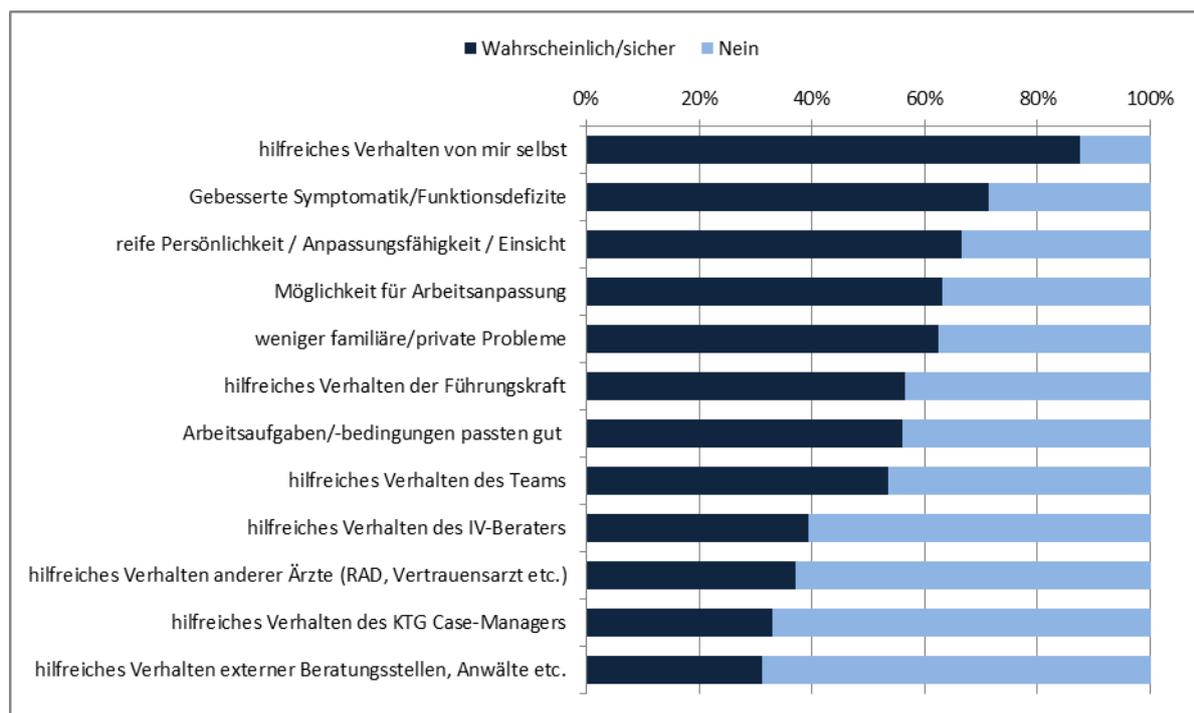
Je nach Verlaufstyp wurde gefragt, welche Faktoren aus Sicht der PsychiaterInnen zum positiven respektive negativen Verlauf beigetragen haben (Abbildung 56 und Abbildung 57).

3.10.1 Zusammenhänge mit dem Verlauf

Der häufigste förderliche Faktor für einen positiven Verlauf war das hilfreiche Verhalten der Psychiaterinnen und Psychiater selbst: In 88% traf dieser Faktor wahrscheinlich oder sicher zu. PsychiaterInnen sehen sich selbst demnach als wichtigsten Faktor für die Problemlösung. An zweiter und dritter Stelle folgen die (teilweise) Genesung, d.h. eine Remission der Symptomatik respektive eine Verringerung der Funktionsdefizite (in 71% der Fälle), sowie die reife Persönlichkeit, Anpassungsfähigkeit und Einsicht der PatientInnen (in 66% der Fälle).

In rund 60% der Fälle haben Merkmale des Arbeitsplatzes geholfen (Möglichkeit von Arbeitsanpassungen, passende Arbeitsaufgaben, hilfreiches Verhalten von Chefs und Teams). Vergleichsweise selten (in weniger als 40% der Fälle, in denen diese Akteure überhaupt involviert waren) waren externe Akteure hilfreich: IV-Berater, Case-Manager von Krankentaggeldversicherungen, RAD-Ärzte etc.

Abbildung 56: Wahrgenommene Faktoren für einen positiven Erwerbsverlauf (N=164)

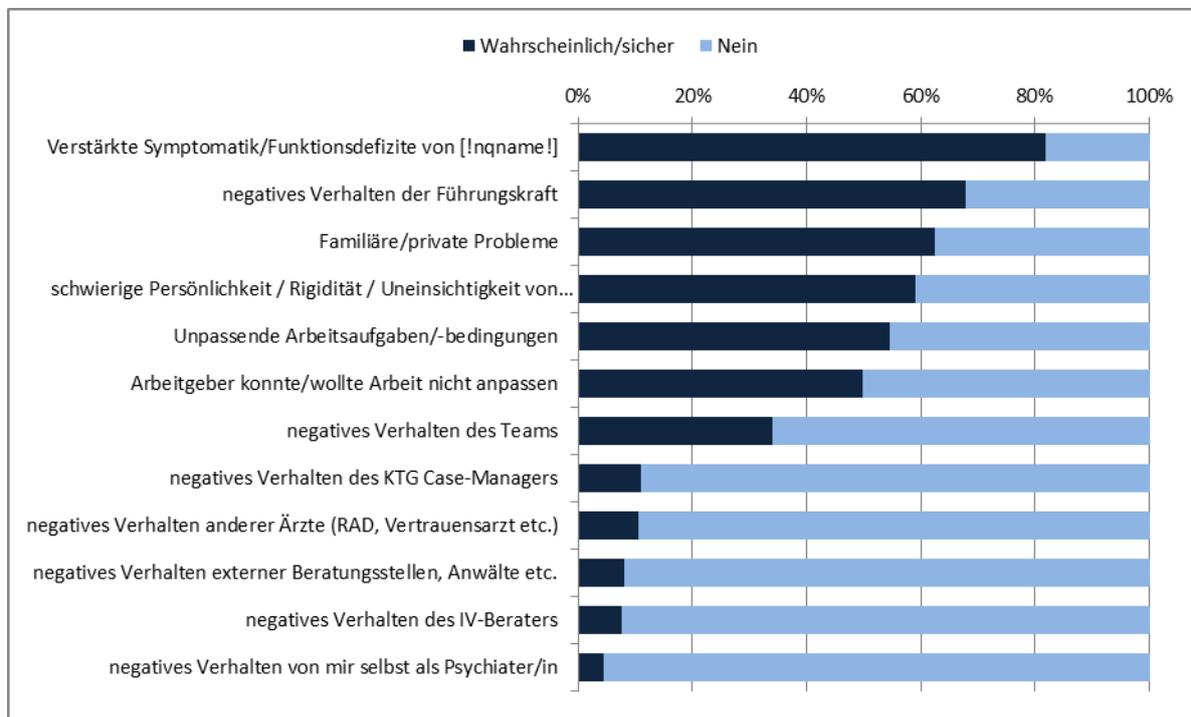


Umgekehrt werden die entscheidenden Faktoren für einen negativen Verlauf vor allem in einer verstärkten Symptomatik respektive Behinderung gesehen (82%) sowie im negativen Verhalten der Führungskraft des Patienten (in 68% der Fälle). Die Chefs werden demnach bei den negativen Verläufen häufiger als hinderlich gesehen als in den positiven als hilfreich.

Die ‚schwierige‘ Persönlichkeit oder mangelnde Einsicht des Patienten wird in 59% der Fälle als problemverschärfend wahrgenommen – also seltener als eine ‚reife‘ Persönlichkeit und Einsicht als förderlich für den positiven Verlauf als wichtig eingestuft wurde.

Bemerkenswerterweise kommt den externen Akteuren kaum eine nennenswerte Rolle zu als Faktoren für einen negativen Verlauf. Nahezu nie sehen sich die Psychiaterinnen und Psychiater selbst in der Rolle als Verantwortliche für einen negativen Verlauf.

Abbildung 57: Wahrgenommene Faktoren für einen negativen Erwerbsverlauf (N=210)



3.10.2 Einflussfaktoren auf den Verlauf

Schliesslich wurden mithilfe einer logistischen Regression die Einflussfaktoren für positive respektive negative Verläufe gerechnet. Insgesamt erinnerten sich 43.1% der PsychiaterInnen an einen positiven Verlauf eines Patienten und 56.9% an einen negativen Verlauf (wo also der Patient bei Verlaufsende oder zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr im Betrieb arbeitet).

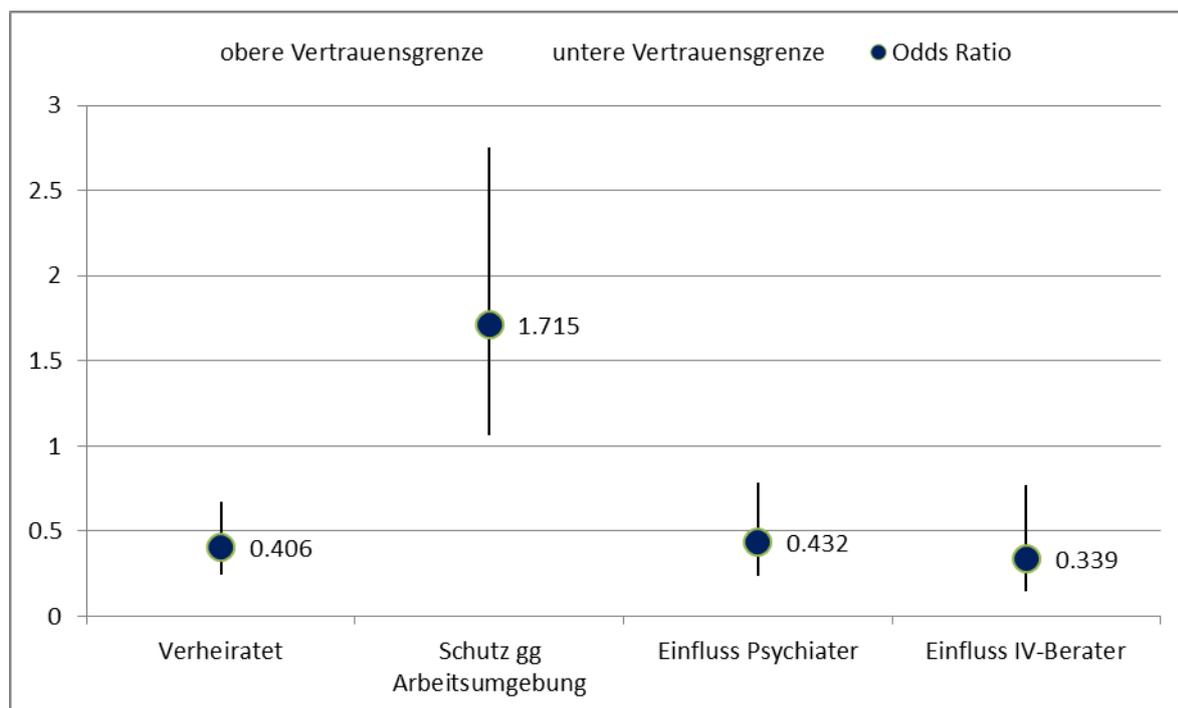
Für die Analyse der Odds Ratios auf den Verlauf wurde eine Vielzahl von möglichen Einflussfaktoren miteinbezogen:

- Interventionen der Behandelnden (Kontaktaufnahme mit involvierten Akteuren wie der Führungskraft respektive dem Vorgesetzten der Führungskraft, einem IV-Berater, Case-Manager, Betriebsarzt, dem Partner oder den Eltern des Patienten), ob überhaupt irgendein Kontakt stattgefunden hat (in jedem vierten Fall fand irgendein Kontakt statt, in drei Vierteln der Fälle keiner) und wie viele Kontakte insgesamt stattgefunden haben (in 15% fand ein Kontakt statt, in 7% zwei Kontakte und in 3% 3 bis 5 Kontakte).
- Die Bedeutung der von den PsychiaterInnen *wahrgenommenen* Verlaufsfaktoren: Der Einfluss der Symptome, der Persönlichkeit, des Führungsverhaltens und der Teamreaktionen sowie der weiteren involvierten Akteure wie die Behandelnden selbst, die IV-Berater und Case-Manager, des privaten Umfeldes, der Passung der Arbeitsaufgaben auf den Patienten sowie der Möglichkeiten des Betriebes, Arbeitsanpassungen vorzunehmen.
- Die Diagnosen der PatientInnen (Diagnosetypologie)

- Merkmale der Behandelnden: Arbeit in städtischer versus ländlicher Umgebung, Tätigkeit in psychiatrischer Institution versus freier Praxis, Geschlecht, Deutschschweiz versus lateinische Schweiz.
- Merkmale des Patienten: Geschlecht, Zivilstand verheiratet versus ledig, Wohnsituation, Alter bei Krankheitsbeginn, Anzahl frühe biografische Belastungen, Problemmuster in der Arbeitsbiografie sowie Erwerbsstatus bei Problembeginn und -ende.
- Auffälligkeiten des Patienten am beschriebenen Arbeitsplatz: Absenzen, Leistungsabfall, Unzuverlässigkeit, Konflikte im Team, Konflikte mit dem Vorgesetzten.
- Merkmale der Behandlung: Therapeutisches Konzept, mit dem der Patienten behandelt wurde (psychodynamisch, systemisch, verhaltenstherapeutisch, sozialpsychiatrisch, anderes), Haltung der PsychiaterInnen, d.h. ob sie während des Problemverlaufs den Eindruck hatten, den Patienten gegenüber der Arbeitsumgebung oder anderen Akteuren gegen einen unfaire oder diskriminierende Behandlung schützen zu müssen.

Die Analyse dieser Vielzahl von möglichen Einflussfaktoren auf den Verlauf ergibt lediglich eine geringe Zahl von signifikanten Faktoren (Abbildung 58).

Abbildung 58: Odds Ratios für einen negativen Verlauf



Zum einen ist der Zivilstand „verheiratet“ bei den PatientInnen mit einem rund zweieinhalbfach niedrigeren Risiko für einen negativen Verlauf am Arbeitsplatz verbunden. Dies weist darauf hin, dass das Funktionieren in Privat- und Berufsleben zusammenhängen.

Dort, wo PsychiaterInnen sich selbst als positiven Einfluss auf den Verlauf wahrgenommen haben, ist das Risiko für einen negativen Verlauf ebenfalls um fast einen Faktor 2.5 niedriger. Und auch dort, wo gemäss den Psychiatern den IV-Beratenden ein positiver Einfluss auf den Fallverlauf zukommt, ist das Risiko für einen negativen Verlauf deutlich tiefer. Zum Einfluss der IV-Beratenden ist einschränkend festzuhalten, dass diese in den hier berichteten Problemverläufen nicht sehr oft zum Einsatz

kamen. Dennoch ist bemerkenswert, dass sie – wenn sie positiv wahrgenommen werden – sehr deutlich das Risiko eines negativen Verlaufes verringern können.

Hingegen ist das Risiko für einen negativen Verlauf um über 70% erhöht, wenn die Behandelnden im Problemverlauf den Eindruck hatten, sich gegen eine „unfaire oder diskriminierende“ Behandlung des Patienten durch die Arbeitsumgebung wehren zu müssen (als wenn sie diesen Impuls nicht hatten). Dies ist aus verschiedenen Gründen interessant: Zum einen muss man sich fragen, wie dieses Resultat interpretiert werden soll. Vielleicht liegt es daran, dass in diesen Fällen die Patienten effektiv unfair behandelt wurden und dies zum negativen Verlauf beigetragen hat. Vielleicht liegt das erhöhte Risiko für den negativen Verlauf aber auch gerade darin, dass es zu Polarisierungen zwischen Psychiatern und Arbeitgebern gekommen ist. Oder es liegt daran, dass gewisse Patienten gleichzeitig ein erhöhtes Risiko für zwischenmenschliche Arbeitsprobleme wie auch für einen negativen Verlauf haben. Die Diskussion dieses Resultates scheint wichtig, weil hier die Zusammenarbeit von Behandelnden und Arbeitgebenden angesprochen ist, und weil Arbeitgeber oft berichten, sich von Behandelnden nicht ernst genommen, sondern beschuldigt zu fühlen.

3.10.3 Würden PsychiaterInnen beim nächsten Mal anders handeln?

Zum Schluss dieses Fallbeispiels wurden die Behandelnden danach gefragt, ob sie künftig bei einem Patienten mit einer ähnlichen Arbeitsproblematik zumindest teilweise anders intervenieren würden.

Rund 30% der Befragten geben an, dass sie beim nächsten Mal anders vorgehen würden, rund 70% würden nochmals genau gleich handeln. Dabei macht es keinen Unterschied, welches Geschlecht, Alter, Therapiekonzept etc. die Behandelnden haben. Der einzige Unterschied besteht darin, dass Therapeuten, die beim nächsten Mal anders handeln würden, dies bei den negativen Verläufen tun würden (die Bitte, sich an einen positiven respektive negativen Verlauf zu berichten, wurde ja bei Befragungsbeginn per Zufall zugeteilt).

Die Behandelnden, die künftig etwas anders intervenieren würden, wurden gebeten, stichwortartig zu formulieren, was sie anders machen würden (Tabelle 28).

Abgesehen von diversen Beispielen, die oft mit Spezialsituationen zusammenhängen, zeigen die aufgeführten Beispiele relativ deutlich, inwiefern künftig anders – oder noch verstärkt - interveniert würde: Vor allem im Hinblick auf den Kontakt zum Vorgesetzten, zum Personalverantwortlichen, zum Team und teils auch zum Case Manager oder dem IV-Berater. Der zweite Schwerpunkt liegt im Timing: Man würde sich künftig „früher“ aktiv einschalten, den Kontakt zu den anderen Akteuren suchen. Und der dritte Schwerpunkt liegt im „Nachdruck“ der Intervention: Man würde künftig den (frühen) Kontakt oder Interventionen „dringender“, „aktiver“ oder „mit mehr Nachdruck“ fordern.

Tabelle 28: Was PsychiaterInnen beim nächsten Mal anders machen würden (Beispiele; N=113)

Auf Gesprächen mit Vorgesetzten bestehen
Auf Kontakt mit dem Arbeitgeber bestehen
Beim Arbeitgeber intervenieren
Den Arbeitgeber kontaktieren bzw. die Patientin darauf hinweisen, dass dies günstig für sie sein könnte
Die klärenden Gespräche nicht allein dem Gewerkschaftsanwalt überlassen, sondern selbst den Kontakt zum Bereichsleiter suchen
Direkten Vorgesetzten früher einbeziehen
Druck machen, dass ein Casemanager der KTG eingesetzt wird
Einbezug des Teams, evtl. Netzwerkgespräche
Essayer de surmonter la crainte de contacter employeur
Eventuellement avoir un contact plus rapide avec la responsable de l'entreprise. Dans la situation, la patiente ne le voulait pas
Falls die Kündigung noch nicht ausgesprochen ist beim Behandlungsbeginn, RS (Rückkehrgespräch) mit den Vorgesetzten unter Einwilligung des Pat. Runder Tisch
Früher Kontakt mit dem Arbeitgeber aufnehmen
Früher mit dem Arbeitgeber Kontakt aufnehmen
Früher sich mit anderen vernetzen
Früher und häufiger Kontakt mit Arbeitgeber, Einschalten eines Casemanagers
Früherer Einbezug der IV/Casemanagement
Frühzeitig Kontakt mit Arbeitgeber – sobald Krankschreibung
Frühzeitigere Kontaktaufnahme mit Vorgesetzten und zeitweise Freistellung vom Arbeitsplatz
Habe zu spät realisiert, wie schwer und fortgeschritten der Arbeitskonflikt war. Ich hätte dringender auf einen Kontakt mit der Vorgesetzten bestehen müssen
Ça dépend des situations. Parfois, je serais plus pro-active pour travailler avec la patiente et des personnes du travail
Der Kontakt zu den Vorgesetzten war vorhanden, aber offenbar konnte ich diese nicht genügend unterstützen im Umgang mit den Dissoziationen, da hätte ich aktiver sein sollen
Ich würde von der Taggeldversicherung mit mehr Nachdruck, als ich es getan habe, fordern, dass sie in den Arbeitskonflikt, zum Beispiel mit einem Case Manager, vermittelnd eingreift. Auf mich haben die Vorgesetzten nämlich nicht gehört
J'essaierai de chercher une médiation dans le milieu professionnel

3.10.4 Fazit Einflussfaktoren und Lerneffekte

Werden PsychiaterInnen gefragt, welche Faktoren zum positiven Verlauf beigetragen haben, nennen sie am häufigsten ihr eigenes Verhalten, eine gebesserte Symptomatik sowie eine reife Persönlichkeit des Patienten respektive dessen Anpassungsfähigkeit und Einsicht. Als Faktoren für einen negativen Verlauf werden die verstärkte Symptomatik beim Patienten sowie ein negatives Verhalten des Vorgesetzten genannt. Am seltensten nehmen Psychiater bei negativen Verläufen ihr eigenes Verhalten als Einflussfaktor wahr. Das Verhalten anderer Akteure wie Case Manager der Krankentaggeldversicherung, IV-Berater, andere Ärzte oder Beratungsstellen werden vergleichsweise selten genannt.

Neben diesen Einschätzungen zeigen die Resultate einer logistischen Regression auf den Verlaufstyp folgende Einflussfaktoren: Verheiratete Patientinnen und Patienten haben ein zweieinhalbfach geringeres Risiko für einen negativen Verlauf; der Impuls der Psychiater, die Patienten gegenüber der Arbeitsumgebung „schützen“ zu müssen, erhöht das Risiko für einen negativen Verlauf um 70%; Fälle, in denen die Psychiater subjektiv „sicher“ zur Problemlösung beigetragen haben, haben ebenfalls ein

zweieinhalbfach geringeres Risiko für einen negativen Verlauf, und Fälle, in denen IV-Berater als hilfreich wahrgenommen wurden, haben gar ein dreifach verringertes Risiko für einen negativen Verlauf (allerdings sind IV-Berater nicht immer involviert und es wird ihnen auch eher selten eine wichtige Rolle zugemessen).

Rund ein Drittel der Befragten würde künftig in einem ähnlichen Fall eines Patienten mit Arbeitsproblemen anders reagieren, wobei es sich häufiger um Psychiater handelt, welche zu einem negativen Verlauf befragt wurden. Der Lerneffekt liegt zum einen klar darin, dass künftig eher auf einen Kontakt zum Vorgesetzten, zur Arbeitsumgebung sowie auch zu den Case Managern und IV-Beratern hingearbeitet würde. Zum anderen würde ein solcher Kontakt aktiver und nachdrücklicher mit dem Patienten besprochen respektive gar eingefordert.

4 Erfahrungen mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen

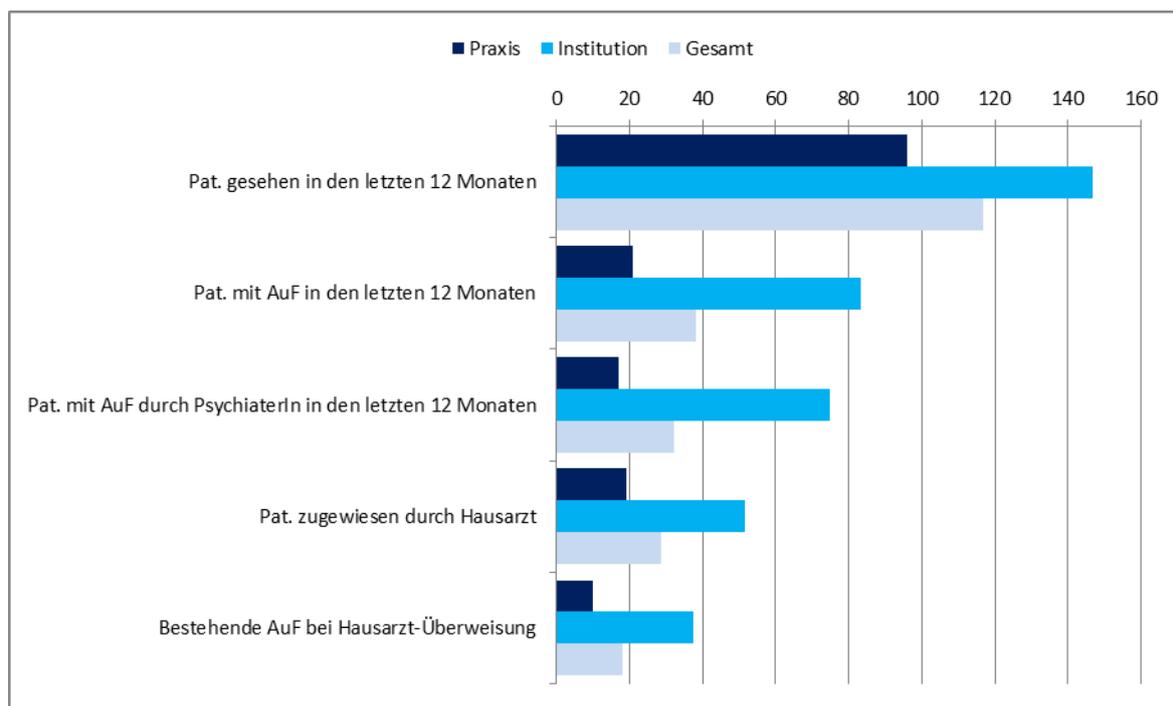
Im zweiten Teil der Befragung wurden den Psychiaterinnen und Psychiatern relativ detaillierte Fragen gestellt zu ihren Erfahrungen mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen bei ihren PatientInnen generell, also nicht mehr auf einen bestimmten Fall bezogen wie oben. Besonders interessierte uns, welche Umstände die Behandelnden bei Arbeitsunfähigkeiten besonders beachten, mit welchen therapeutischen und fachlichen Schwierigkeiten sie beim Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen konfrontiert sind, welche Indikationen sie aufgrund ihrer Erfahrung sehen für Vollzeit respektive Teilzeit-Arbeitsunfähigkeiten und in welchen Situationen sie eher länger, kürzer oder gar nicht ‚krankschreiben‘ würden.

Zudem wurden zu Beginn auch einige Fragen gestellt zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen bei den bestehenden Patientinnen und Patienten. Die folgenden generellen Resultate müssen in Beziehung gesetzt werden zu den weiter unten dargestellten Resultaten über die zwei jüngsten Fälle mit Arbeitsunfähigkeiten. Der Einfachheit zuliebe wird in den folgenden Abschnitten wiederholt der Ausdruck der ‚Krankschreibung‘ verwendet. Dieser Ausdruck wird lediglich verwendet, weil er kurz ist und der Lesbarkeit dient – nicht weil er unterstellen will, dass Ärzte PatientInnen (unnötigerweise) krank schreiben.

4.1 Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten in der psychiatrischen Behandlung

Insgesamt haben die befragten Psychiaterinnen und Psychiater in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt 116 Patienten gesehen (Abbildung 59). Die Angaben wurden gemacht von N=162 PsychiaterInnen in der Praxis und von N=58 PsychiaterInnen in den Institutionen. Die Angaben gelten für den Zeitraum der letzten 12 Monate.

Abbildung 59: Prävalenz von PatientInnen mit Auf und von Hausarzt-Zuweisungen (absolute Zahlen)



Von diesen waren rund ein Drittel in den letzten 12 Monaten ein- oder mehrmals wegen psychischer Probleme arbeitsunfähig geschrieben, sei es durch den Psychiater oder durch einen anderen Arzt. Da man davon ausgehen kann, dass pro Jahr rund 500'000 Personen in der Schweizer Bevölkerung psychiatrisch behandelt werden (in einer psychiatrischen Praxis, in ambulanten, teilstationären sowie stationären psychiatrischen Einrichtungen), ergibt sich hier eine relevante Zahl psychiatrischer Patienten mit ein- oder mehrmaliger Arbeitsunfähigkeit.

Der überwiegende Teil der Arbeitsunfähigkeitszeugnisse in den letzten 12 Monaten wurde durch die PsychiaterInnen selbst ausgestellt (bei 32 von 38 Patienten im letzten Jahr).

Allerdings haben einige dieser Patienten auch eine Behandlungs-Vorgeschichte: Etwa ein Viertel aller in den letzten 12 Monaten gesehenen Patienten wurde ursprünglich vom Hausarzt in psychiatrische Behandlung überwiesen – 29 von 116 PatientInnen. 18 dieser PatientInnen (also rund 62%) waren bei der Überweisung an den Psychiater schon krankgeschrieben.

Vergleicht man diese Mittelwerte ja nach Arbeitsort der Behandelnden – Praxis gegenüber psychiatrischer Einrichtung (Klinik, Tagesklinik, Ambulatorium) – zeigen sich deutliche Unterschiede: PsychiaterInnen in Einrichtungen haben mit gegen 150 Patienten in den letzten 12 Monaten deutlich mehr Patienten gesehen als in der Praxis tätige Psychiater (96 Patienten). Da aus den Einrichtungen vor allem Kaderärzte an der Befragung teilgenommen haben, die zum Teil sehr viele Patienten sehen respektive für diese verantwortlich sind (zum Beispiel Leitende und Chefärzte), ist dieser Unterschied nachvollziehbar.

Auch die Zahl der in den letzten 12 Monaten krankgeschriebenen PatientInnen ist in den Einrichtungen deutlich höher (56%) als bei den Privatpraktizierenden (22%). Auch dies ist nachvollziehbar, da eine teilstationäre oder stationäre Behandlung eine Krankschreibung voraussetzt.

Diese Krankschreibungen wurden sowohl bei den Privatpraktizierenden wie auch bei den institutionell tätigen PsychiaterInnen fast immer durch sie selbst ausgestellt.

Unterschiede gibt es auch bei den Hausarzt-Zuweisungen: Rund 20% der Praxisklientel wurde von den Hausärztinnen und Hausärzten zugewiesen, während es bei den Einrichtungen rund 35% waren. In den Praxen bestand bei den zugewiesenen Patienten bei rund der Hälfte schon eine Krankschreibung durch den vorbehandelnden Hausarzt, bei den Einrichtungen waren es rund drei Viertel. Das lässt sich wohl so interpretieren, dass Zuweisungen zu psychiatrischen Einrichtungen häufiger erst in fortgeschrittenen Verläufen geschehen, in denen häufiger schon eine Krankschreibung besteht.

4.2 Indikationen für Dauer und Art der Krankschreibungen

Im Folgenden werden Resultate gezeigt zu verschiedenen Indikationsfragen bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen. Dieser Befragungsteil wurde nach dem Zufallsprinzip an die Hälfte der Teilnehmenden gestellt und mit folgender Frage eingeleitet:

„Gegeben ist eine psychische Störung mit Funktionsdefiziten: Wie wichtig sind die folgenden Umstände und welche Art der Krankschreibung und welche AuF-Dauer hat sich Ihrer Erfahrung nach bei den folgenden Umständen am Arbeitsplatz insgesamt eher bewährt?“

Zum einen wurde für eine detaillierte Liste von Kriterien gefragt, ob die Behandelnden – aufgrund ihrer Erfahrung – diese für die Krankschreibung relevant finden und ob sie beim Vorliegen des jeweiligen Kriteriums eher lang oder kurz krankschreiben würden. Zum anderen wurden sie danach gefragt, ob sie jeweils eher Vollzeit, Teilzeit oder gar nicht krankschreiben würden.

Die Liste der vorgegebenen möglichen Kriterien umfasste erstens eine detaillierte Aufzählung von arbeitsplatzbezogenen Kriterien (Merkmale des Betriebes, der Tätigkeit, der Arbeitsbedingungen, des

Verhaltens von Führungskräften und Arbeitskollegen etc.) und zweitens eine detaillierte Aufzählung von patientenbezogenen Merkmalen (Arbeitsbiografie, Persönlichkeits- und Copingmerkmale, soziale Situation etc.).

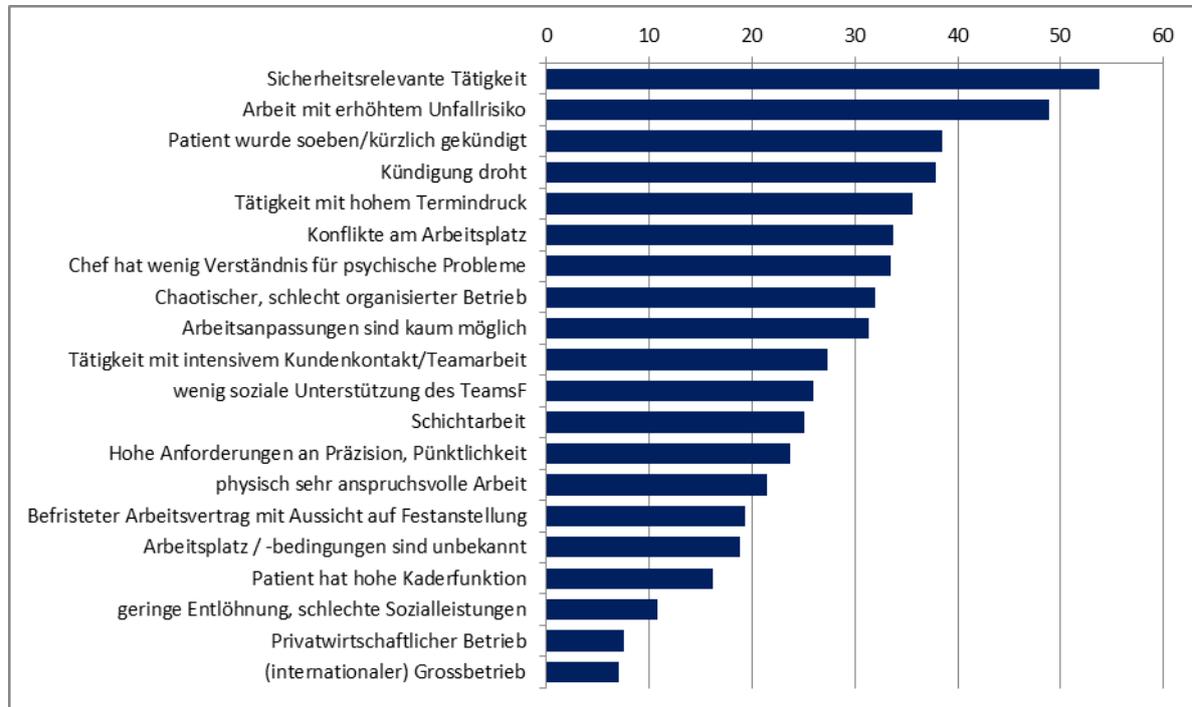
4.2.1 Wichtigkeit der Umstände für die Krankschreibung

Die Bedeutung der Umstände konnte auf einer vierstufigen Skala von „gar nicht wichtig“ bis „sehr wichtig“ geratet werden. Allgemein finden die PsychiaterInnen fast alle der folgenden Kriterien häufig eher oder sehr wichtig. Dennoch zeigen sich Unterschiede, wenn man lediglich die „sehr wichtigen“ Kriterien betrachtet (Abbildung 60 und Abbildung 61).

Bei den arbeitsbezogenen Umständen, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähig als sehr wichtig angesehen werden, dominieren zunächst die sicherheitsrelevanten Aspekte – sie werden von rund der Hälfte der Befragten als sehr wichtig angesehen. Bemerkenswerterweise folgen an dritter und vierter Stelle der Umstand, dass dem Patienten soeben gekündigt wurde respektive dass ihm die Kündigung angedroht wurde. Die hohe Bedeutung dieser Kriterien ist verbunden mit der Tendenz, in diesen Fällen eher längerdauernd krankzuschreiben, wie die Auswertungen weiter unten zeigen (Abbildung 68).

Rund ein Drittel der Befragten findet zudem Kriterien besonders wichtig, die mit der Arbeitsbelastung (Termindruck), Arbeitsplatzkonflikten, einem geringem Verständnis oder schlechten Managementqualitäten der Führungskraft zu tun haben. Auch bei diesen Kriterien würden PsychiaterInnen oft länger krank schreiben. Das heisst, Umstände, die als bedeutsam erachtet werden, erhöhen die Tendenz für eine längere Arbeitsunfähigkeit.

Abbildung 60: „Sehr wichtige“ arbeitsbezogene Umstände für AuF-Einschätzung (N=175-193)



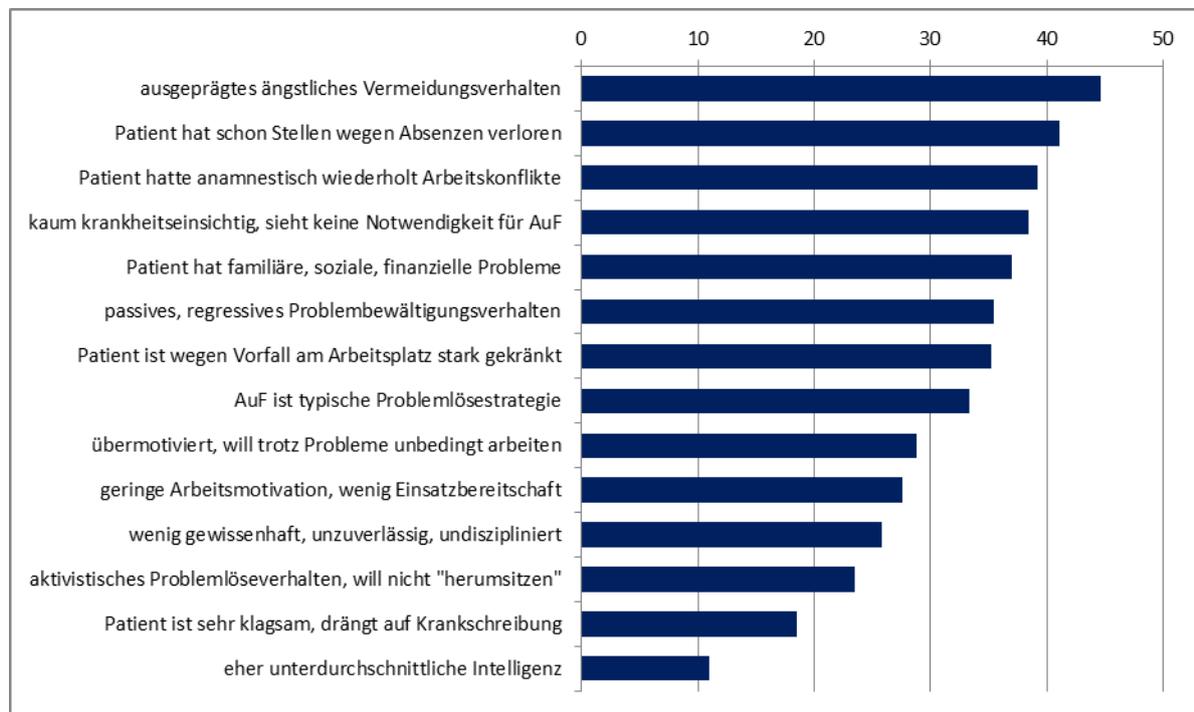
Bei den patientenbezogenen Kriterien finden Psychiaterinnen und Psychiater ein ängstliches Vermeidungsverhalten sehr wichtig (in rund 45% der Fälle), anamnestisch bekannte Arbeitsprobleme (schon Stellen verloren wegen Absenzen, Arbeitskonflikte), fehlende Krankheitseinsicht (mit der Gefahr, sich

zu überfordern), multiple familiäre, soziale und finanzielle Probleme, ein regressives Problemlöseverhalten sowie erlebte Kränkungen am Arbeitsplatz.

Hier sind die Zusammenhänge mit der Dauer der Krankschreibung unterschiedlich: Bei multiplen Problemen, bei fehlender Krankheitseinsicht aber auch bei ausgeprägtem ängstlichem Vermeidungsverhalten, bei Tendenz zur Regression und bei früheren Arbeitskonflikten würde im Vergleich etwas häufiger eher lange krankgeschrieben. Sind anamnestisch Stellenverluste wegen Absenzen bekannt, würde eher kürzer krank geschrieben.

Selten als „sehr wichtig“ werden Kriterien angesehen wie unterdurchschnittliche Intelligenz des Patienten, Klagsamkeit und Drängen auf Krankschreibung, aktivistisches Problemlöseverhalten, mangelnde Disziplin und mangelnde Arbeitsmotivation.

Abbildung 61: „Sehr wichtige“ patientenbezogene Umstände für AuF-Einschätzung (N=173-179)



4.2.2 Typologie der PsychiaterInnen bezüglich relevanter AuF-Kriterien

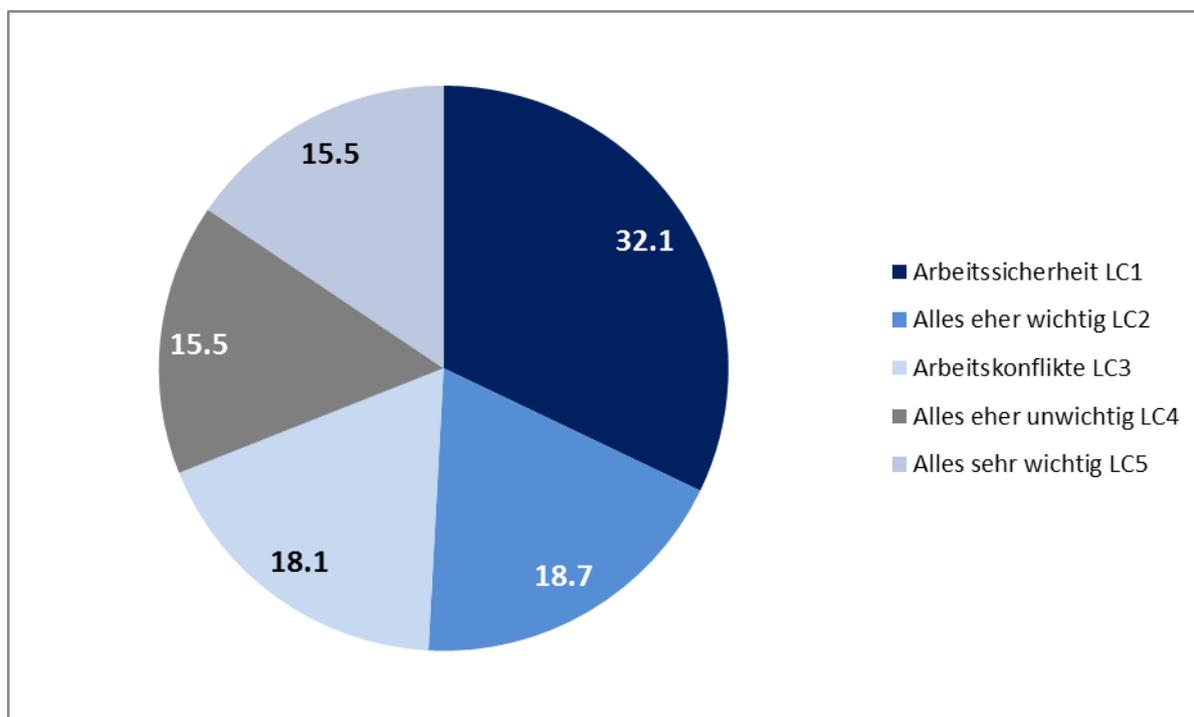
In einem weiteren Analyseschritt wurden all diese Bedeutsamkeits-Kriterien einer Faktorenanalyse unterzogen, das heisst, einem statistischen Verfahren, welches aus all diesen Dimensionen gemeinsame Faktoren berechnet. Das Ziel war, einige wenige zusammenfassende Faktoren zu erhalten, die aus der Erfahrung der PsychiaterInnen bedeutsam sind für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (abgesehen von den krankheitsdingten Defiziten selbst). Allerdings gelingt es nicht, all diese möglichen Kriterien sinnvoll zu ordnen: es ergeben sich abgesehen von einem Faktor „Arbeitssicherheit“ keine sinnvoll interpretierbaren Faktoren, zudem sind die so genannten Faktorladungen (also wie stark die einzelnen Kriterien mit den hypothetischen Faktoren korrelieren) gering. Weiter sind die Faktoren sehr unausgewogen: es gibt einen Faktor, zu dem die Mehrzahl aller Kriterien gehört und einige weitere Faktoren, die nur eine oder zwei Kriterien auf sich vereinigen. Und schliesslich korreliert rund die Hälfte aller Kriterien auf mehreren Faktoren fast gleich stark.

Zusammengefasst – und dies scheint aus praktischer Sicht bedeutsam – besagt dies Folgendes: Es gibt in Bezug auf all diese möglichen und von den Befragten fast immer als durchaus wichtig eingeschätzten Kriterien für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit keine sinnvolle Struktur. Dies ist womöglich ein Hinweis darauf, dass es keine fachliche oder gemeinsame gedankliche Basis gibt für die Einordnung von bedeutsamen Umständen bei Krankschreibungen. Ein Beispiel für eine Faktorenanalyse, die durchaus sinnvolle Gruppierungen ergibt, wird weiter unten gezeigt bei der Gruppierung der erlebten Schwierigkeiten bei Krankschreibungs-Entscheiden.

Da es offensichtlich keine inhaltlichen Strukturen gibt bei den Krankschreibungskriterien, wurde untersucht, ob die Unterschiede stattdessen in der Person der Behandelnden selbst liegt. Es wurde deshalb eine Typologie der Befragten selbst gerechnet, das heisst, es wurde geschaut, ob es hinsichtlich all dieser Krankschreibungskriterien unterschiedliche Typen von PsychiaterInnen gibt. Mit Hilfe einer Latent Class-Analyse konnten 5 Typen von Behandelnden gefunden werden, die sich darin unterscheiden, wie wichtig sie diese Kriterien finden und welche sie wichtig finden (Abbildung 62).

Die erste und mit rund einem Drittel grösste Gruppe von PsychiaterInnen findet vor allem Umstände bedeutsam, die mit der Arbeitssicherheit zu tun haben. Dann gibt es eine zweite Gruppe, die tendenziell alle Kriterien ein bisschen wichtig findet (19%), eine dritte Gruppe, die vor allem zwischenmenschliche Belange am Arbeitsplatz als wesentlich erachtet (18%), eine vierte Gruppe, die tendenziell alle Kriterien eher wenig wichtig findet (16%) und schliesslich eine fünfte Gruppe, die alle Kriterien sehr bedeutsam findet (ebenfalls 16%).

Abbildung 62: Typologie der PsychiaterInnen bzgl. Relevanz von AuF-Kriterien (N=193)



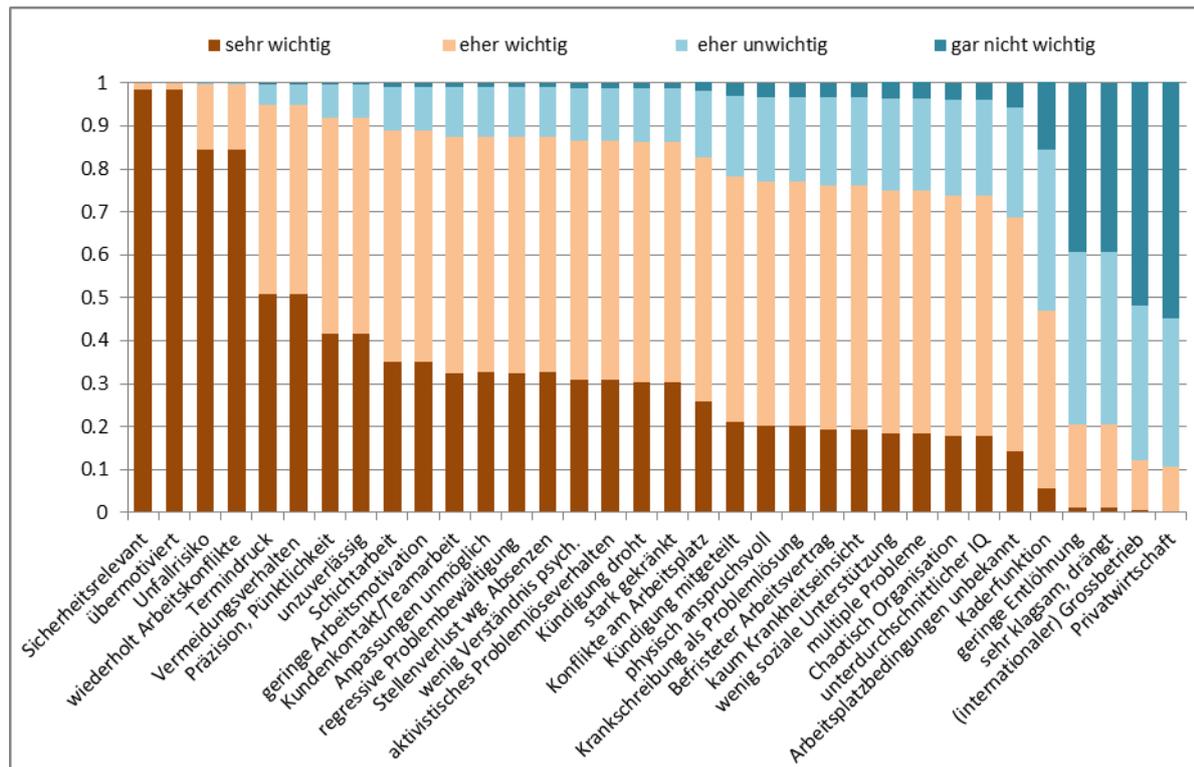
Diese 5 Gruppen von Psychiaterinnen und Psychiatern unterscheiden sich recht deutlich dahingehend, welche Kriterien sie wie wichtig bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit finden.

Der erste Typ (Abbildung 63) ist dadurch charakterisiert, dass sämtliche sicherheitsrelevanten Aspekte von nahezu allen Behandelnden als sehr wichtig beurteilt werden: Eine sicherheitsrelevante

Tätigkeit, ein bestehendes Unfallrisiko am Arbeitsplatz, anamnestisch bekannte Konflikte am Arbeitsplatz und ein übermotiviertes (und damit womöglich auch risikoreiches) Verhalten.

Eine geringe Entlohnung, Klagsamkeit des Patienten oder Merkmale des Betriebes (Grossbetrieb versus KMU, Privatwirtschaft versus öffentlicher Betrieb) werden als besonders unwichtig angesehen. Alle anderen Kriterien werden meist als eher wichtig beurteilt. Insgesamt werden von diesen Behandelnden fast alle Kriterien als zumindest eher wichtig beurteilt, aber mit einer klaren Priorisierung des Sicherheitsaspektes.

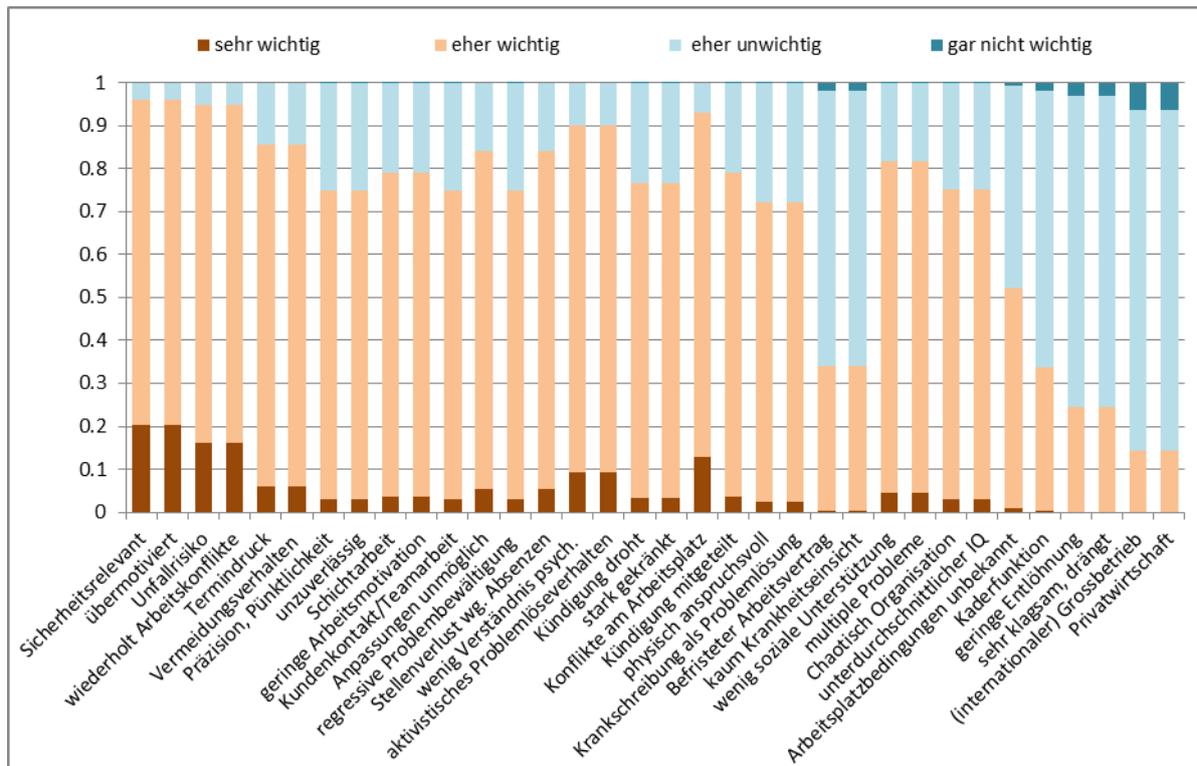
Abbildung 63: Typ 1 „Arbeitssicherheit“ (32%)



Die zweite Gruppe der Befragten (Abbildung 64) findet nahezu alle Kriterien „eher wichtig“, aber kaum je ein Kriterium „sehr wichtig“ oder „gar nicht wichtig“. Besonders selten als wichtig werden Kriterien beurteilt wie „befristeter Arbeitsvertrag mit Aussicht auf eine Festanstellung“, geringe Entlohnung, Kaderposition, fehlende Krankheitseinsicht, Klagsamkeit oder betriebliche Merkmale.

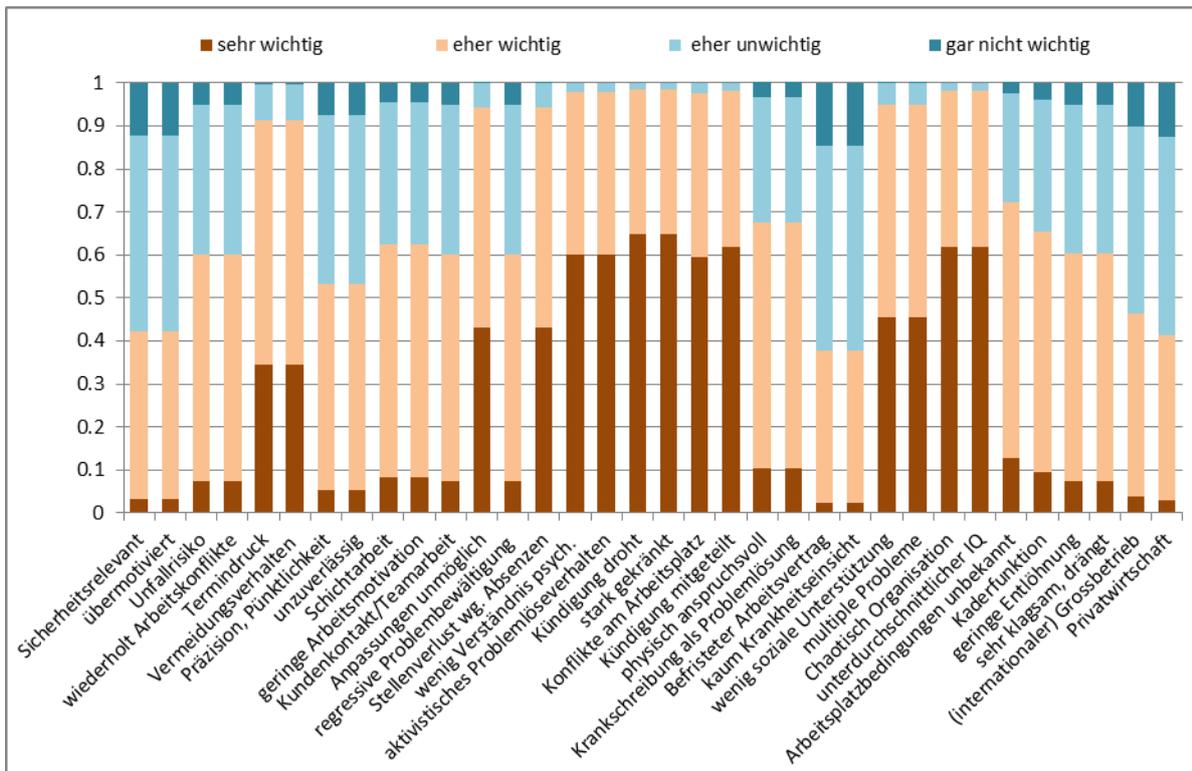
Die meisten Kriterien hingegen werden von 70-90% der Befragten als zumindest „eher wichtig“ erachtet. Dies können Sicherheitsaspekte sein, Merkmale der Führungskräfte und Teams sowie der Patienten selbst. Diese zweite Gruppe ähnelt der ersten insofern als kaum Kriterien als unwichtig bezeichnet werden. Dies ist insofern relevant, als die wahrgenommene Wichtigkeit eines Kriteriums meist auch mit der Tendenz zu einer längeren Krankschreibung einhergeht.

Abbildung 64: Typ 2 „Alles eher wichtig“ (19%)



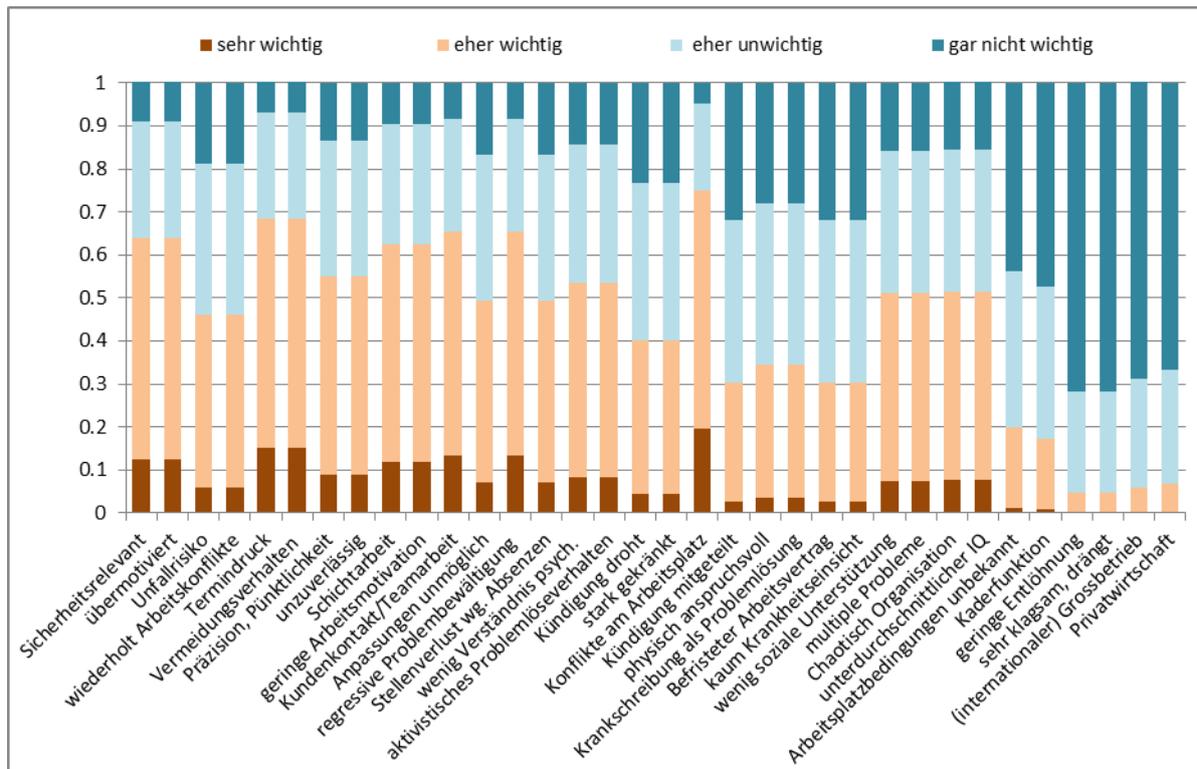
Die dritte Gruppe (Abbildung 65) zeigt ein etwas klareres Profil als die vorhergehende, weil es deutliche Unterschiede in der Gewichtung der Kriterien gibt: Besonders häufig werden von den Befragten in dieser Gruppe Kriterien als sehr wichtig beurteilt, die mit interpersonellen Problemen am Arbeitsplatz zu tun haben: Wenig Verständnis der Führungskraft für den Patienten, starke Kränkung des Patienten wegen Vorfällen am Arbeitsplatz, drohende oder erfolgte Kündigung, aktuelle (nicht anamnestisch bekannte Konflikte an früheren Stellen) Konflikte am Arbeitsplatz, aktivistisches Verhalten des Patienten oder auch eine chaotische Führung und eine unterdurchschnittliche Intelligenz des Patienten – also ebenfalls Umstände, die zwischenmenschliche Probleme begünstigen oder verstärken können.

Abbildung 65: Typ 3 „Arbeitskonflikte wichtig“ (18%)



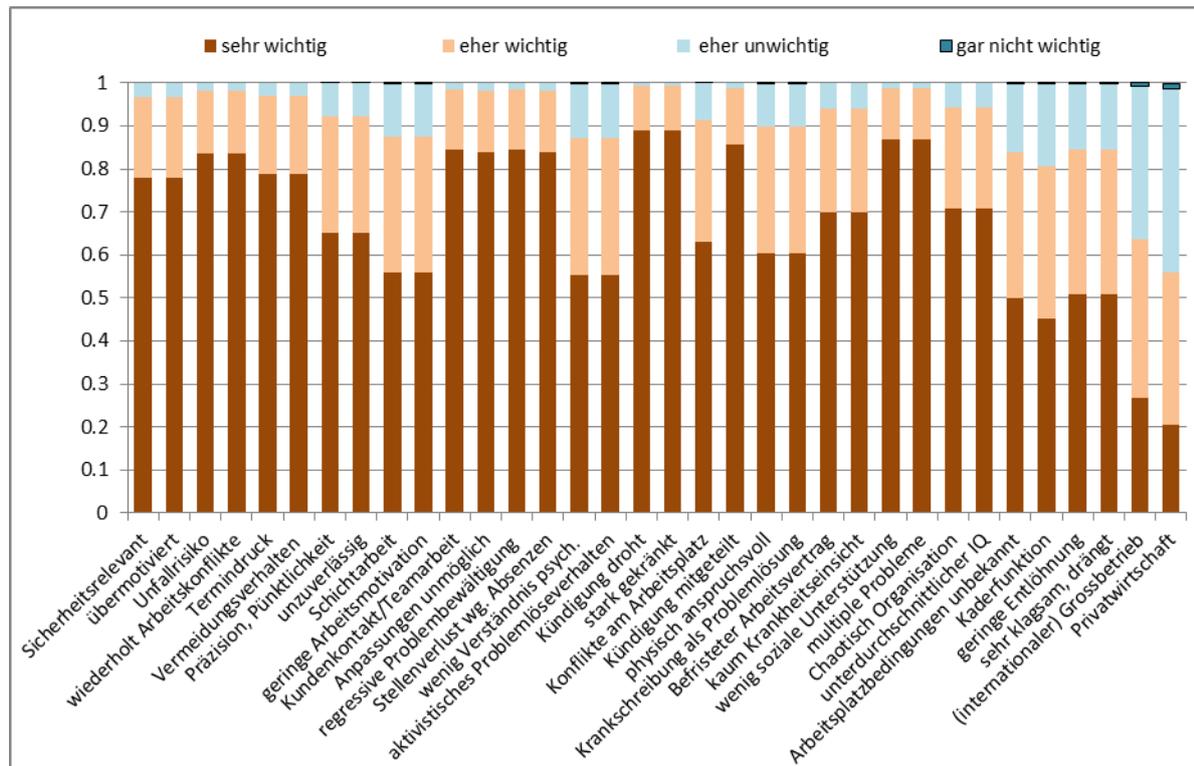
Die vierte Gruppe der Behandelnden (Abbildung 66) findet alle Kriterien im Vergleich zu den anderen Gruppen eher unwichtig – mit einigen Ausnahmen: Arbeitskonflikte werden meist als zumindest eher wichtig angesehen, ebenso einige weitere Merkmale der Arbeitsanforderungen (z.B. Termindruck, viel Kundenkontakt, Anforderungen an Präzision) und der Patienten selbst (z.B. Vermeidungsverhalten, geringe Arbeitsmotivation). Besonders häufig als gar nicht wichtig werden Kriterien beurteilt wie betriebliche Merkmale, Merkmale der Position im Betrieb und der Entlohnung, der fehlenden Krankheitseinsicht oder der Arbeitsbiografie (ob Krankschreibungen als Problemlösestrategie imponieren) respektive das Kriterium, ob den Behandelnden die Arbeitsbedingungen überhaupt bekannt sind.

Abbildung 66: Typ 4 „Alles eher unwichtig“ (16%)



Die fünfte Gruppe der Befragten schliesslich (Abbildung 67) beurteilt nahezu alle Kriterien als meist „sehr wichtig“: Sicherheitsrelevante Aspekte, Merkmale des Patienten, der Arbeitsanforderungen und der Arbeitsumgebung (Führungskraft, Team). Betriebliche Merkmale werden etwas seltener als sehr wichtig angesehen, aber immer noch deutlich häufiger als in den anderen Gruppen.

Ganz besonders häufig werden von dieser Gruppe Kriterien als sehr wichtig oder zumindest eher wichtig beurteilt wie drohende oder erfolgte Kündigung, starke Kränkung des Patienten durch Vorfälle am Arbeitsplatz, fehlende soziale Unterstützung durch das Team, multiple Problematik des Patienten, sicherheitsrelevante Aspekte, intensiver Kundenkontakt bei der Arbeit, fehlende Möglichkeit zu krankheitsbedingten Arbeitsanpassungen oder eine Tendenz zur Regression sowie anamnestisch bekannte Stellenverluste wegen Absenzen.

Abbildung 67: Typ 5 „Alles sehr wichtig“ (16%)

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die Kriterien, die PsychiaterInnen für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit bedeutsam finden, lassen sich nicht inhaltlich gruppieren. Der Gruppierungsfaktor für die Bedeutsamkeit all dieser Kriterien sind die Psychiaterinnen und Psychiater selbst: Es gibt Behandelnde, welche diese Kriterien alle eher unwichtig finden, und es gibt solche, die all diese Kriterien eher wichtig finden etc.

4.2.3 Indikationen für Dauer der Krankschreibung

Die folgende Zusammenstellung (Abbildung 68) zeigt, welche arbeitsplatzbezogenen Kriterien eher auf eine kurze respektive längerdauernde Arbeitsunfähigkeit hindeuten. Dabei ist zu beachten, dass diese Kriterien immer auf der gedanklichen Basis beantwortet wurden, dass eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Es handelt sich demnach um eine Art Zusatzkriterien für eine erfahrungsbedingt sinnvolle Krankschreibungsdauer. Dieser Hinweis ist relevant, weil bekanntlich all diese Kriterien nicht der alleinige Grund für eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit sein können.

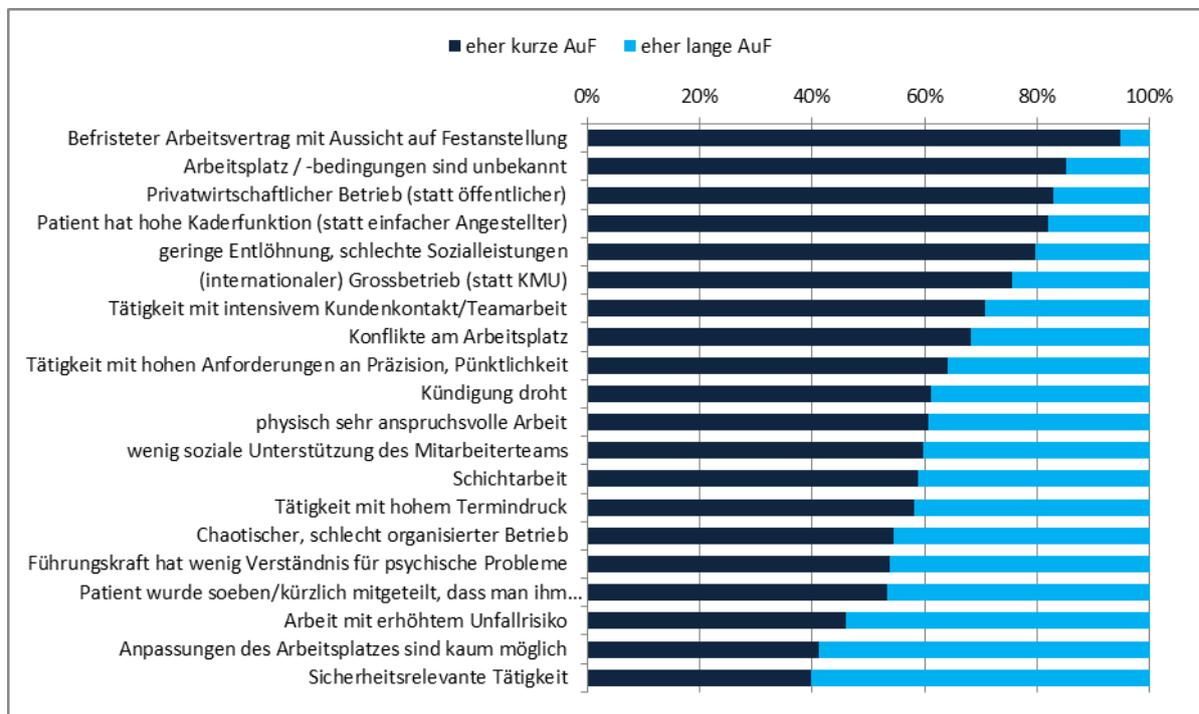
In jeweils rund 80% oder mehr werden Kriterien für eine eher kurze Arbeitsunfähigkeit genannt, die mit dem Betrieb, den Anstellungsbedingungen oder der Position des Mitarbeiters zu tun haben: befristeter Arbeitsvertrag, geringe Entlohnung, Privatwirtschaft, (internationaler) Grossbetrieb. Wahrscheinlich gehen die Befragten davon aus, dass eine längerdauernde Krankschreibung das Arbeitsverhältnis der Patienten in solchen Betrieben gefährden würden. Hinzu kommt als häufiger Grund für eine eher kurze Arbeitsunfähigkeit der Umstand, dass der Psychiater den Betrieb und die Arbeitsbedingungen des Patienten nicht kennt (und deswegen auch nicht wirklich beurteilen kann, ob der Patient seine Aufgaben krankheitsbedingt nicht wahrnehmen kann).

Kriterien, die zu einem Drittel bis rund der Hälfte auf eine eher lange Arbeitsunfähigkeit hindeuten, haben vor allem mit der Art der Arbeitsaufgabe (intensiver Kundenkontakt, hohe Anforderungen an Präzision, physisch anspruchsvolle Arbeit, Termindruck etc.), dem Verhalten der Führungskraft und

der Arbeitskollegen (wenig Verständnis, wenig soziale Unterstützung, chaotische Führung etc.) zu tun. Bemerkenswert ist zum einen, dass eine drohende Kündigung oft eine lange Arbeitsunfähigkeit begünstigt und zum anderen, dass auch der Umstand, dass dem Patienten eben mitgeteilt wurde, das Arbeitsverhältnis werde aufgelöst, ein häufiges Kriterium für eine lange Krankschreibung ist. Ob und in welchen Fällen diese beiden Kriterien effektiv eher eine längere Arbeitsunfähigkeit auslösen sollten, wäre fachlich zu diskutieren. Man muss sich einfach bewusst sein, dass gerade diese durch Kränkungen ausgelöste Arbeitsunfähigkeiten das Bild, das die Arbeitgeber von den Ärzten haben, negativ beeinträchtigen können.

Am häufigsten (in 50-60%) wird eine Indikation für eine lange Krankschreibung gesehen, wenn sicherheitsrelevante Aspekte vorliegen (erhöhtes Unfallrisiko, sicherheitsrelevante Tätigkeit) oder wenn Arbeitsplatzanpassungen seitens des Betriebes nicht möglich sind.

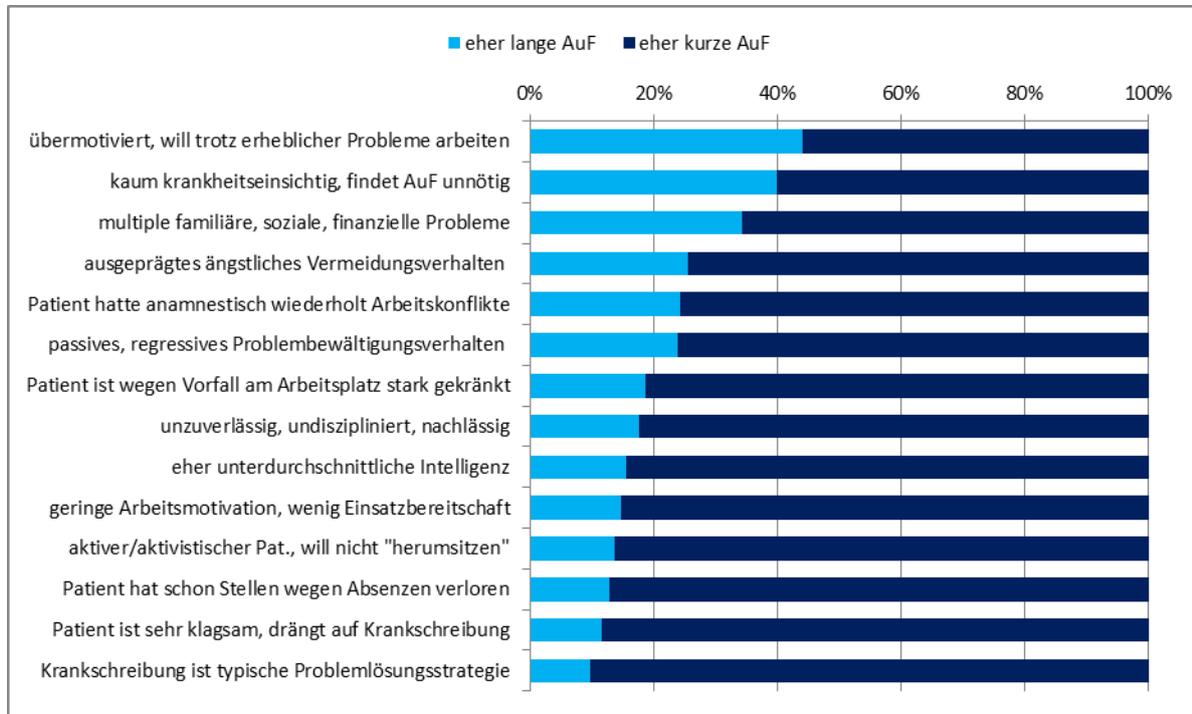
Abbildung 68: Arbeitsplatzbezogene Kriterien für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit



Deutlich mehr Gründe für eine eher kurze Arbeitsunfähigkeit sehen die Psychiater bei den patientenbezogenen Kriterien (Abbildung 69): In über 80% werden hier Kriterien genannt, die mit einem ineffektiven Problemlöseverhalten zusammen hängen (Flucht in die Krankheit als typische Lösungsstrategie des Patienten etc.) oder mit der Persönlichkeit (Klagsamkeit, Drängen auf Krankschreibung, Passivität, geringe wie auch besonders hohe Arbeitsmotivation, hohe Kränkbarkeit, mangelnde Disziplin, geringe Intelligenz). Multiple familiäre, soziale und finanzielle Probleme, eine geringe Krankheitseinsicht und eine hohe Arbeitsmotivation etc. werden demgegenüber etwas häufiger als Hinweis für eine längere Krankschreibung gesehen. Die Diskussion, ob multiple familiäre, soziale und finanzielle Probleme eher ein Grund sein sollen für längere Arbeitsunfähigkeiten, wäre lohnenswert: Ist dies als zusätzliches Zeichen der Schwere der psychischen Problematik zu verstehen oder wäre umgekehrt denkbar, dass es Fälle gibt, bei denen die Arbeit als einzig funktionierende ‚Insel‘ geschützt werden sollte – indem eben gerade nicht krankgeschrieben werden sollte? Und in welchen Fällen würde welcher Umstand zutreffen?

Auch dass bei einem ausgeprägten ängstlichen Vermeidungsverhalten sowie bei Arbeitskonflikten relativ häufig eine eher lange Dauer indiziert sein soll, wäre diskussionswürdig.

Abbildung 69: Patientenbezogene Kriterien für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit



4.2.4 Typologie der Behandelnden bezüglich Krankschreibungsdauer

Bezüglich der bei diesen Kriterien jeweils ‚empfohlenen‘ Dauer der Krankschreibung (lang versus kurz) wurde wiederum eine Typologie der Behandelnden gerechnet. Die Frage hinter diesem Analyseschritt war, ob es unterschiedliche Typen von Behandelnden gibt, die bei bestimmten arbeits- respektive patientenbezogenen Kriterien eher lange Arbeitsunfähigkeiten ausstellen würden.

Die Typenanalyse ergibt eine statistisch sehr klare 3er-Typologie (Abbildung 70):

Die erste und grösste Gruppe von Behandelnden (LC 1) umfasst knapp 48% der Psychiaterinnen und Psychiater. Diese Therapeuten orientieren sich häufig an Merkmalen des Betriebes und an den Arbeitsaufgaben des Patienten: Bei privaten Betrieben, bei unklaren Arbeitsbedingungen, sicherheitsrelevanten Tätigkeiten, erhöhtem Unfallrisiko wie auch bei Konflikten am Arbeitsplatz würden sie eher länger krankschreiben.

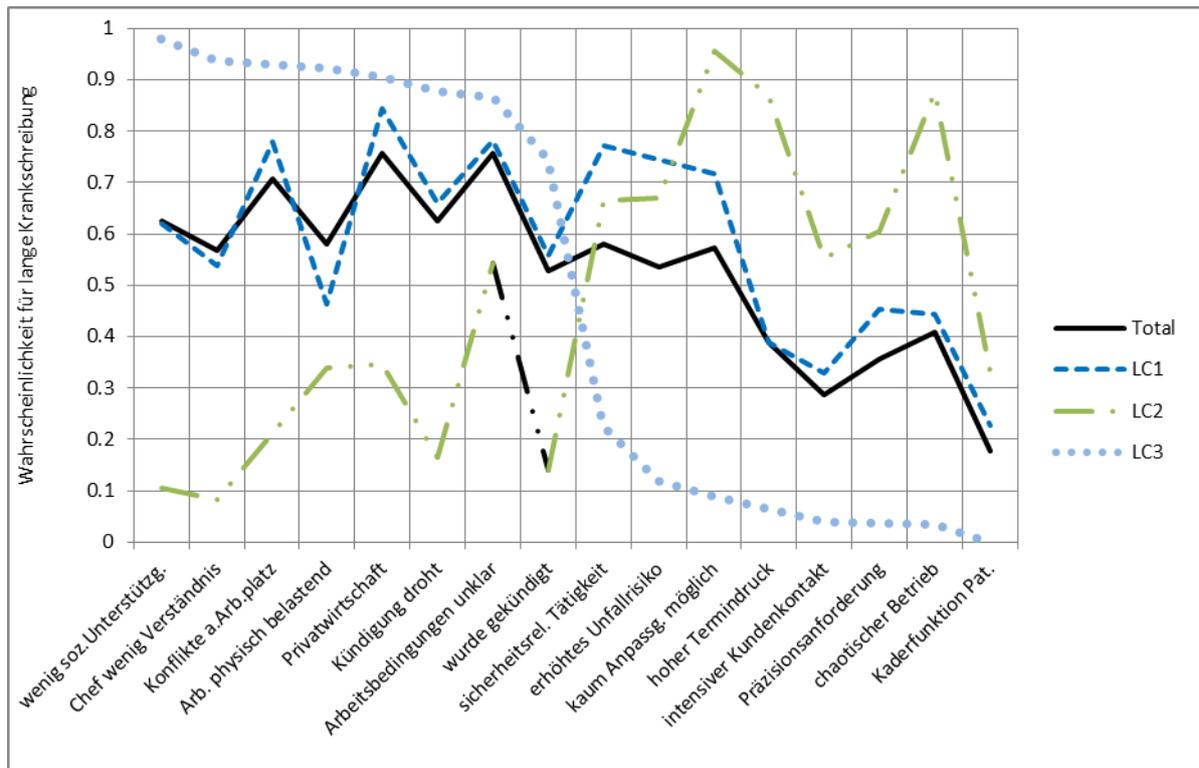
Die zweite Gruppe der TherapeutInnen (LC 2, 21%) hingegen orientiert sich vor allem an den Arbeitsbelastungen: Bei fehlenden Möglichkeiten zu Arbeitsanpassungen an die Funktionsdefizite des Patienten, bei hohem Termindruck, intensivem Kundenkontakt, hohen Anforderungen an die Präzision wie auch bei einer Kaderfunktion des Patienten sowie in chaotischen Betrieben würden diese TherapeutInnen besonders häufig längerdauernde Arbeitsunfähigkeiten ausstellen.

Die dritte Gruppe schliesslich (LC 3, 31%) würde vor allem bei zwischenmenschlichen Problemen am Arbeitsplatz längerdauernd krankschreiben: Bei geringer sozialer Unterstützung der Arbeitskollegen, bei mangelndem Verständnis des Vorgesetzten für die Problematik des Patienten, bei Arbeitsplatzkonflikten, bei physisch belastender Arbeit und bei privatwirtschaftlichen Betrieben, bei drohender o-

der erfolgter Kündigung oder bei unklaren Arbeitsbedingungen. Bei all diesen Kriterien liegt die Wahrscheinlichkeit für eine lange Krankschreibung für die TherapeutInnen dieses Typs bei 75% bis knapp 100%.

Die oben dargestellte Typologie der TherapeutInnen in Bezug auf die Bedeutsamkeit dieser möglichen AuF-Kriterien und die hier gezeigte Typologie der TherapeutInnen in Bezug auf die Dauer der jeweils empfohlenen Arbeitsunfähigkeit zeigen einen signifikanten Zusammenhang: Wer die Arbeitssicherheit als bedeutsames Kriterium ansieht, schreibt bei sicherheitsrelevanten Tätigkeiten des Patienten häufiger länger krank, und wer Arbeitskonflikte bedeutsam findet, wird beim Vorliegen solcher auch eher länger krankschreiben.

Abbildung 70: Tendenz zu langen Krankschreibungen – nach Typus Psychiater/in



4.2.5 Indikationen für den Grad der Krankschreibung

Betrachtet man dieselben Kriterien im Hinblick auf ihre möglichen Implikationen für den Grad der Arbeitsunfähigkeit, zeigen sich wiederum differenzierte Resultate: Generell wird oft empfohlen, nicht Vollzeit krankschreiben, sondern Teilzeit oder gar nicht (Abbildung 71).

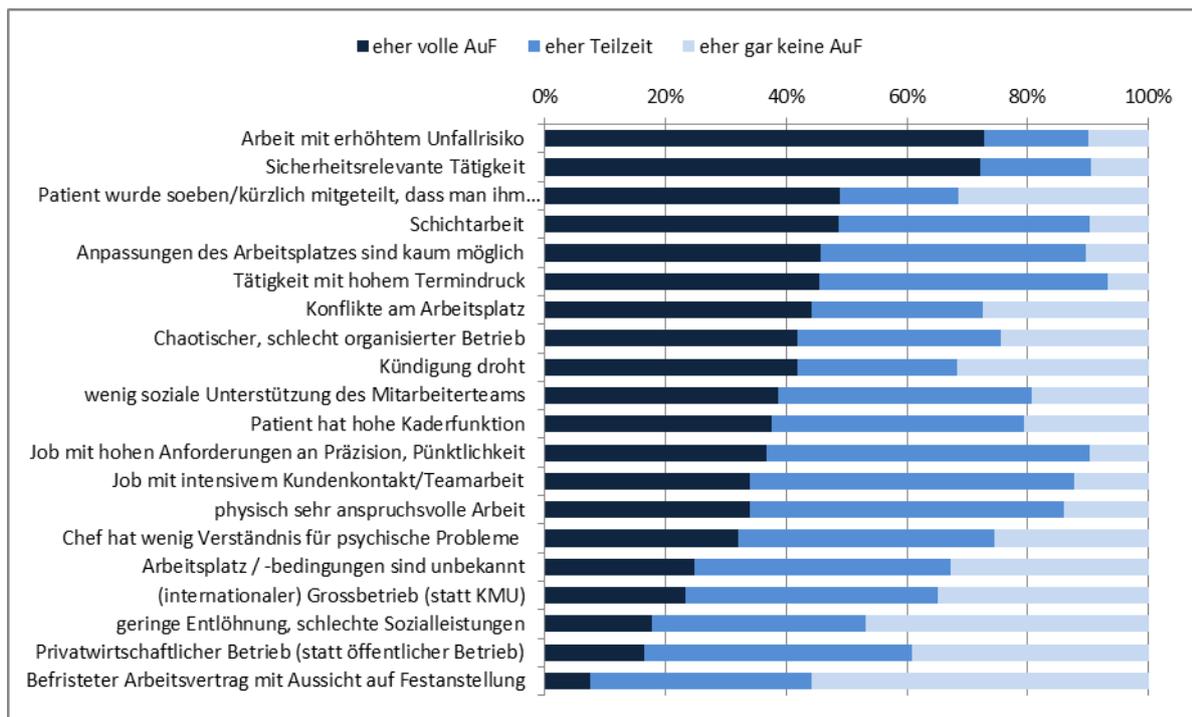
Besonders oft Vollzeit krankschreiben würden Psychiater, wenn sicherheitsrelevante Aspekte im Spiel sind. Dies passt zu den oben gezeigten Resultaten zur Dauer der AuF. Besonders häufig gar nicht krankschreiben würden Psychiater diejenigen Patienten, die in einem privatwirtschaftlichen Betrieb respektive in einem (internationalen) Grossbetrieb arbeiten, schlecht entlohnt sind oder nur einen befristeten Arbeitsvertrag haben (mit Aussicht auf Festanstellung).

Das heisst, Psychiater haben womöglich Hemmungen, Patienten krankschreiben, die in vermeintlich prekären Arbeitsverhältnissen sind. Ob sie das in der Privatwirtschaft oder in einem Grossbetrieb a priori sind, ist eine andere Frage. Andererseits zeigt sich hier auch eine Differenzierung der oben gezeigten Resultate: Rund 30% der PsychiaterInnen finden, dass man bei einer angedrohten oder

vollzogenen Kündigung des Patienten oder bei Konflikten am Arbeitsplatz gar nicht krankschreiben sollte.

Eher Teilzeit krankschreiben sollte man schliesslich, wenn hohe Anforderungen am Arbeitsplatz ein wichtiges Kriterium sind: bei physisch anspruchsvollen Tätigkeiten, hohen Anforderungen an Präzision, intensivem Kundenkontakt und hohem Termindruck. Womöglich steht hier die Idee im Vordergrund, dass besonders hohe Arbeitsanforderungen zwar eine volle Arbeitsfähigkeit (momentan) verunmöglichen, dass aber einfachere Tätigkeiten oder eine Reduktion der anspruchsvollen Tätigkeiten nach wie vor möglich sind.

Abbildung 71: Arbeitsbezogene Kriterien für den Grad der Krankschreibung



Bei den patientenbezogenen Kriterien für die Graduierung der Arbeitsunfähigkeit sind es wiederum die Krankheitsuneinsichtigkeit, Übermotivation sowie die Kränkung des Patienten, die eine volle Arbeitsunfähigkeit begünstigen – wie schon zuvor eine längerdauernde (Abbildung 72).

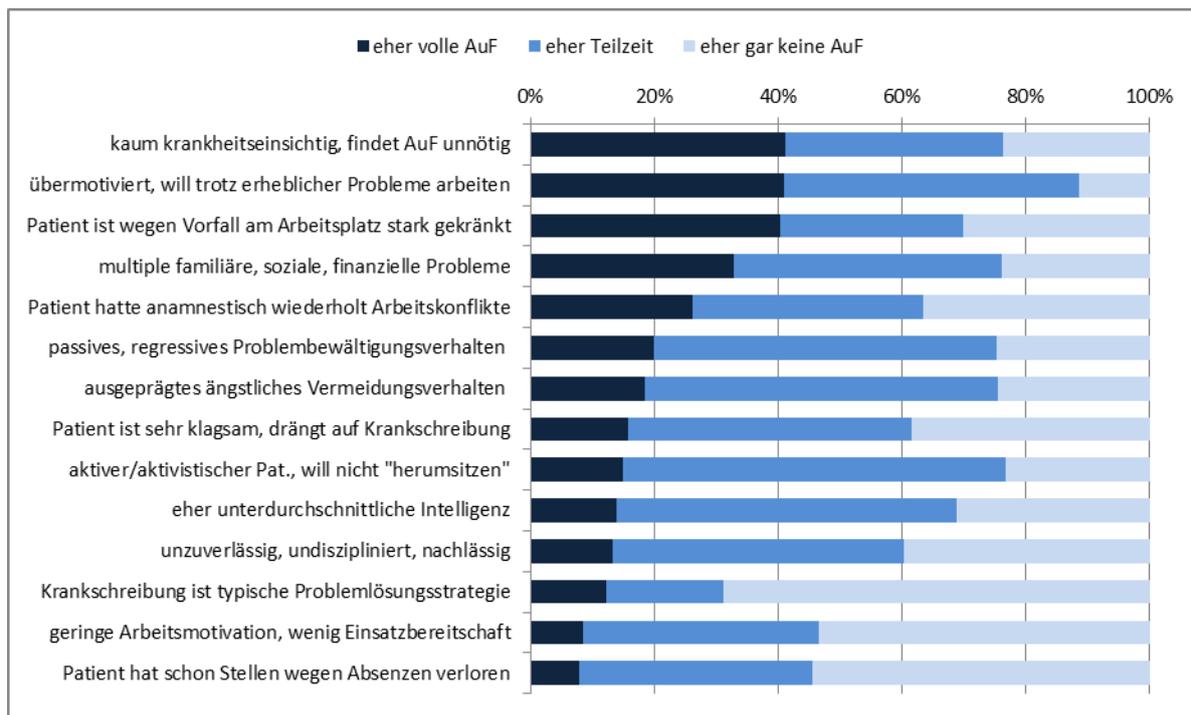
Auf der anderen Seite werden viele Kriterien gesehen, die gegen eine vollzeitige Krankschreibung sprechen: Wenn der Patient früher schon Stellen wegen Arbeitsunfähigkeiten verloren hat, wenn Krankschreibung als typische Problemlösestrategie imponiert, wenn der Patient eher ‚faul‘, undiszipliniert, wenig intelligent, sehr arbeitsmotiviert, klagsam, ängstlich-vermeidend oder regressiv ist.

Es zeigen sich hier auch mögliche Kontraindikationen für eine Krankschreibung, dann nämlich, wenn Krankschreibungen als typische Problemlösestrategie erscheinen, wenn mangelnde Arbeitsmotivation im Vordergrund steht oder wenn der Patient früher schon Stellen wegen wiederholter oder längerer Krankschreibungen verloren hat. Ebenfalls häufig sind solche Kontraindikationen bei anamnestisch bekannten wiederholten Arbeitskonflikten und bei mangelnder Disziplin.

Besonders häufig wird eine teilweise Arbeitsunfähigkeit empfohlen bei regressivem sowie ängstlichem, vermeidendem Verhalten des Patienten.

Zusammenfassend ergeben sich hier doch einige Hinweise auf Situationen, in denen es möglicherweise sinnvoll sein könnte, überhaupt nicht oder nur Teilzeit krankzuschreiben.

Abbildung 72: Patientenbezogene Kriterien für den Grad der Arbeitsunfähigkeit



4.2.6 Fazit Indikationskriterien für die AuF-Einschätzung

Eine Vielzahl von arbeits- und patientenbezogenen Umständen werden von den Psychiatern – gegeben eine psychische Erkrankung – grundsätzlich als bedeutsam bei der Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit eingeschätzt: Sicherheitsrelevante Aspekte bei der Arbeit, erfolgte oder drohende Kündigung, Konflikte, Verständnis des Vorgesetzten, Arbeitsanforderungen etc. Bei den patientenbezogenen Umständen vor allem Vermeidungsverhalten, anamnestisch bekannte Arbeitsprobleme und Arbeitsunfähigkeiten, Arbeitskonflikte, soziale Probleme, Kränkungen am Arbeitsplatz etc. Die Klagsamkeit des Patienten wird selten als bedeutsam genannt.

Es gelingt allerdings nicht, diese Kriterien inhaltlich zu gruppieren – es zeigt sich keine inhaltliche/fachliche Struktur, welche diesen Einschätzungen zugrunde liegt. Vielmehr gibt es 5 gut unterscheidbare ‚Typen‘ von PsychiaterInnen: PsychiaterInnen, welche vor allem sicherheitsrelevante Umstände berücksichtigen, solche, die alle Umstände eher wichtig, eher unwichtig, sehr wichtig oder schliesslich vor allem konflikthafte Umstände am Arbeitsplatz relevant finden. Praktisch gesehen öffnet sich hier potentiell ein wichtiges Feld für fachliche Diskussionen und weitere Forschung, welche die Behandelnden bei AuF-Entscheidungsprozessen unterstützen kann. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit ist für die berufliche Integration der Patienten zu wichtig, als dass sie vor allem der Haltung des einzelnen Behandelnden überlassen werden sollte.

Hinsichtlich Indikationen für eine eher *längere* Arbeitsunfähigkeiten werden sicherheitsrelevante oder unfallträchtige Tätigkeiten genannt, fehlende Möglichkeiten, den Arbeitsplatz anzupassen, ein geringes Verständnis des Vorgesetzten sowie eine eben erfolgte Kündigung. Patientenbezogen sprechen für eine längere AuF vergleichsweise häufig eine Übermotiviertheit/fehlende Einsicht, multiple familiäre und soziale Probleme, ein ausgeprägtes ängstliches Vermeidungsverhalten, anamnestische Arbeitskonflikte sowie ein passiv-regressives Problemverhalten. Klagsamkeit ist hingegen meist ein Indikator für eine *kürzere* AuF, ebenso wie anamnestisch bekannte Stellenverluste wegen AuF oder wenn Krankschreibung als typische Problemlösestrategie imponiert.

Einige der häufig genannten Indikationskriterien für eine lange AuF sind nicht unproblematisch und darum diskussionswürdig (zum Beispiel das Kriterium einer eben erfolgten Kündigung oder ein ängstlich-vermeidendes, regressives Verhalten).

In Bezug auf die Indikationskriterien für die Dauer der AuF zeigen sich 3 ‚Typen‘ von Behandelnden: Die erste Gruppe schreibt lange krank, wenn es sich um einen privatwirtschaftlichen Betrieb handelt, bei sicherheitsrelevanten Tätigkeiten und bei Arbeitskonflikten – hier steht die Sicherheit (vor Verletzung, Konflikteskalation) im Vordergrund. Die zweite Gruppe von Behandelnden würde vor allem bei hohen Arbeitsbelastungen länger krankschreiben und die dritte Gruppe bei vorhandenen zwischenmenschlichen Schwierigkeiten. Auch hier gibt es demnach deutliche Unterschiede, an welchen Kriterien sich Psychiater bei der Einschätzung der AuF-Dauer orientieren.

Schliesslich zeigen sich u.a. folgende wesentlichen Kriterien für den Grad der AuF: Eher Teilzeit oder gar nicht krankschreiben würden PsychiaterInnen unter anderem bei prekären Arbeitsbedingungen, bei privaten und international tätigen Betrieben und Vorgesetzten mit wenig Verständnis – wahrscheinlich, weil sie bei einer längeren AuF bei diesen Umständen eine Kündigung befürchten. Patientenbezogene Kriterien, die für eine geringgradige oder gar keine AuF sprechen sind vor allem anamnestische bekannte Stellenverluste wegen Absenzen, geringe Arbeitsmotivation, AuF als typische Problemlösestrategie und Disziplinlosigkeit.

Wie bei der AuF-Dauer wäre es auch bei den Kriterien für den AuF-Grad wichtig, diese fachlich zu diskutieren, zum Beispiel eine häufige Vollzeit-AuF bei Patienten mit einer Kränkungserfahrung bei der Arbeit.

4.3 Erlebte Schwierigkeiten bei Krankschreibungen

Weiter wurden die Behandelnden gefragt, was sie bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit der Patienten allenfalls als problematisch erleben. Dabei wurde unterschieden in Probleme fachlicher Art und Probleme, die sich für die therapeutische Beziehung ergeben können. Anschliessend wurde gefragt, welche Potentiale die Behandelnden allenfalls in der therapeutischen Auseinandersetzung mit den Patienten rund um Arbeitsunfähigkeitszeugnisse sehen.

4.3.1 Fachliche und therapeutische Probleme bei Arbeitsunfähigkeitszeugnissen

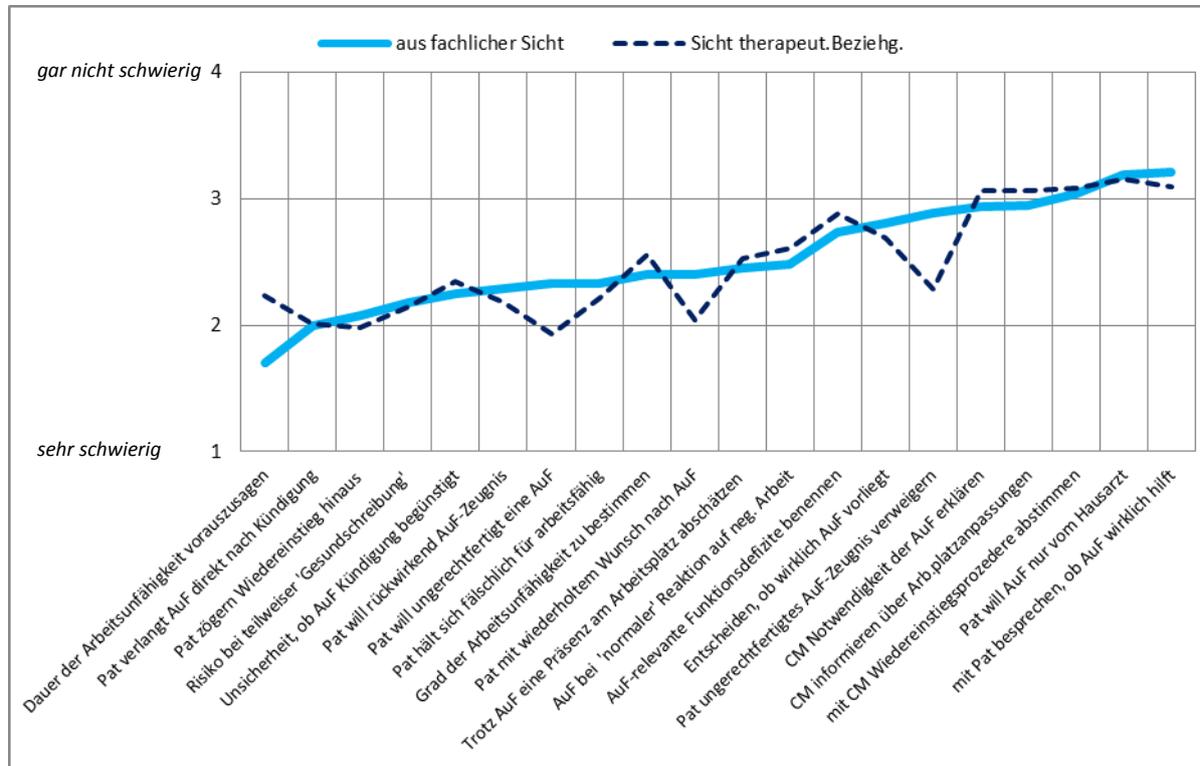
Die folgende Grafik (Abbildung 73) zeigt die Mittelwerte hinsichtlich Problematik der verschiedenen Aspekte bei Krankschreibungen – und zwar getrennt je nachdem, wie schwierig der jeweilige Aspekt aus fachlich-psychiatrischer Sicht respektive im Hinblick auf die Implikationen für die therapeutische Beziehung zu den PatientInnen erfahren wird.

Insgesamt besonders schwierig beurteilen die Behandelnden die Prognosestellung, also die Vorhersage der voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit – interessanterweise nicht nur aus fachlicher, sondern auch aus therapeutischer Sicht. Ebenfalls sehr schwierig werden Situationen beurteilt, wo Patienten direkt nach einer Kündigung oder nach einer Ermahnung am Arbeitsplatz krankgeschrieben werden wollen, und Situationen, wo PatientInnen den Wiedereinstieg in die Arbeit laufend weiter hinauszögern. Weiter werden erhebliche Probleme gesehen bei der Frage, ob die Attestierung einer Teilzeitarbeitsfähigkeit (anders gesagt eine teilweise ‚Gesundschreibung‘) nicht mit Nachteilen für den Patienten verbunden sein könnte oder ob die Attestierung der Arbeitsunfähigkeit nicht eine Kündigung begünstigen könnte.

Relativ unproblematisch erachten Behandelnde Aspekte der Zusammenarbeit mit den Case Managern der Privatversicherer (Information, Kooperation). Dies ist interessant, weil genau diese Schnittstelle bisher verschiedentlich zu Diskussionen Anlass gab. Auch der Aspekt, dass Patienten nur vom

Hausarzt krankgeschrieben werden wollen, oder der Aspekt, mit den Patienten eingehend zu diskutieren, ob ihnen eine Arbeitsunfähigkeit wirklich hilft, wird als ziemlich unproblematisch beurteilt.

Abbildung 73: Fachliche und therapeutische Probleme bei Krankschreibungen (N=199-209)



Abgesehen von den generellen Unterschieden, was von den Behandelnden als schwierig oder weniger schwierig beurteilt wird, zeigen sich einige deutliche Unterschiede zwischen fachlichen und therapeutischen Problemen (Abbildung 74):

Aspekte, die im Hinblick auf die therapeutische Beziehung deutlich schwieriger beurteilt werden als aus fachlicher Sicht betreffen in erster Linie Situationen, in denen PatientInnen eine Arbeitsunfähigkeit vom Arzt fordern, obwohl diese generell respektive aus medizinischen Gründen nicht gerechtfertigt erscheint. Weiter folgen Situationen, in denen Patienten immer wieder mit dem Wunsch nach einer Krankschreibung an die TherapeutInnen herantreten, in denen mit den Patienten besprochen werden soll, ob ihnen die Arbeitsunfähigkeit wirklich hilft sowie Situationen, in denen Patienten den Wiedereinstieg in die Arbeit immer weiter hinauszögern.

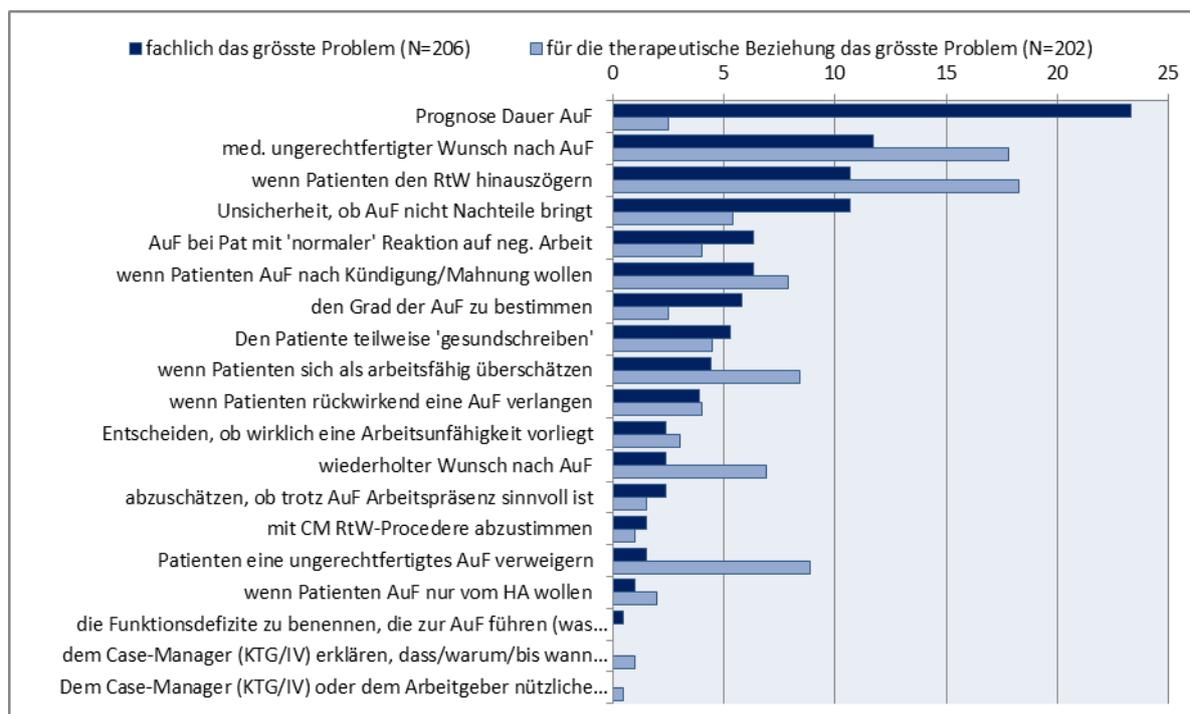
Bei den Problemen, die aus fachlicher Sicht sehr viel schwieriger erlebt werden als im Hinblick auf die therapeutische Beziehung, stechen vor allem die Anforderungen heraus, die Dauer und den Grad der Arbeitsunfähigkeit zu bestimmen. Aber auch die Benennungen der zur Arbeitsunfähigkeit führenden Funktionsdefizite und die Kommunikation mit dem Case Manager sowie die Fragen, ob man mit einem Arbeitsunfähigkeitszeugnis nicht die Kündigung des Patienten begünstigt, werden fachlich als deutlich problematischer erlebt als aus therapeutischer Sicht.

Da es sich bei dieser Frage um eine lediglich vierstufige Antwortskala handelt, sind die gezeigten Unterschiede zwischen fachlichen und therapeutischen Problemen rund um das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen zum Teil sehr deutlich.

Abbildung 74: Fachliche vs therapeutische Probleme bei der AuF (Mittelwertunterschiede; N=199)

Die Befragten gaben zudem an, welches all dieser möglichen Probleme das gravierendste ist (Abbildung 75). Mit Abstand als das grösste fachliche Problem wird die Prognose der Dauer der voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit gesehen, fast ein Viertel der Befragten gibt dies als grösstes Problem an. Weitere relevante fachliche Probleme sind der Umgang mit ungerechtfertigtem Wunsch des Patienten nach Krankschreibung respektive mit dauerndem Hinauszögern des Wiedereinstiges, mit Krankschreibungswünschen in direktem Anschluss an eine Kündigung bzw. Ermahnung am Arbeitsplatz oder mit der Bestimmung des adäquaten Grades der Arbeitsunfähigkeit.

Im Hinblick auf die Wirkung auf die therapeutische Beziehung sehen die Behandelnden die grössten Probleme im Umgang mit Krankschreibungswünschen der Patienten, die medizinisch nicht gerechtfertigt sind oder den Wiedereinstieg in die Arbeit dauernd hinauszögern. Ebenfalls häufig werden Situationen als grösstes Problem gesehen, in denen Patienten nach Kündigung/Mahnung krankgeschrieben werden wollen, immer wieder um eine Krankschreibung ersuchen oder ganz allgemein ohne ersichtlichen Grund eine Arbeitsunfähigkeit verlangen.

Abbildung 75: Das fachlich/therapeutisch grösste Problem bei AuF-Entscheidungen

4.3.2 Potentiale der Auseinandersetzung bezüglich Arbeitsunfähigkeit

Neben all den möglichen fachlichen und therapeutischen Problemen, die sich in der psychiatrischen Behandlung ergeben können, wenn es um Fragen zur Arbeitsunfähigkeit geht, liegen in diesen Auseinandersetzungen mit den Patienten auch Potentiale („Umgekehrt gefragt: Inwiefern erachten Sie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit allenfalls als wirksames therapeutisches Instrument?“).

Etwas mehr als 80% der Psychiaterinnen und Psychiater finden es eher oder völlig zutreffend, dass Diskussionen mit den Patienten über deren Arbeitsunfähigkeit es ihnen ermöglicht,

- Verhaltensmuster der Patienten gemeinsam zu reflektieren
- die Arbeitsplatzsituation der Patienten besser zu verstehen
- die Patienten in ihrem Alltag konkret zu unterstützen
- ein exemplarisches Übungsfeld zu erhalten für sachliche Auseinandersetzungen für den Umgang mit Frustrationen etc.
- die Alltagsnähe der Behandlung sicherzustellen
- Aufschlüsse zu erhalten über den Fortschritt der Behandlung sowie
- Aufschlüsse zu erhalten über das Funktionieren der Pat am Arbeitsplatz.

Nur jeweils weniger als 5% der Behandelnden sind der Ansicht, dass diese Nutzen gar nicht zutreffen. Demzufolge sehen die meisten Behandelnden die Auseinandersetzung mit dem Patienten hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit nicht a priori als etwas Störendes, sondern als Teil der Therapie – sowohl als therapeutische Intervention wie auch als Teil der Diagnostik: Diagnostik insofern, als solche Auseinandersetzungen Aufschluss geben über die Arbeitssituation der Patientinnen und Patienten, deren berufliche Funktionsfähigkeit und allfällige Behandlungsfortschritte. Das ist ein Hinweis darauf, dass Psychiaterinnen und Psychiater sich gerade bei Fragen zur Arbeitsunfähigkeit sehr direkt und offen-

sichtlich auch mit grossem Interesse für die Arbeitssituation ihrer PatientInnen engagieren. Die Resultate deuten an, dass es hier zwei Perspektiven gibt: Zum einen die Perspektive, dass Diskussionen ob und in welcher Art eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden soll, dem psychotherapeutischen Prozess und damit dem Behandlungsfortschritt dienen. Zum anderen die umgekehrte Perspektive, dass mit der Diskussion von Arbeitsunfähigkeitsfragen in der Behandlung die berufliche Situation stabilisiert oder verbessert werden kann (dass also die Diskussion der AuF mit dem Patienten ermöglicht, „die Patienten in ihrem Alltag konkret zu unterstützen“). Welche dieser beiden Optiken welches Gewicht haben, kann mit den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Eine Diskussion, ob aus Sicht der PsychiaterInnen die Behandlung vor allem dazu dienen soll, dass Patienten im sozialen und beruflichen Alltag besser funktionieren oder ob Erkenntnisse aus dem sozialen und beruflichen Alltag vor allem dem Behandlungsfortschritt dienen, würde sich hier allenfalls lohnen.

4.3.3 Gruppierung der Probleme und Potentiale bei Krankschreibungen

Im Gegensatz zur Wichtigkeit von Kriterien bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit lassen sich die von den Behandelnden erlebten Probleme bei Krankschreibungsprozessen sehr gut faktorenanalytisch gruppieren (Tabelle 29).

Die statistische Gruppierung der miteinander korrelierenden Problem- und Potentialaspekte bei Krankschreibungen ergibt eine Lösung mit 5 Faktoren. Die jeweiligen Zahlen zeigen für jedes Item, wie hoch es mit dem hypothetischen Faktor korreliert. Mit „Rolle“ ist jeweils die Problematik im Hinblick auf die therapeutische Beziehung zum Patient gemeint.

Der erste Faktor – hier mit „Potentieller Missbrauch der Krankschreibung“ benannt – umfasst ein Problemcluster, das sich vor allem daraus ergibt, dass Patienten aus medizinisch nicht oder nur bedingt nachvollziehbaren Gründen eine Arbeitsunfähigkeit vom Arzt wünschen. Dies kann sich derart manifestieren, dass immer wieder Wünsche nach einer Krankschreibung geäussert werden oder dass direkt nach einer erfolgten Kündigung der Stelle respektive zeitlich rückwirkend ein solcher Wunsch geäussert wird oder dass schliesslich bei einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit der Wiedereinstieg in die Arbeit laufend hinausgezögert wird. Daraus ergeben sich für die Behandelnden verschiedene fachliche wie auch therapeutische Schwierigkeiten: Wie soll man mit dem Patienten Pro und Kontra einer Arbeitsunfähigkeit besprechen? Soll man ein ungerechtfertigtes Zeugnis verweigern und was bedeutet das aus fachlicher und therapeutischer Sicht? Und vor allem auch: Was bedeutet es für die therapeutische Beziehung und für die Rolle, die der Behandelnde einnimmt, wenn er Patienten bei derartigen Wünschen (wiederholt) unterstützt?

Der zweite Faktor umfasst Items, die mit Problemen in der Kooperation mit Arbeitgebern und Case Managern von Krankentaggeldversicherungen zu tun haben: Sich beim Wiedereinstieg mit dem Case Manager abzustimmen, den Case Manager oder den Arbeitgeber zu informieren über mögliche sinnvolle Arbeitsplatzanpassungen für den Patienten und auch beiden Akteuren zu erklären, warum der Patient momentan nicht oder nur bedingt arbeitsfähig ist – die Probleme, welche all diese Aktivitäten fachlich und therapeutisch aufwerfen, gehören zu dieser Gruppe.

Der dritte Faktor umfasst erwartungsgemäss alle Items, die mit dem Nutzen von Diskussionen zur möglichen Arbeitsunfähigkeit zwischen Arzt und Patient verbunden sind. Dies ist wenig erstaunlich, da diese Merkmale auch gesondert zu diesen potentiell positiven Aspekten abgefragt wurden.

Der vierte Faktor umfasst Items, die mit der fachlichen Problematik der Abschätzung der Arbeitsunfähigkeit im engeren Sinne zusammenhängen: Den Grad der AuF bestimmen, die Dauer der AuF be-

stimmen, festlegen, ob überhaupt eine AuF besteht und schliesslich auch die diesbezüglichen Funktionsdefizite zu benennen, welche die AuF begründen. Auch hier gehören bei all diesen Kriterien sowohl die fachlichen wie auch die therapeutischen Probleme dazu.

Der fünfte Faktor schliesslich umfasst mögliche Risiken im Falle einer Krankschreibung oder wenn umgekehrt nicht krankgeschrieben wird: Wie umgehen mit Patienten, die nicht einsehen, dass sie nicht arbeitsfähig sind und nicht krankgeschrieben werden wollen? Welche Bedeutung hat eine teilweise ‚Gesundschreibung‘, oder umgekehrt eine ‚Krankschreibung‘ für den Stellenerhalt des Patienten? Welche Folgen kann eine solche Intervention letztlich für die therapeutische Beziehung haben? Und wie soll aus fachlicher wie therapeutischer Sicht damit umgegangen werden, wenn der Patient sich (aus der Befürchtung heraus, durch ein psychiatrisches Zeugnis stigmatisiert zu werden) ausschliesslich vom Hausarzt krankschreiben lässt?

Tabelle 29: Faktorenanalyse der fachlichen und therapeutischen Probleme bei AuF

Faktor 1	Potenzieller Missbrauch der Krankschreibung
Umgang mit ungerechtfertigtem AuF-Wunsch (Rolle)	0.75224
wiederholter AuF-Wunsch (Rolle)	0.74383
Hinauszögern des Wiedereinstiegs (fachlich)	0.72342
Umgang mit ungerechtfertigtem AuF-Wunsch (fachlich)	0.72287
wiederholter AuF-Wunsch (fachlich)	0.70974
Hinauszögern des Wiedereinstiegs (Rolle)	0.70767
rückwirkender AuF-Wunsch (Rolle)	0.57133
Verweigern eines ungerechtfertigten Zeugnisses (Rolle)	0.55258
AuF-Wunsch nach Kündigung (Rolle)	0.55055
Verweigern eines ungerechtfertigten Zeugnisses (fachlich)	0.52348
AuF-Wunsch nach Kündigung (fachlich)	0.44129
Diskussion Nutzen der AuF (Rolle)	0.40374
Faktor 2	Kooperation Case-Manager/AG
Abstimmung RtW-Prozess mit Case Manager (Rolle)	0.7855
Infos Arbeitsplatzanpassungen zH CM/Arbeitgeber (fachlich)	0.77866
Infos Arbeitsplatzanpassungen zH CM/Arbeitgeber (Rolle)	0.7739
Abstimmung RtW-Prozess mit Case Manager (fachlich)	0.76607
zH CM/Arbeitgeber AuF erklären (Rolle)	0.68042
zH CM/Arbeitgeber AuF erklären (fachlich)	0.64841
Faktor 3	Rehabilitative Orientierung
... ermöglicht mir, Arbeitsplatzsituation des Patienten zu verstehen	0.83877
... bietet ein exemplarisches Übungsfeld	0.74803
... bietet Gelegenheit, Verhaltensmuster gemeinsam zu reflektieren	0.78765
... gibt Aufschlüsse über Funktionieren am Arbeitsplatz	0.76429
... gibt Möglichkeit, Patienten im Alltag zu unterstützen	0.77177
... gibt Aufschlüsse über den Fortschritt der Behandlung	0.75708
... unterstützt die Alltagsnähe der Behandlung	0.77499

Tabelle 29 (Fortsetzung)

Faktor 4	Abschätzung AuF i.e.Sinne
Grad AuF bestimmen (fachlich)	0.71409
Grad AuF bestimmen (Rolle)	0.66211
Entscheid, ob AuF vorliegt (Rolle)	0.64369
Dauer AuF vorauszusagen (fachlich)	0.63494
Entscheid, ob AuF vorliegt (fachlich)	0.60955
Dauer AuF vorauszusagen (Rolle)	0.60193
Funktionsdefizite benennen (Rolle)	0.51745
Funktionsdefizite benennen (fachlich)	0.48401
Faktor 5	Professionelle Fürsorge
Kündigungsrisiko bei 'Gesundschreibung' (Rolle)	0.56298
Fehlende Einsicht, dass AuF vorliegt (Rolle)	0.66827
Fehlende Einsicht, dass AuF vorliegt (fachlich)	0.62973
AuF nur durch Hausarzt (Rolle)	0.53656
AuF nur durch Hausarzt (fachlich)	0.51078
Kündigungsrisiko wegen AuF (Rolle)	0.48778

4.3.4 Fazit Probleme und Potentiale im Umgang mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen

Die Entscheidungen über das Ausstellen von AuF-Zeugnissen sind von vielerlei fachlichen und Beziehungsproblemen begleitet: Als fachlich hervorragendes Problem wird die Einschätzung der Prognose der AuF-Dauer angegeben, ein Viertel aller Psychiater erachtet dies als das wichtigste von rund 20 möglichen fachlichen Problemen. Weitere besonders wichtige fachliche Probleme ergeben sich aus Situationen, in denen Patienten ungerechtfertigt krankgeschrieben werden wollen oder den Wiedereinstieg laufend hinauszögern und in denen unklar ist, ob eine Krankschreibung dem Patienten nicht zum Nachteil gereicht.

Mit Blick auf die therapeutische Beziehung wird in erster Linie als problematisch empfunden, wenn Patienten ungerechtfertigt erweise eine AuF wollen und wenn sie den Wiedereinstieg hinauszögern und auch, wenn Patienten nach einem Verweis oder einer Kündigung krankgeschrieben werden wollen – d.h. der Umgang mit inadäquaten Wünschen nach AuF im weiteren Sinne.

Umgekehrt sehen die meisten Psychiater auch Behandlungs-Potentiale in der Auseinandersetzung über Arbeitsunfähigkeitszeugnisse: Diese ermöglicht, die Verhaltensmuster des Patienten zu reflektieren, seine Arbeitssituation besser zu verstehen, den Patienten im Alltag konkret zu unterstützen und bieten ein exemplarisches Übungsfeld für den Umgang mit Frustrationen etc.

Die Probleme im Umgang mit AuF-Zeugnissen lassen sich inhaltlich gut gruppieren (im Gegensatz zu den obigen Bedeutsamkeitskriterien): Die 5 inhaltlichen Faktoren, in welche sich all die möglichen Probleme gruppieren lassen sind a) potentieller Missbrauch der AuF, b) Probleme in der Kooperation mit Case Managern und Arbeitgebern, c) rehabilitative Potentiale der AuF-Auseinandersetzung, d) fachliche AuF-Abschätzung im engeren Sinne (den Grad und die Dauer festlegen etc.) sowie e) die Befürchtungen, ob die Art der AuF negative Konsequenzen für den Patienten haben könnte.

4.4 Krankschreibungsverhalten unter kontrollierten Bedingungen

Die erfahrungsbasierten Auskünfte zur Bedeutung von arbeits- und patientenbezogenen Umständen sowie von Indikationskriterien für Dauer und Grad der AuF geben viele praktisch relevante Hinweise. Ob Psychiaterinnen und Psychiater in einem konkreten Fall auch effektiv so handeln würden, ist eine

Frage, die hier nicht direkt beantwortet werden kann. Um jedoch approximative Hinweise zu erhalten, welche Kriterien die Behandelnden in einem konkreten Fall berücksichtigen würden, wurden ihnen verschiedene kurze fiktive Fallvignetten von PatientInnen vorgegeben und anschliessend gefragt, mit welcher Dauer und welchem Grad sie diese krankschreiben würden, wie sie deren Prognose bezüglich Arbeitsplatzverlust einschätzen würden etc. Dabei wurden die Fallvignetten systematisch leicht variiert, wobei jeder Therapierende per Zufall eine dieser Varianten erhielt. Diese Methode ermöglicht es, den allfälligen Einfluss der einzelnen Varianten der Fallvignette auf die Beantwortung der Fragestellung zu berechnen (Tabelle 30).

4.4.1 Einfluss von Diagnose, Position im Betrieb und Klagsamkeit

In der ersten Fallvignette („Matthias“) wurden 3 Variablen variiert, nämlich die Position, die er im Betrieb hat (Kaderfunktion versus einfacher Angestellter), die vom Psychiater bei Behandlungsbeginn gestellte Diagnose (paranoide Schizophrenie; leichte bis mittelgradige depressive Episode; kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, abhängigen und zwanghaften Anteilen; emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus sowie akute Belastungsreaktion, Erschöpfungssymptome sowie Persönlichkeitsakzentuierungen).

Tabelle 30: AuF-Fallvignette 1 – Fallbeschrieb und Variationen (N=362)

Beschreibung	Variationen
<p>„Matthias M. ist seit rund 4 Monaten bei Ihnen in Behandlung, Sie sehen ihn zwei- bis dreimal pro Monat. <i>[Diagnose]</i></p> <p>Er ist seit mehreren Jahren im selben Betrieb in der Versicherungsbranche tätig. <i>[Position im Betrieb]</i></p> <p>Er ist verheiratet und hat zwei adoleszente Töchter. Das familiäre Umfeld ist nicht sehr stabil, seine Frau überlegt sich eine Trennung und die ältere Tochter zeigt Verhaltensauffälligkeiten in der Schule.</p> <p>Hinzu kommen finanzielle Probleme - es läuft eine Betreuung - und es gibt juristische Probleme wegen Erbstreitigkeiten.“ <i>[Drängen auf AuF]</i></p>	<p>Position im Betrieb:</p> <p>a) „Er ist in höherer Kaderfunktion tätig.“</p> <p>b) „Er ist als einfacher Angestellter tätig und verrichtet mehrheitlich Routinearbeiten.“</p> <p>Drängen auf AuF:</p> <p>a) „Matthias M. kommt nun in einem aufgewühlten Zustand zu Ihnen und berichtet, dass er völlig unfähig sei, seine Arbeit zu verrichten. Auch sonst im Alltag komme er schon beim Geringsten an Grenzen, er funktioniere einfach nicht mehr. Er halte seinen Zustand nicht mehr aus, bringe nichts mehr auf die Reihe. Er drehe nur noch im roten Bereich und habe einfach keine Energie mehr. Er sei am Ende und wenn er in diesem Zustand am Arbeitsplatz erscheinen müsse, garantiere er für nichts.“</p> <p>b) „Matthias M. berichtet Ihnen nun, dass er momentan Probleme habe, seine Arbeit zu verrichten. Auch sonst im Alltag habe er schon bei einfachen Dingen Schwierigkeiten, diese zu bewältigen. Er wisse nicht, wie er sich verhalten solle.“</p> <p>Diagnose:</p> <p>a) „paranoide Schizophrenie“</p> <p>b) „depressive Störung (leichte-mittelgradige depressive Episode)“</p> <p>c) „kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten, ängstlich-vermeidenden und zwanghaften Anteilen“</p> <p>d) „emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus“</p> <p>e) „akute Belastungsreaktion, Erschöpfungssymptome sowie Persönlichkeitsakzentuierungen“</p>

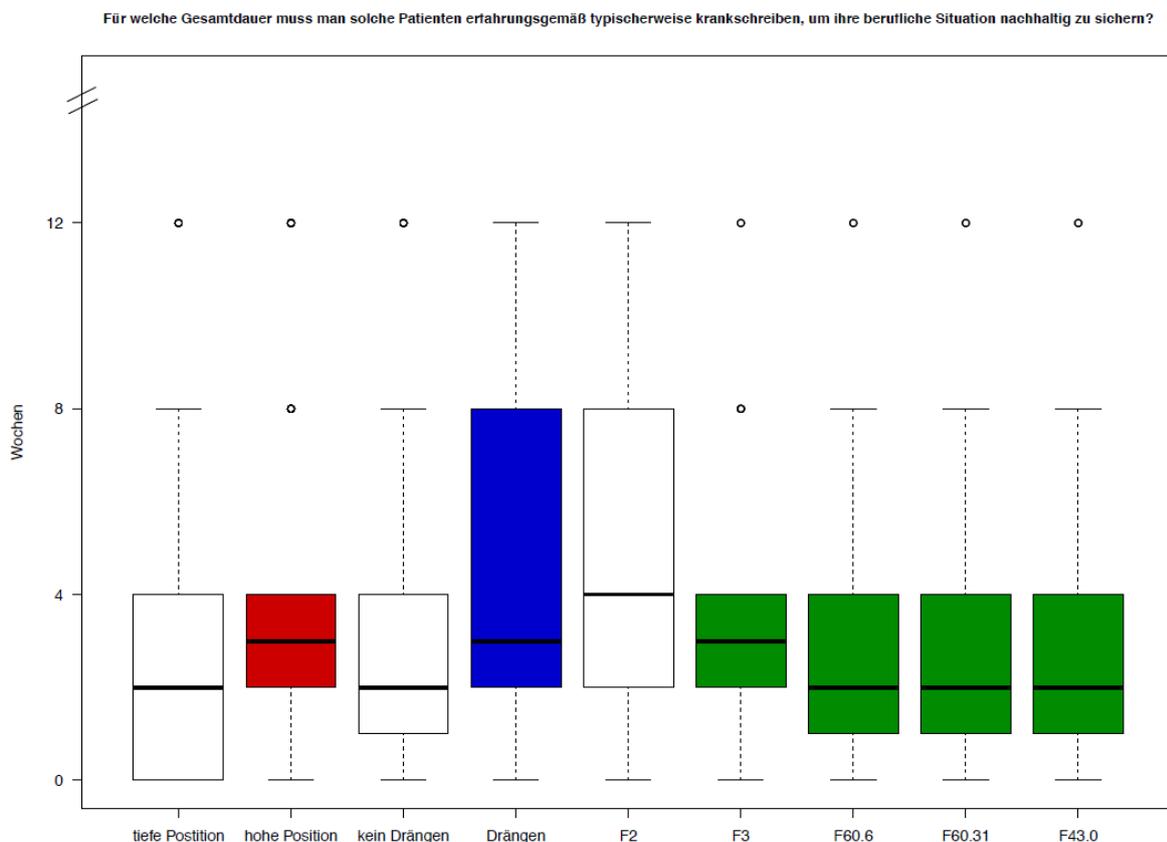
Die folgende Grafik (Abbildung 76) zeigt die Verteilung der AuF-Dauer in Abhängigkeit der variierten Kriterien in Form von Boxplots: Die Linie innerhalb der Kästchen ist der mittlere Wert (Median), der die 50% kürzesten von den 50% längsten AuF-Dauern teilt, das untere Ende der Kästchen ist der 25-Perzentilwert und der obere Rand der 75-Perzentilwert.

Alle 3 variierten Variablen haben einen signifikanten Einfluss darauf, mit welcher Dauer die Behandelnden Matthias krankschreiben würden: Wenn Matthias eine Kaderposition hat, wenn er sehr auf eine Krankschreibung drängt im Gespräch und wenn er eine Diagnose einer paranoiden Schizophrenie hat, würde er jeweils länger arbeitsunfähig geschrieben, als wenn er diese Kriterien nicht erfüllen würde.

Im Durchschnitt würde Matthias – wenn er sehr auf eine AuF drängt – für 5.6 Wochen krankgeschrieben (Median: 3 Wochen) und wenn er nicht drängt, sondern seine Probleme sachlich schildert, für 3 Wochen (Median: 2 Wochen; $p < 0.0001$). In einer Kaderposition würde er im Durchschnitt für 5.2 Wochen krankgeschrieben (Median: 3 Wochen), als einfacher Angestellter lediglich für 3.3 Wochen (Median: 2 Wochen; $p < 0.005$). Zudem würde Matthias bei drängendem Verhalten in 87% der Fälle eine Vollzeit-Arbeitsunfähigkeit attestiert während dies ohne Drängen nur in 56% der Fälle geschehen würde. Ohne Drängen würde vielmehr in 40% der Fälle lediglich eine 50%-AuF attestiert.

Hat Matthias eine Schizophrenie-Diagnose würde er im Durchschnitt während 6.2 Wochen arbeitsunfähig geschrieben (Median: 4 Wochen) während er mit allen anderen Diagnosen für jeweils 3.4 bis 4.1 Wochen krankgeschrieben würde (Median: 3 respektive 2 Wochen; $p < 0.001$).

Abbildung 76: AuF-Dauer (Median) nach beruflicher Position, Drängen auf Krankschreibung, Diagnose (N=295)



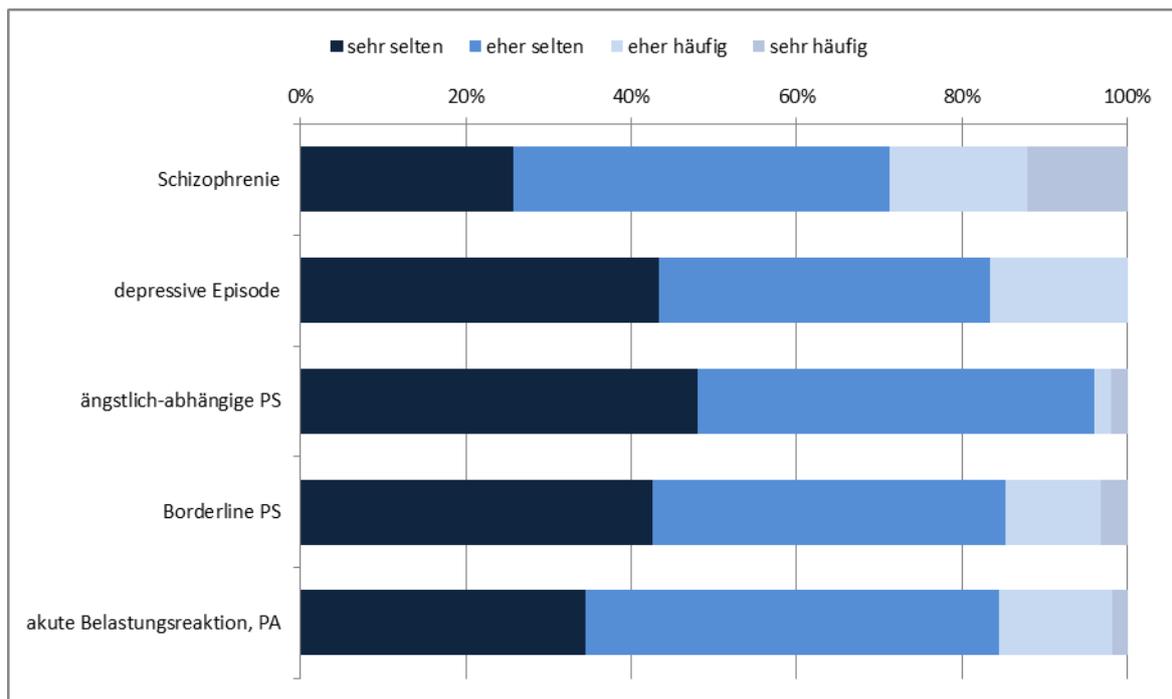
In Bezug auf die Dauer der Krankschreibung zeigen sich auch Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und der Romandie respektive dem Tessin: Auf die Frage, für welche Dauer man solche PatientInnen erfahrungsgemäss arbeitsunfähig schreiben muss, antworten 26% der französischsprachigen Psychiater „eher lang“ und 13% „eher gar nicht“ (Deutschschweiz: 16% respektive 24%). Im Durchschnitt würde Matthias in der Romandie für 7 Wochen arbeitsunfähig geschrieben, in der Deutschschweiz für 3.8 Wochen.

Hinsichtlich der Frage, ob die Behandelnden davon ausgehen, dass Matthias in zwei Jahren immer noch an dieser Stelle ist, ergeben sich ebenfalls klare Unterschiede je nach Vignette: Wurde bei Matthias eine leichte bis mittelgradige Depression oder eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung als Diagnose vorgegeben, sind die Chancen auf Arbeitsplatzverlust in der Wahrnehmung der Psychiater bei ängstlicher Persönlichkeit respektive Depression 2.3 bis 3.1 mal höher als bei einer Schizophrenie-Diagnose.

Bei der Frage, wie häufig die Behandelnden in Realität in derartigen Fällen einen Kontakt zum Arbeitgeber der Patienten gesucht haben, bevor sie über eine allfällige AuF entschieden haben, zeigen sich je nach Diagnose ebenfalls Unterschiede (Abbildung 77).

Insgesamt zeigt sich, dass weniger als ein Fünftel der Behandelnden in derartigen (realen) Fällen eher oder sehr häufig den Kontakt zum Arbeitgeber des Patienten gesucht haben, bevor sie über ein allfälliges AuF-Zeugnis entscheiden. In mehr als 80% der Fälle haben sie dies sehr selten oder eher selten getan. Besonders häufig war dies der Fall bei schizophrenen Patienten und sehr selten wurde das gemacht bei Patienten mit einer ängstlich-abhängigen Persönlichkeitsstörung. Ein Grund für dieses Resultat mag darin liegen, dass sich bei schizophrenen PatientInnen wegen der oftmaligen Schwere der Behinderung ein Kontakt eher aufdrängt als zum Beispiel bei ängstlich-vermeidenden Patienten, die grundsätzlich in selbst mit ihrem Arbeitgeber kommunizieren können. Gleichzeitig stellen diese Letzteren eine der wesentlichen Gruppen bei den IV-Rentnern dar – und sind bei ihnen Arbeitsunfähigkeiten häufig mit vermeidendem Problemlöseverhalten und Problemen bezüglich Wiederaufnahme der Arbeit verbunden.

Abbildung 77: Wurde bisher in solchen Fällen den Kontakt zum Arbeitgeber gesucht? (N=295)



Die hier dargestellte Fall-Simulation mit anschliessenden Fragen zu den psychiatrischen Interventionen hat einige Vorteile gegenüber dem reinen Erfragen, wie Behandelnde intervenieren würden. Zum einen lassen sich *kausale* Einflussfaktoren (statt lediglich Korrelationen) auf das Entscheidungsverhalten berechnen.

Gleichzeitig kann die Art der Formulierung dieser Entscheidungsfaktoren auch einen Einfluss haben: Während Diagnose und Position im Betrieb hier keine Probleme machen, mag die Formulierung des ‚Drängens‘ auf eine Arbeitsunfähigkeit einen Einfluss haben (siehe Tabelle 30). Es wäre zum Beispiel denkbar, dass die Art der Formulierung des ‚Drängens‘ auf eine schwerere Symptomatik respektive grössere Instabilität hinweist, und dass daraus und nicht wegen des ‚Drängens‘ eine längere AuF resultiert. Auf der anderen Seite kann der wortreiche und etwas manipulativ/drohend wirkende Beschrieb auch darauf hindeuten, dass der Patient noch relativ gut ‚funktioniert‘ – oder könnte der sehr knappe und emotionslose Beschrieb in der anderen Variante auf eine grössere Problematik hindeuten. Festhalten lässt sich deshalb einfach: Wird die Problematik so präsentiert wie beschrieben, resultiert diese deutliche Differenz in der AuF-Dauer.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus diesem ‚Experiment‘ ziehen? Wohl diese, dass Kontextvariablen, auch wenn sie per se auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit keinen Einfluss haben (sollten), natürlich die ärztliche Beurteilung beeinflussen. Auf dem Hintergrund einer schizophrenen Störung werden Fakten offensichtlich anders beurteilt als bei anderen Störungen. Ob dies bei Krankschreibungen zu Recht oder zu Unrecht geschieht, soll und kann hier nicht beurteilt werden. Aber es ist gut nachvollziehbar, dass eine Situation anders beurteilt wird, wenn man weiss, dass der Patient an einer Schizophrenie leidet. Auch die Bedeutung der beruflichen Position im Betrieb liesse sich diskutieren. Die Position sollte wiederum an sich keinen Einfluss haben auf die Dauer der AuF, aber in der Praxis kann man sich sehr wohl überlegen, ob es sinnvoll ist, einen noch nicht ganz stabilen Patienten wieder in eine Führungsrolle zu entlassen.

Etwas anders scheint die Frage nach der Bedeutung des drängenden Verhaltens der Patienten. Dass Patientinnen und Patienten, die verbal stark auf eine Krankschreibung drängen, so deutlich länger arbeitsunfähig geschrieben werden als Patienten, die ihre Probleme knapp und sachlich vorbringen, weist möglicherweise auf ein tieferliegendes Problem hin: ÄrztInnen lassen sich vielleicht durch die Präsentation der Problematik und die allfälligen Implikationen für die ärztliche Beziehung in der konkreten Situation zu längeren als effektiv nötigen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen (und zudem fast immer mit einer 100%-AuF) verleiten.

Jedenfalls ist hier auf die oben dargestellten *generellen* Indikationen für längere Krankschreibungen zu verweisen:

Die hohe Klagsamkeit der Patienten wurde von den Behandelnden oben allgemein als fast wichtigstes Kriterium für eine *kurze* Dauer der Arbeitsunfähigkeit genannt. Gleichzeitig wurde bei den grössten therapeutischen Problemen im Umgang mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen genannt: Patienten, die medizinisch oder allgemein ungerechtfertigt krankgeschrieben werden wollen, die ihren Wiedereinstieg immer wieder hinauszögern etc.

Das heisst, an sich wollen PsychiaterInnen aus fachlicher Sicht auffällig klagende Patienten höchsten kurzzeitig oder gar nicht krank schreiben. Aber wenn sie mit solch einem klagenden Verhalten konfrontiert sind, dann wirkt sich dieses doch in einer deutlich längeren und höhergradigen AuF aus. Dies ist aus praktischer Sicht ein möglicher Hinweis auf die Notwendigkeit zur Erarbeitung von Unterstützungsmassnahmen für PsychiaterInnen in diesem Bereich, sei es durch fachlich fundierte Leitlinien oder durch andere Massnahmen.

4.4.2 Einfluss von Anstellungsdauer, biografischer sowie privater Belastung

In der zweiten Vignette („Markus“) wurde analysiert, ob die Anstellungsdauer des Patienten im Betrieb (7 Jahre versus 7 Monate), die Erwähnung von biografischen Belastungen in der Kindheit (erwähnt versus keine solchen Angaben) wie auch das Vorhandensein einer aktuellen privaten Belastung (Probleme im Zusammenhang mit der getrennt lebenden Ehefrau versus keine solchen Angaben) die Dauer der Krankschreibung beeinflusst (Tabelle 31).

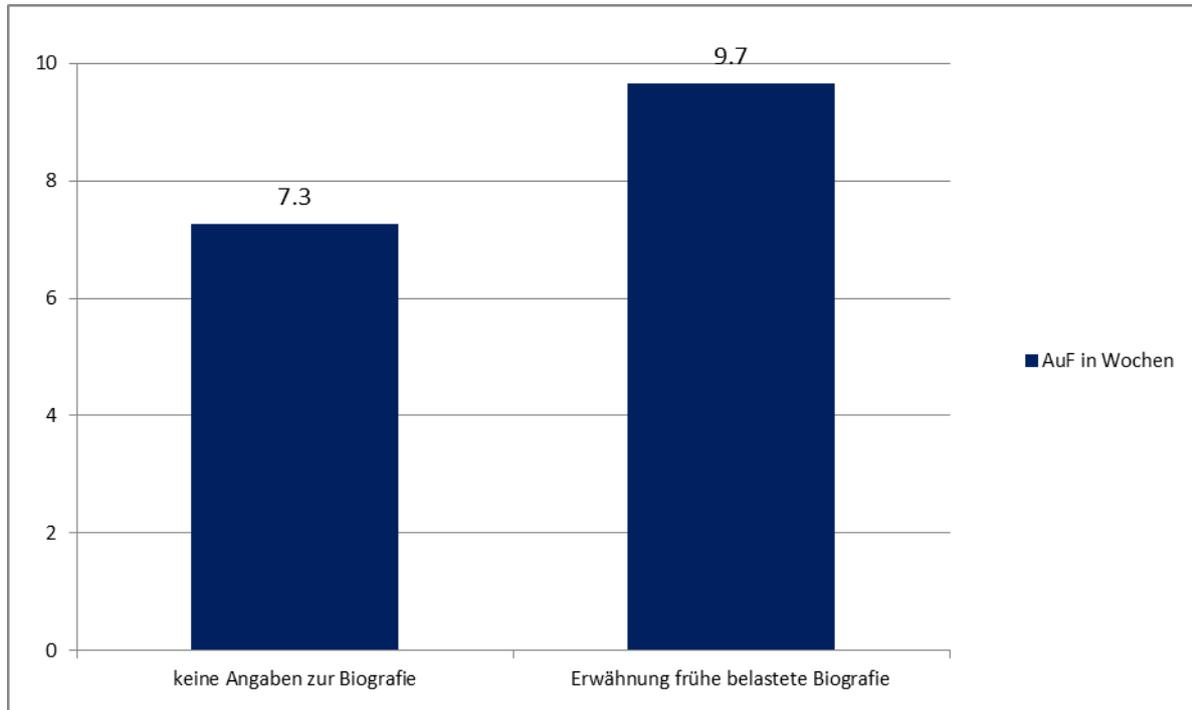
Tabelle 31: AuF-Fallvignette 2 – Fallbeschreibung und Variationen (N=348)

Beschreibung	Variationen
<p>„Ihr Patient, Markus G. (45, getrennt lebend) ist seit [Dauer der Anstellung] mit Unterbrüchen bei Ihnen in Behandlung.</p> <p>Ursprünglich kam er wegen Eheproblemen mit leichter depressiver Symptomatik zu Ihnen in Behandlung. [Biografische Belastung]</p> <p>Er arbeitet als Supporter im IT-Bereich eines internationalen Konzerns.</p> <p>In den letzten Monaten hat er verschiedentlich über fehlende Wertschätzung seitens des Vorgesetzten und der Kollegen berichtet.</p> <p>Herr G. wirkt seither zunehmend angespannt und dünnhäutig. Er müsse manchmal am Abend Alkohol trinken, um besser schlafen zu können. [Private Belastung]</p> <p>Er könne sich nicht mehr auf die Arbeit konzentrieren. Er habe einfach keine Energie mehr.“</p>	<p>Dauer der Anstellung:</p> <p>a) „...seit 7 Jahren ...“</p> <p>b) „...seit 7 Monaten ...“</p> <p>Biografische Belastung:</p> <p>a) „Es ist belegt, dass Markus G. biografisch schon früh schwerer Verwahrlosung und massiver Gewalttätigkeit ausgesetzt war.“</p> <p>b) Keine Angabe zur frühen Biografie</p> <p>Private Belastung:</p> <p>a) „Auch wegen der starken privaten Belastung (seine getrennte Frau setze alle Hebel in Gang, um ihn finanziell auszupressen, zudem gebe es Behördenprobleme).“</p> <p>b) Keine Angabe zu einer privaten Belastung</p>

Die hier verwendeten Varianten ergeben kaum Unterschiede in Bezug auf die Dauer der Krankschreibung mit Ausnahme der biografischen Belastung (Abbildung 78). Wenn in der Fallvignette erwähnt wird, dass der Patient in seiner frühen Biografie schwerer Verwahrlosung und massiver Gewalttätigkeit ausgesetzt war, wirkt sich das in einer deutlich längeren fiktiven Arbeitsunfähigkeit aus: 9.7 Wochen gegenüber 7.3 Wochen wenn die Biografie nicht erwähnt wird. Das Vorhandensein einer aktuellen privaten Belastung und auch die Dauer der Anstellung des Patienten im aktuellen Betrieb beeinflussen die Krankschreibungsdauer hingegen nicht.

Warum eine frühe biografische Belastung, die mit dem Entscheid bezüglich Ausstellung eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses bei einem 45-jährigen Patienten – dieser beklagt sich über fehlende Wertschätzung seitens der Arbeitsumgebung sowie über zunehmende innere Anspannung, Konzentrationsprobleme und Energielosigkeit – nicht direkt in Verbindung zu bringen ist, einen solchen Unterschied macht, ist zu diskutieren. Denkbar wäre, dass Informationen über die frühen Belastungen und die aktuelle Problematik am Arbeitsplatz bei den Behandelnden sofort diagnostische Überlegungen oder Hypothesen zum Schweregrad der Erkrankung in Gang setzen, und so in der Folge – womöglich gar zu Recht – zu einer längeren Krankschreibung führen. Gleichzeitig verdeutlicht diese Simulation doch auch, wie stark gewisse Informationen bei Urteils- und Entscheidungsprozessen hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit (und wohl auch hinsichtlich anderer Fragestellungen wie beispielsweise Invalidität, Überwindbarkeit von Behinderungen etc.) beeinflussend wirken können, ohne dass sich die Betroffenen dieser Beeinflussung bewusst sind.

Abbildung 78: Empfohlene AuF-Dauer bis zur vollen Arbeitsfähigkeit nach frühen Belastungen (N=246)



Einige Unterschiede zeigen sich bei der Krankschreibungsdauer und weiteren Variablen wiederum zwischen Behandelnden in der Deutschschweiz und in der Romandie/Tessin: In der lateinischen Schweiz wird Markus im Vergleich mit der Deutschschweiz rund eine Woche länger und im Durchschnitt höhergradig (66% versus 51%) arbeitsunfähig geschrieben.

Einen deutlichen Unterschied gibt es auch in Bezug auf die Frage, ob die Behandelnden in dieser Situation mit Markus dessen Vorgesetzten würden kontaktieren wollen: 61% der Deutschschweizer PsychiaterInnen würden dies wollen, jedoch lediglich 34% der Behandelnden in der Romandie oder im Tessin. Der Grund für die auch hier wieder deutlichen Unterschiede zwischen den Sprachregionen ist unklar.

Und schliesslich würden PsychiaterInnen in eigener Praxis anders handeln als ÄrztInnen in psychiatrischen Einrichtungen: 74% der in Institutionen tätigen Psychiater würden in einem solchen Fall den Arbeitgeber kontaktieren wollen, während dies bei den privaten Psychiatern deutlich seltener, nämlich bei 53% der Fall wäre. All die hier berichteten Unterschiede sind hoch signifikant.

Hier offenbaren sich womöglich auch versorgungspolitisch diskussionswürdige Resultate: Zum einen sind die Behandelnden in den Institutionen deutlich jünger als diejenigen in den Praxen, zum anderen ist es vielleicht für ÄrztInnen in einer Einrichtung einfacher, solche Kontakte zu Firmen zu suchen, da sie selbst auch in einer oft grösseren Organisation arbeiten und auf weitere Ressourcen zurückgreifen können wie z.B. einen internen Sozialdienst. Es mag auch sein, dass eine Kontaktnahme zur Firma des Patienten für eine Einzelperson (Psychiater in eigener Praxis) auch psychologisch gesehen eine grössere Hürde darstellt als für Behandelnde in beispielsweise einem Ambulatorium oder einer Klinik.

4.4.3 Einfluss des Betriebes, der involvierten Versicherung und der Führungskraft

In einer dritten Fallvignette („Miriam“) schliesslich wurde untersucht, inwiefern sich Merkmale des Betriebes, in dem Miriam angestellt ist (öffentliche Verwaltung, internationale Bank, kleines Altersheim),

das Vorhandensein einer aktuellen negativen Arbeitsbeurteilung von Miriam durch deren Vorgesetzte sowie die Art der involvierten Versicherung (Invalidenversicherung versus Krankentaggeldversicherung) auswirken auf die Interventionen und Haltungen der Behandelnden.

Insbesondere wurde dabei danach gefragt, ob die Behandelnden in einem solchen Fall den Kontakt zum Arbeitgeber suchen würden, wie lange sie krankschreiben würden, ob sie an einem Round-Table-Gespräch teilnehmen würden, ob sie der involvierten Versicherung vertrauen und diese als kompetent ansehen, ob sie dem Arbeitgeber vertrauen würden, dass er Miriam nicht einfach loswerden wolle und ob sie schliesslich glauben, dass Miriam in zwei Jahren noch an dieser Stelle arbeiten wird (Tabelle 32).

Tabelle 32: AuF-Fallvignette 3 – Fallbeschrieb und Variationen (N=340)

Beschreibung	Variationen
<p>„Ihre Patientin Miriam S. (51, verheiratet, Mutter von zwei Kindern, seit 11 Jahren Angestellte [<i>Art des Betriebes</i>]) wurde Ihnen vor einem Monat vom Hausarzt überwiesen, da sich die Arbeitsfähigkeit trotz medikamentöser antidepressiver Behandlung einfach nicht habe bessern wollen.</p> <p>Miriam S. ist aktuell seit 4 Monaten 100% krankgeschrieben. Miriam's Zustand hatte sich zuvor am Arbeitsplatz [<i>im Zusammenhang mit einer negativen Leistungsbeurteilung durch ihre Vorgesetzte</i>] zunehmend verschlechtert.</p> <p>Sie schätzen die depressiv-ängstliche Symptomatik aktuell als leicht- bis höchstens mittelgradig ein. Anscheinend hatte Miriam S. schon früher zwischen durch Krisen.</p> <p>Sie werden nun von einem [<i>Berater der Invalidenversicherungs-Stelle</i>] kontaktiert, der Sie um ein gemeinsames Gespräch mit Miriam S. und deren Vorgesetzten bittet, um den Wiedereinstieg zu planen. Ihre Patientin fühlt sich für ein solches Gespräch aber noch nicht stabil genug, sie müsse zuerst wieder voll belastbar sein.“</p>	<p>Art des Betriebes:</p> <p>a) „in einer grossen öffentlichen Verwaltung“ b) „in einer international tätigen Bank“ c) „in einem kleinen Altersheim“</p> <p>Negative Beurteilung durch Vorgesetzte:</p> <p>a) „Miriam's Zustand hatte sich zuvor am Arbeitsplatz im Zusammenhang mit einer negativen Leistungsbeurteilung durch ihre Vorgesetzte zunehmend verschlechtert.“ b) „Miriam's Zustand hatte sich zuvor am Arbeitsplatz zunehmend verschlechtert.“ (keine Angabe zu einer Beurteilung durch die Vorgesetzte)</p> <p>Involvierte Versicherung:</p> <p>a) „Berater der Invalidenversicherung“ b) „Case-Manager der Krankentaggeldversicherung“</p>

Die Analyse der variierten Faktoren (Betrieb, negative Beurteilung, Versicherung) ergibt keine signifikanten Zusammenhänge mit den gestellten Fragen. Das heisst, die Behandelnden orientieren sich in ihrem Verhalten diesbezüglich weder an der Art der Firma des Patienten, noch an der Art der involvierten Versicherung noch am Umstand, dass die Patientin kürzlich eine negative Beurteilung ihrer Vorgesetzten erhalten hat.

Anders gesagt würden die PsychiaterInnen in diesem fiktiven Fall dem Berater der IV genauso häufig vertrauen (in rund 78% der Fälle), und ihn für kompetent halten (in rund 70%) wie den Case Manager der Krankentaggeldversicherung. Dieses überwiegende Vertrauen in die Fallführenden der Versicherungen ist generell bemerkenswert.

Sie hätten auch gleich häufig Vertrauen in den Arbeitgeber, dass dieser Miriam nicht einfach loswerden wollen – unabhängig davon, ob es sich um eine öffentliche Verwaltung, eine internationale Bank oder ein kleines Altersheim handelt (in 67% der Fälle). Dies ist in zweifacher Hinsicht ein interessantes

Resultat: Zum einen machen PsychiaterInnen hier (entgegen unserer Erwartungen) keinen Unterschied zwischen einem kleinen Altersheim und einer international tätigen Bank, und zum anderen haben sie doch überwiegend Vertrauen in die Arbeitgeber.

Rund 80-90% der PsychiaterInnen wären in einem solchen Fall bereit, den Kontakt zum Arbeitgeber zu suchen respektive an einem Round-Table-Gespräch teilzunehmen – unabhängig von der Art der Firma. Hier wäre unsere Erwartungen gewesen, dass PsychiaterInnen eher an einem Round-Table-Gespräch mit einem kleinen Altersheim bereit wären als mit einer internationalen Bank, wo die internen Strukturen viel weniger bekannt sind.

Gleichzeitig erwarten allerdings weniger als 40% der Befragten, dass Miriam in 2 Jahren noch an dieser Stelle angestellt sein wird – unabhängig von den variierten Merkmalen. Auch dies ist ein doch erstaunliches Resultat, wenn man das präsentierte Vertrauen in Versicherungen und Arbeitgeber in Betracht zieht: Die Behandelnden haben meist Vertrauen in alle Beteiligten (Versicherungen und Arbeitgeber), und bei der Diagnose von Miriam (leichte bis mittelgradige depressive Episode) handelt es sich vergleichsweise nicht um eine besonders schwere Beeinträchtigung – die Störung sollte grundsätzlich meist behandelbar sei. Trotzdem geht die Mehrheit der Therapeuten von einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses in den nächsten 2 Jahren aus. Da sich diese Frage auf die entsprechenden realen Erfahrungen der Therapeuten bezog („Gehen Sie erfahrungsgemäss davon aus, dass ...“), muss man möglicherweise davon ausgehen, dass Psychiaterinnen und Psychiater bei Patienten mit wiederkehrenden Problemen eher selten die Erfahrung gemacht haben, dass diese nachhaltig an einem Arbeitsplatz verbleiben.

Unterschiede zeigen sich zudem zum Teil wiederum in Bezug auf die Sprachregion: 36% der Deutschschweizer PsychiaterInnen würden „sicher“ darauf hinarbeiten, einen Kontakt zum Vorgesetzten von Miriam aufnehmen zu dürfen (18% in der lateinischen Schweiz), und lediglich 1% der Deutschschweizer Behandelnden würde dies „sicher nicht“ wollen (16% in der lateinischen Schweiz).

Dasselbe gilt für die Teilnahme an einem Round-Table-Gespräch: 68% der Deutschschweizer Psychiater würden dies „sicher“ tun, aber lediglich 36% in der lateinischen Schweiz.

Auch hier zeigt sich, dass ÄrztInnen in Institutionen eher einen Kontakt zum Arbeitgeber wünschen (44% würden dies „sicher“ wollen gegenüber 30% in der Praxis). Der Grund dafür liegt wahrscheinlich in einer unterschiedlichen Perspektive gegenüber den Arbeitgebern: 50% der Behandelnden in der lateinischen Schweiz gehen bei diesem Beispiel davon aus, dass der Arbeitgeber Miriam gar nicht am Arbeitsplatz behalten, sondern loswerden will. Bei den Deutschschweizer Psychiatern sind dies lediglich rund die Hälfte (26%). Das heisst, die Psychiaterinnen und Psychiater in der Romandie und im Tessin sind deutlich skeptischer, was die Absichten der Arbeitgeber gegenüber psychisch erkrankten Mitarbeitenden betrifft.

4.4.4 Fazit der AuF-Experimente

Den PsychiaterInnen wurden 3 kurze Fallvignetten vorgelegt mit der Bitte, unter anderem zu entscheiden, wie lange sie im jeweiligen Fall krankschreiben würden. Bei jeder Fallvignette wurden gewisse Informationen nach dem Zufallsprinzip variiert, was kausale Schlüsse erlaubt über die Einflussfaktoren für eine eher kurze oder lange AuF. Die Simulationen zeigen, dass eine hohe berufliche Position des Patienten im Betrieb (gegenüber einer Angestelltenfunktion), das intensive Drängen auf eine Krankschreibung (gegenüber einer sachlichen Beschwerdepräsentation), die Diagnose einer Schizophrenie (gegenüber allen anderen Diagnosen) sowie die Erwähnung von Belastungen in der frühen

familiären Biografie (gegenüber keiner Erwähnung) zu einer signifikanten und auch relevanten Erhöhung der AuF-Dauer führt. Dies, obwohl die geschilderte Situation mit Ausnahme dieser Angaben jeweils exakt dieselben waren.

Dies ist relevant, weil die PsychiaterInnen in ihren generellen Empfehlungen zum Beispiel bei klagenden Patienten besonders häufig eine kurze AuF als indiziert erachten. Unterschiede zeigen sich zwischen Deutschschweiz und Romandie: In der Romandie würden diese fiktiven Patienten länger und mit höherem Grad krankgeschrieben. Zudem würden die Psychiater in der Romandie deutlich seltener in diesen Situationen den Arbeitgeber kontaktieren wollen. Dies gilt auch für private Psychiater gegenüber institutionell tätigen Ärzten (letztere würden deutlich häufiger den Kontakt suchen). Umgekehrt zeigen die Experimente auch Umstände, welche keinen Einfluss auf die AuF-Dauer haben: Die Art des Betriebes, das Vorhandensein einer kürzlichen negativen Beurteilung des Patienten durch den Vorgesetzten sowie die Art der involvierten Versicherung (Krankentaggeldversicherung versus Invalidenversicherung).

4.5 Die zwei letzten Patienten mit Arbeitsunfähigkeit in der Praxis

Dieser Abschnitt zeigt weitere Resultate zum Thema ‚Krankschreibung‘. Dieses Thema wurde wegen seiner praktischen Relevanz in der Befragung mehrmals und mit jeweils unterschiedlicher Methodik erhoben. Neben den

- a) *generellen Fragen* zur Häufigkeit von Patienten mit Arbeitsunfähigkeiten, zu den fachlichen und therapeutischen Problemen und Potentialen im Zusammenhang mit der Krankschreibung und den Fragen zu arbeitsbezogenen und patientenbezogenen Indikationen bezüglich Dauer und zum Grad der Arbeitsunfähigkeit und den
- b) *‚experimentellen‘* Fragen zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit unter kontrollierten Bedingungen anhand fiktiver Fallbeschreibungen (Vignetten) wurden
- c) auch Daten erhoben zu den *zwei historisch jüngsten Arbeitsunfähigkeitsfällen*. Diese Fragen wurden nach dem Zufallsprinzip der Hälfte aller Teilnehmenden (N=143) vorgelegt (die andere Hälfte der Teilnehmenden wurde nach diagnosespezifischen Funktionsdefiziten und Arbeitsanpassungen befragt – siehe weiter unten).

Damit können nun neben den fachlichen Einschätzungen und den ‚experimentellen‘ Resultaten auch Daten zum realen Verhalten der Behandelnden bei Patienten mit Arbeitsunfähigkeiten vorgelegt werden.

Da es sich im Folgenden um die Merkmale von jeweils zwei Arbeitsunfähigkeitsfällen *pro* PsychiaterIn handelt und da die Wahrnehmung oder die Ausrichtung der PsychiaterInnen womöglich einen Einfluss auf die Merkmale dieser Fälle haben, können die beiden AuF-Fälle nicht einfach zusammengefasst werden. Strenggenommen lassen sich jeweils nur die Daten zum letzten und zum zweitletzten Fall zeigen, nicht aber zur Summe der beiden Fälle. Dies hat den Vorteil, dass man die Übereinstimmungen respektive Abweichungen zwischen den beiden letzten Fällen sieht. Zwecks besserer Lesbarkeit wird bei Abbildungen mit mehreren Variablen und bei grosser Übereinstimmung der beiden letzten Fälle (wo demnach die Aufschlüsselung nach dem jüngsten und dem zweitjüngsten AuF-Fall keinen Erkenntnisgewinn bringt) im Folgenden hingegen das gewichtete Total gezeigt.

4.5.1 Initiative zur Krankschreibung

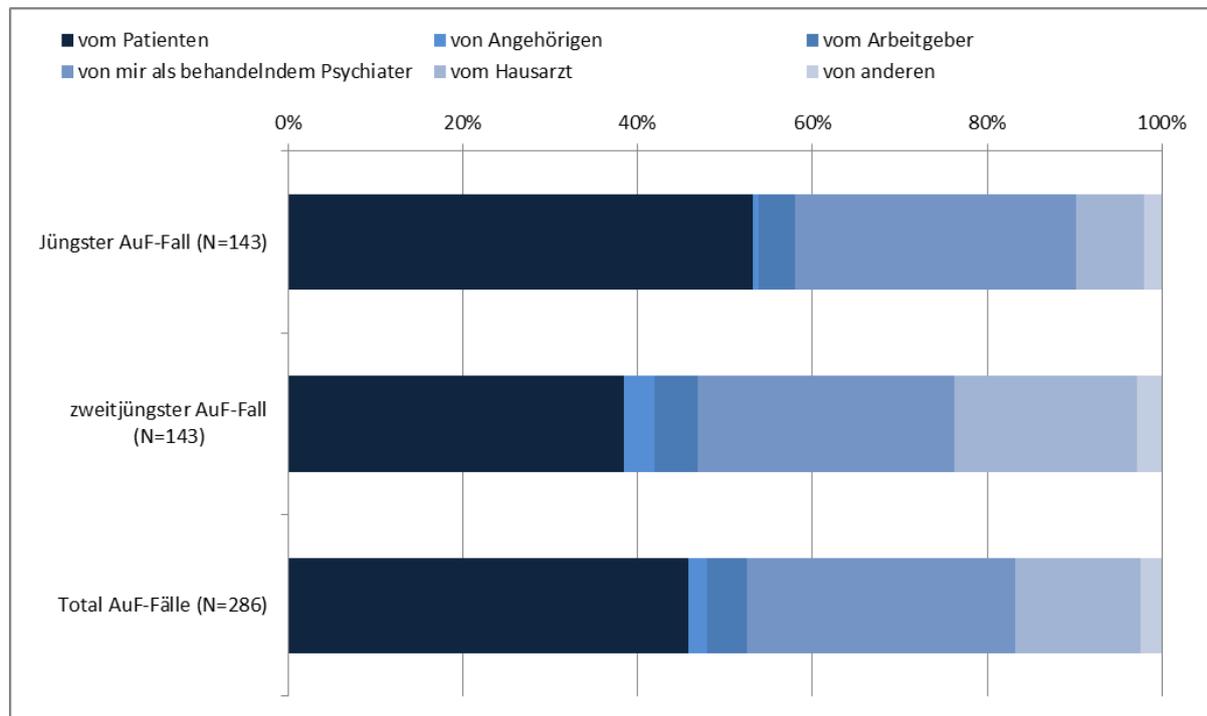
Die hier erhobenen zwei letzten AuF-Fälle erfolgten vor allem auf Initiative dreier Akteure hin: Des Patienten, des behandelnden Psychiaters selbst sowie des Hausarztes (Abbildung 79).

Insgesamt kam die Initiative in 45% der Fälle vom Patienten. Damit ergreifen die Patienten am häufigsten die Initiative. An zweiter Stelle folgenden die behandelnden PsychiaterInnen mit rund 30% und an dritter Stelle haben mit rund 15% die Hausärzte die hauptsächliche Initiative zur Arbeitsunfähigkeit ergriffen. Manchmal – in rund 5% der Fälle – hat auch der Arbeitgeber die Initiative ergriffen.

Häufig sind es demnach gar nicht die Patienten selbst, oder zumindest nicht vordergründig, welche die Krankschreibung hauptsächlich initiiert haben, sondern die Ärzte (Psychiater und Hausärzte). Das bedeutet jedoch nicht a priori, dass die Ärzte den Patienten gegen seinen Willen arbeitsunfähig geschrieben haben: In je 75% der beiden AuF-Fälle wollte der Patient die Arbeitsunfähigkeit (auch wenn die Initiative dann beispielsweise vom Hausarzt kam).

Je nachdem, von wem die hauptsächliche Initiative zur Krankschreibung kam, unterscheiden sich die AuF-Dauern etwas: Kam die Initiative hauptsächlich von den PatientInnen selbst, liegt die durchschnittliche AuF-Dauer in beiden Fällen bei rund 20 Wochen. Kam die (seltene) Initiative vom Arbeitgeber des Patienten, betrug die die AuF-Dauer mit durchschnittlich rund 31 Wochen etwa ein Drittel mehr. Bei den von den behandelnden Psychiatern initiierten Arbeitsunfähigkeiten betrug die Dauer rund 28 Wochen, und bei von Hausärzten initiierten Arbeitsunfähigkeiten rund 24 Wochen. Zusammengefasst kann man sagen, dass es sich in denjenigen Fällen, wo der Arbeitgeber oder der behandelnde Psychiater selbst die Initiative ergreift, um besonders schwere Fälle handelt. Bei den insgesamt wenigen Fällen, wo der Arbeitgeber die Initiative ergriffen hat, handelt es sich besonders häufig um Persönlichkeitsstörungen.

Abbildung 79: Hauptsächliche Initiative zur Arbeitsunfähigkeit



4.5.2 Funktionsdefizite, Diagnosen und Belastungen

Den Behandelnden wurden zunächst Fragen gestellt zum jüngsten AuF-Fall in der Praxis und anschliessend – mit wenigen Ausnahmen – die identischen Fragen zum zweitjüngsten Fall. Fast alle Psychiaterinnen und Psychiater, welche die Fragen zum jüngsten Fall beantworteten, taten dies auch für den zweitjüngsten Fall.

Die Mehrheit der Resultate zu den beiden Patienten mit Arbeitsunfähigkeit ähneln sich stark, so auch bei den Problemen/Funktionsdefiziten, welche eine Krankschreibung notwendig machten (Abbildung 80).

Mit rund zwei Dritteln geben die meisten Behandelnden in den beiden letzten Fällen an, dass Erschöpfung, Energielosigkeit sowie Konzentrations-, Auffassungs- und Gedächtnisprobleme für die AuF relevant waren respektive sind (ein Teil dieser AuF-Fälle laufen noch). Mit rund einem Drittel werden Probleme mit Ängsten (Agoraphobie, soziale Phobie), Destabilisierung wegen aversiver Arbeitsbedingungen, Konflikte am Arbeitsplatz sowie Probleme mit der Impulskontrolle oder emotionalen Ausgeglichenheit genannt. Psychotische Symptome und Selbst- sowie Fremdgefährdung kommen durchaus vor, sind aber vergleichsweise selten. Knapp ein Drittel aller Fälle (in der Grafik nicht dargestellt) betreffen „andere“ Probleme: Hier wurden häufig Überlastungssituationen und spezifische soziale Probleme genannt, welche den gezeigten Funktionsdefiziten meist nicht zugeordnet werden konnten).

Die Häufigkeit der verschiedenen Funktionsdefizite/Probleme, welche eine Arbeitsunfähigkeit nahelegten, betreffen vor allem depressive Störungen (Erschöpfung, Konzentrationsprobleme), können aber auch bei anderen Krankheitsbildern auftreten.

Abbildung 80: Funktionsdefizite bei den zwei jüngsten AuF-Fällen (Gesamt; N=286)



Diese Funktionsdefizite korrelieren untereinander teils hoch und lassen sich in 4 Gruppen zusammenfassen:

1. Akute Instabilität (Selbst-Fremdgefährdung; fehlende Realitätswahrnehmung/psychotisch; reduzierte Impulskontrolle/emotionale Instabilität)
2. Konflikte am Arbeitsplatz (Verhaltensprobleme/-konflikte; Destabilisierung infolge [neu eingetretener oder verstärkter] negativer Arbeitsbedingungen)
3. Überforderung (psychomotorische Verlangsamung; leistungsmässige Überforderung durch Veränderungen am Arbeitsplatz; Erschöpfung, Energielosigkeit)

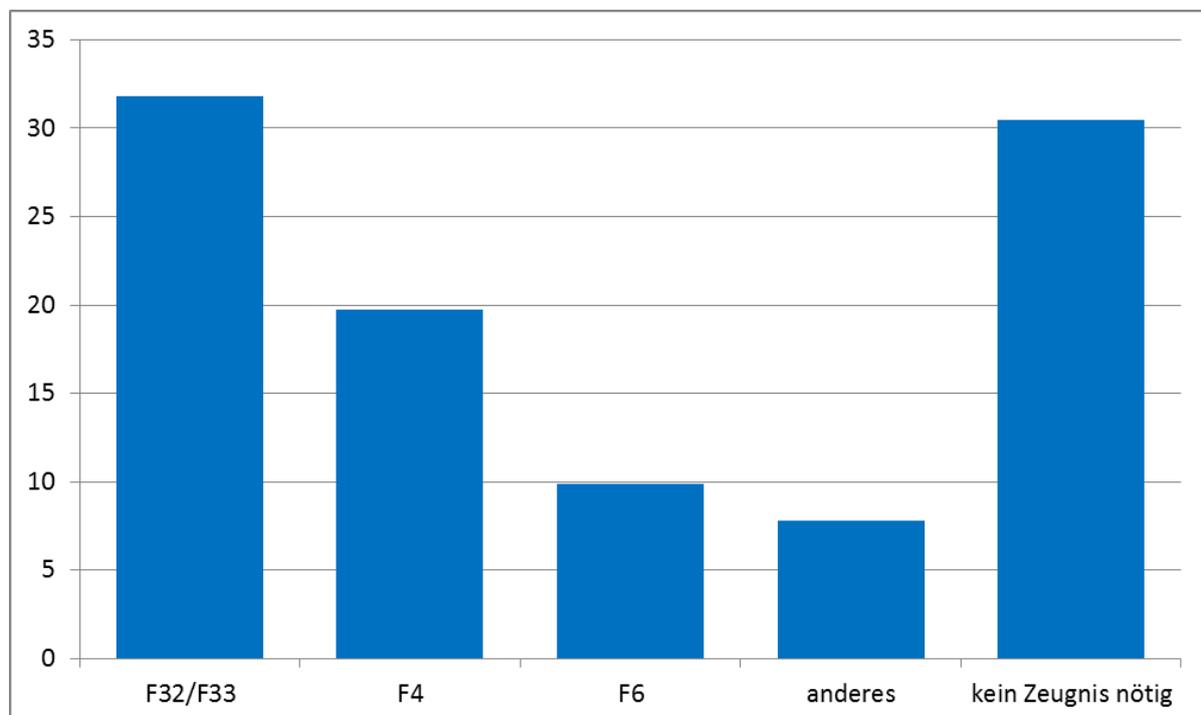
4. Kognitive Probleme (Probleme mit Konzentration, Auffassung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis; Denkstörungen)

Die Funktionsdefizite der Gruppen 1 und – noch deutlicher – 2 sind mit einer längeren Arbeitsunfähigkeitsdauer korreliert: Sind laut Behandelnden beim Patienten Konflikte am Arbeitsplatz respektive Destabilisierungen infolge negativer Arbeitsbedingungen gegeben, so beträgt die durchschnittliche AuF-Dauer 30 respektive 31 Wochen (im Vergleich zu je rund 22 Wochen bei denjenigen Patienten, bei denen diese Probleme nicht angegeben wurden).

In Bezug auf die Diagnose – gemeint ist hier diejenige Diagnose, welche der Krankentaggeldversicherung gegenüber angegeben wurde – dominieren wiederum (wie schon beim erinnerten Fallbeispiel in Teil 1 der Befragung) die Diagnosen aus der Gruppe der affektiven Störungen, insbesondere die depressive Episode sowie die wiederkehrende affektive Störung (Abbildung 81). Die Abbildung zeigt die zusammengefassten Diagnosegruppen, da die Zahlen der einzelnen detaillierten Diagnose sonst zu klein würden.

Bei rund einem Drittel der krankgeschriebenen Patientinnen und Patienten wurde die Diagnose einer depressiven Episode respektive einer wiederkehrenden affektiven Störung gestellt, bei rund einem Fünftel die Diagnose einer neurotischen Störung und in rund jedem zehnten Fall die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Auch hier ist anzunehmen, dass Persönlichkeitsstörungen häufiger vorkommen in diesen Fällen, dass sie aber nicht als erste Diagnose der Krankentaggeldversicherung gemeldet wurden. Bei rund einem Drittel aller Fälle schliesslich fehlt eine Diagnose, weil kein Zeugnis an die Krankentaggeldversicherung nötig war – das heisst auch, dass es sich in diesen Fällen um kürzere Arbeitsunfähigkeiten handelt. Auch hier verdeutlicht sich wiederum die besondere Häufigkeit von Diagnosen aus der Gruppe der affektiven Störungen, vor allem der depressiven Störungen: Lässt man die Fälle weg, wo gar keine Diagnose verlangt wurde, werden in rund der Hälfte aller AuF-Fälle Depressions-Diagnosen gestellt.

Abbildung 81: Diagnosen bei den zwei jüngsten AuF-Fällen in Prozent (Gesamt; N=282)

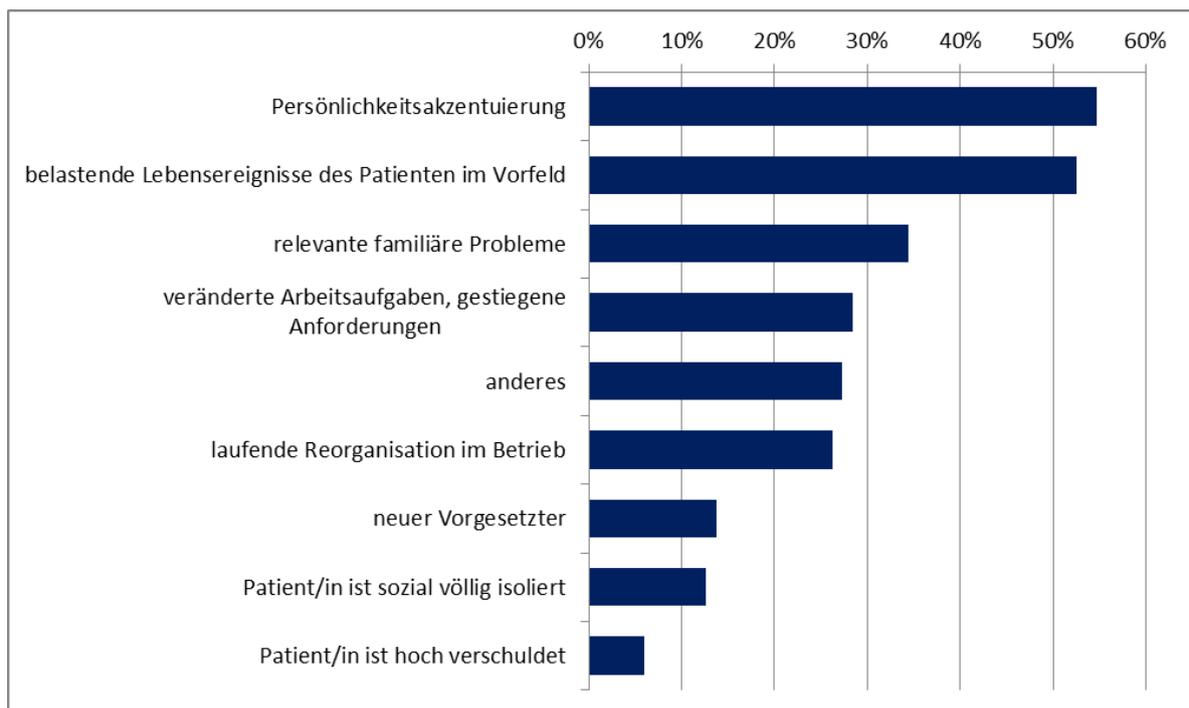


Fragt man nach weiteren belastenden Faktoren dieser krankgeschriebenen PatientInnen, werden meist multiple belastende Situationen genannt (Abbildung 82). Bei rund einem Drittel aller krankgeschriebenen PatientInnen wurde keine dieser Belastungen angegeben.

Besonders häufig – in mehr als jedem zweiten Fall – wird das Vorhandensein einer Persönlichkeitsakzentuierung beim Patienten konstatiert. Dies passt in der Grössenordnung relativ gut zu den Resultaten der zu Beginn beschriebenen Patienten mit Arbeitsproblemen in der Praxis. Persönlichkeitsakzentuierungen werden von den Behandelnden überproportional häufig bei denjenigen PatientInnen angegeben, welche bei den Funktionsdefiziten durch Verhaltensprobleme und Konflikte am Arbeitsplatz auffallen (in 71% der Fälle versus einem Anteil von 45% bei Patienten ohne Arbeitskonflikte) sowie durch Destabilisierungen infolge neu eingetretener oder verstärkter negativer Arbeitsbedingungen (in 70% der Fälle versus einem Anteil von 46% bei Patienten ohne Destabilisierung infolge negativer Arbeitsbedingungen). Von allen anderen Funktionsdefiziten sind Patienten mit einer Persönlichkeitsakzentuierung weder besonders häufig noch besonders selten betroffen.

Ebenfalls häufig werden belastende Lebensereignisse der Patienten im Vorfeld der Arbeitsunfähigkeit beschrieben, relevante familiäre Probleme sowie veränderte oder gestiegene Arbeitsanforderungen respektive laufende Reorganisationen im Betrieb. Nicht selten wird als belastendes Moment auch ein neuer Vorgesetzter oder eine soziale Isolierung des Patienten erwähnt.

Abbildung 82: Relevante Belastungen bei den zwei jüngsten AuF-Fällen (Gesamt; N=183)



Summiert man die Anzahl der verschiedenen Belastungen (maximal 9) bei den Patienten mit zumindest einer Belastung, so zeigt sich über beide AuF-Fälle eine sehr ähnliche Verteilung: Rund 20% der Patienten haben eine Belastung, 30% haben zwei, 30% haben 3 Belastungen und 20% haben 4-6 gleichzeitige Belastungen. Die Anzahl der Belastungen in den beiden AuF-Fällen korreliert sehr stark, das heisst, Behandelnde, welche im jüngsten Fall viele Belastungen beim Patienten wahrnehmen, tun dies auch im zweitjüngsten Fall (und umgekehrt). Dies ist ein möglicher Hinweis darauf, dass eben nicht nur die Merkmale der Patienten, sondern auch die Wahrnehmung der Psychiater bei der Beurteilung eine relevante Rolle spielt.

Die Summe der Belastungen korreliert hingegen nicht mit der jeweiligen Dauer der Arbeitsunfähigkeit. PsychiaterInnen haben in diesen beiden Fällen demnach nicht länger krankgeschrieben, je mehr Belastungen vorhanden sind. Eine Ausnahme ist das Vorhandensein von „belastenden Lebensereignissen des Patienten im Vorfeld“: Gab es solche, betrug die gesamte AuF-Dauer im Durchschnitt 26 Wochen (gegenüber 21 Wochen, wenn es solche Ereignisse im Vorfeld nicht gab). Dies ist insofern interessant, weil in der Simulation mit den Fallvignetten zuvor gezeigt werden konnte, dass die Variable „biografische Belastung“ zu einer längeren AuF führt. Das hier vorliegende Resultat geht in die gleiche Richtung.

Zusammengenommen sind Veränderungen am Arbeitsplatz (wiederholte Umstrukturierungen, neuer Vorgesetzter, veränderte oder gestiegene Arbeitsanforderungen) sehr häufig, ebenso Belastungen im familiären und persönlichen Umfeld (kritische Lebensereignisse, familiäre Belastungen, Verschuldung, soziale Isolation) sowie patientenbezogene Erschwernisse wie eben zum Beispiel eine Persönlichkeitsakzentuierung oder wohl teilweise auch eine Persönlichkeitsstörung. Arbeitsunfähigkeitszeugnisse werden demnach meist – nicht immer, in einem Drittel der Fälle kamen solche Belastungen wie erwähnt nicht vor – vor dem Hintergrund einer belastenden Gesamtsituation ausgestellt. Diese von den effektiven Funktionseinschränkungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit erst begründen, klar zu trennen, ist in der Praxis sicher nicht immer ein leichtes Unterfangen. Umso mehr muss hier hervorgehoben werden, dass die meisten dieser wahrgenommenen Belastungen das Krankschreibungsverhalten der Behandelnden in diesen beiden letzten AuF-Fällen nicht beeinflusst haben.

4.5.3 Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Es wurden verschiedene Eckdaten zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den letzten beiden AuF-Fällen erhoben: a) Dauer des letzten ausgestellten AuF-Zeugnisses, b) Dauer der gesamten bisherigen Krankheitsepisode dieser beiden Patienten, c) Falls diese noch nicht abgeschlossen ist (in der Mehrheit der Fälle): Die Dauer der künftig noch weiter zu erwartenden Arbeitsunfähigkeit, d) Dauer der bisherigen und allenfalls noch zu erwartenden Arbeitsunfähigkeit und schliesslich die Anzahl der über die gesamte Krankheitsepisode ausgestellten Zeugnisse, mit der ausgesagt werden kann, in welchem zeitlichen Abstand im Durchschnitt Zeugnisse ausgestellt wurden/werden (Abbildung 83).

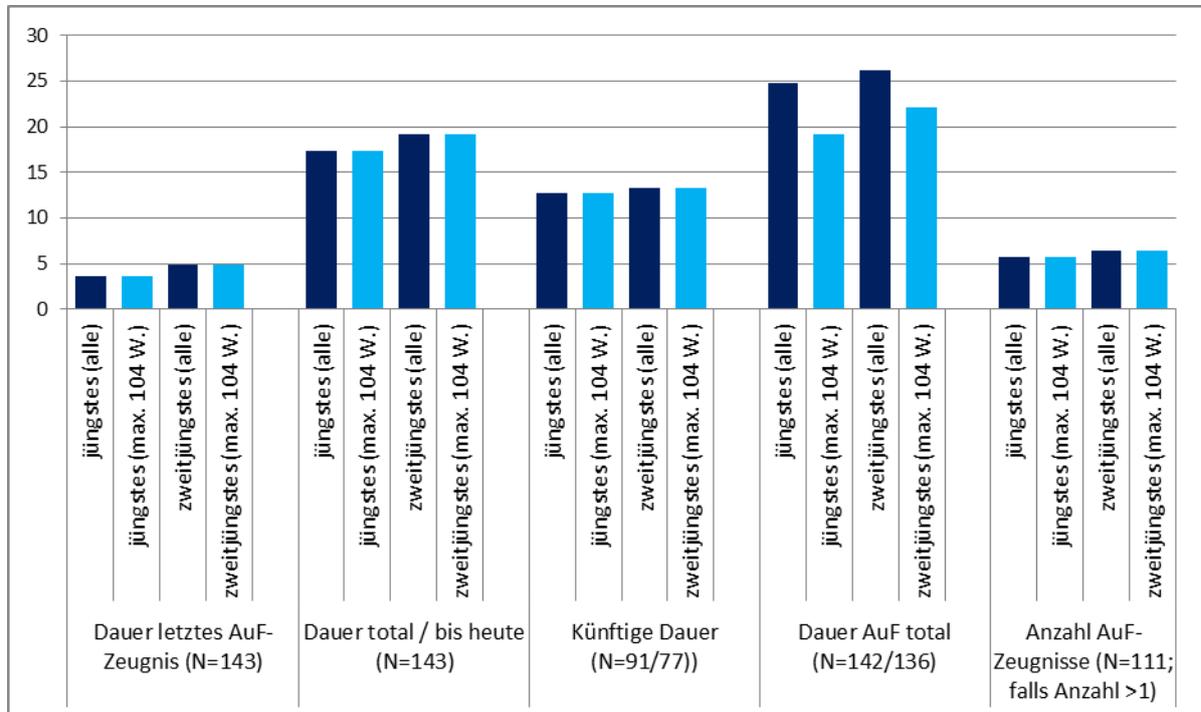
Die folgende Abbildung zeigt die AuF-Dauer jeweils in Wochen. Dabei wird unterschieden zwischen dem jüngsten respektive zweitjüngsten Fall. Gleichzeitig werden jeweils zwei Durchschnittswerte gezeigt – einen für alle berichteten Fälle („alle“) und einen lediglich für AuF-Fälle mit einer Gesamtdauer von maximal 104 Wochen, also 2 Jahren („max. 104 Wochen“). Diese Dauer ist normalerweise die maximale Dauer, während derer Krankentaggelder ausbezahlt werden. In jeweils rund 5 Fällen werden AuF-Dauern angegeben, welche diese 2 Jahre deutlich übersteigen – in einem Fall betrug die Dauer beispielsweise 194 Wochen, in einem anderen Fall 255 Wochen. Es handelt sich hierbei nicht um einen Schreibfehler: In diesen beiden Fällen wurden auch besonders viele (bis rund 40 einzelne AuF-Zeugnisse) ausgestellt, was für die Dauer eines einzelnen AuF-Zeugnisses einen Wert von rund 6 Wochen ergibt, ein Wert, der sehr nahe beim entsprechenden Durchschnitt liegt. Es kann durchaus sein, dass ein Patient länger als 2 Jahre krankgeschrieben wird – zum Beispiel wenn er anschliessend arbeitslos wird und dann nochmals über einen gewissen Zeitraum krankgeschrieben werden kann. Oder auch, wenn er zum Beispiel sozialhilfeabhängig ist. Um jedoch einen Hinweis zu erhalten für arbeits- wie auch versicherungsrelevante Mittelwerte, wurden für den zweiten Mittelwert (helle Säulen) bei der Angabe nach der totalen AuF-Dauer alle Angaben mit mehr als 104 AuF-Wochen herausgenommen – dies ergibt in dieser Kategorie einen um 3-5 Wochen reduzierten Mittelwert.

Die Abbildung zeigt, dass die Dauer eines einzelnen AuF-Zeugnisses (sei es das letzte ausgestellte oder der Durchschnittswert aller ausgestellten Zeugnisse – falls überhaupt mehr als eines erforderlich war – bei rund 5 Wochen liegt).

Bis zum Datum der Befragung sind diese Patienten seit rund 18 Wochen arbeitsunfähig, also rund 4 Monate. Allerdings sind die Hälfte bis knapp zwei Drittel der AuF-Episoden noch nicht abgeschlossen. Bei diesen wird noch eine künftige zusätzliche AuF-Dauer von rund 13 Wochen erwartet. Insgesamt ergibt sich aus den bei Befragung abgeschlossenen sowie den laufenden (und mit Erwartungswerten versehenen Fällen) eine Gesamt-AuF-Dauer von rund 25 (Mittelwert aller Patienten) respektive von 21 Wochen (Mittelwert nur Patienten mit einer Gesamtdauer von max. 2 Jahren). Der Median der AuF-Dauer für alle Patienten liegt beim jüngsten Fall bei 12 Wochen, im zweitjüngsten Fall bei 14 Wochen – mit jeweils breiter Streuung nach oben.

Insgesamt wurden/werden diese Patienten demnach für eine Dauer von in der Größenordnung 5 Monaten arbeitsunfähig geschrieben. Dieser Wert und dessen Angemessenheit können hier nicht per se kommentiert werden. Aber es lässt sich festhalten, dass 5 Monate als Durchschnitt eine relevante Dauer darstellen. Dies zum einen deshalb, weil internationale Daten zeigen, dass die Rückkehrwahrscheinlichkeit an den Arbeitsplatz nach rund 3 Monaten deutlich abnimmt. Auch aus praktischer Erfahrung ist einleuchtend, dass sich in vielen Fällen die Bindung zwischen Arbeitsumgebung und krankgeschriebenem Mitarbeiter mit zunehmender AuF-Dauer verringern kann und sich damit auch das Kündigungsrisiko erhöht. Ein weiteres Problem kann zudem entstehen, wenn krankgeschriebene Mitarbeiter mit längerer AuF-Dauer zunehmende Hemmungen (ängstliches Vermeidungsverhalten) entwickeln, welche die Rückkehr an den Arbeitsplatz erschweren.

Abbildung 83: Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeugnisse in Wochen (Mittelwerte)



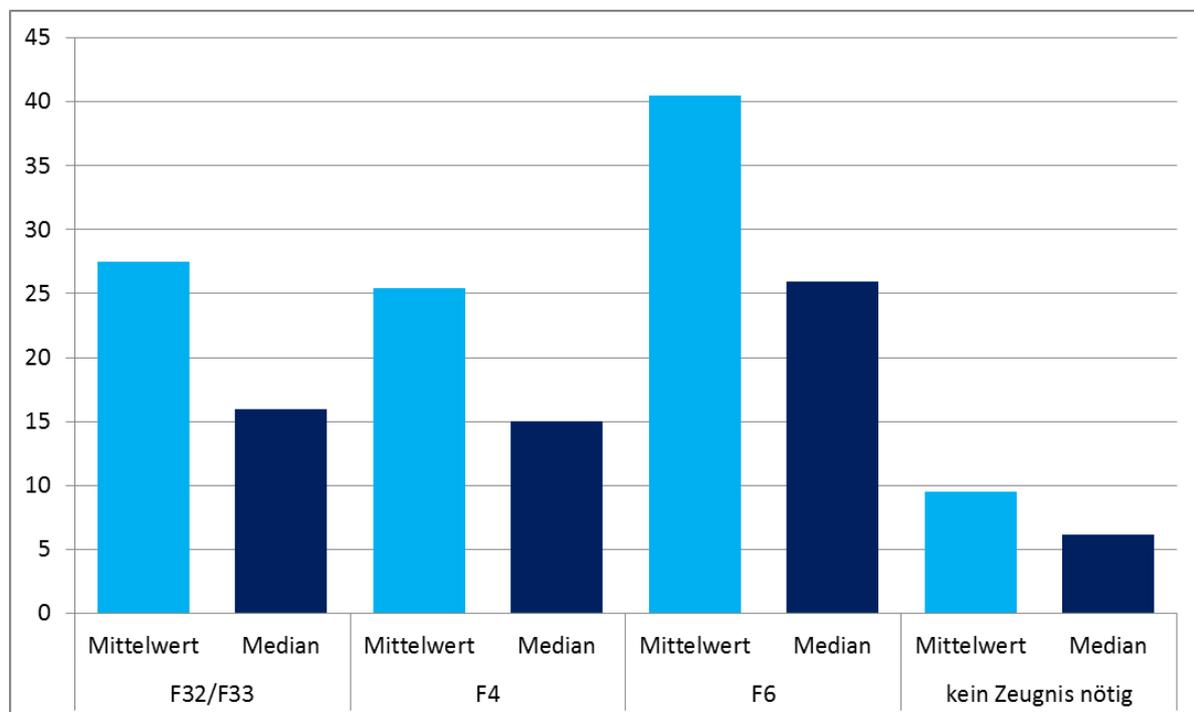
Die gesamte Arbeitsunfähigkeitsdauer in diesen beiden Fällen unterscheidet sich je nach Diagnosegruppe (Abbildung 84). Die Abbildung zeigt den gewichteten Gesamtwert aus den beiden letzten Fällen für jede Diagnosegruppe - sowohl den Mittelwert wie auch den mittleren Wert (Median). Patienten

mit einer Persönlichkeitsstörung werden deutlich am längsten krankgeschrieben: Im Durchschnitt beträgt die Dauer rund 40 Wochen, der Median rund 25 Wochen. Diese Auswertung zeigt alle Fälle, auch diejenigen mit einer AuF-Dauer von mehr als 104 Wochen (die Verhältnisse bleiben aber auch bestehen, wenn man nur die Krankschreibungen mit einer Maximaldauer von 104 Wochen berücksichtigt)..

Patienten mit depressiven und neurotischen Störungen werden durchschnittlich während 25 Wochen krankgeschrieben, wobei der mittlere Wert bei rund 15 Wochen liegt. In Fällen, wo kein Zeugnis an die Versicherung nötig war, ist schliesslich die Dauer mit durchschnittlich knapp 10 Wochen deutlich kürzer (weswegen eben kein Zeugnis nötig war).

Bemerkenswert scheint die vergleichsweise lange AuF-Dauer bei den Persönlichkeitsstörungen. Da sich diese Störungen häufig nicht in erster Linie in der Leistung niederschlagen, sondern im Verhalten und dabei häufig in zwischenmenschlichen Konflikten, und da es sich meist nicht um Zustände handelt, die eine längerdauernde Genesungszeit benötigen wie zum Beispiel bei einer ausgeprägten Depression, wäre zu diskutieren, was eine derart lange AuF praktisch bedeutet: Was ist der Sinn einer solch langen AuF in diesen Fällen? Meistens handelt es sich bei diesen Störungsbildern im Zusammenhang mit Arbeitsproblemen um ängstliche/vermeidende respektive um emotional-instabile/narzisstische Persönlichkeiten (vergleiche die beschriebenen Fälle im ersten Teil dieses Berichtes). Bei der ersten Gruppe verstärkt die AuF womöglich das Vermeidungsverhalten, bei der zweiten mit Arbeitskonflikten löst auch eine lange AuF die Probleme kaum. Diese Resultate sind zwar konsistent mit den oben erhobenen generellen Indikationen der Behandelnden für eine eher lange respektive eher kurze AuF: Sowohl ängstliches Vermeidungsverhalten wie auch Arbeitskonflikte wurden *vergleichsweise* häufig als Indikator für eine eher lange AuF erwähnt. Aber *insgesamt* empfehlen doch 75% der Psychiaterinnen und Psychiater bei diesen beiden Kriterien eine eher kurze Krankschreibung.

Abbildung 84: Dauer der AuF-Fälle nach Diagnosegruppe in Wochen (Mittelwert und Median; Gesamt; N=255)



Weiter wurde nach den Aktivitäten der arbeitsunfähigen Patienten gefragt: Was tun sie laut PsychiaterInnen während ihrer Arbeitsunfähigkeit?

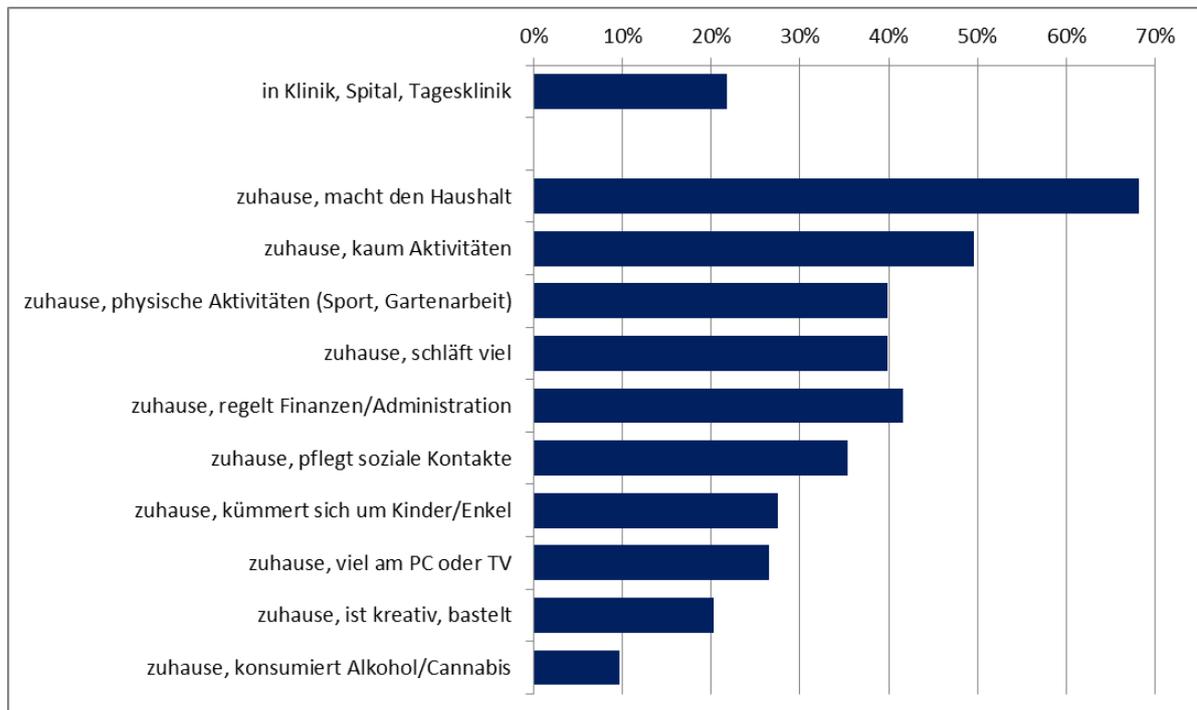
Rund ein Drittel der Patienten mit AuF ist während dieser zumindest teilweise am Arbeitsplatz präsent, sei es weil sie lediglich Teilzeit arbeitsunfähig sind oder weil sie trotz voller AuF präsent sind.

Von den restlichen Patienten (Abbildung 85) hatten rund 20% im Rahmen ihrer AuF einen Aufenthalt in einer Tagesklinik oder Klinik (meistens, in rund 80% der Fälle, handelt es sich hier um einen stationären Aufenthalt). Gegen 70% der arbeitsunfähigen PatientInnen, die weder am Arbeitsplatz präsent noch in einer (teil)stationären Behandlung sind, machen vor allem ihren Haushalt. 50% sind zuhause und unternehmen laut Behandelnden wenig, 40% machen Sport, schlafen viel oder regeln administrative Dinge, ein Drittel pflegt die sozialen Kontakte oder kümmert sich um Kinder oder Enkelkinder. Rund ein Fünftel bis ein Viertel beschäftigt sich kreativ respektive sitzt am PC oder vor dem Fernseher. Ein Zehntel schliesslich ist vor allem zu Hause und konsumiert Alkohol oder Cannabis.

Hinsichtlich Aktivitäten bei den arbeitsunfähigen Patienten zeigen sich demnach differenzierte Resultate: Ein Teil ist trotzdem zumindest teilweise am Arbeitsplatz präsent, ein anderer Teil zumindest teilweise tagsüber oder 24 Stunden in einer psychiatrischen Einrichtung und ein Teil beschäftigt sich irgendwie zuhause. Eher häufig in einer psychiatrischen Klinik oder Tagesklinik waren dabei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Besonders häufig keine solche Behandlung nahmen Patienten mit einer neurotischen Störung in Anspruch (und erwartungsgemäss Patienten, bei denen wegen kurzer Dauer kein Zeugnis an die Versicherung notwendig war). Depressive Patienten schliesslich nahmen vergleichsweise besonders häufig (allerdings handelt es sich hier um kleine Zahlen) eine „Burnout“-Klinik oder eine Rehaklinik in Anspruch.

Besonders häufig am Arbeitsplatz präsent (trotz AuF) waren Patienten mit depressiven Störungen (39%), besonders selten Patienten mit Persönlichkeitsstörung (13%).

Abbildung 85: Aktivitäten der Patienten während der AuF (Gesamt; N=216)



4.5.4 Arbeitsplatzkenntnisse und Kontakte zu relevanten Akteuren

Wie gut die Behandelnden über den Arbeitsplatz der Patienten informiert sind, kann eine wesentliche Rolle spielen bei der Abschätzung der Dauer und des Grades der Arbeitsunfähigkeit. Dies gilt zum Beispiel für die Kenntnis der konkreten Arbeitsaufgaben und -anforderungen an den Patienten.

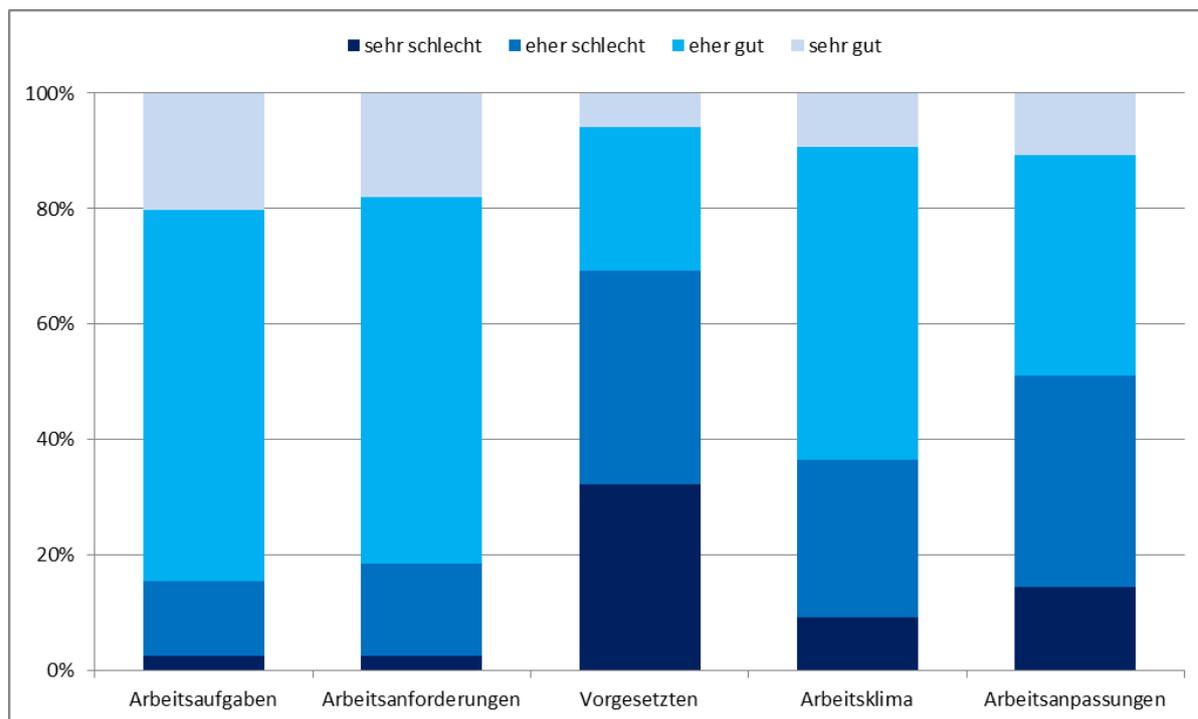
Die folgende Abbildung (Abbildung 86) zeigt, wie die Psychiaterinnen und Psychiater ihre Kenntnisse verschiedener Aspekte der Arbeitsumgebung des Patienten einschätzen. Die Arbeitsaufgaben und Arbeitsanforderungen der Patienten sind einem Fünftel der Behandelnden sehr gut bekannt und weiteren drei Fünfteln eher gut bekannt. Nur ein Fünftel schätzt sich hier als eher oder sehr schlecht informiert ein.

Weniger gut kennen Psychiater das Arbeitsklima und die Möglichkeiten zu Arbeitsanpassungen im Betrieb: Rund 40-50% der Psychiater kennen diese eher oder sehr schlecht. Am wenigsten gut kennen die Behandelnden den Vorgesetzten des Patienten – lediglich rund ein Drittel kennen ihn eher oder sehr gut. Erwartungsgemäss hängt die Kenntnis des Vorgesetzten damit zusammen, ob die Behandelnden einen Kontakt zu diesem hatten. Dabei ist zu beachten, dass es in rund zwei Dritteln der letzten beiden AuF-Fälle nicht zu einem Kontakt zwischen Psychiater und Vorgesetztem gekommen ist – falls doch, wird dieser überwiegend als eher positiv beurteilt.

Hinzu kommt, dass die Kenntnis des Vorgesetzten auch damit zusammenhängt, wie gut laut Psychiater der Kontakt zum Vorgesetzten war: Wurde der Kontakt als gut beurteilt, wird häufiger angegeben, man kenne den Vorgesetzten gut, als wenn der Kontakt als negativ wahrgenommen wurde. Und schliesslich geben rund 20% der Behandelnden an, den Arbeitgeber eher oder sehr gut zu kennen, obwohl sie nie Kontakt zu ihm hatten.

Wie gut PsychiaterInnen die Arbeitsumgebung der Patienten in den letzten beiden AuF-Fällen kennen, unterscheidet sich weder nach ihrer konzeptionellen Ausrichtung (systemisch, verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch oder sozialpsychiatrisch) noch nach Arbeitsort (Praxis, Institution), Alter und Sprachregion. Am ehesten hängen die Kenntnisse damit zusammen, wie lange der Patient insgesamt arbeitsunfähig ist, was nachvollziehbar ist und auch sinnvoll scheint: Bei langen Krankschreibungen ist die Arbeitssituation wohl auch häufiger ein Thema in der Behandlung. Bei den sehr kurzen Arbeitsunfähigkeiten, wo kein Zeugnis für die Versicherung nötig war, sind denn auch die Kenntnisse über die Arbeitsumgebung am geringsten.

Abbildung 86: Wie gut kennen Psychiater die Arbeitsumgebung des Patienten? (Gesamt; N=286)



In denjenigen AuF-Fällen, bei denen ein Zeugnis zuhanden der Krankentaggeldversicherung verlangt war, wurde erhoben, ob ein Case Manager der Versicherung im Fallverlauf involviert war und wie gut gegebenenfalls der Kontakt war (Abbildung 87).

Nimmt man als Basis alle erfassten AuF-Fälle (inklusive die kürzeren ohne Zeugnis) so war in 20-25% der Fälle ein Case Manager involviert. Bei den hier gezeigten Fällen mit Zeugnis waren Case Manager in je rund 35% der Krankheitsepisoden involviert.

Zum Vergleich: Diese Daten stimmen in der Grössenordnung gut überein mit den Daten des dargestellten Fallbeispiels zu Beginn dieses Berichtes, wo es in rund 30% der Fälle zu einem (meist späten) Kontakt zwischen Arzt und Case Manager gekommen ist. Bei den Fallbeispielen haben die Case Manager aus Sicht der Psychiater in jedem 10. Fall mit *negativem* Verlauf zur Problematik beigetragen und in jedem dritten Fall mit *positivem* Ausgang zur Lösung beigetragen. Insgesamt wurden die Case Manager im Fallbeispiel demnach häufiger als lösungsorientierter Partner wahrgenommen.

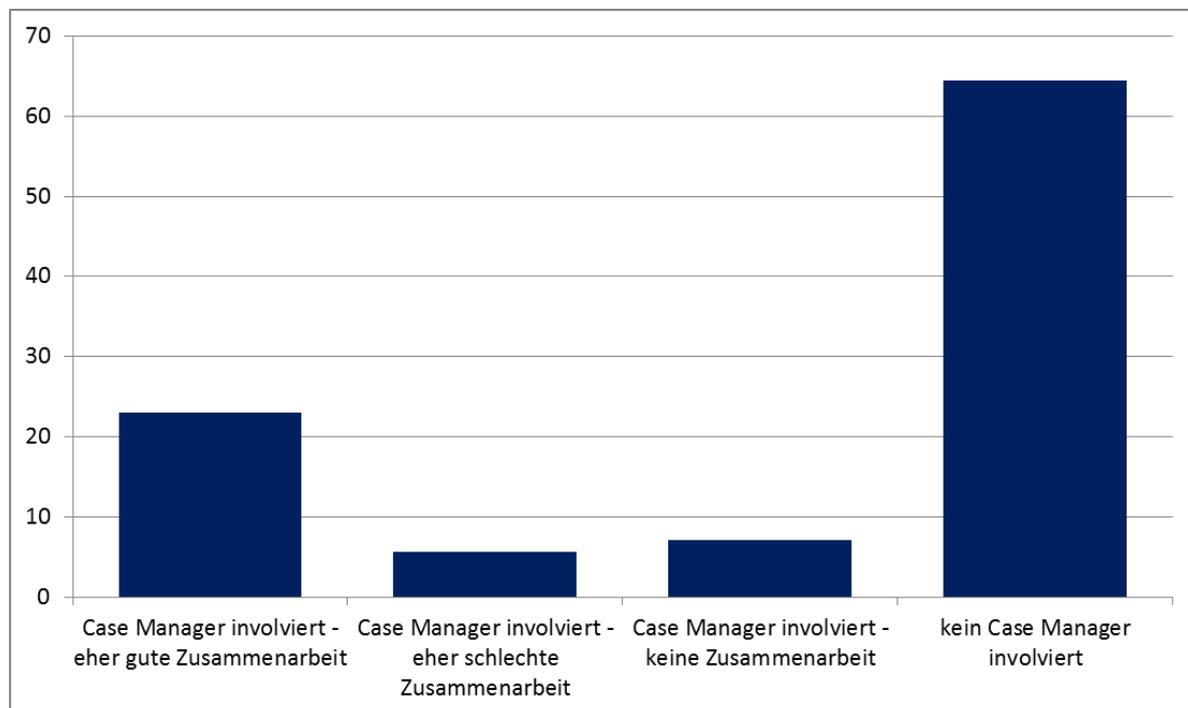
Bei den letzten beiden AuF-Fällen zeigen sich ähnliche Verhältnisse: In 23% der Fälle kam es zu einer guten Kooperation zwischen Psychiater und Case Manager, in 5% zu einer eher schlechten Kooperation und in 7% zu keiner Kooperation. Es zeigen sich tendenzielle Zusammenhänge mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit: Fälle, in denen kein Case Manager involviert ist, haben eine eher kürzere Dauer (rund 17 Wochen).

Fälle, in denen die Kooperation zwischen Arzt und Case Manager eher schlecht oder gar nicht zustande kam, haben eine lange Dauer (rund 39 Wochen). Dabei ist zu beachten, dass hier die Zahlen zu gering sind für eine valide Aussage. Es wäre interessant und auch aus praktischer Sicht relevant, wenn man künftig hierzu eine umfangreichere Datenbasis hätte: Hat die Qualität der Kooperation respektive die fehlende Kooperation einen eigenständigen Einfluss auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit?

In Fällen, in denen es zu einer guten Kooperation kam, liegt die durchschnittliche AuF-Dauer bei rund 32 Wochen. Dies ist insgesamt zwar eine relativ lange Dauer, aber diese ist – bei aller Zurückhaltung wegen der geringen Zahlen – doch deutlich kürzer als bei fehlender oder schlechter Zusammenarbeit.

Gleichzeitig liesse sich auch kritisch anmerken, dass es insgesamt doch eher selten zu einer Kooperation zwischen Ärzten und Case Managern kommt. Auch wenn man die kürzeren Fälle ohne Zeugnis an die Versicherung nicht berücksichtigt, welche hier auch gar nicht gezeigt wurden, kommt es lediglich in rund 70% der Fälle zu einer Kooperation – ein Wert, der sich wie gesagt in den eingangs dargestellten Fallbeispielen bestätigt. In Anbetracht der erheblichen durchschnittlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeiten von rund 5 Monaten (inklusive der kürzeren Fälle ohne Zeugnis an die Versicherung) respektive einer Dauer von rund 6 Monaten, wenn man nur die hier gezeigten Fälle mit Zeugnis als Basis nimmt, ist der Anteil der involvierten Case Manager relativ gering. Während rund einem halben Jahr arbeitsunfähig zu sein, stellt bei psychisch kranken Personen ein doch erhebliches Risiko für Langzeitabsenzen, Stellenverlust oder Invalidität dar.

Abbildung 87: Kooperation mit Case Managern (Gesamt; N=183; nur Fälle mit Zeugnis an die Versicherung)



4.5.5 Rückblickende Beurteilung der Psychiater/innen

Zum Schluss dieses Fragenblocks wurden den Behandelnden einige Fragen gestellt, wie sie rückwirkend die Arbeitsunfähigkeit beurteilen – ob die Arbeitsunfähigkeit der Patienten in diesen beiden letzten Fällen unumgänglich war, ob eine kürzere Dauer oder ein geringerer AuF-Grad möglich gewesen sei (Abbildung 88).

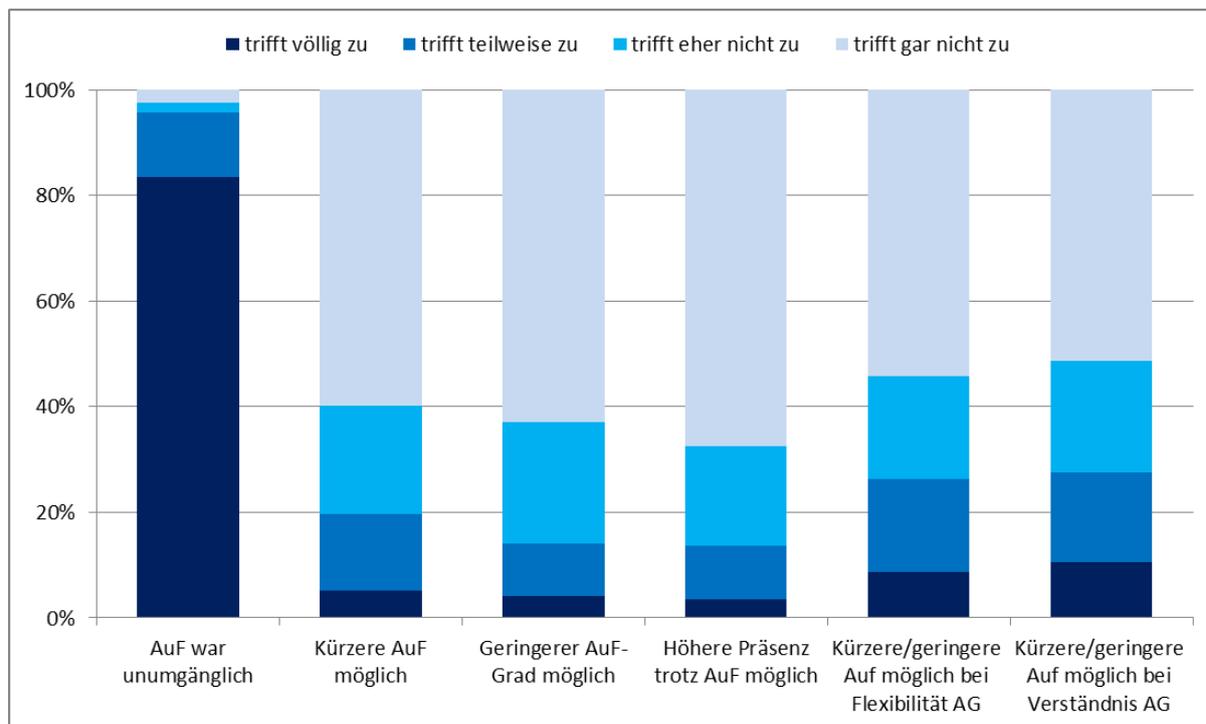
Die Behandelnden beurteilen rückblickend in diesen beiden letzten Fällen die Möglichkeit von kürzeren Arbeitsunfähigkeitsdauern, von Arbeitsunfähigkeiten mit einem geringeren Grad oder von ganz vermeidbaren Arbeitsunfähigkeiten skeptisch – wiederum sehr einheitlich über die beiden letzten AuF-Fälle: In 83% der Fälle beurteilen die PsychiaterInnen die AuF rückblickend als unvermeidbar. In rund 12% der Fälle war die AuF eher „unumgänglich“, und in nur rund 5% der Fälle wird die AuF als eher oder gar nicht unumgänglich beurteilt.

Bei der Dauer der AuF sind es doch rund 20% der Behandelnden, die rückwirkend teilweise oder völlig davon ausgehen, dass eine kürzere AuF möglich gewesen wäre. Etwas weniger häufig gilt dies auch für die Fragen, ob ein geringerer AuF-Grad respektive eine trotz AuF höhere Präsenz am Arbeitsplatz möglich gewesen wäre.

In jeweils rund 30% der Fälle finden die Behandelnden hingegen, dass eine kürzere oder geringere AuF möglich gewesen wäre, wenn der Arbeitgeber des Patienten mehr Flexibilität hinsichtlich Arbeitsplatzanpassungen respektive mehr Verständnis für die psychische Problematik des Patienten gezeigt hätte. Das heisst, dass offensichtlich rein von der psychischen Beeinträchtigung her beurteilt doch häufiger eine andere Art der Krankenschreibung möglich gewesen wäre. Damit wird wiederum deutlich, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht nur mit der Krankheit und der Person des Patienten zu tun hat, sondern eben auch mit dem Verhalten der Umgebung, in diesem Fall der Arbeitsumgebung respektive der Führungskraft.

Schliesslich zeigt die Abbildung auch, dass im Nachhinein eine kürzere Dauer und ein geringerer Grad der AuF – abgesehen von der Notwendigkeit einer AuF, welche nahezu immer als völlig unumgänglich beurteilt wird – ‚nur‘ in rund 60% der Fälle ausgeschlossen werden („trifft gar nicht zu“).

Abbildung 88: Wäre rückblickend mehr möglich gewesen? (Gesamt; N=286)



4.5.6 Fazit zu den letzten beiden AuF-Fällen

Arbeitsunfähigkeiten kommen bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten häufig vor: Gemäss der hier vorliegenden Daten aus psychiatrischen Praxen und Einrichtungen wird rund ein Drittel aller Patienten im Verlauf eines Jahres einmal oder mehrmals arbeitsunfähig geschrieben, überwiegend von den PsychiaterInnen selbst.

Die Analyse der letzten zwei AuF-Fälle zeigt, dass die Initiative zur AuF meistens vom Patienten kommt, gefolgt vom Psychiater selbst sowie vom Hausarzt. Die AuF-begründenden Funktionsdefizite

betreffen vor allem Erschöpfung und Energielosigkeit, Konzentrationsprobleme, angstbedingte Probleme mit der Mobilität und mit sozialen Kontakten, psychische Destabilisierung und Arbeitskonflikte. Akute Instabilität sowie Arbeitskonflikte sind mit einer besonders langen AuF verbunden.

Diagnostisch (gemäß Angabe zuhanden der Krankentaggeldversicherung) häufig sind wiederum depressive Störungen und neurotische Störungen, seltener auch Persönlichkeitsstörungen. Allerdings konstatieren die Psychiater als relevante Belastungen im Zusammenhang mit diesen beiden AuF bei über der Hälfte der Fälle das Vorliegen einer Persönlichkeitsakzentuierung sowie häufig auch weitere familiäre und betriebliche Belastungen.

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist jeweils mit durchschnittlich 25 Wochen erheblich, wobei der mittlere Wert bei 13 Wochen liegt, mit breiter Streuung nach oben. Eine besonders lange AuF zeigen Persönlichkeitsstörungen. Da es sich hier vor allem um emotional instabile sowie um ängstlich-vermeidende Persönlichkeiten handelt, wäre zu diskutieren, ob der Nutzen solch besonders langer Krankschreibungen deren Risiko (Verstärkung des Vermeidungsverhaltens, Stellenverlust) wirklich übersteigt.

Ein Drittel der Patienten ist Teilzeit am Arbeitsplatz präsent (vor allem depressive Patienten, selten Patienten mit Persönlichkeitsstörung), ein Sechstel der arbeitsunfähigen Patienten nimmt dabei eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in Anspruch.

Die Psychiater geben an, die Arbeitsaufgaben und -anforderungen der Patienten (sehr) gut zu kennen, den Vorgesetzten, das Arbeitsklima und die Möglichkeit von Arbeitsanpassungen hingegen weniger gut. In einem Drittel der zeugnispflichtigen AuF-Fälle war ein Case Manager involviert, wobei die Zusammenarbeit in zwei Dritteln der Fälle als gut bezeichnet wird. Fälle mit guter Kooperation zwischen Case Manager und Psychiater scheinen eine kürzere Dauer zu haben als Fälle mit fehlender oder schlechter Kooperation, wobei die Zahlenbasis diesbezüglich zu klein ist für eine definitive Aussage.

Rückblickend beurteilen die Psychiater die AuF in 4 von 5 Fällen als unumgänglich. Hingegen wäre in rund 30% der Fälle eine kürzere AuF oder ein geringerer Grad der AuF möglich gewesen, wenn auf Seite der Arbeitgeber mehr Flexibilität und Verständnis vorhanden gewesen wäre.

5 Typische Funktionsdefizite und mögliche Arbeitsanpassungen

Rund die Hälfte der Befragungsteilnehmer (N=184) wurde in diesem Frageblock gebeten, für verschiedene Diagnosen die typischen Funktionsdefizite anzugeben und zu gewichten:

„Nun bitten wir Sie nochmals um einige generelle Einschätzungen aufgrund Ihrer Erfahrung - und zwar in Bezug auf typische krankheitsbedingte Funktionsdefizite wie auch in Bezug auf konkrete Anpassungen, die helfen würden, die negativen Auswirkungen dieser Defizite zu reduzieren. Wie wichtig sind die folgenden Funktionsdefizite Ihrer Erfahrung nach für die Arbeitsfähigkeit bei der folgenden Diagnose?“

Den Teilnehmenden wurden zunächst 28 verschiedene mögliche Funktionsdefizite vorgelegt, bei denen jeweils angegeben werden konnte, ob diese für eine gegebene psychische Störung gar nicht wichtig, eher unwichtig, eher wichtig oder sehr wichtig sind. Die zufällig ausgewählten Befragten wurden gebeten, dies für eine der folgenden Störungen anzugeben:

- Schizophrenie
- unipolare Depression
- Zwangsstörung
- Schmerzstörung
- emotional-instabile/narzisstische/histrionische Persönlichkeitsstörung
- ängstlich-vermeidende, selbstunsichere/dependente Persönlichkeitsstörung

Die Zusammenstellung sowohl der Funktionsdefizite wie auch die Auswahl dieser Störungen basiert im Wesentlichen auf der praktischen Erfahrung der Autorinnen und Autoren, in der qualitativen oder quantitativen Bedeutung gewisser Diagnosen für das Invaliditätsrisiko: Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Schmerzstörungen sind – respektive waren bei letzteren – sehr häufige Störungen bei IV-Rentenfällen und generell bei Personen mit Arbeitsproblemen. Schizophrene Störungen sind umgekehrt zwar deutlich seltener, sind jedoch besonders häufig von Arbeitslosigkeit oder Invalidität betroffen. Zwangsstörungen schliesslich wurden auch berücksichtigt, weil es hierzu bisher in der Schweiz kaum Daten hinsichtlich Funktionsdefiziten und möglichen Arbeitsanpassungen gibt, und weil sie generell in der arbeitsrehabilitativen Forschung bisher kaum thematisiert worden sind. Bei den Persönlichkeitsstörungen wurden zwei Cluster von Störungen vorgegeben – ‚dramatische‘ und ‚ängstliche‘ Persönlichkeitsstörungen – da sie sich im Arbeitsumfeld sehr unterschiedlich äussern und auch eine unterschiedliche Dynamik am Arbeitsplatz entfachen. Bei der Auswahl der Funktionsdefizite schliesslich wurde auch das Mini-ICF-APP (Linden, Baron, Muschalla, 2015) konsultiert.

Im Folgenden werden geordnet nach Diagnose Profile von Funktionseinschränkungen dargestellt. In einem zweiten Teil werden dann die von den Befragten genannten möglichen Arbeitsanpassungen zur Kompensation dieser Einschränkungen gezeigt.

5.1 Diagnosespezifische Funktionsdefizite

Vergleicht man die Profile der von Psychiatern als „eher“ oder „sehr wichtig“ beurteilten Funktionsdefizite bei depressiven und schizophrenen Störungen, zeigt sich über die Mehrheit der eingeschätzten Items eine relativ hohe Belastung (Abbildung 89). Das jeweilige N pro Diagnose zeigt, wie viele

Psychiater für diese Diagnose die Bedeutung der vorgegebenen Funktionseinschränkungen eingeschätzt haben (jeder Psychiater hat diese Einschätzungen lediglich für eine einzige Diagnose vorgenommen). Im Folgenden werden jeweils die Profile von zwei Diagnosen einander gegenübergestellt.

Im ersten Vergleich werden die Einschätzungen für schizophrene und depressive Störungen gezeigt. Abgesehen von gewissen Funktionsdefiziten, die über alle Diagnosen hinweg meist als wichtig beurteilt werden wie Durchhaltefähigkeit, Konzentration und Belastbarkeit, sind bei der Schizophrenie die soziale Wahrnehmung, die Realitätsprüfung und die Impulskontrolle häufiger eingeschränkt als bei der Depression.

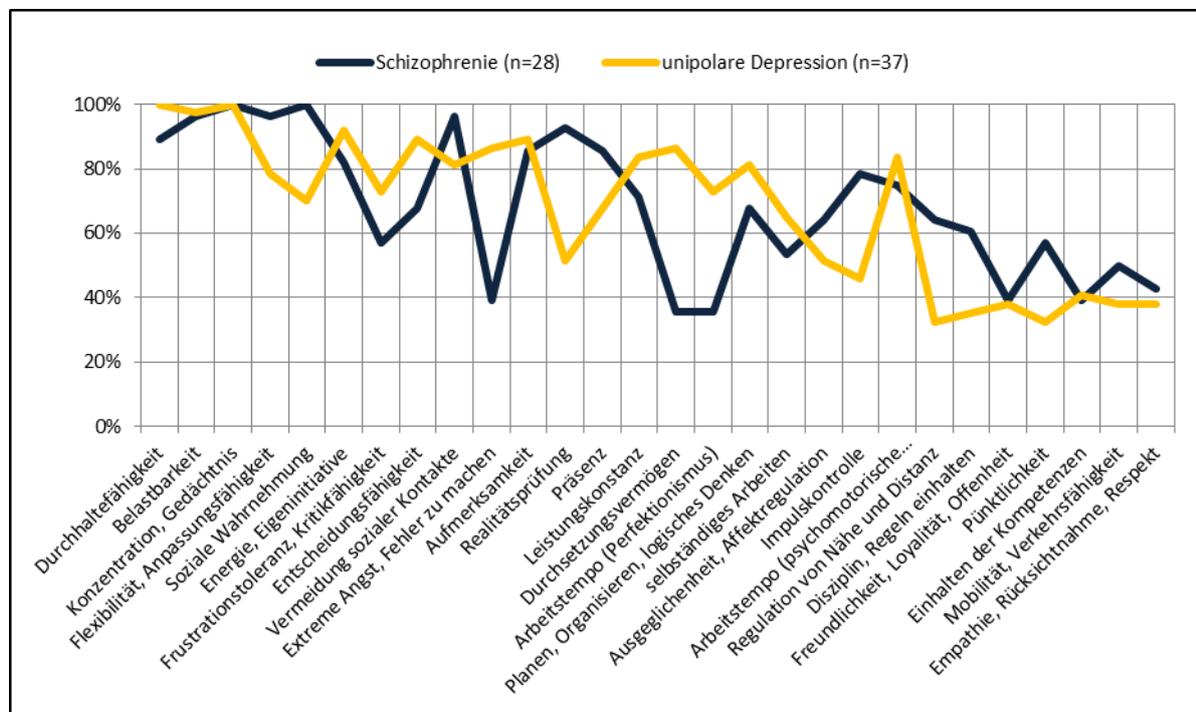
Umgekehrt wird bei der Depression die Entscheidungsfähigkeit, die Zuversicht in das eigene Können (Angst vor Fehlern), das Durchsetzungsvermögen und das Arbeitstempo vergleichsweise deutlich häufiger als eingeschränkt eingeschätzt.

Eher wenige wichtige Defizite werden bei der Schizophrenie gesehen in der Zuversicht in das eigene Können (Fehler-Angst), im Durchsetzungsvermögen und im Perfektionismus (Arbeitstempo), in der Freundlichkeit, im Einhalten der eigenen Kompetenzen und in der Rücksichtnahme auf andere.

Bei der Depression werden selten als eingeschränkt beurteilt die Regulation von Nähe und Distanz, das Einhalten von Regeln, die Freundlichkeit, Pünktlichkeit, die Mobilität und die Rücksichtnahme.

Insgesamt zeigen diese beiden Diagnosen – auch im Vergleich zu den meisten folgenden Diagnosen – eine hohe Behinderungslast. Es gibt kaum Defizite, welche nicht von mindestens 40% der Befragten als eher oder sehr wichtig beurteilt werden.

Abbildung 89: Wichtige Funktionsdefizite bei Schizophrenie und unipolarer Depression (N=28/37)



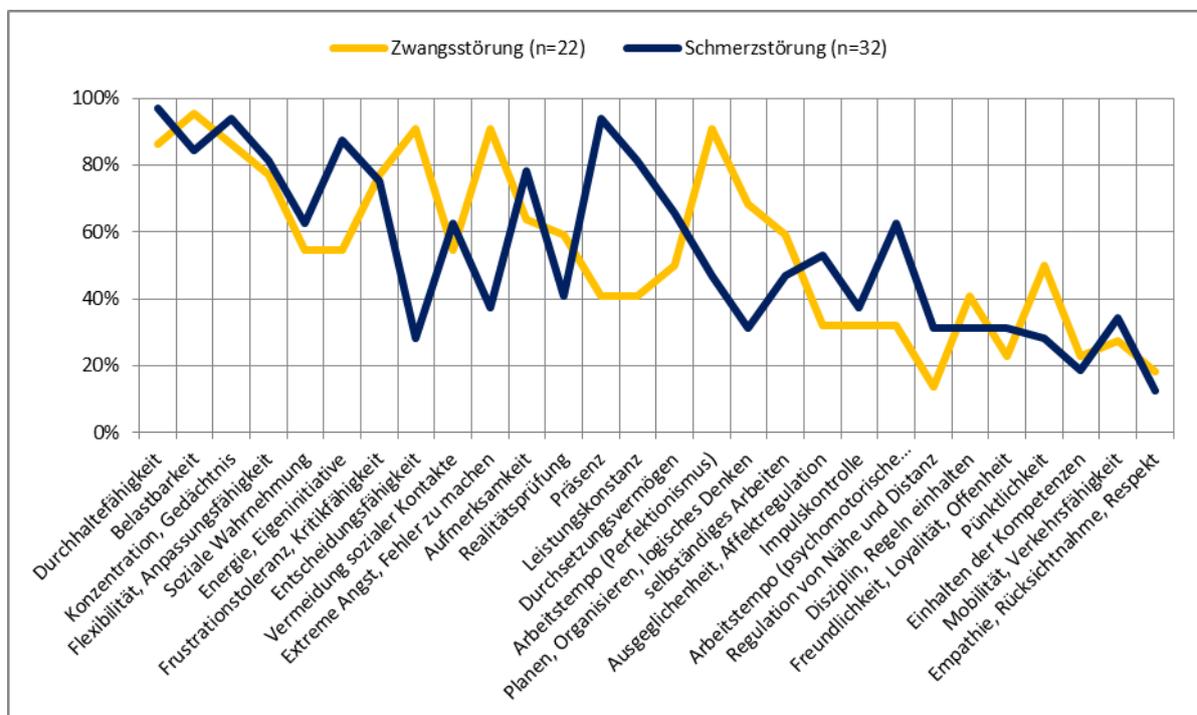
Erwartungsgemäss ein anderes Profil zeigen Zwangs- und Schmerzstörungen (Abbildung 90). Insgesamt zeigen sich hier eine etwas geringere ‚Behinderungslast‘, wenn man die Häufigkeit, mit der die

Items als wichtig angesehen werden, als Proxy dafür nimmt. Dies gilt vor allem für die Schmerzstörungen. Wiederum abgesehen von der meistens wichtigen Durchhaltefähigkeit, Belastbarkeit und Konzentration sind es hier vor allem folgende besonders häufige Defizite: Präsenz, Energie und Flexibilität, gefolgt von Frustrationstoleranz und Aufmerksamkeit.

Bei den Zwangsstörungen werden die folgenden Einschränkungen besonders häufig genannt: Entscheidungsfähigkeit, Angst vor Fehlern und ein reduziertes Arbeitstempo, bedingt durch den Perfektionismus. Hingegen werden bei Zwangsstörungen die Präsenz und die Leistungskonstanz selten als Problem genannt. Auch mögliche Einschränkungen im Sozial- und Arbeitsverhalten (Regulation von Nähe und Distanz, Freundlichkeit, Einhalten der eigenen Kompetenzen, Mobilität und Rücksichtnahme) werden selten als wichtig beurteilt.

Bei den Schmerzstörungen wiederum sind darüber hinaus die Entscheidungsfähigkeit, die Fehlerangst, die Realitätsprüfung, das Planen und Organisieren selten als eher oder sehr behindernd eingeschätzt worden.

Abbildung 90: Wichtige Funktionsdefizite bei Zwangs- und Schmerzstörungen (N=22/32)

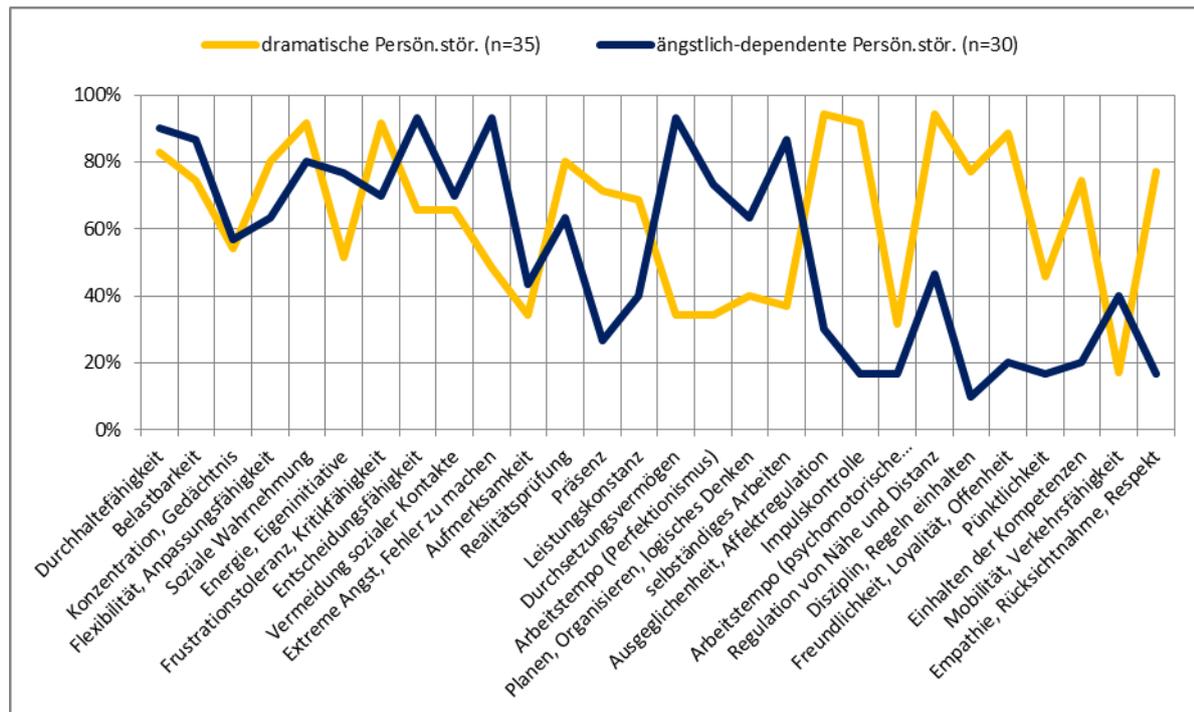


Der Vergleich der beiden Persönlichkeitsstörungs-Cluster ‚dramatisch‘ (emotional instabil, histrionisch, narzisstisch) und ‚ängstlich‘ (ängstlich-vermeidend, zwanghaft, dependent) zeigt schliesslich nochmals zwei ganz andere Verteilungen der Funktionsdefizite (Abbildung 91).

Während sich die Einschätzungen der beiden Cluster auf der linken Seite der Abbildung sehr ähnlich sind (Durchhaltefähigkeit, Belastbarkeit, Konzentration, soziale Wahrnehmung), gibt es hinsichtlich einer Vielzahl von Funktionsdefiziten grosse und auch der Erwartung entsprechende Unterschiede: Die dramatischen Persönlichkeitsstörungen haben sehr häufige Einschränkungen in der Frustrationstoleranz/Kritikfähigkeit, Affektregulation, Impulskontrolle, Regulation von Nähe und Distanz, Disziplin, Freundlichkeit/Loyalität/Offenheit, im Einhalten der eigenen Kompetenzen und in der Empathie/Rücksichtnahme. Auch die Präsenz (d.h. häufige/lange Absenzen) wird häufig als Problem gesehen.

In all diesen Punkten haben auf der anderen Seite die ängstlichen Persönlichkeitsstörungen eher selten bis fast nie Probleme (beispielsweise bei der Disziplin, Freundlichkeit oder Empathie). Ihre Einschränkungen liegen besonders häufig in der Entscheidungsfähigkeit, Angst vor Fehlern, im Durchsetzungsvermögen und in der selbständigen Arbeitsweise. Das heisst, sie haben an sich weder Leistungsprobleme noch Probleme im zwischenmenschlichen Kontakt. Ihr Problem ist eher, dass sie soziale Kontakte vermeiden oder dann unselbständig und anhänglich sind (was dann mit der Zeit auch zu Problemen führen kann).

Abbildung 91: Wichtige Funktionsdefizite bei Persönlichkeitsstörungen (N=35/30)



Um die Vielzahl der häufig als eher oder sehr wichtig beurteilten Einschränkungen für die verschiedenen Diagnosen überschaubarer zu machen, werden in der folgenden Grafik (Abbildung 92) pro Diagnose nur diejenigen Funktionsdefizite gezeigt, welche von mehr als einem Drittel der PsychiaterInnen als „sehr wichtig“ eingeschätzt werden.

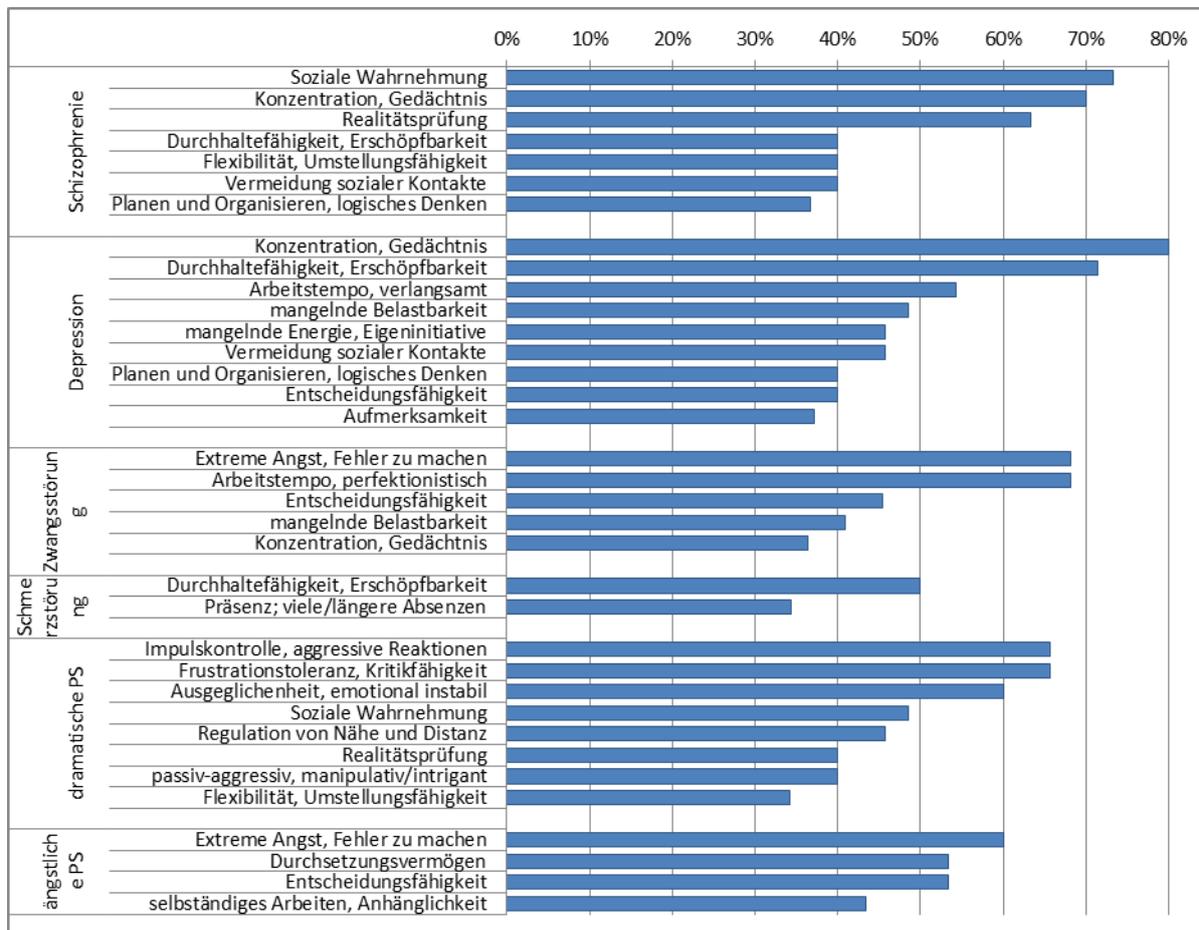
Diese Darstellung ermöglicht zudem auch einen Überblick über die Anzahl sehr wichtiger Defizite bei den einzelnen Diagnosen (aus Sicht von jeweils mehr als 33% der PsychiaterInnen). Am meisten sehr wichtige Funktionsdefizite (9 von 28 möglichen) werden bei den depressiven Störungen angegeben, gefolgt von 8 sehr wichtigen Defiziten bei den dramatischen Persönlichkeitsstörungen und 7 sehr wichtigen Defiziten bei den schizophrenen Störungen. Auch wenn dies nicht direkt mit der effektiven Behinderungsschwere gleichgesetzt werden kann, so ist dieses Resultat wohl kaum Zufall. Bemerkenswert sind hierbei die besonders häufigen sehr wichtigen Einschränkungen bei depressiven Störungen

Bei der Depression werden verschiedene Aspekte als eingeschränkt angesehen – nicht nur die Energie, Durchhaltefähigkeit und Belastbarkeit, sondern auch kognitive Fähigkeiten (Konzentration, Planen/Organisieren/logisches Denken, Aufmerksamkeit) wie auch soziale Komponenten (Vermeidung sozialer Kontakte). Die Auswirkungen der Krankheit auf die Funktionsfähigkeit ist demnach sehr breit. Ebenso breit zeigen sich die Auswirkungen bei der Schizophrenie: kognitive Defizite

(Konzentration, Planen/Organisieren/logisches Denken), soziale Defizite (soziale Wahrnehmung, Kontaktvermeidung), Realitätsauffassung und energetische Aspekte (Durchhaltefähigkeit).

Bei allen anderen Diagnosen sind die Funktionsdefizite deutlich spezifischer – allerdings nicht unbedingt weniger häufiger wie bei der dramatischen Persönlichkeitsstörung. Aber bei dieser betreffen nahezu alle Defizite das Sozialverhalten. Sehr wichtige leistungsbezogene Funktionseinschränkungen werden gar keine angegeben (zumindest nicht von mindestens einem Drittel der Psychiater). Ähnliches gilt für die ängstlichen Persönlichkeitsstörungen: Diese zeigen erstens deutlich weniger sehr wichtige Einschränkungen und zweitens beziehen sich auch diese nicht direkt auf die Leistung, sondern auf das Sozial- und Arbeitsverhalten (Durchsetzungsvermögen, Selbständigkeit etc.).

Abbildung 92: Diagnosespezifische Funktionsdefizite, die häufig als „sehr wichtig“ beurteilt wurden



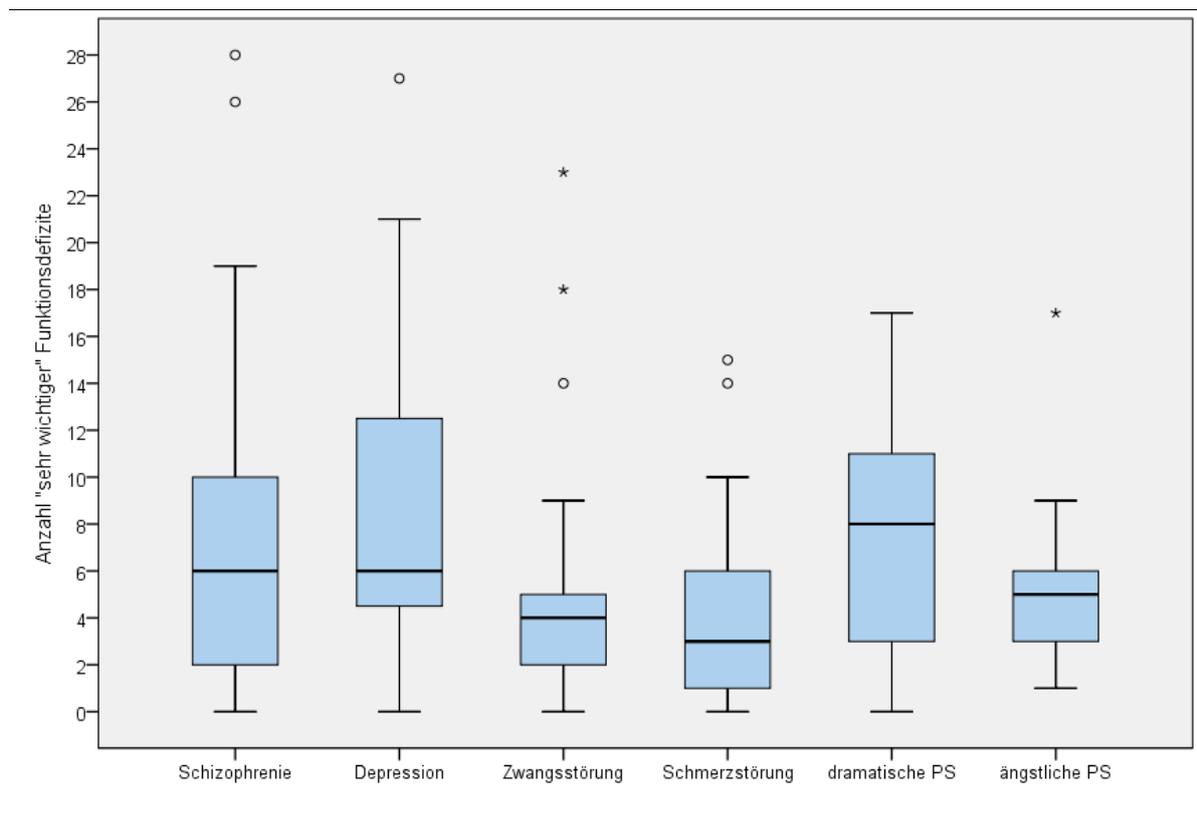
Bei den Zwangsstörungen hingegen werden keinerlei sehr wichtige Defizite im Sozialverhalten genannt, sondern ausschliesslich Defizite, die wohl im direkten Zusammenhang stehen mit dem Perfektionismus respektive der Angst, Fehler zu machen: reduziertes Arbeitstempo, Entscheidungsunfähigkeit, reduzierte Konzentration und Belastbarkeit.

Bei den Schmerzstörungen schliesslich bleiben von den 28 möglichen Funktionsdefiziten lediglich zwei Einschränkungen übrig, die von mindestens 33% der Befragten als sehr wichtig beurteilt werden: Durchhaltevermögen und Präsenz – was wohl als direkte Folge der Schmerzen zu interpretieren ist. Alle anderen Funktionsdefizite werden nicht als sehr wichtig angesehen.

Die folgende Grafik (Abbildung 93) zeigt die Unterschiede bezüglich Anzahl und Verteilung der „sehr wichtigen“ Funktionsdefizite nach Diagnose noch etwas genauer. Für die Berechnung der Boxplots wurden hier nun alle als „sehr wichtig“ angegebene Funktionsdefizite verwendet – unabhängig davon, wie viele der Befragten dieser Ansicht sind.

Die Boxplots zeigen zum einen den Medianwert der sehr wichtigen Funktionsdefizite (horizontale Linie in der Box), den 25%-Perzentilwert (unteres Boxende), den 75%-Perzentilwert (oberes Boxende – in der Box sind demnach total 50% aller Fälle) und zum anderen die Streuung der restlichen Werte. Damit lässt sich die Verteilung der Werte ungefähr einschätzen:

Abbildung 93: Boxplots der Summe „sehr wichtiger“ Funktionsdefizite nach Diagnose (N=184)



Bei der Depression werden in 50% der Fälle bis und mit 6 sehr wichtige Einschränkungen gesehen, und in 50% der Fälle mehr als 6 Einschränkungen (der arithmetische Mittelwert liegt bei 8.4 sehr wichtigen Einschränkungen). Typisch für Depressionen ist, dass die Einschätzungen nach oben (oberhalb des Medians) weit streuen, die Verteilung ist linkssteil. Dies mag damit zusammenhängen, dass je nach Schwere der Depression (welche hier nicht vorgegeben wurde) eine sehr unterschiedliche Zahl von „sehr wichtigen“ Defiziten zutreffend sein kann.

Diese breite Streuung nach oben ist – etwas weniger ausgeprägt – auch bei der Schizophrenie feststellbar (und hat wohl denselben Grund). Wegen der breiten Streuung nach oben ist wie bei der Depression auch hier der Mittelwert (7.6) höher als der Median.

Die dramatischen Persönlichkeitsstörungen haben den höchsten Median bei den Funktionsstörungen (50% der Psychiater sehen hier mehr als 8 sehr wichtige Defizite), streuen aber eher nach unten, weswegen bei ihnen der Mittelwert (6.9) tiefer liegt als der Median.

Bei den Zwangsstörungen (Median=4; Mittelwert=5.6), Schmerzstörungen (Median=3; Mittelwert=4.1) und ängstlichen Persönlichkeitsstörungen (Median=5; Mittelwert=5.1) liegen die Einschätzungen der Befragten abgesehen von Ausreißern und Extremwerten relativ nahe beieinander.

Man muss sich bewusst sein, dass hier keine Diagnostik der Schwere der beruflichen Funktionsdefizite am konkreten Einzelfall vorgenommen wurde. Vielmehr handelt es sich um generelle Einschätzungen von – pro Diagnosegruppe – jeweils rund 30 Psychiaterinnen und Psychiatern. Auf der anderen Seite scheinen die Resultate auch auf dem Hintergrund von praktischen arbeitsrehabilitativen Erfahrungen und von bestehenden Forschungsergebnissen (v.a. zu schizophrenen und depressiven Störungen) durchwegs plausibel. Zudem handelt es sich hier nicht um irgendwelche Einschätzungen, sondern um Einschätzungen von insgesamt sehr erfahrenen Psychiaterinnen und Psychiatern. Deshalb sollen hier einige vorläufige Schlussfolgerungen aus diesen Resultaten formuliert werden:

- Es gibt Unterschiede zwischen den Diagnosen hinsichtlich Häufigkeit und Schwere der Funktionseinschränkungen: speziell stark eingeschränkt sind Personen mit einer schizophrenen, depressiven und emotional instabilen („dramatischen“) Persönlichkeitsstörung. Zwangsstörungen, Schmerzstörungen und ängstlich-vermeidende oder abhängige Persönlichkeitsstörungen sind im Schnitt mit deutlich weniger und weniger starken Funktionseinschränkungen verbunden.
- Der Trend, depressive Störungen per se als wenig einschränkend zu klassifizieren oder ihnen nur im Ausnahmefall eine invalidisierende Wirkung zuzumessen, scheint angesichts der Breite schwerer depressionsbedingter Funktionseinschränkungen inadäquat zu sein. Ein grosser Teil dieser Störungen lässt sich durch Behandlung positiv beeinflussen. Aber dies ist nicht immer der Fall, zudem können wiederholte Rezidive die Behinderung verstärken.
- Schmerzstörungen sind – so pauschal sie hier auch erfasst wurden – im Vergleich mit weniger Einschränkungen verbunden. Diese zeigen sich vor allem in einer rascheren Erschöpfbarkeit und in häufigeren Absenzen. Ansonsten sind kaum sehr relevante Einschränkungen zu sehen. Insofern scheint es verständlich, wenn hier präzise abgeklärt wird, ob Patienten mit solchen Störungen effektiv nicht arbeitsfähig sind. Offensichtlich spielt hier die subjektive Wahrnehmung der Patienten selbst eine entscheidende Rolle.
- Dramatische (v.a. emotional instabile) Persönlichkeitsstörungen sind im Durchschnitt mit vielfältigen schweren Funktionsdefiziten verbunden. Diese sind allerdings fokussiert auf die Beziehung zu Personen in der Arbeitsumgebung und behindern nicht in erster Linie die Leistung. Sie stellen die häufigste diagnostische Ursache für Invalidisierungen aus psychogenen Gründen dar. Für Arbeitgeber sind sie speziell belastende Mitarbeiter, die für die gesamte Umgebung zu besonders hohen Belastungen und sehr häufigen Kündigungen führen. Angesichts der Fokussierung der Einschränkungen auf das Verhalten und angesichts der meist intakten Leistungsfähigkeit sollte hier mit Unterstützungsmassnahmen mehr Wirkung erzielt werden als bisher. Das bedingt, dass gerade in diesen Fällen die Kooperation zwischen den Akteuren verstärkt und die Massnahmen an diese Diagnosegruppe besser angepasst werden. Dies betrifft nicht nur die IV und die Arbeitsrehabilitation, sondern auch die psychiatrischen Interventionen.

Der folgende Abschnitt zeigt nun einen Vergleich zwischen den hier gezeigten allgemeinen diagnosespezifischen Einschätzungen zur Funktionsfähigkeit und den fallbezogenen Einschätzungen im ersten Teil des vorliegenden Berichtes.

5.1.1 Allgemeine und fallbezogene Einschätzung der Funktionseinschränkungen

Neben der dargestellten Einschätzung der Funktionsstörungen bei verschiedenen Diagnosegruppen wurden im ersten Teil des Berichtes bei der Exploration eines Patienten mit Arbeitsproblemen die identischen Funktionsdefizite erhoben. Dies erlaubt nun einen Vergleich zwischen der generellen fachlichen Einschätzung und der Einschätzung in einem bestimmten erlebten Fall eines behandelten Patienten.

Da für gewisse Diagnosen (Zwangsstörung, Schmerzstörung, Schizophrenie) im berichteten Fallbeispiel eines Patienten die Anzahl zu gering ist, können die Vergleiche lediglich für folgende Diagnosen durchgeführt werden: Depression, dramatische Persönlichkeitsstörung und ängstliche Persönlichkeitsstörung.

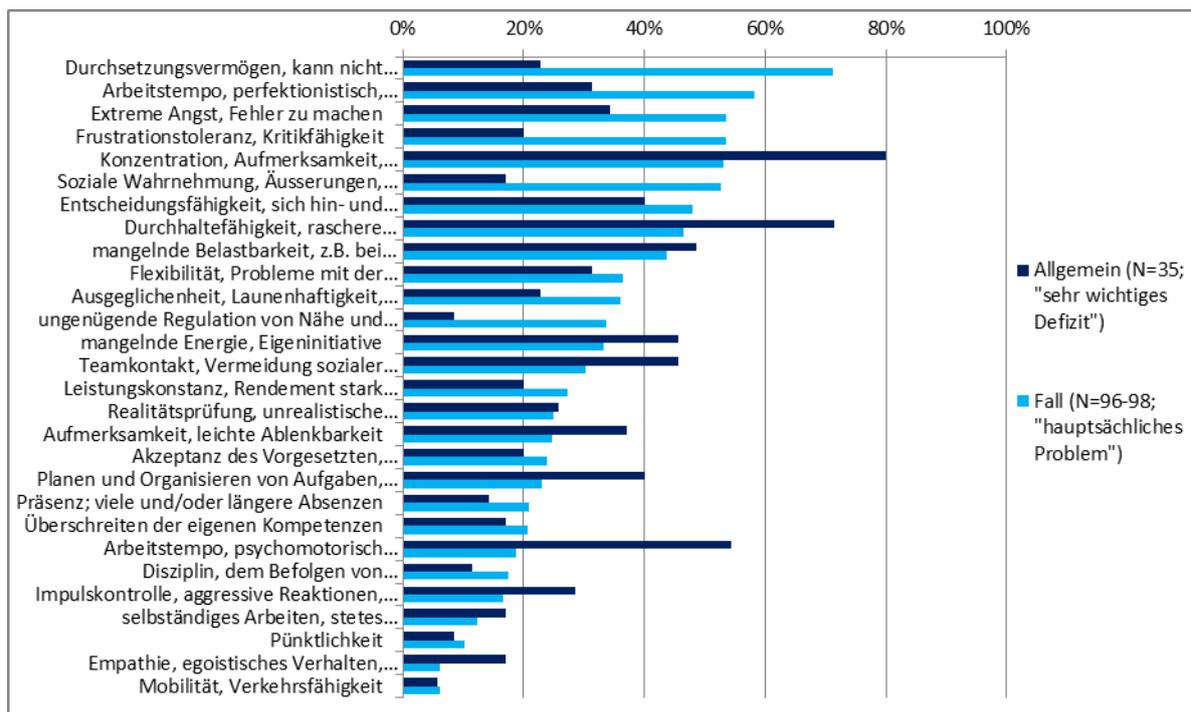
Diese generell (theoretisch) eingeschätzten Diagnosegruppen werden nun verglichen mit folgenden Diagnosen aus dem Fallbeispiel: Mittelgradige oder leichte depressive Episode (F32.0; F32.1), emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) sowie ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6). Das heisst, ein präziser diagnostischer Vergleich ist nicht möglich, da die diagnostischen Vorgaben für die generelle fallunabhängige Einschätzung bewusst breiter gefasst waren. Zudem war die Antwortskala nicht identisch formuliert: So wurde im Fallbeispiel danach gefragt, ob die jeweilige Funktionseinschränkung „kein Problem“, „ein nebensächliches Problem“ oder „ein hauptsächliches Problem“ darstellte. Bei den allgemeinen Einschätzungen wurde jeweils gefragt, ob diese „gar nicht wichtig“, „eher unwichtig“, „eher wichtig“ oder „sehr wichtig“ sind. Verglichen werden im Folgenden die „hauptsächlichen Probleme“ im Fallbeispiel mit den „sehr wichtigen“ Problemen bei der allgemeinen Einschätzung.

Grob orientierend ergibt sich trotz dieser Einschränkungen im Vergleich dennoch ein interessantes, und je nach Diagnose unterschiedliches Bild.

Der Vergleich des Einschränkungsw Profils im Fallbeispiel und in der generellen Einschätzung bei depressiven Störungen zeigt einzelne grosse Abweichungen (Abbildung 94). Insgesamt ist der Anteil der als „hauptsächliches Problem“ (Fall) respektive als „sehr wichtige“ Einschränkung (allgemeine Beurteilung) eingeschätzten Defizite allerdings sehr ähnlich: Im Durchschnitt werden all diese Defizite bei Depressiven von 30% der Befragten als hauptsächliches respektive sehr wichtiges Problem beurteilt. Anzumerken ist allerdings, dass für das Fallbeispiel nur die leichten und mittleren depressiven Episoden als Vergleich herangezogen wurden. An sich müsste deshalb die Behinderung im Fallbeispiel geringer ausfallen als bei der generellen Einschätzung von „unipolaren Depressionen“, bei der wie gesehen auch höhere Schweregrade berücksichtigt wurden.

Allgemein als sehr gewichtig eingestufte Defizite wie Konzentration, Durchhaltefähigkeit und psychomotorisch verlangsamtes Arbeitstempo wurden im konkreten Fall deutlich seltener als hauptsächliches Problem wahrgenommen. Umgekehrt wurden in der allgemeinen Einschätzung selten als sehr wichtig beurteilte Einschränkungen (Durchsetzungsvermögen, reduziertes Arbeitstempo wegen Perfektionismus, Frustrationstoleranz, soziale Wahrnehmung, Regulation von Nähe und Distanz) im konkreten Fall viel häufiger als hauptsächliches Problem wahrgenommen.

Abbildung 94: Defizite in der allgemeinen/fallbezogenen Einschätzung: Depression



Die beiden folgenden Vergleiche bei der emotional instabilen sowie der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung ergeben wiederum deutliche, aber etwas anders gelagerte Unterschiede (Abbildung 95).

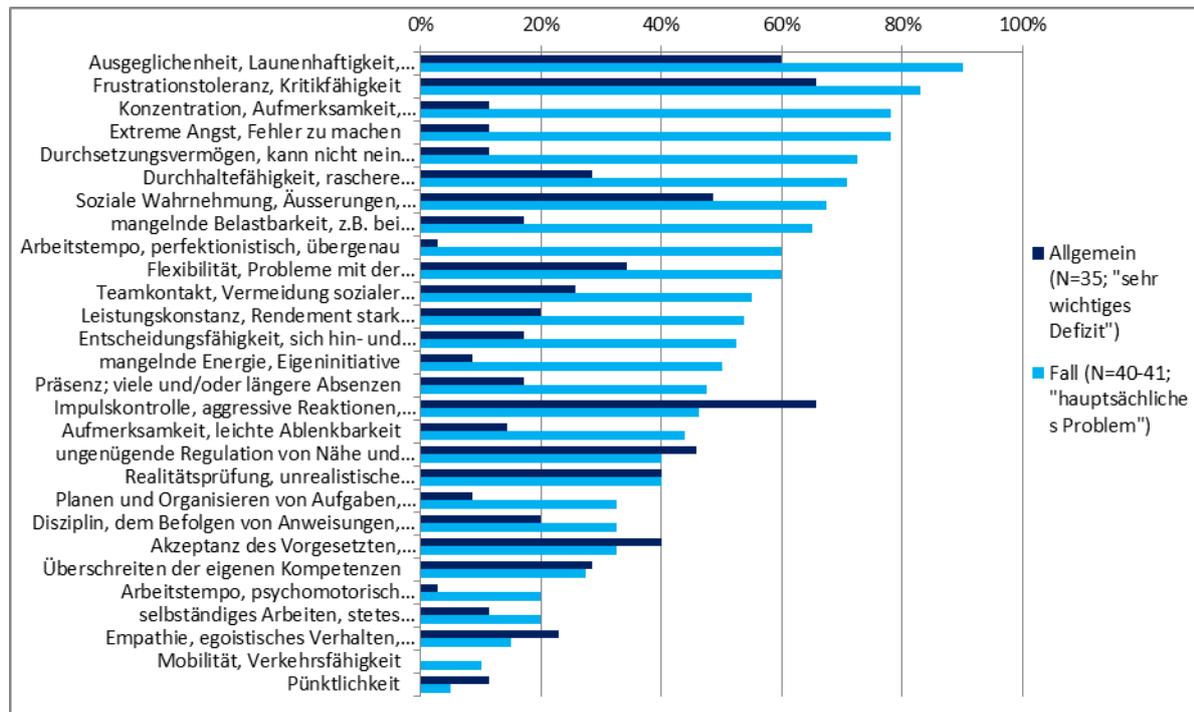
Mit 6 Ausnahmen werden alle Einschränkungen (N=28) im Fallbeispiel eines Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung häufiger als sehr bedeutsam beurteilt als in der generellen Einschätzung. Die Ausnahmen betreffen die Impulskontrolle, die Akzeptanz des Vorgesetzten, die Empathie, die Pünktlichkeit, das Überschreiten der eigenen Kompetenzen, die Realitätsprüfung und die Regulation von Nähe und Distanz. All diese Defizite werden im Fall seltener als sehr bedeutsam beurteilt.

Sehr viel häufiger hingegen werden zum Beispiel folgende Defizite im konkreten Fall als zentral eingeschätzt: Konzentrationsprobleme, Angst vor Fehlern, Durchsetzungsvermögen, Durchhaltefähigkeit, Belastbarkeit, Arbeitstempo wegen Perfektionismus, Entscheidungsfähigkeit und mangelnde Energie. Vereinfacht gesagt: Vor allem aggressive/aktive/negativ besetzte Defizite werden im Fallbeispiel sehr viel seltener als zentral beurteilt als in der allgemeinen Einschätzung. Ein Beispiel dafür ist die „Durchsetzungsfähigkeit, kann sich nicht wehren, kann nicht nein sagen“ (Wortlaut): Allgemein erachten dies nur 11% der Befragten als ein sehr wichtiges Defizit bei dieser Störung. Im erlebten Fall geben hingegen 73% der Befragten an, dies sei ein hauptsächliches Problem gewesen. Bei der Problematik „Extreme Angst, Fehler zu machen“ ist das Verhältnis ähnlich: 11% (allgemein) zu 78% (Fall). Beim Perfektionismus/Arbeitstempo lautet das Verhältnis: 3% (allgemein) zu 60% (Fall).

Im Durchschnitt werden sämtliche Defizite im Fallbeispiel (48%) zweimal so häufig als zentral eingeschätzt wie in der allgemeinen Beurteilung (25%). Bei aller Vorsicht offenbart sich hier eine grosse Differenz zwischen der rein fachlichen und fallunabhängigen Einschätzung und der Beurteilung im konkreten Fall mit einem zu behandelnden Patienten. Letztlich kann hier nicht geklärt werden, welche Einschätzung näher an der Realität ist. Man kann aber aufgrund der Einschränkungsprofile festhalten,

dass zum einen die generellen Einschätzungen sinnvoll erscheinen und dass zum anderen im Einschränkungprofil des Patientenbeispiels vor allem die ängstliche, passive, hilflose Seite dieser Patienten als zentral wahrgenommen wird. Dass diese durchaus real gegeben sein mag, sei unbestritten. Aber offensichtlich ist die Perspektive des Gutachters eine völlig andere als diejenige des Therapeuten – auch wenn es sich um dieselben Personen handelt.

Abbildung 95: Defizite in der allgemeinen/ fallbezogenen Einschätzung: Emotional instabile PS



Noch deutlicher wird dieses Phänomen, wenn man den Vergleich bei den ängstlichen Persönlichkeitsstörungen macht (Abbildung 96). Während in der allgemeinen Beurteilung im Durchschnitt 18% aller Funktionsdefizite als sehr wichtig angesehen werden sind es im konkreten Patientenbeispiel 43%.

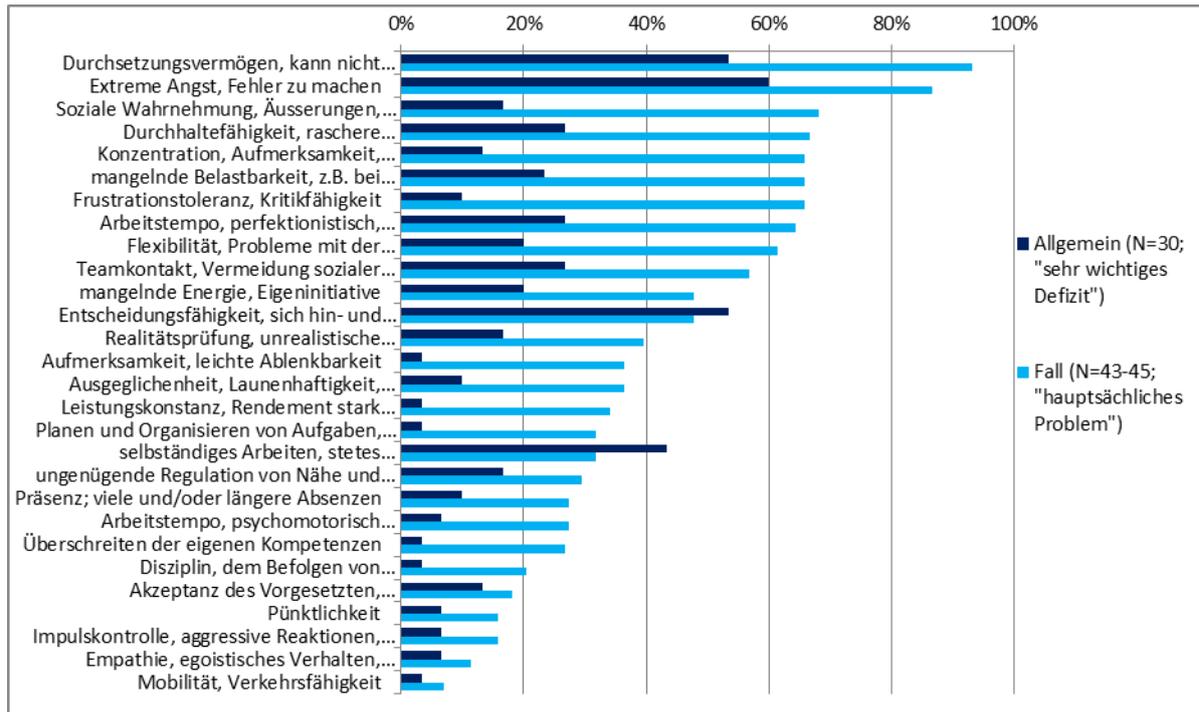
Lediglich zwei Defizite (von 28) werden allgemein etwas häufiger als zentral beurteilt, nämlich die Entscheidungsfähigkeit und das selbständige Arbeiten. Letzteres ist nachvollziehbar, da bei der allgemeinen Einschätzung die dependenten Persönlichkeiten inkludiert waren, es sich im Patientenbeispiel hingegen ausschliesslich um ängstlich-vermeidende Persönlichkeiten handelte.

Da nahezu sämtliche Defizite im Patientenbeispiel deutlich häufiger als hoch gewichtet werden, drängt sich die Vermutung auf, dass auch hier die Beziehung zum Patienten und das gute Verständnis seines Erlebens den Unterschied machen. Ohne eine solche Beziehung zu einer gut bekannten Person – theoretisch und in Abstraktion von einer Person – sieht die Einschätzung jedenfalls sehr anders aus.

Anders als bei der emotional instabilen Persönlichkeit werden hier allerdings nicht nur spezifische (eher passive) Defizite stärker gewichtet, sondern nahezu alle – inklusive die eher ‚negativ‘ besetzten wie Disziplinlosigkeiten, Instabilität, Frustrationsintoleranz, Überschreiten der eigenen Kompetenzen etc. Hier stellt sich die Frage, ob nicht gerade diesen PatientInnen im konkreten Fall zuwenig zugemutet wird respektive ob ihnen nicht zu viel Hilflosigkeit zugeschrieben wird. Oder man müsste sich alternativ fragen, ob das abstrakte, fachlich-theoretische Bild über die Funktionsfähigkeit von ängstlich-vermeidenden Persönlichkeiten nicht deren reale Behinderung deutlich unterschätzt.

In Anbetracht der hier besonders hohen durchschnittlich attestierten Einschränkungen im Fallbeispiel – deutlich höher als bei Depressiven und etwa gleich hoch wie bei emotional instabilen Persönlichkeiten – scheint dies aber doch eher fraglich. Hinzu kommt schliesslich, dass gewisse hier im Fallbeispiel genannten hauptsächlich Defizite nur bedingt typisch scheinen für ängstlich-vermeidende Persönlichkeiten: Überschreiten der eigenen Kompetenzen, Unpünktlichkeit, mangelnde Disziplin, Launenhaftigkeit, mangelnde Impulskontrolle und Empathie, Konzentrationsprobleme etc.

Abbildung 96: Defizite in der allgemeinen/fallbezogenen Einschätzung: Ängstlich-vermeidende PS



5.2 Kompensierende Arbeitsanpassungen

Im zweiten Teil dieses Frageblocks zur allgemeinen Einschätzung diagnosespezifischer Funktionseinschränkungen wurden die Teilnehmenden gebeten, für sämtliche von ihnen als „eher wichtig“ oder „sehr wichtig“ beurteilten Einschränkungen mögliche konkrete Arbeitsanpassungen zu nennen, welche die Auswirkungen dieser Defizite mildern oder gar kompensieren könnten.

Der Hintergrund dieser Frage liegt darin, dass es bei psychisch bedingten Einschränkungen – im Gegensatz zu körperlichen Behinderungen – keine systematische Kenntnis über mögliche differenzierte Anpassungsmöglichkeiten gibt. Mit dieser Fragestellung sollten hier die Erfahrungen und Ideen der Spezialisten vor allem einmal gesammelt werden.

Insgesamt wurden von den Befragten rund 2'500 Arbeitsanpassungen genannt, im Durchschnitt sind das rund 90 Nennungen pro Funktionsdefizit. Sämtliche genannten Arbeitsanpassungen wurden sortiert und zusammengefasst. Die Arbeitsanpassungen konnten inhaltlich jeweils relativ gut in einige wenige Gruppen zusammengefasst werden. Die folgenden Tabellen geben einen Überblick, bei welchen Funktionsdefiziten welche Arten von Anpassungen empfohlen werden. Hier nicht aufgenommen sind Empfehlungen, die sich nicht auf Arbeitsanpassungen bezogen, sondern auf (psycho)therapeutische Interventionen.

Die Funktionsdefizite/Arbeitsanpassungen sind im folgenden nach 3 Bereichen gegliedert: Anpassungen, die vor allem mit leistungsbezogenen Funktionseinschränkungen im engeren Sinne zu tun haben (Tabelle 33), mit Einschränkungen im Sozialverhalten (Tabelle 34) und mit Einschränkungen in Bezug auf das Arbeitsverhalten allgemein (Tabelle 35). Dies dient lediglich der Übersicht, diese Zuteilung ist nur bedingt trennscharf (wenn zum Beispiel Probleme bei der Pünktlichkeit bestehen, hat das mit dem Arbeitsverhalten zwar zu tun, beeinträchtigt dann womöglich aber auch die Beziehungen am Arbeitsplatz und die Leistung).

Die Formulierung der Anpassungen wird hier nicht ganz einheitlich zusammengefasst gezeigt, da es Formulierungen gibt, die prägnante Hinweise geben – in einigen Fällen wurden diese in gekürzter Form direkt übernommen.

5.2.1 Anpassungen bei leistungsbezogenen Einschränkungen

Bei den empfohlenen Arbeitsanpassungen zur Kompensation von leistungsbezogenen Einschränkungen zeigen sich einige typische wiederkehrende Anpassungsarten, welche bei verschiedenen Einschränkungen hilfreich sind wie auch einige spezifische. Wiederholt genannt werden:

- Reduktion der Arbeitsbelastung (hinsichtlich Arbeitsmenge, Arbeitsvielfalt/Multitasking, Anspruchsgrad/Komplexität, Termindruck, Präsenz mit reduzierten Leistungsanforderungen)
- Reduktion der Arbeitszeit
- Einschalten von Kurzpausen
- Strukturierung der Arbeitsaufträge (hinsichtlich Arbeitsaufträge, Aufgabenheft, kürzere Arbeitsaufträge mit kurzfristiger Überprüfung, Wochenziele etc.)

Es kommen bei bestimmten Einschränkungen weitere typische Anpassungen hinzu:

- Reizabschirmung, Ruhe, weniger Kundenkontakt (bei Problemen mit der Aufmerksamkeit und leichter Ablenkbarkeit wie bei Problemen mit Konzentration und Gedächtnis)
- Häufigeres Feedback, engere Begleitung, Motivierung (bei Problemen mit der Energie und Eigeninitiative, bei Problemen mit der Planung und Organisation von Arbeiten sowie dem logischen Denken, bei Problemen mit der Realitätsprüfung sowie in spezifischer Form auch bei Problemen mit der Umstellungsfähigkeit und bei Perfektionismus)
- Einsatz von Checklisten, Umsetzungshilfen (bei Problemen mit der Planung und Organisation von Arbeiten sowie dem logischen Denken)
- Vermehrte Routinearbeiten, gute Vorbereitung von bevorstehenden betrieblichen Änderungen (bei Problemen der Umstellungsfähigkeit, bei Perfektionismus, psychomotorischer Verlangsamung)
- Klare Definition der Arbeitsanforderungen, direktive Beendigung von Arbeitsaufträgen (bei Perfektionismus)

Tabelle 33: Arbeitsanpassungen bei leistungsbezogenen Funktionsdefiziten (zusammengefasst)

Leistungskonstanz	Belastbarkeit	Energie, Eigeninitiative
(vorübergehende) Reduktion Anforderungen/Belastung	(vorübergehende) Reduktion Anforderungen/Belastung	Reduktion Anforderungen/Arbeitsmenge
Kürzere Arbeitsaufträge, kurzfristige Überprüfung	Kürzere Arbeitsaufträge, kurzfristige Überprüfung	Klare Arbeitsaufträge/Aufgabenheft
Kurzpausen	Kurzpausen	Reduktion/Anpassung/Flexibilisierung der Arbeitszeit
konstanteste Aufgaben fördern, andere schrittweise aufbauen	Gute Arbeitsplanung, Prioritätensetzung	Kurzpausen
Präsenz mit reduzierten Leistungsanforderungen	Reduktion von Arbeiten mit Termindruck	häufiges Feedback, Lob, Motivation durch Führungskraft
Aufmerksamkeit, Ablenkbarkeit	Entscheidungsfähigkeit	Planen, Organisieren, Logik
Kurzpausen	Entscheidungen (vorübergehend) abnehmen	Reduktion Anforderungen/Arbeitsplatzanalyse
Einzelbüro, Ruhe, Reizabschirmung	Entscheidungen gemeinsam besprechen	Strukturierte Arbeitsaufträge/Wochenziele
Reduktion Kundenkontakt	klar strukturierte Arbeitsanweisungen	Einfachere Arbeiten
Reduktion Anforderungen/kein Multitasking	Reduktion von Verantwortung/Routinearbeiten	Enge Begleitung durch Führungskraft, HR, Coach Checklisten, Arbeitsplanung, Umsetzungshilfen Reduktion von Verantwortung
Realitätsprüfung, -einschätzung	Arbeitstempo, verlangsamt	Durchhaltefähigkeit, Erschöpfbarkeit
Klar strukturierte Arbeitsanweisungen	Reduktion Anforderungen/Arbeitsmenge	Reduktion Anforderungen/Arbeitsmenge
Engmaschige Kontrolle	Klare Arbeitsaufträge/Aufgabenheft	Reduktion Arbeitszeit
Enge Begleitung durch Führungskraft, HR, Coach	Kurzpausen	Kurzpausen
Rasches Nachfragen von Vorgesetzten bei Unstimmigkeiten und Fehlern	Reduktion von Verantwortung/Routinearbeiten	
Regelmässige Feedbackgespräche	Reduktion Komplexität/kein Multitasking Reduktion Arbeitszeit	
Flexibilität, Umstellungsfähigkeit	Arbeitstempo, perfektionistisch	Konzentration, Gedächtnis
Einfachere Arbeiten	Anforderungsprofil klar definieren	Reduktion Anforderungen/Arbeitsmenge
Routinearbeiten	Arbeitsleistung reduzieren bei gleichbleibender Präsenzzeit	Klare Arbeitsaufträge/Aufgabenheft
Ansprechpartner, weniger Umstellung	Klare Vorgaben (z.B. 1x durchlesen reicht), Standortgespräche	Reduktion Arbeitszeit
Bei der Arbeitsverteilung/bei Aufgabenstellungen berücksichtigen	Konkret sagen, wie genau etwas sein muss	Kurzpausen
keine raschen Wechsel, bei Wechsel gute Vorbereitung	Kurzpausen	Kürzere Arbeitsaufträge, kurzfristige Überprüfung
klare Arbeitsabläufe, die keine Flexibilität verlangen	Eher direktiv Arbeitsgänge beenden, wohlwollend in der Haltung	Einzelbüro, Ruhe, Reizabschirmung
mehr Zeit einräumen für Umstellungen, Vorankündigungen	Setzen von Prioritäten	Einfachere Arbeiten
spezielle Aufgaben geben, die Pat. schon kennt	Tätigkeiten anpassen (keine Feinarbeit) überschaubare, sich wiederholende Abläufe	Reduktion Kundenkontakt

5.2.2 Anpassungen bei Einschränkungen im Sozialverhalten

Die empfohlenen Anpassungen bei Funktionsdefiziten im Sozialverhalten setzen etwas andere Schwerpunkte. Wiederholt genannt werden:

- Klare Spielregeln im Betrieb, „Vertrag“ inklusive Konsequenzen
- Mehr Einzelarbeit, Home Office, Reduktion Kundenkontakt
- Engere Begleitung durch Führungskraft, Personalverantwortliche oder Coach
- Standortgespräche inklusive Psychiater
- Empathische Konfrontation, Verhalten benennen und ansprechen, Grenzen setzen

Wiederum kommen bei bestimmten Einschränkungen weitere typische Anpassungen hinzu:

- Support des Umfeldes (bei Distanzlosigkeiten)
- Entspannungs- und Sportmöglichkeiten, „une demi-heure de yoga le matin“ (Probleme mit der Impulskontrolle)
- Aktives Einbeziehen ins Team (bei Vermeidung sozialer Kontakte)
- Herunterbrechen von Arbeitszielen in erreichbare Teilziele (bei Frustrationsintoleranz und reduzierter Kritikfähigkeit)
- Konstante Ansprechperson bei Problemen (bei Frustrationsintoleranz und reduzierter Kritikfähigkeit)
- Miteinbezug in Entscheidungen (bei passiv-aggressivem Verhalten gegenüber Vorgesetztem)
- Verhaltenstraining („5 Minuten überlegen, bevor reagiert wird“; bei Frustrationsintoleranz und reduzierter Kritikfähigkeit)

5.2.3 Anpassungen bei Einschränkungen im Arbeitsverhalten

Die empfohlenen Anpassungen bei Funktionsdefiziten im Arbeitsverhalten zeigen eine relativ breite Palette von Massnahmen. Dies hängt wohl damit zusammen, dass es sich bei dieser Gruppe um teils sehr unterschiedliche Einschränkungen handelt. Wiederholt genannt werden:

- Klare Spielregeln im Betrieb, „Vertrag“ inklusive Konsequenzen
- Strukturierung der Arbeitsaufträge, klares Aufgabenheft
- Engere Begleitung durch Führungskraft, Personalverantwortliche oder Coach
- Standortgespräche inklusive Psychiater
- Empathische Konfrontation, Verhalten benennen und ansprechen, Grenzen setzen
- Flexible Arbeitszeiten, Home Office

Tabelle 34: Arbeitsanpassungen bei Funktionsdefiziten im Sozialverhalten (zusammengefasst)

Regulation von Nähe und Distanz	Empathie, egoistisches Verhalten	Passiv-aggressiv, intrigant
Support des Umfeldes	Klare 'Spielregeln' im Betrieb, 'Vertrag', Konsequenzen	Enger Kontakt zwischen Führungskraft und Psychiater
Enge Begleitung durch Führungskraft, HR, Coach	Manipulationsvermögen egoistischer Art einschränken (Chef aufklären über Störung, z.B: PS)	klare Abmachungen und Aufgabenzuweisungen
Empathische Konfrontation und Abgrenzung	Mehr Einzelarbeit	engmaschige Betreuung, Grenzen setzen
Einzelarbeit, Home Office		erwünschtes und unerwünschtes Verhalten klar benennen
Reduktion Kundenkontakt		Miteinbeziehen in Entscheidungen, Team Events
Klare 'Spielregeln' im Betrieb		Verhalten benennen und offenlegen im geschützten Rahmen Vertrag mit Regeln
Ausgeglichenheit, Affektregulation	Frustrationstoleranz, Kritikfähigkeit	Vermeidung sozialer Kontakte
Einzelbüro, Reizreduktion	Besprechung von Vorfällen mit Vorgesetztem in geplanten Sitzungen, welche ohne Vorkommnisse in regelmässigen Abständen stattfinden, soz. präventiv.	aktives Einbeziehen, Nachfragen, Einladen, eher kleinere Gruppen
Entspannung oder Sport am Arbeitsplatz über Mittag	Kürzere Arbeitsaufträge, kurzfristige Überprüfung	Anleitung durch Bezugsperson am Arbeitsplatz
Klare 'Spielregeln' im Betrieb, 'Vertrag', Konsequenzen	Kleine, erreichbare Teilziele	klare Absprachen bezgl. soz. Kontakte, z.B. fest vereinbarte Termine
Enge Begleitung durch Führungskraft, HR, Coach	Enge Begleitung durch Führungskraft, HR, Coach	Pausen mit Team zusammen (obligatorisch)
Reduktion Kundenkontakt	Konstante Ansprechperson bei Problemen	regelmässiger geplanter Austausch mit Kollegen, Teamsitzungen
Standortgespräche (Pat., Vorgesetzter, Psychiater)	regelmässige sachliche Konfrontation	Versuchen, dass regelmässige, aber dosierte Kontakte stattfinden
Sofortige Rückmeldungen an den Mitarbeiter	5 Minuten überlegen, bevor reagiert wird	
Durchsetzungsvermögen	Soziale Wahrnehmung	Impulskontrolle, Aggressivität
Klärung der Arbeitsverteilung, Überprüfung mittels regelmässiger Gespräche	Reduktion Kundenkontakt	Einzelbüro, Reizreduktion
Zuweisung klarer Aufgaben, klar definiertes Arbeitspensum	Einzelarbeitsplatz mit wenig Sozialkontakt	Entspannung oder Sport am Arbeitsplatz über Mittag
Enge Begleitung durch Führungskraft, HR, Coach	Enge Begleitung durch Führungskraft, HR, Coach	Klare 'Spielregeln' im Betrieb, 'Vertrag', Konsequenzen
Ermutigen, bei Unsicherheit zu fragen	Häufigeres Feedback durch Chef/Teambesprechungen Rasches Ansprechen durch Chef	Enge Begleitung durch Führungskraft, HR, Coach Reduktion Kundenkontakt Standortgespräche (Pat., Vorgesetzter, Psychiater)

Wiederum kommen bei bestimmten Einschränkungen weitere typische Anpassungen hinzu:

- Absenzenmanagement, Einschalten Case Manager, frühe/häufige Kontaktierung des arbeitsunfähigen Mitarbeiters, frühzeitiger Kontakt zum Psychiater, rechtzeitiges Abmelden verlangen (bei vielen/langen Absenzen)
- Fahrgemeinschaften, Transportdienste, „ritualisierter“ Arbeitsweg (Probleme mit der Mobilität)
- Schriftliche Zielvereinbarungen, „nicht zu sture Regeln/nicht alles auf einmal verlangen“ (bei Disziplinproblemen)
- Engmaschige Kontrolle (bei Kompetenzüberschreitungen)
- Konstante Ansprechperson bei Problemen (bei Frustrationsintoleranz und reduzierter Kritikfähigkeit)
- Definierte Austauschzeiten, Regelung des (betrieblichen) Umgangs mit unselbständigem Verhalten, Rückfragen limitieren (bei Unselbständigkeit, Anhänglichkeit)

Tabelle 35: Arbeitsanpassungen bei Funktionsdefiziten im Arbeitsverhalten (zusammengefasst)

Präsenz; viele/längere Absenzen	Extreme Angst, Fehler zu machen	Selbständiges Arbeiten, anhänglich
Absenzenmanagement	Fehlermanagement, aus Fehlern lernen dürfen, keine Bestrafung	Klare Arbeitsaufträge/Aufgabenheft
Präsenz mit reduzierten Leistungsanforderungen	klar strukturierte Arbeitsanweisungen	Kürzere Arbeitsaufträge, kurzfristige Überprüfung
Einschalten Casemanager, Coach etc.	Kontrolle, Feedback	definierte Austauschzeiten
Frühes Nachfragen bei Abwesenheiten durch Chef	Bestätigung, Wertschätzung	Strukturierte Abmachungen, wie oft, wo und mit wem die Unselbständigkeit aufgefangen wird.
Frühzeitige Kontakte zwischen Arbeitgeber und Arzt	Rücksprachemöglichkeiten	Mit kleinen Aufträgen selbstständiges Arbeiten trainieren
Rechtzeitiges Abmelden verlangen	Ermutigen, bei Unsicherheit zu fragen	Rückfragen limitieren, zunächst selbst probieren, dann vorzeigen
Täglicher Kontakt zum Vorgesetzten		
Überschreiten der Kompetenzen	Mobilität, Verkehrsfähigkeit	Pünktlichkeit
Klare Arbeitsaufträge/Aufgabenheft	Home Office so weit als möglich	Flexible Arbeitszeiten
Konfrontation und Abgrenzung	Fahrgemeinschaften, Transportdienste	Klare Bedingungen und Konsequenzen
Klare 'Spielregeln' im Betrieb, 'Vertrag', Konsequenzen	flexible Arbeitszeiten	Gleitende Arbeitszeit
Engmaschige Kontrolle	Arbeitsweg ritualisieren	
Disziplin, Einhalten von Regeln		
Klare Arbeitsaufträge/Aufgabenheft		
Klare 'Spielregeln' im Betrieb, 'Vertrag', Konsequenzen		
Nicht alles auf einmal verlangen/nicht zu sture Regeln		
Regelmässige Treffen, Planung der Arbeit, Auswertung		
Regelverstösse klar machen, Konsequenzen gemeinsam besprechen		
Schriftliche Zielvereinbarungen		

5.3 Fazit Funktionsdefizite und Arbeitsanpassungen

Die Befragten haben jeweils für ein Störungsbild die Relevanz einer Liste von möglichen Funktionsstörungen eingeschätzt. Dabei zeigen sich je nach Diagnose sehr unterschiedliche Profile von Funktionsdefiziten:

Bei schizophrenen Störungen fallen vor allem Defizite bei der sozialen Kognition, der Konzentration und der Realitätsprüfung besonders stark ins Gewicht, bei Depressionen Defizite bei der Konzentration, der Durchhaltefähigkeit, dem Arbeitstempo und der Belastbarkeit generell. Bei Zwangsstörungen zeigen sich spezifische Defizite bei der Zuversicht ins das eigene Können (Angst vor Fehlern) und beim zwangsbedingten reduzierten Arbeitstempo. Schmerzstörungen sind vergleichsweise deutlich weniger behindert und fallen durch eine reduzierte Durchhaltefähigkeit und häufige Absenzen auf. ‚Dramatische‘ Persönlichkeitsstörungen zeigen erhebliche Defizite im zwischenmenschlichen Bereich wie bei der Impulskontrolle, der Frustrationstoleranz, der Ausgeglichenheit und der sozialen Wahrnehmung. Und Persönlichkeitsstörungen vom ängstlich-vermeidenden Typ schliesslich haben vor allem Angst vor Fehlern und Probleme bei der Durchsetzungs- und Entscheidungsfähigkeit sowie beim selbständigen Arbeiten.

Insgesamt vielfältig und auch schwer eingeschränkt sind Depressionen, Schizophrenien und dramatische Persönlichkeitsstörungen. Der aktuelle Trend, depressive Störungen per se als weniger einschränkend einzustufen, kann hier nicht nachvollzogen werden, im Gegenteil betreffen die Ausfälle mit Ausnahme der Schizophrenie bei keiner Störung einen so umfassenden Bereich wie bei den Depressionen (Kognition, Belastbarkeit, soziale Kompetenzen). Die Defizite bei den emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen sind zwar nicht weniger erheblich, allerdings viel spezifischer.

Neben diesen allgemeinen Einschätzungen der Funktionseinschränkungen liegen vergleichbare Daten aus dem eingangs erhobenen Fallbeispiel vor. Der Vergleich der wahrgenommenen Funktionsdefizite im Fallbeispiel unterscheidet sich bei Depressionen, emotional instabilen sowie bei ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen erheblich von den allgemeinen theoretischen Einschätzungen. Dies gilt vor allem für die Persönlichkeitsstörungen: Im konkreten Fall wurden sehr viel mehr Funktionsdefizite angegeben als in der allgemeinen Einschätzung, zudem haben die Falleinschätzungen eine Tendenz, dass vor allem die ängstliche, passive, hilflose Seite hervorgehoben wird. Dies wirkt vor allem bei der Einschätzung der Fallbeispiele mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung verzerrend, wenn je 70-80% als sehr wichtig angeben, der Patient könne sich nicht wehren respektive habe grosse Angst, Fehler zu machen – während dies allgemein nur von 10% erwähnt wird. Offensichtlich unterscheidet sich die Perspektive des Gutachters sehr deutlich von der Perspektive des Behandelnden, auch wenn es sich um dieselben Fachleute handelt.

Eine präzise Kenntnis der Einschränkungen ist unter anderem eine Voraussetzung für die Identifikation der nötigen Arbeitsanpassungen. Die Befragten haben für alle als wesentlich beurteilten diagnosespezifischen Funktionsdefizite Arbeitsanpassungen genannt, welche die Einschränkungen zumindest teilweise zu kompensieren vermögen. Pro Defizit wurden im Schnitt rund 90 Arbeitsanpassungen genannt (insgesamt rund 2'500), welche kategorisiert wurden.

Es zeigen sich einige Arten von *leistungsbezogenen* Anpassungen, welche über verschiedene Einschränkungen hinweg immer wieder genannt werden, zum Beispiel Reduktion der Arbeitsbelastung, der Arbeitskomplexität und des Zeitdruckes, die Reduktion der Arbeitszeit, das Einschalten von Kurzpausen sowie eine klare oder kurzfristigere Strukturierung der Arbeitsaufträge. Bei Einschränkungen des *Sozialverhaltens* wie auch des *Arbeitsverhaltens* (Zuverlässigkeit etc.) werden generell häufig genannt: Klare Spielregeln und Konsequenzen bei Nichteinhalten, mehr Einzelarbeit, Home Office,

enge Begleitung/Feedback durch Führungskraft, regelmässige Standortgespräche mit Psychiater oder ein rasches, empathisches und klares Konfrontieren bei problematischen Verhaltensweisen. Hinzu kommt eine Vielzahl spezifischer Anpassungen bei den vorgegebenen 28 unterschiedlichen Einschränkungen.

Auch mit diesen Angaben legen die Befragten eine fachliche Basis, auf der aufgebaut werden könnte. Im Gegensatz zu den vielen schon vorhandenen technischen Arbeitsanpassungen bei körperlich Behinderten sind konkrete Kompensationsmöglichkeiten bei psychisch Behinderten bisher unterentwickelt. Unter anderem wohl auch deshalb, weil sie nur zum Teil (aber manchmal durchaus) ‚technisch‘ umsetzbar sind, sondern oft auch auf der Beziehungsebene stattfinden.

6 Erfahrungen mit der Berichterstattung an die Invalidenversicherung

Während die zufällig ausgewählte eine Hälfte der Befragten wie gezeigt Auskunft gegeben hat zu den letzten zwei Arbeitsunfähigkeitsfällen wurde die andere Hälfte gebeten, Fragen zu beantworten zu den letzten Berichten über Patienten an die IV-Stellen. Damit sind zum einen die IV-Arztberichte gemeint wie auch die Revisions- respektive Verlaufsberichte. Der thematische Fokus dieses Frageblocks lag nicht in erster Linie auf den betreffenden PatientInnen, sondern mehr auf den Erfahrungen mit der IV-Berichterstattung selbst.

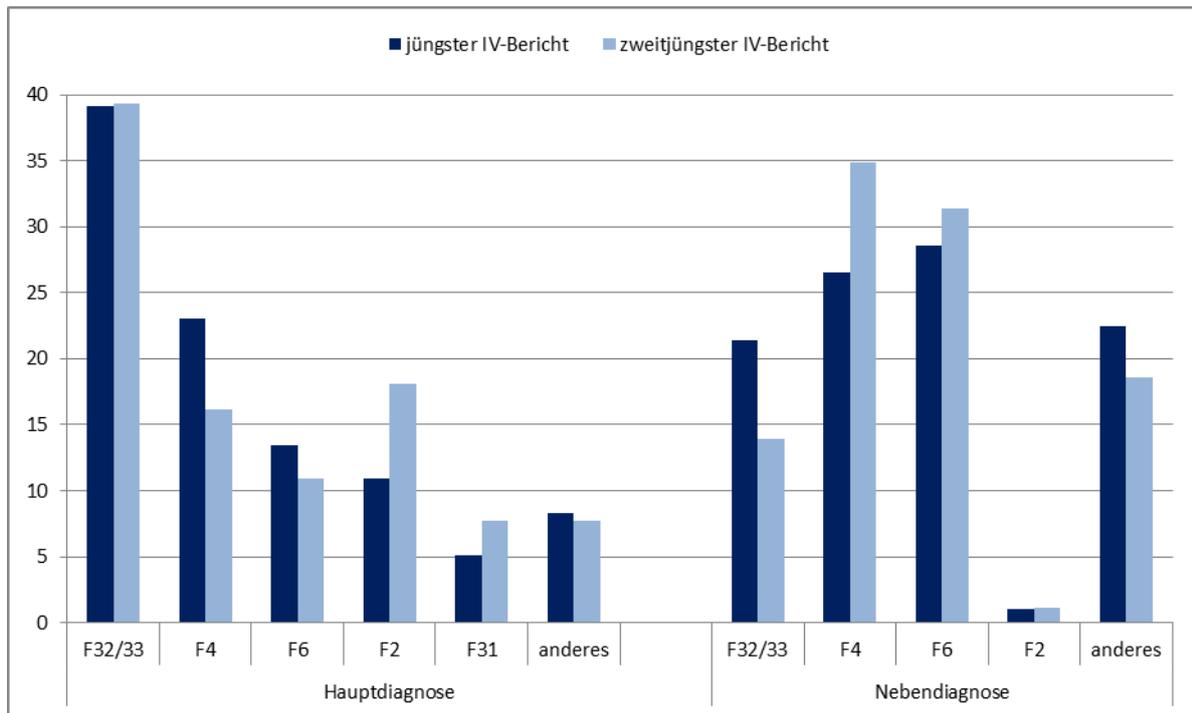
Insgesamt haben N=181 Psychiaterinnen und Psychiater diesen Frageblock begonnen. Davon haben 11% noch nie respektive schon sehr lange nicht mehr einen Bericht an die IV-Stelle verfasst und wurden an den letzten Frageblock weitergeleitet.

Bei den verbleibenden N=161 Behandelnden handelte es sich im jüngsten Fall zu rund 70% um einen IV-Arztbericht und zu 30% um einen Revisionsbericht. Im zweitjüngsten Fall handelte es sich zu rund 60% um einen IV-Arztbericht und zu 40% um einen Revisionsbericht.

6.1 Diagnose, Verlauf und Prognose

Diagnostisch (Abbildung 97) dominieren bei den Hauptdiagnosen der zwei jüngsten IV-Berichterstattungen Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Episode respektive rezidivierenden depressiven Störungen (F32/F33) – in rund der Hälfte der F32-Diagnosen handelt es sich um schwere depressive Episoden, und rund ein Viertel der von rezidivierenden depressiven Störungen betroffenen Patienten haben aktuell eine schwere Episode – gefolgt von neurotischen Störungen (F4), Persönlichkeitsstörungen (F6) und schizophrenen Störungen (F2). Eher selten sind bipolare affektive Störungen (F31) und andere (hier handelt sich vor allem um sozial-emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters, Substanzabhängigkeit und Minderintelligenz).

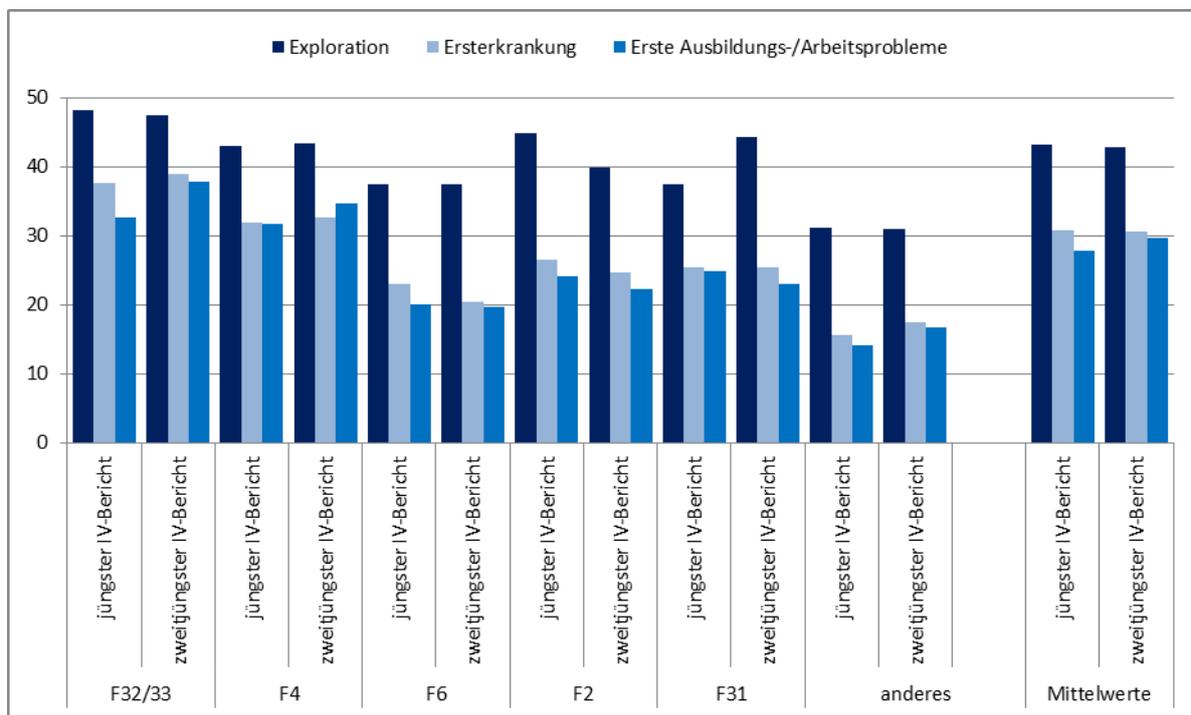
Bei der ersten Nebendiagnose sind neurotische (v.a. Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen) sowie Persönlichkeitsstörungen besonders häufig.

Abbildung 97: Diagnose der zwei zuletzt für die IV abgeklärten Patienten (N=159/156)

Die hier erfassten PatientInnen mit Berichterstattung an die IV sind zur Zeit der psychiatrischen Exploration im Durchschnitt 43 Jahre alt (Abbildung 98). Im Schnitt etwas jünger sind Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung sowie Patienten mit anderen Störungen (kinder- und jugendpsychiatrische Störungen, Minderintelligenz, Sucht). Mit 48 Jahren am ältesten sind Patienten mit depressiven Störungen.

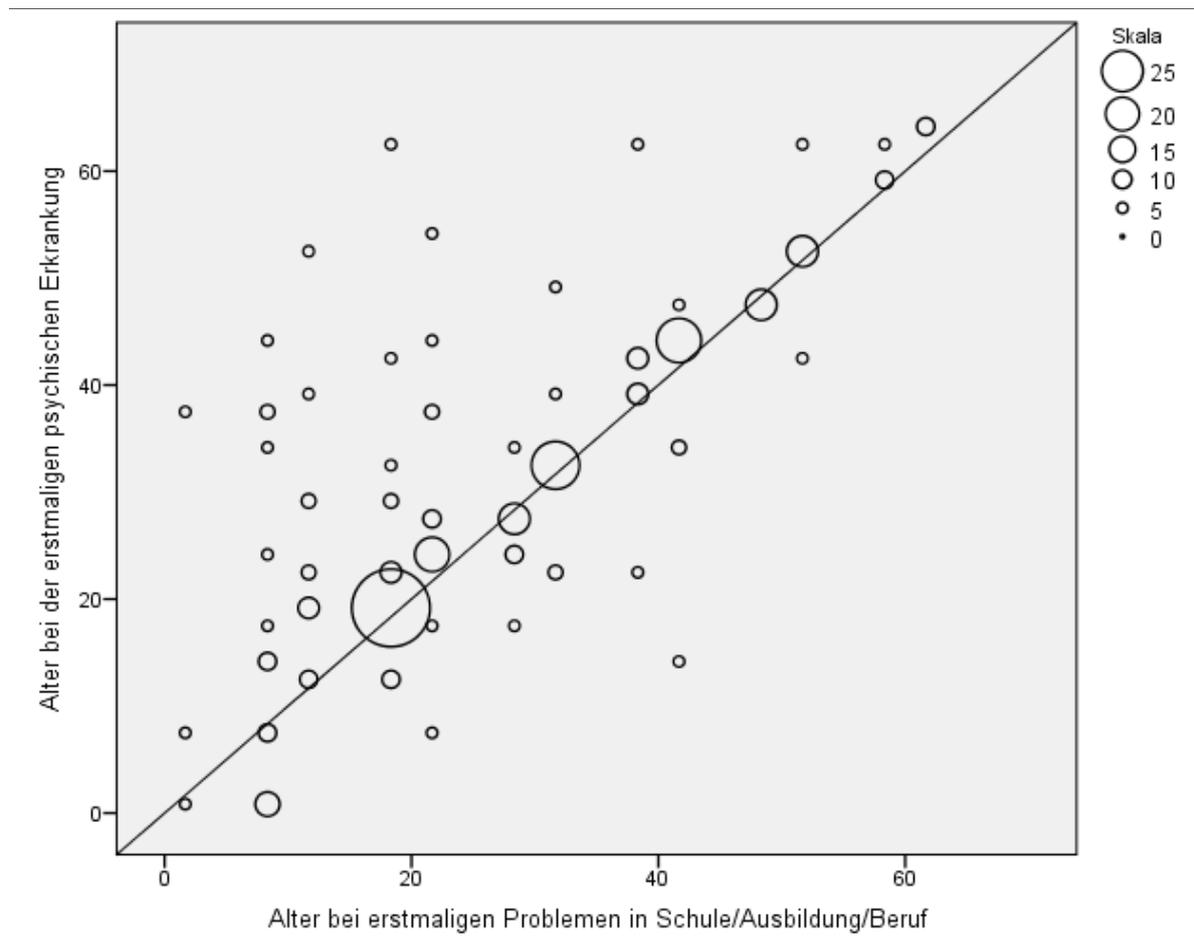
Das Alter, in dem diese Patientinnen und Patienten erstmals an einer psychischen Störung erkrankt sind, liegt mit durchschnittlich 31 Jahren erwartungsgemäss deutlich tiefer, allerdings mit deutlichen Unterschieden nach Diagnosegruppe: Das tiefste Ersterkrankungsalter zeigt mit 15-18 Jahren die Gruppe der „anderen“ Störungen, was in Anbetracht der hier subsumierten Diagnosen nachvollziehbar ist, gefolgt von den Persönlichkeitsstörungen mit einem Schnitt von rund 20 Jahren sowie den schizophrenen Störungen und den bipolaren affektiven Störungen mit jeweils rund 25 Jahren. Ein hohes Ersterkrankungsalter findet sich bei Anpassungs- und Belastungsstörungen (rund 32 Jahre) sowie depressiven Erkrankungen mit rund 38 Jahren. Insgesamt betrachtet liegen demnach zwischen Ersterkrankung und der aktuellen Exploration rund 12 Jahre.

Abbildung 98: Alter bei Exploration, Ersterkrankung, ersten Problemen nach Diagnose (N=156/155)



Interessanterweise liegt das durchschnittliche Alter, in dem sich erstmalige Probleme in Schule, Ausbildung oder Berufs gezeigt haben, über alle Diagnosen hinweg fast durchgängig tiefer als das Ersterkrankungsalter. Bei den Patienten im jüngsten IV-Bericht beträgt dieser Unterschied durchschnittlich 2.5 Jahre, bei den Patienten im zweitjüngsten Bericht knapp 1 Jahr. Offensichtlich haben sich zuerst Probleme bei der Ausbildungs- oder Arbeitsstelle gezeigt, bevor die Krankheit manifest wurde. Lediglich bei den neurotischen Störungen liegt das Ersterkrankungsalter vor dem Alter, indem sich erstmals funktionelle Probleme zeigten. Einschränkend muss hier festgehalten werden, dass es sich lediglich grob orientierende Altersangaben handelt, nämlich um die Mittelwerte von abgefragten 5-Jahres-Zeiträumen. Dennoch zeigen sich hier typische Verlaufsmerkmale, und ist die systematische zeitliche Differenz zwischen Ersterkrankung und ersten funktionellen Defiziten bemerkenswert.

Das Streudiagramm zeigt diesen Befund etwas deutlicher (Abbildung 99): Jeder Kreis zeigt eine oder mehrere Patienten (je grösser der Kreis, desto mehr Personen befinden sich auf dem entsprechenden Punkt der Matrix). Der Grossteil der Patienten liegt auf respektive oberhalb der Diagonalen, das heisst der Wert auf der y-Achse (Ersterkrankung) ist höher als derjenige auf der x-Achse (erstmalige Funktionsdefizite). Nur sehr wenige Personen liegen unterhalb der Diagonalen. Dass die Funktionsdefizite in Ausbildung und am Arbeitsplatz Vorboten einer manifesten Erkrankung sein können, ist nicht neu. Aber es ist aus praktischer Sicht hinsichtlich Frühintervention und früher Behandlung sehr relevant.

Abbildung 99: Alter bei Ersterkrankung und erstmaligen Funktionsdefiziten (Streudiagramm)

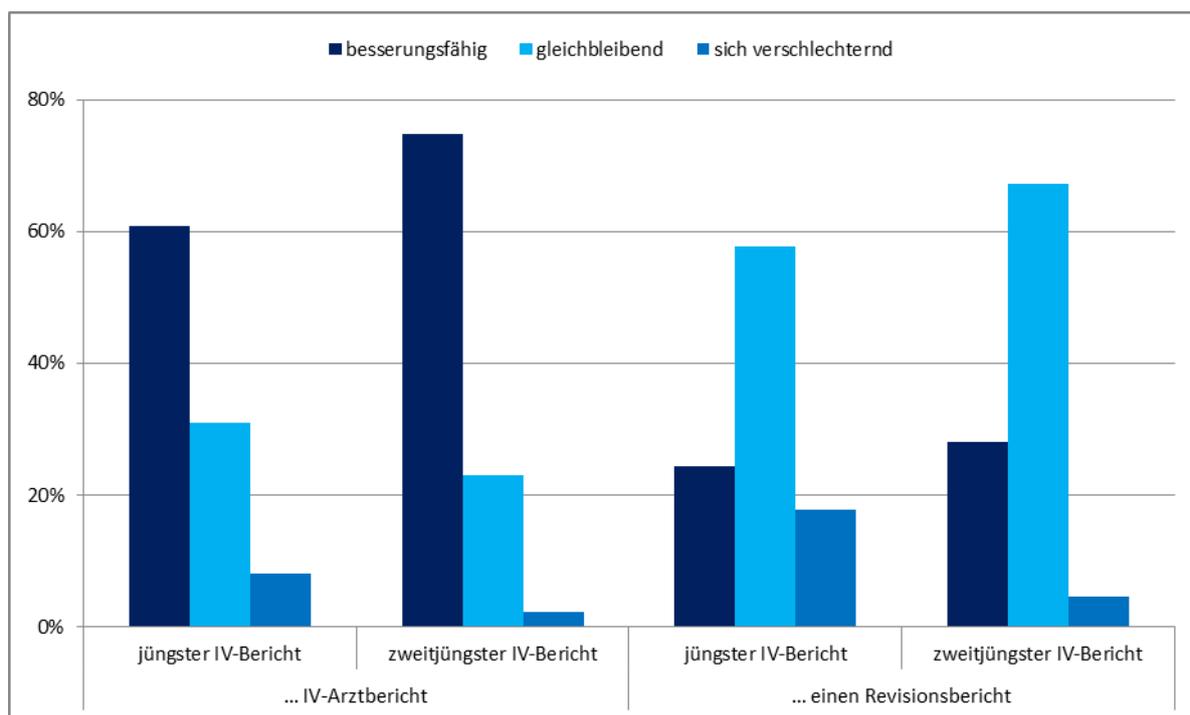
Die lange Dauer zwischen erstmaligen psychisch bedingten Arbeitsproblemen und der aktuellen Berichterstattung (welche nicht unbedingt die erste sein muss; rund ein Drittel der Berichte sind wie erwähnt Verlaufsberichte) zuhanden der IV-Stellen verdeutlicht (wie schon im dargestellten Patientenbeispiel im ersten Berichtsteil), dass bei einem grossen Teil der Exploranden ein sehr grosser Teil der bisherigen Arbeitsbiografie nicht vor der Erkrankung stattgefunden hat, sondern nach der Ersterkrankung und nach dem erstmaligen Auftreten der Funktionsdefizite bei der Arbeit.

Hinsichtlich der von den Behandelnden in diesen beiden Fällen gestellten Prognose des Gesundheitszustandes muss unterschieden werden zwischen den IV-Arztberichten und den Verlaufs- respektive Renten-Revisionsberichten: IV-Arztberichte werden häufig zum Beginn eines IV-Verfahrens eingeholt, Verlaufsberichte im weiteren Verlauf und Revisionsberichte betreffen PatientInnen, welche schon eine IV-Rente beziehen. Entsprechend den unterschiedlichen Situationen, die mit den Berichten erfasst werden, unterscheidet sich auch die ärztliche Prognose.

Insgesamt wird im jüngsten IV-Bericht in 50% der Fälle von einem verbesserungsfähigen Gesundheitszustand ausgegangen, in 39% von einem gleichbleibenden und in 11% von einem sich verschlechternden Gesundheitszustand. Die entsprechenden Werte für den zweitjüngsten Berichtsfall sind 56%, 41% und 3%.

Die folgende Grafik (Abbildung 100) bestätigt die deutlich günstigere Prognosestellung bei den IV-Arztberichten: In jeweils zwischen 60-75% der IV-Arztberichte wird der Gesundheitszustand als verbesserungsfähig beurteilt, während dies bei den Revisionsberichten lediglich in rund einem Viertel der abgeklärten Patienten der Fall ist. In rund drei Vierteln aller Revisionsberichte wird demnach ein künftig gleichbleibender oder gar sich verschlechternder Gesundheitszustand erwartet. Dies entspricht angesichts der Tatsache, dass es sich hierbei fast immer um IV-RentenbezügerInnen handelt, den Erwartungen. Bemerkenswert scheint vielmehr, dass bei rund einem Viertel dieser Patientinnen und Patienten eine Verbesserung prognostiziert wird.

Abbildung 100: Prognose des Gesundheitszustandes nach Art des IV-Berichtes (N=jeweils 155)



Setzt man die Prognose mit der Hauptdiagnose der abgeklärten PatientInnen in Verbindung, zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede (Abbildung 101).

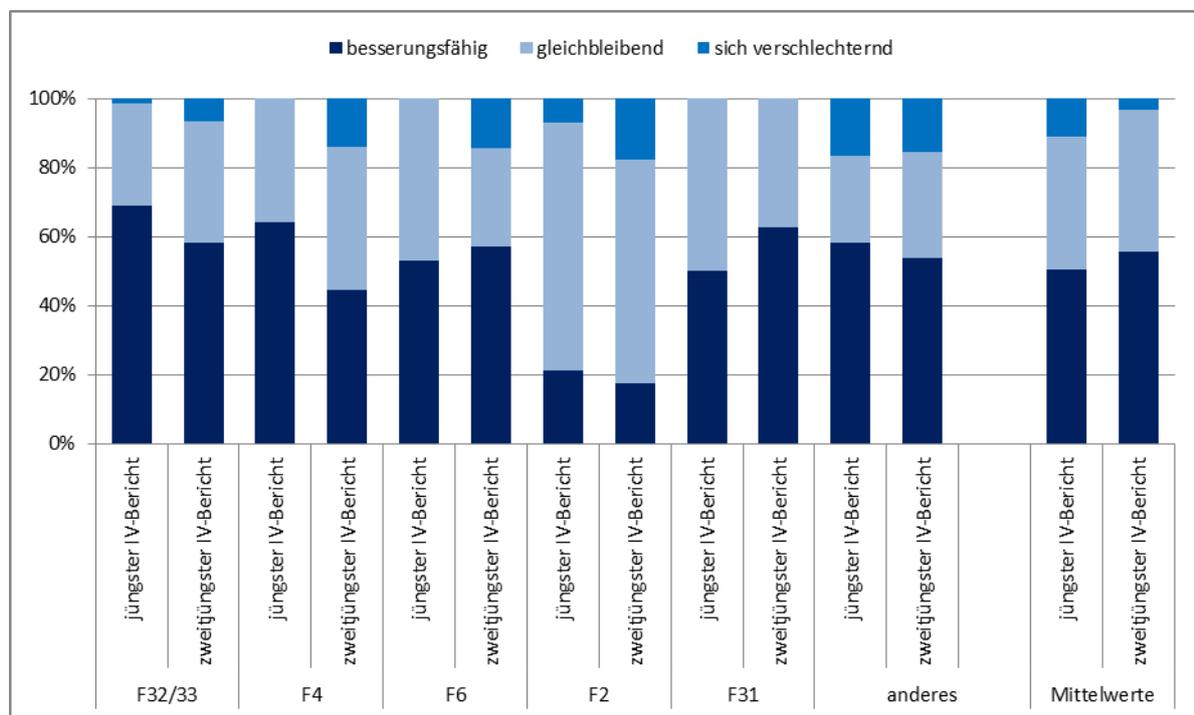
Am besten ist die Gesundheits-Prognose insgesamt bei den depressiven Störungen (F32 und F33): Im letzten Berichtsfall werden 69% der Patienten im jüngsten Bericht und 58% der Patienten im zweitjüngsten Bericht als besserungsfähig beschrieben. Auch bei bipolaren Störungen (F31), bei neurotischen Störungen (F4) und bei Persönlichkeitsstörungen (F6) ist die Prognose (mit einer gewissen Bandbreite) in insgesamt über 50% der Fälle positiv.

Bei den „anderen“ (kinderpsychiatrische Störungen, Minderintelligenz, Sucht) wird ebenfalls in mehr als 50% der Fälle von einer Besserungsfähigkeit ausgegangen, allerdings ist hier auch der Anteil der sich künftig prognostisch verschlechternden Fälle mit rund je 15% erheblich.

Am negativsten ist die Gesundheitsprognose bei den schizophrenen Patienten: Bei ihnen wird in jeweils lediglich 20% der Fälle von einer Besserungsfähigkeit ausgegangen, und wird in je nach Fall in 7 respektive 17% der Patienten eine Verschlechterung prognostiziert. In 65 respektive 71% der Fälle wird von einem gleichbleibendem Gesundheitszustand ausgegangen.

Typisch an diesen Resultaten ist, dass depressive und neurotische Störungen eine relativ gute Prognose aufweisen und schizophrene Störungen eine besonders schlechte. Dass Persönlichkeitsstörungen und „andere“ psychische Störungen ebenfalls eine gute Gesundheitsprognose aufweisen, ist angesichts der Definition der hier subsumierten Krankheiten teilweise bemerkenswert (Persönlichkeitsstörungen als *anhaltende* Störungen des Erlebens und Verhaltens, Minderintelligenz bei der Rubrik „anderes“ etc.). Dies reflektiert analoge Resultate aus den Analysen von IV-Berenteten aus so genannten „psychogenen und milieureaktiven“ Gründen wie auch von jungen IV-Berenteten aus psychischen Gründen (Baer et al., 2009; 2016): Die Prognose des Gesundheitszustandes (nicht der Arbeitsfähigkeit) ist bei schizophrenen Störungen sehr viel schlechter als bei allen anderen, teils ebenfalls potentiell sehr behindernden Krankheiten wie Minderintelligenz, Suchterkrankungen, frühkindlichen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Abbildung 101: Prognose des Gesundheitszustandes nach Hauptdiagnose (N=jeweils 155)



6.1.1 Analyse der Arbeitsbiografie

Im ersten Teil des vorliegenden Berichtes wurde dargestellt, wie wichtig die Arbeitsbiografie für die Einschätzung der aktuellen und künftigen Arbeitsfähigkeit und Eingliederungsplanung sein kann, und wie häufig Psychiaterinnen und Psychiater bei ihren Patienten mit Arbeitsproblemen lange vorbestehende Problemmuster wahrnehmen (in rund zwei Dritteln aller Patienten mit aktuellen Arbeitsproblemen).

Aus diesem Grund wurden die Behandelnden auch dazu befragt, ob sie die Arbeitsbiografie der Patienten für die IV-Berichterstattung analysiert und in welcher Form sie dies im Bericht dargestellt haben (Abbildung 102).

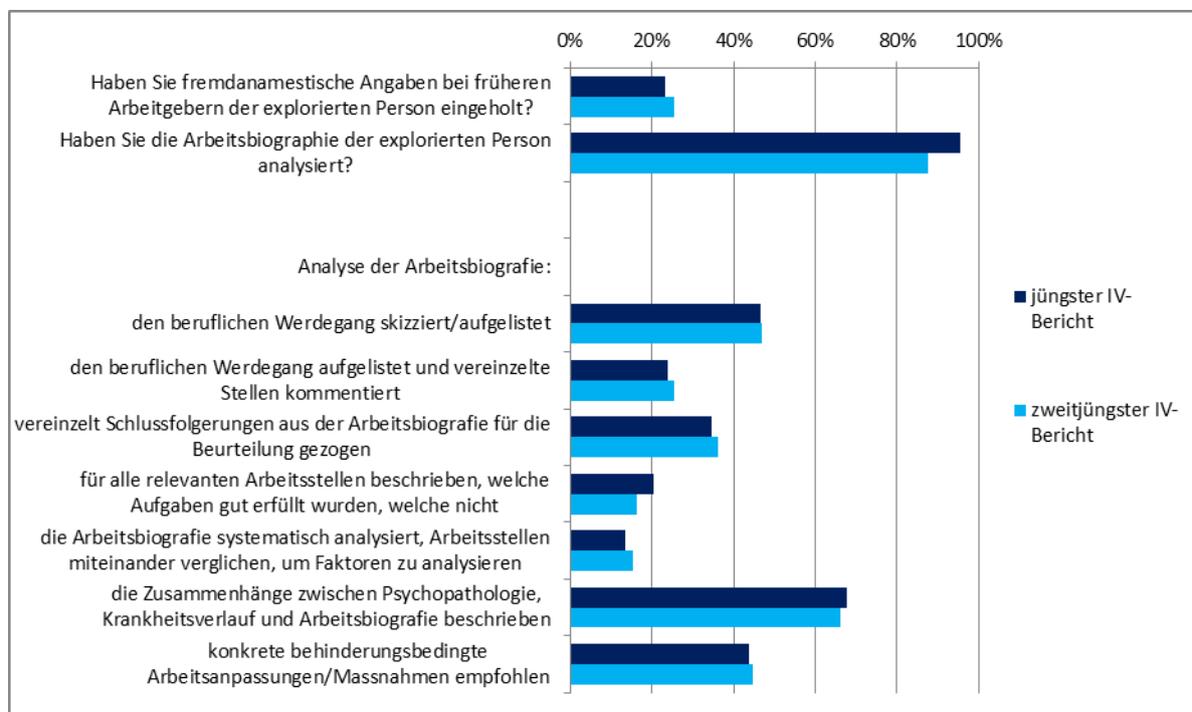
Nahezu alle berichterstattenden Psychiater geben an, die Arbeitsbiografie der explorierten Person analysiert zu haben (96% im jüngsten Bericht, 88% im zweitjüngsten). Dies wurde demnach nahezu immer gemacht (hinzu kommt, dass eine solche Analyse möglicherweise gar nicht für jeden Bericht

nötig war, zum Beispiel für einen wiederholten Revisionsbericht). Etwa 65% dieser Arbeitsbiografie-Analysen waren laut den Befragten „ausführlich“ und 35% waren „eher knapp“.

Dort, wo eine solche Analyse durchgeführt wurde, bedeutete dies in rund zwei Dritteln der Fälle, dass die Zusammenhänge zwischen Psychopathologie, Krankheitsverlauf und Arbeitsbiografie beschrieben wurden. Hierunter würde auch die Beschreibung der erwähnten typischen Problemmuster des Patienten fallen. In jeweils rund 45% der Berichte wurde der berufliche Werdegang skizziert oder aufgelistet und wurden konkrete behinderungsbedingte Arbeitsanpassungen respektive sonstige Massnahmen empfohlen. Umgekehrt wird vergleichsweise selten für alle wesentlichen Arbeitsstellen im CV beschrieben, welche Arbeitsaufgaben jeweils besser oder schlechter erfüllt wurden. Es wird auch selten die Arbeitsbiografie systematisch analysiert, indem zum Beispiel verschiedene Arbeitsstellen miteinander verglichen werden, um Einflussfaktoren auf das Funktionieren des Patienten zu identifizieren (z.B. ‘an der Stelle A arbeitete der Patient häufig für sich, was gut ging, an Arbeitsstellen mit intensivem Teamkontakt ging es nicht gut’).

In rund einem Viertel der Abklärungen wurden fremdanamnestische Angaben bei früheren Arbeitgebern eingeholt – fast immer bei einem Arbeitgeber, nicht bei mehreren. Informationen von Arbeitgebern einzuholen, ist demnach gar keine Seltenheit. Im Vergleich zu den anderen, teils viel häufigeren Aktivitäten (Auflistung des beruflichen Werdeganges, Synthese von Pathologie, Verlauf und Funktionsdefiziten etc.) und angesichts der potentiell sehr wertvollen Informationen, wird diese Informationsquelle aber doch eher wenig genutzt. Relativierend muss man allerdings festhalten, dass nicht in jedem Fall ein Arbeitgeber vorhanden ist, der auskunftsbereit ist, den Patienten genügend gut kennt und ihn zumindest bis vor nicht allzu langer Zeit beschäftigt hat. Hinzu kommt, dass vielleicht der Patient nicht will, dass der Behandelnde seinen (früheren) Arbeitgeber kontaktiert.

Abbildung 102: Analyse der Arbeitsbiografie durch die Behandelnden (N=156/155)



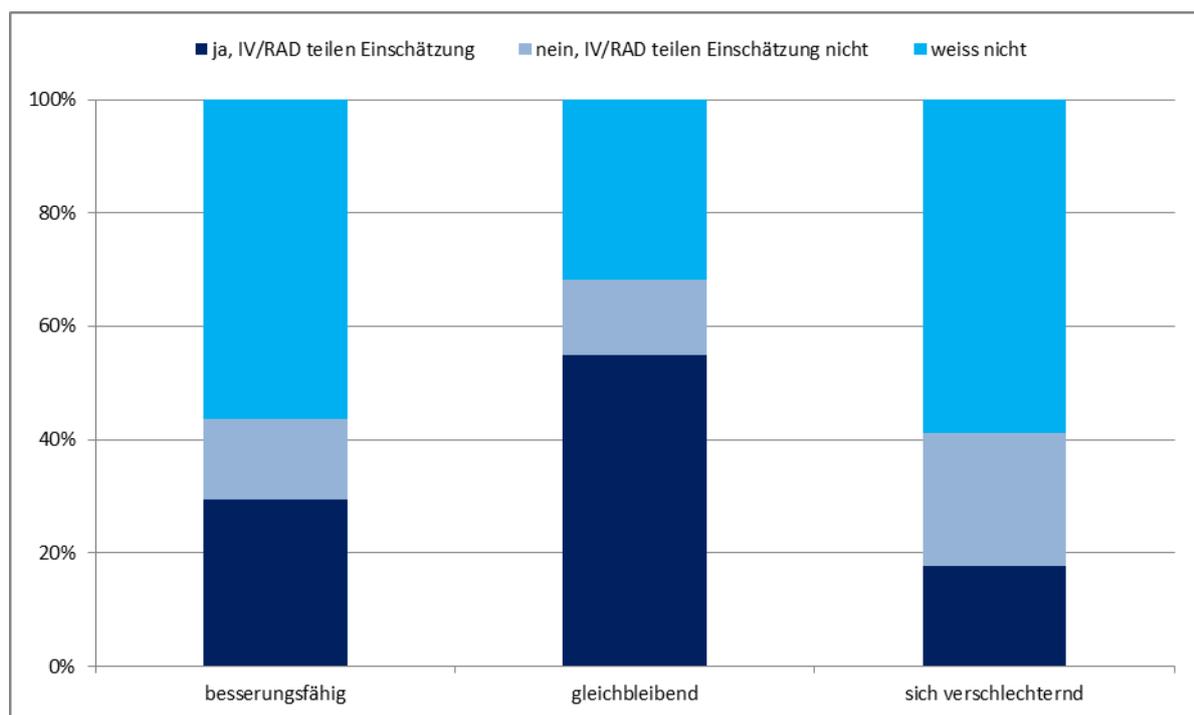
6.2 Einschätzung der Beurteilungen durch die IV-Stelle

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nehmen eine fachliche Beurteilung der Prognose des Gesundheitszustandes bei ihren PatientInnen vor, und diese wird durch die IV-Stelle fachlich (durch die Regionalen Ärztlichen Dienste [RAD]) respektive auf dem Hintergrund der IV-Gesetzgebung geprüft.

6.2.1 IV-Beurteilung der Prognose des Gesundheitszustandes

Wie sieht nun die Beurteilung der Einschätzung der Behandelnden durch die IV-Stelle respektive durch die RAD-Ärzte aus? Die folgende Grafik (Abbildung 103) verdeutlicht, dass die berichtserstattenden PsychiaterInnen dies im Normalfall gar nicht wissen: In je nach Prognose einem Drittel bis 60% der Berichtsfälle sind die Behandelnden nicht darüber informiert, wie die IV-Stelle/der RAD-Arzt ihre Beurteilung einschätzt. Dieser Anteil ist vor allem in denjenigen Fällen besonders hoch, in denen die Behandelnden einen besserungsfähigen respektive sich verschlechternden Gesundheitszustand prognostiziert haben. Häufiger sind sie (zum Befragungszeitpunkt schon) über die IV-Beurteilung informiert, wenn sie einen gleichbleibenden Gesundheitszustand prognostiziert haben. Möglicherweise sind diejenigen Fälle, in denen sich laut Behandelnden etwas verändert, umstrittener oder benötigen eine längere Reaktionszeit der IV-Stelle. Generell jedoch werden die berichtserstattenden PsychiaterInnen oft nicht über die Beurteilung ihrer Angaben durch die IV-Stelle informiert (siehe unten).

Abbildung 103: Beurteilung der ärztlichen Prognose durch IV-Stelle/RAD (N=155; jüngster IV-Bericht)



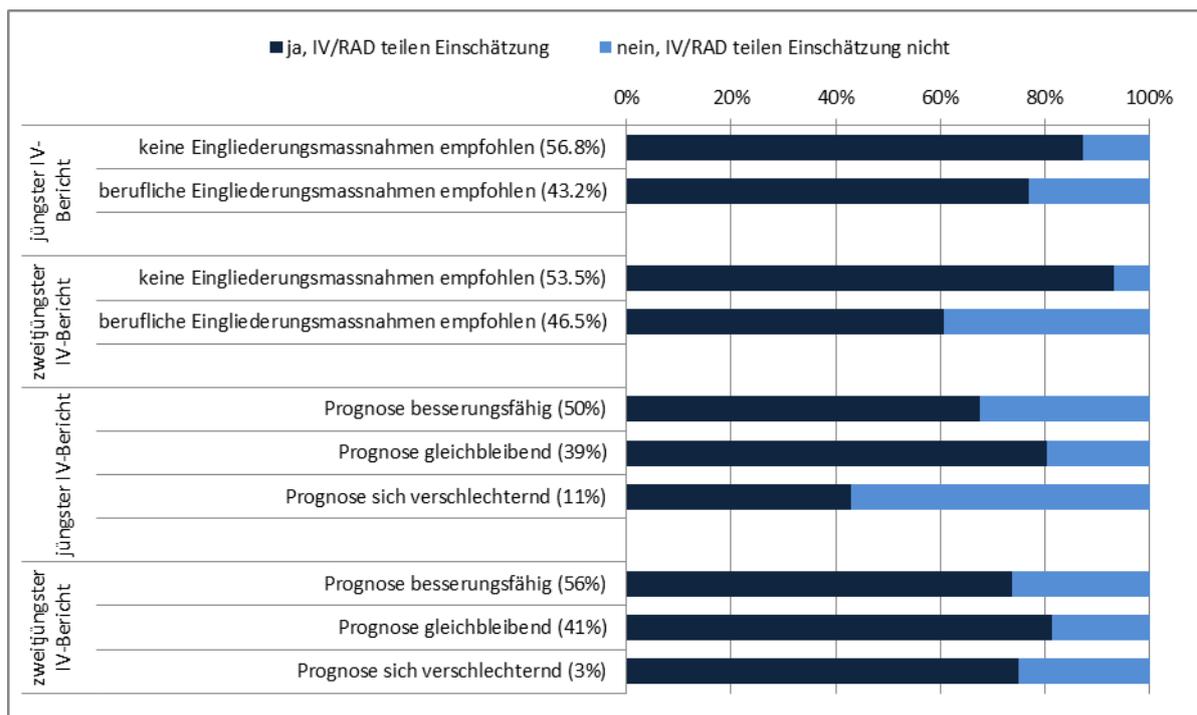
6.2.2 IV-Beurteilung von empfohlenen Eingliederungsmassnahmen

Betrachtet man lediglich, ob die IV-Stelle die Prognose der Behandelnden teilen oder nicht (und lässt die Fälle weg, in denen die Behandelnden (bisher) nicht darüber informiert wurden, so zeigt sich eine leichte Tendenz, dass die IV-Stellen/RAD-Ärzte etwas skeptischer sind betreffend Prognose (Abbildung 104):

Sowohl im jüngsten wie auch im zweitjüngsten IV-Bericht zeigt sich, dass dort, wo die Psychiaterinnen und Psychiater eine berufliche Eingliederungsmassnahme empfohlen haben (in 43 respektive 46% der Fälle), die IV-Stellen/RAD-Ärzte dies häufiger anders beurteilen als in denjenigen Fällen, wo die Behandelnden keine berufliche Eingliederungsmassnahme empfohlen haben. Wenn Psychiater keine Eingliederungsmassnahme empfehlen, teilen die IV-Stellen/RAD-Ärzte diese Einschätzung zu je rund 90% – wenn Massnahmen empfohlen werden, teilen sie diese nur noch zu 60-77%.

Ähnliches gilt auch für die Prognose: Die höchste ‚Akzeptanz‘ der Prognosestellung zeigt sich bei den als „gleichbleibend“ prognostizierten Gesundheitszuständen: Hier teilen die IV-Stellen/RAD-Ärzte die Einschätzung der Psychiater in je rund 80% der Fälle. Vor allem im jüngsten IV-Bericht wird deutlich, dass die IV-Stellen/RAD-Ärzte vor allem dann zu einer abweichenden Einschätzung als die Behandelnden kommen, wenn diese von einer „besserungsfähigen“ oder „sich verschlechternden“ Prognose ausgehen (hier ist die Übereinstimmung nur noch in 68 respektive 43% der Fälle gegeben). Dass die IV der ärztlichen Prognose eines sich verschlechternden Gesundheitszustandes bei den Patienten so häufig skeptisch gegenübersteht, ist nachvollziehbar: In diesen Fällen kann sich die Frage stellen, ob der Zuspruch einer IV-Rente oder ein höherer IV-Rentengrad geprüft werden muss. Allerdings handelt es sich hier um kleine Zahlen (die Prognose einer gesundheitlichen Verschlechterung wird nur selten gestellt).

Abbildung 104: Beurteilung der Prognose/Empfehlungen durch IV-Stelle/RAD (N=jeweils 155)



Da in gegen 50% der Fälle die Einschätzung der IV-Stelle/RAD-Ärzte gar nicht bekannt ist, sind diese Resultate mit Vorsicht zu geniessen. Dennoch lässt sich festhalten, dass die ‚Akzeptanz‘ der Beurteilung der Behandelnden dann besonders gross ist, wenn diese keine Änderungen prognostizieren (Gesundheitszustand) und keine Eingliederungsmassnahmen vorschlagen. Dies ist wahrscheinlich kein Zufallsresultat: Schon bei den Untersuchungen zu den IV-Berenteten aus „psychogenen und milieureaktiven“ Gründen und zu den jungen IV-Neurentenbeziehenden aus psychischen Gründen zeigte sich, dass ein relevanter Teil der Patienten berentet worden war, obwohl die Therapeuten noch berufliche Eingliederungsmassnahmen empfohlen hatten.

Dies sagt nichts darüber aus, wie adäquat die Empfehlung solcher Eingliederungsmassnahmen respektive deren Ablehnung durch die IV-Stellen in diesen Fällen ist. Es ist auch klar, dass behandelnde Ärzte und IV-Stellen/RAD-Ärzte unterschiedliche Aufgaben und notwendigerweise auch etwas unterschiedliche Perspektiven haben. Die IV-Stelle beispielsweise muss beurteilen, ob durch eine Eingliederungsmassnahme die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten effektiv gesteigert werden kann. Solche Kosten/Nutzen-Überlegungen müssen die Behandelnden per se nicht anstellen. Aber man kann zusammenfassen, dass die Therapeuten relativ häufig bei ihren Patienten ein Potential sehen: In jeweils rund 50% der Fälle gehen sie von einem besserungsfähigen Gesundheitszustand aus und sehen einen Nutzen in beruflichen Eingliederungsmassnahmen. PsychiaterInnen trauen demnach ihren Patienten durchaus rehabilitative Schritte zu.

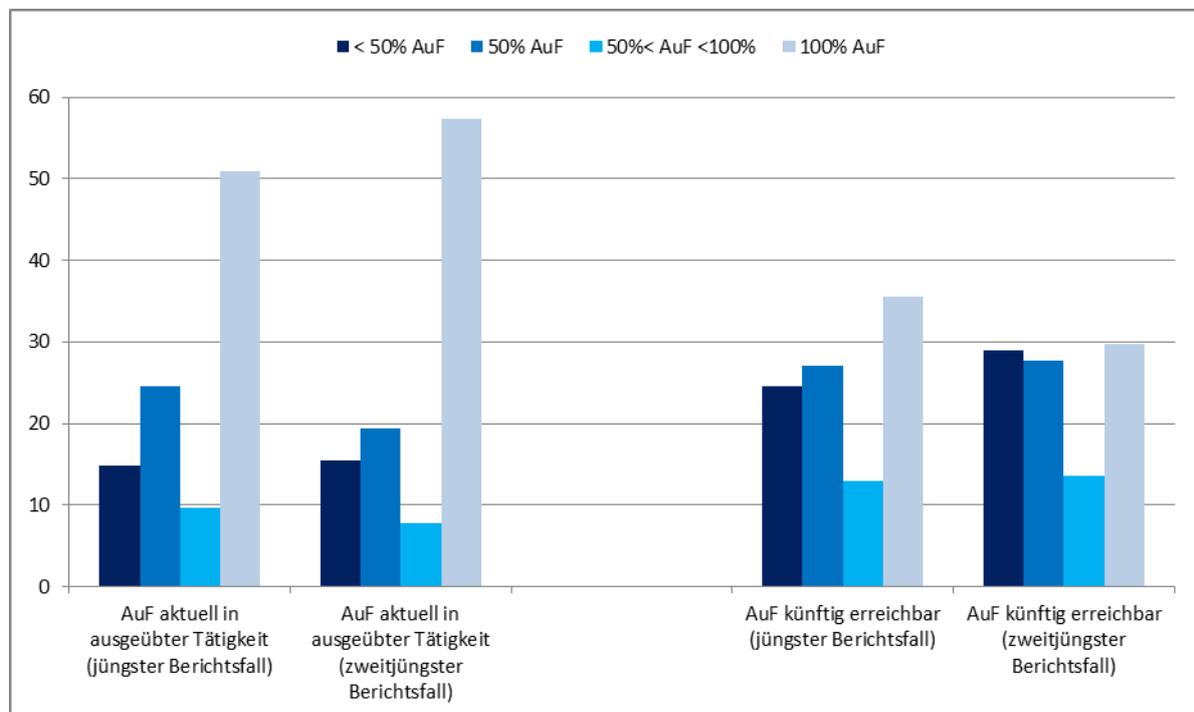
6.2.3 IV-Beurteilung der AuF-Einschätzungen

Weiter haben die Behandelnden ihre Beurteilung der aktuellen und künftigen Arbeitsunfähigkeit in diesen beiden letzten Berichtsfällen angegeben (Abbildung 105). Der in den Berichten angegebene Grad der Arbeitsunfähigkeit wurde in 4 Kategorien zusammengefasst (weniger als 50%, zwischen 50 und 100% sowie 100%).

In je rund 15% der Fälle gehen die Behandelnden im jüngsten und zweitjüngsten IV-Bericht hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit an der aktuellen Arbeitsstelle von einer geringen respektive nicht vorhandenen Arbeitsunfähigkeit aus – meistens handelt es sich hier um volle Arbeitsfähigkeit. In einem Fünftel bis einem Viertel der Fälle wird eine 50%-AuF festgestellt, in knapp 10% eine AuF zwischen 50 und 100% und in der Mehrheit der Fälle eine vollständige AuF.

Prognostisch wird die Arbeitsfähigkeit allerdings deutlich günstiger beurteilt: Eine volle AuF wird künftig nur noch in einem Drittel der Fälle angenommen – vor allem zugunsten einer häufigeren leichtgradigen AuF respektive einer vollen Arbeitsfähigkeit.

Abbildung 105: Einschätzung des aktuellen und künftigen AuF-Grades (N=jeweils 155)



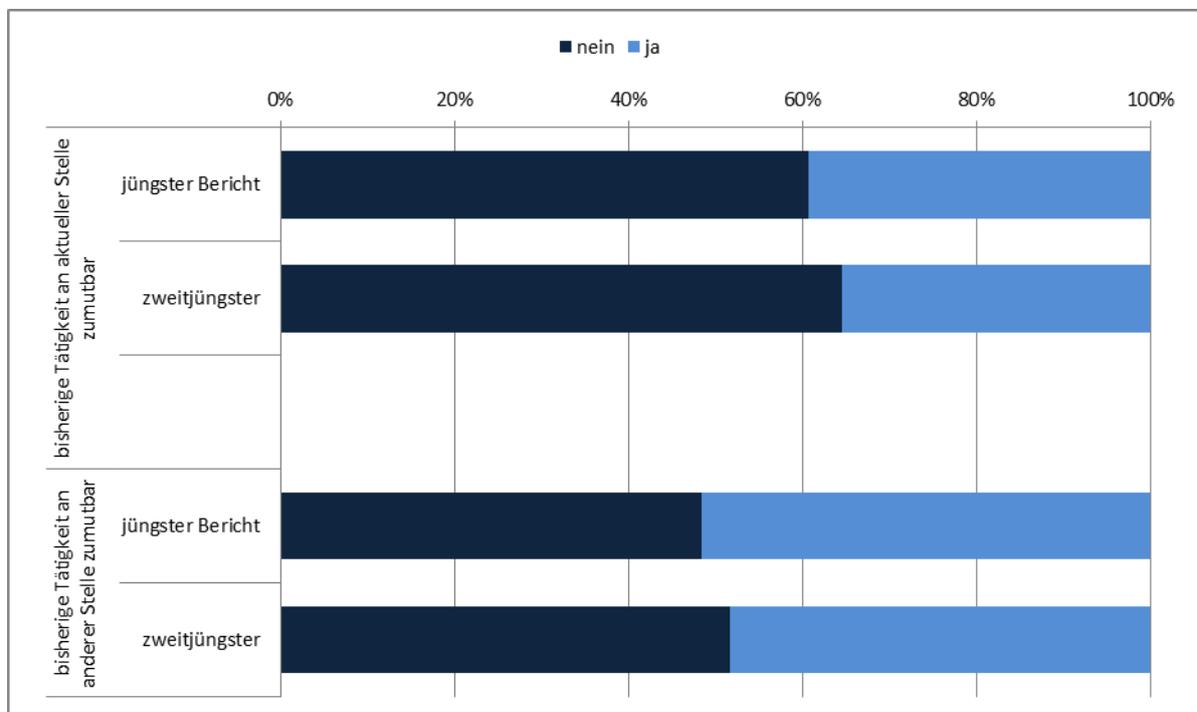
Betrachtet man die Beurteilung dieser Einschätzungen durch die IV-Stellen/RAD-Ärzte, so zeigt sich ein deutlich U-förmiges Resultat: Bei sehr geringer oder voller Arbeitsunfähigkeits-Beurteilung durch die Therapeuten (voll arbeitsfähig und voll arbeitsunfähig) teilt die IV die Einschätzung in je rund 80-100% der Fälle. Hingegen ist die IV bei den zwei mittelgradigen AuF-Gruppen (50%-99% AuF) häufiger anderer Ansicht. Möglicherweise handelt es sich bei den Extremen häufiger um ‚klare‘ Fälle. Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die Behandelnden in den beiden jüngsten Berichtsfällen insgesamt in der Mehrheit (in 52 respektive 58%) der abgeklärten Patienten künftig von einer maximal 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehen.

6.3 Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit

Und schliesslich gaben die Befragten an, ob sie die a) die bisherige Tätigkeit des Patienten an der aktuellen Stelle als zumutbar erachten, ob sie b) die bisherige Tätigkeit des Patienten an einem anderen Arbeitsplatz als zumutbar erachten und c) ob sie mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit des Patienten rechnen (Abbildung 106).

In der Mehrheit der Fälle (etwas mehr als 60%) wird die bisherige Tätigkeit an der aktuellen Stelle als nicht mehr zumutbar erachtet, wobei die bisherige Tätigkeit an einem anderen Arbeitsplatz häufiger als zumutbar beurteilt wird. Das heisst, dass es häufig nicht (nur) die Tätigkeit an sich ist, welche krankheitsbedingt nicht mehr möglich ist, sondern dass die Situation am Arbeitsplatz nicht mehr zumutbar ist. Das ist insofern ein bemerkenswertes Resultat, als es eine häufige praktische Erfahrung spiegelt: Oft sind es nicht die krankheitsbedingt reduzierten instrumentellen Fähigkeiten, welche eine Tätigkeit verunmöglichen, sondern die Umstände an der Stelle – vielfach eine negative Dynamik im Arbeitsumfeld, die sich im Verlauf entwickelt hat und eine Weiterarbeit ausschliesst. Es kommt auch vor, dass sich die Patienten eine Rückkehr an diesen Arbeitsplatz nicht mehr vorstellen können.

Abbildung 106: Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit nach Arbeitsstelle (N=jeweils 155)



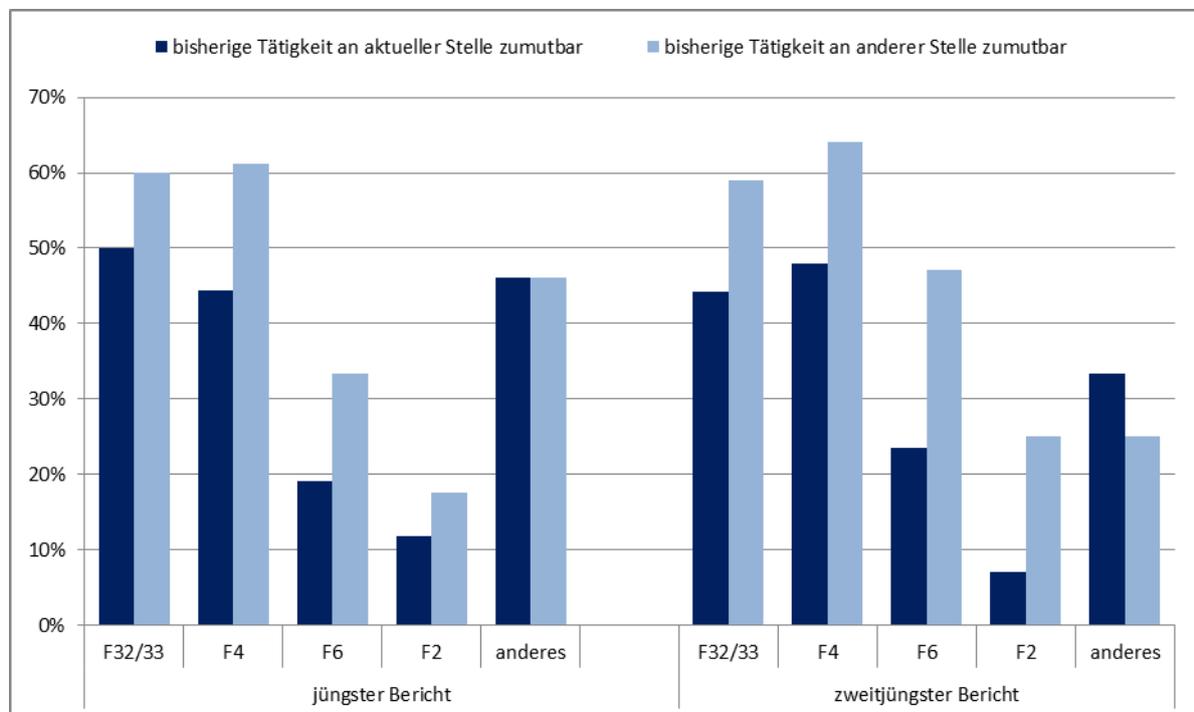
Die folgende Grafik (Abbildung 107) zeigt die Einschätzung der Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit an der aktuellen respektive anderen Arbeitsstelle für die verschiedenen Diagnosegruppen (Hauptdiagnose).

Mit Ausnahme der Gruppe „andere“ Diagnosen (kinderpsychiatrische Störungen, Minderintelligenz, Sucht) wird die bisherige Tätigkeit über alle Diagnosen hinweg an einer anderen Arbeitsstelle häufiger als zumutbar angegeben (die Patienten mit bipolaren affektiven Störungen werden hier wegen sehr kleiner Zahlen nicht gezeigt).

Einen verhältnismässig grossen Unterschied macht ein allfälliger Wechsel des Arbeitsplatzes bei gleichbleibender Tätigkeit vor allem bei den Persönlichkeitsstörungen und den schizophrenen Störungen: Bei den Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung wäre die bisherige Tätigkeit bei doppelt so vielen Personen zumutbar als dies aktuell der Fall ist, *wenn* es sich um eine neue Stelle handelt. Auch bei den Patienten mit anderen Diagnosen wird die jetzige Tätigkeit bei mehr Personen als zumutbar eingeschätzt, wenn es sich um ein neues Arbeitsumfeld handelt.

Während bei den PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung ein neues Arbeitsumfeld dazu führt, dass die bisherige Tätigkeit bei einem Drittel bis der Hälfte dieser Patienten als zumutbar angesehen wird, bleibt diese Quote bei den schizophrenen Patienten trotz deutlicher Erhöhung immer noch relativ gering. Dies ist ein Hinweis auf die unterschiedlichen Funktionsdefizite dieser beiden Störungen: Die häufigen zwischenmenschlichen Funktionsdefizite bei den Persönlichkeitsstörungen lassen sich durch den Wechsel der Stelle (vorübergehend) kompensieren. Hingegen sind die häufigen kognitiven Leistungsdefizite bei den schizophrenen Störungen wohl weniger arbeitsplatzbezogen, sondern vor allem tätigkeitsbezogen und zeigen sich in jeder Arbeitsumgebung.

Abbildung 107: Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit, nach Arbeitsstelle und Diagnose (N=147/142)



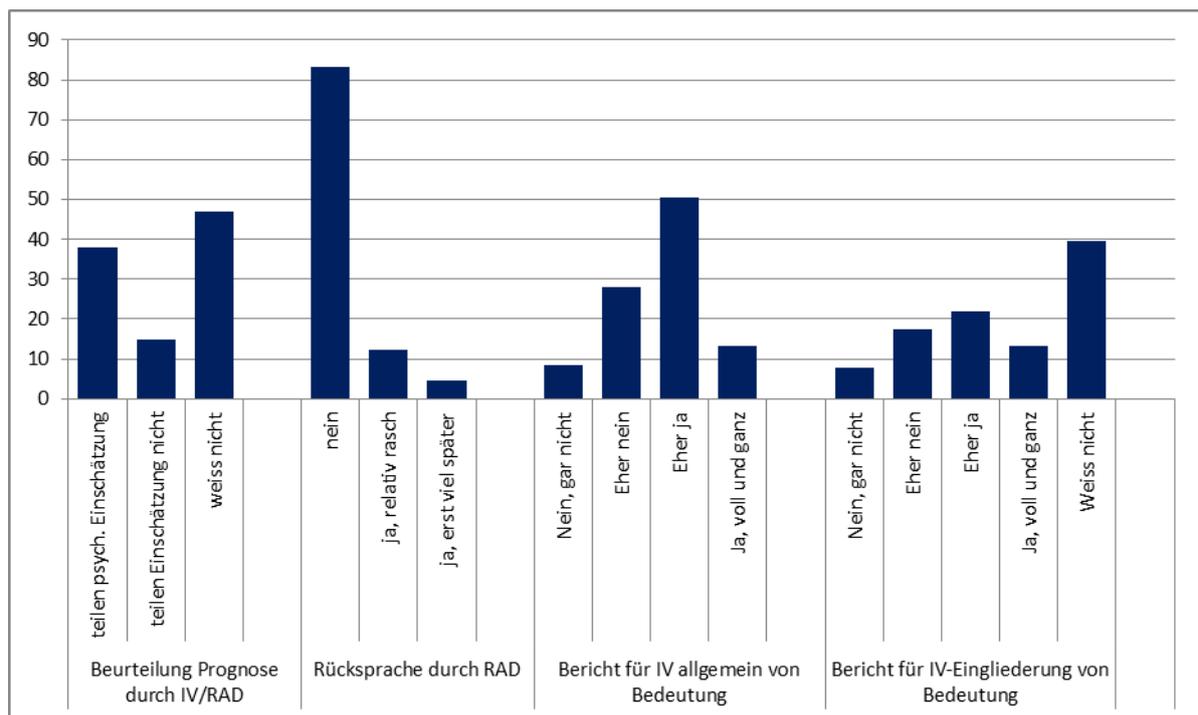
6.4 Kommunikation zwischen IV-Stellen/RAD und Behandelnden

Schliesslich wurden einige Indikatoren zur Kooperation zwischen PsychiaterInnen und IV-Stellen respektive RAD-ÄrztInnen erhoben: Einschätzung der ärztlichen Prognose durch die IV, Häufigkeit einer Rücksprache durch den RAD, die wahrgenommene Bedeutung derartiger Berichte für die IV und die wahrgenommene Bedeutung derartiger Berichte für die anschliessenden beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Abbildung 108).

Während es sich bei den zwei ersten Indikatoren um ‚Fakten‘ handelt, wird in den letzteren Indikatoren die Wahrnehmung der Behandelnden abgefragt. Vereinfacht formuliert: Haben Therapeuten den Eindruck, dass ihre Berichte von den IV-Stellen ernst genommen werden und das weitere Verfahren beeinflussen?

Zum einen fällt wie oben schon erwähnt ein Mangel an Kommunikation respektive deren Einseitigkeit auf. In rund der Hälfte der Berichterstattungen erhalten die Berichtverfasser keine Informationen darüber, wie die IV-Stellen/RAD-Ärzte ihre Einschätzungen beurteilen. Auch bei der Frage, ob die Berichterstattung einen Einfluss auf anschliessende Eingliederungsmassnahmen hat (in N=114 Berichts-fällen, wo es überhaupt zu Eingliederungsmassnahmen kam), wird am häufigsten mit „weiss nicht“ beantwortet. Das heisst, die Berichterstattung an die IV ist bisher sehr häufig eine Einwegkommunikation.

Abbildung 108: Kooperation Behandelnde und IV-Stellen (N=155-114; jüngster IV-Bericht)



Zweitens fällt auf, dass sich die IV-Stellen/RAD-Ärzte offensichtlich nach Erhalt der Arztberichte meistens eine Meinung bilden, ohne zuvor noch persönlich mit dem Berichterstatter Rücksprache genommen zu haben: In 83% der Fälle kam es nicht zu einer solchen Rücksprache. Während dies bei übereinstimmenden Einschätzungen eher kein Problem ist, könnte eine Rücksprache bei unterschiedlichen Beurteilungen sehr wohl sinnvoll sein. Dies betrifft bei der Frage der Prognose des Gesundheitszustandes immerhin ein Viertel der abgeklärten psychiatrischen Patienten. Eine telefonische Rücksprache hätte zudem auch den Vorteil, dass ein Kontakt etabliert wird, auf den zum Beispiel bei

Problemstellungen im weiteren Eingliederungsverlauf aufgebaut werden kann. Die Gründe für die sehr seltene Rücksprache durch die IV sind wohl vielschichtig, hängen aber nicht zuletzt damit zusammen, RAD-Ärzte oder andere IV-Mitarbeitende streng genommen gar nicht einfach Auskunft geben dürfen. Mit der geplanten Reform der IV („Weiterentwicklung der Invalidenversicherung“) soll nun eine gesetzliche Grundlage für eine verbesserte Information der Behandelnden geschaffen werden.

Abgesehen davon gehen die Behandelnden hinsichtlich Berichterstattung an die IV in der Mehrheit (64%) eher oder voll und ganz davon aus, dass ihre Informationen für die IV generell von Bedeutung sind. Auch in Bezug auf anschliessende Eingliederungsmassnahmen haben die behandelnden PsychiaterInnen eher oder voll und ganz den Eindruck, ihre Ausführungen seien für die IV von Bedeutung. Es bleibt allerdings jeweils rund ein Drittel der Behandelnden, welcher den Eindruck hat, die eigenen Berichte seien für die IV generell oder für die Eingliederung eher oder gar nicht von Bedeutung. Dies ist auch im Hinblick auf die Bereitschaft, substantielle und ausreichend detaillierte IV-Berichte zu verfassen, von grosser Bedeutung (siehe dazu auch das folgende Kapitel).

In diesem Zusammenhang ist schliesslich ein Aspekt festzuhalten, der möglicherweise ebenfalls Konsequenzen auf die Güte der Kooperation haben könnte: Ob die IV-Stellen zur selben Einschätzung kommen wie die berichterstattenden Ärztinnen und Ärzte hängt aufgrund der hier vorliegenden Daten nicht systematisch damit zusammen, wie viel Aufwand für die Erstellung des Berichtes aufgewendet wurde. Allerdings wurde in dieser Untersuchung dieser Fragestellung auch nicht explizit und systematisch nachgegangen. Deshalb sind die folgenden Ausführungen nur sehr vorläufig:

Nimmt man als Indikator, wie ausführlich die Arbeitsbiografie analysiert wurde, ob fremdanamnestiche Angaben von Arbeitgebern eingeholt wurden oder ob bei empfohlenen beruflichen Eingliederungsmassnahmen präzisiert wurde, welcher Art diese sein sollten oder ob allfällige nötige Arbeitsanpassungen für den Patienten konkret formuliert wurden, so zeigen sich lediglich vereinzelte und teils widersprüchliche Zusammenhänge. Im jüngsten Berichtsfall zeigen sich signifikante Zusammenhänge, dass die IV bei der Gesundheitsprognose und beim Grad der aktuell eingeschätzten Arbeitsunfähigkeit die Beurteilung der Therapeuten häufiger übernimmt, wenn die Verknüpfungen von Pathologie, Verlauf und Funktionsdefiziten im Bericht analysiert und dargestellt werden. Im zweitjüngsten Bericht hingegen zeigen sich keine derartigen Zusammenhänge, sondern in der Tendenz eher das Gegenteil – z.B. ein knapp nicht signifikanter Trend, dass die IV die Einschätzung der AuF häufiger nicht teilt, wenn der Therapeut fremdanamnestiche Informationen eingeholt hat oder Ähnliches.

Es ergibt sich hier also kein klares Bild. Eine solche Klarheit im Sinne von ‚Je fundierter, nachvollziehbarer und konkreter der Bericht, desto höher die Übereinstimmung der Einschätzungen‘ wäre aber wohl hilfreich. Dabei ist klar, dass eine hohe Qualität der Berichte nicht automatisch zu übereinstimmenden Einschätzungen führen muss – man kann den Sachverhalt dennoch unterschiedlich beurteilen.

6.5 Was würde eine ausführliche IV-Berichterstattung zusätzlich fördern?

Zum Schluss dieses Frageblocks zur Berichterstattung an die IV wurden die Behandelnden danach befragt, welche Aspekte ihre Bereitschaft, sich ausführlich und fundiert zu äussern, beeinflusst oder beeinflussen würde. Dabei wurde spezifisch nach der Informations-Bereitschaft in den so genannten „IV-Arztberichten“ gefragt.

Der Hintergrund dieser Fragestellung wie auch der Fokussierung auf diese IV-Arztberichte liegt darin, dass dieses Dokument normalerweise zum IV-Verfahrensbeginn die erste vorliegende Information von ärztlicher Seite darstellt. Die viel umfassenderen und entsprechend kostspieligeren IV-Gutachten

werden nur bei einem Teil der Versicherten in Auftrag gegeben und sind, wenn überhaupt, normalerweise erst beim vorläufigen IV-Verfahrensende verfügbar – nämlich dann, wenn es um die Prüfung des Anspruchs auf eine IV-Rente geht. Für die Planung von Eingliederungsmassnahmen hingegen sind die Gutachten bisher irrelevant.

Umso bedeutsamer ist es, dass die meist vorliegenden IV-Arztberichte fundierte und hinreichend detaillierte Informationen beinhalten, die für die Planung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen genutzt werden kann. Dies kann bis heute noch nicht a priori vorausgesetzt werden. Zwar stellen diese medizinischen Dokumente eine zentrale Informationsquelle dar, aber sie stellen für die Eingliederungsplanung häufig zu wenig präzise Angaben zur Verfügung. Damit ist zum Beispiel die Beantwortung folgender Fragen gemeint:

- Welche hauptsächlichen arbeitsrelevanten Funktionsdefizite sind beim Patienten vorhanden und was darf ihm durchaus zugemutet werden? Und welche herausragenden Ressourcen sind allenfalls vorhanden?
- Welche relevanten arbeitsbezogenen Ängste, Erwartungen, Wünsche und allfälligen Illusionen hat der Patient?
- Welche typischen Problemmuster zeigen sich allenfalls in der Arbeitsbiografie? Woran ist der Patient typischerweise gescheitert?
- Unter welchen Arbeitsbedingungen konnte der Patient bisher an Arbeitsstellen besser funktionieren, unter welchen weniger gut?
- Welche konkreten Arbeitsanpassungen benötigt der Patient? Und wie soll man in der Arbeitsrehabilitation und am ‚normalen‘ Arbeitsplatz mit ihm umgehen?
- Worin zeigen sich frühzeitig Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit?
- Wie sollten deshalb die Eingliederungsmassnahmen konzipiert sein?
- Welches Setting der beteiligten Akteure, welche Art von Zusammenarbeit benötigt der Patient für eine nachhaltige Eingliederung?

Einige dieser Fragen werden in den Berichten explizit beantwortet, andere implizit, andere gar nicht. Auch die behandelnden PsychiaterInnen sind nicht immer in der Lage, all diese Fragen zu beantworten. Die vorliegenden Daten aus dem ersten Teil dieses Forschungsberichtes zeigen allerdings, dass die Behandelnden hier sehr viel Wissen hätten.

Auch hat die kürzliche Implementierung der Fragen des Mini-ICF-Ratings für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP; Linden, Baron, Muschalla, 2009) zu einer zunehmenden Strukturierung und Sensibilisierung für relevante Funktionsdefizite beigetragen. Für die Eingliederungsplanung werden aber umfassendere Informationen benötigt. Unklar ist bisher, welche Anreize beitragen würden, dass die Behandelnden vermehrt und rasch solche – aufwändigen – Informationen bereitstellen.

Den Psychiaterinnen und Psychiatern wurde deshalb konkret folgende Frage gestellt:

„Wie stark würden die folgenden Aspekte Ihre Bereitschaft beeinflussen, sich in einem IV-Arztbericht ausführlich mit der Arbeitsbiografie, der Arbeitsproblematik, den nötigen Eingliederungsmassnahmen und den nötigen Arbeitsanpassungen eines Patienten auseinanderzusetzen?“

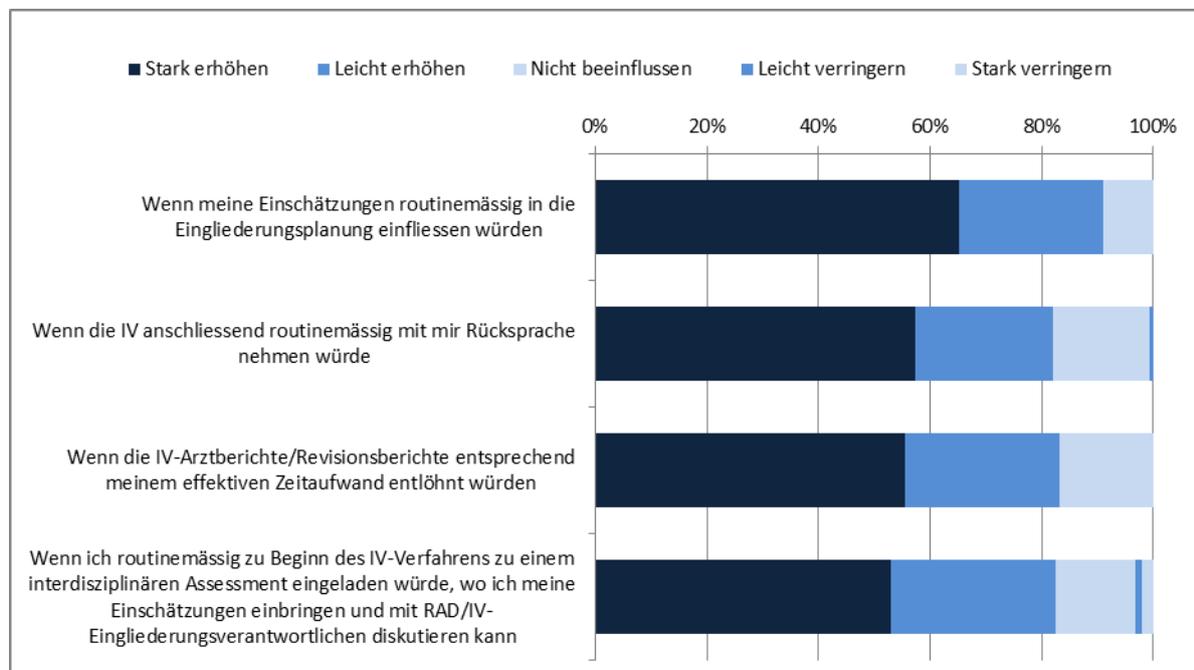
Die Antworten (Abbildung 109) zeigen deutlich, dass einige pragmatische Anpassungen des IV-Verfahrens die Bereitschaft zu fundierten und detaillierten Ausführungen in den IV-Arztberichten sehr häufig stark erhöhen würden.

Generell würden sämtliche der dargebotenen IV-Anpassungen die Bereitschaft bei über 80% bis über 90% der Befragten stark oder leicht erhöhen. Am wirksamsten wäre diesbezüglich die Garantie, dass die erarbeiteten Einschätzungen der Psychiater routinemässig in die Eingliederungsplanung einfließen. An zweiter Stelle nennen die Befragten den Wunsch, dass die IV-Stelle anschliessend an die Berichterstattung mit den Ärzten Kontakt aufnimmt – und zwar wiederum routinemässig.

Erst an dritter Stelle, deswegen allerdings kaum weniger wichtig – über 80% der Befragten nennen dies – ist eine adäquate Entlohnung des Zeitaufwandes für die Erstellung eines solchen Berichtes. Dies ist womöglich der zentrale Anreiz, der von der IV umgesetzt werden sollte: Die Erarbeitung der genannten Informationen ist zum einen (bisher) keine Kernaufgabe der psychiatrischen Behandlung und benötigt einen gewissen Zeitaufwand. Angesichts der Bedeutung für die Wirksamkeit von Eingliederungsmassnahmen und der damit verbundenen Kosten sollte eine adäquate Entlohnung selbstverständlich sein.

Schliesslich würde auch eine routinemässig Einbindung des Psychiaters in einem frühen interdisziplinären IV-bezogenen Assessment die Informationsbereitschaft deutlich erhöhen.

Abbildung 109: Anreize für eine ausführliche IV-Berichterstattung (N=155)



Bemerkenswert ist, dass die Gewissheit, dass die eigenen Einschätzungen routinemässig in die Eingliederungsplanung einfließen, die Informationsbereitschaft bei 65% der PsychiaterInnen „stark“ erhöhen würde. Das sind rund 10% mehr als bei einer adäquaten Entlohnung des Aufwandes (rund 55% der Behandelnden sagen, dass dies ihre Bereitschaft „stark“ erhöhen würde).

Den Behandelnden geht es offensichtlich in erster Linie darum, dass sie davon ausgehen können, dass ihr fachlicher und zeitlicher Aufwand effektiv für die Massnahmenplanung genutzt wird.

6.6 Fazit IV-Berichterstattung

Die Befragten haben Auskunft gegeben über ihre Erfahrungen mit der Berichterstattung an die IV, indem sie Fragen zu den letzten beiden Patienten, bei denen sie einen IV-Arztbericht oder IV-Verlaufsbericht verfasst hatten, beantworteten.

Wiederum handelt es sich bei diesen IV-Fällen vor allem um depressive Störungen, neurotische Störungen, Persönlichkeits- sowie etwas seltener auch schizophrene Störungen. Auch hier handelt es sich meist um Patienten mit einem frühen Ersterkrankungsalter, wobei deutlich wird, dass sich die erstmaligen Probleme in Schule, Ausbildung und Beruf durchwegs schon gezeigt haben, bevor die Erkrankung erstmals manifest wurde. Dies weist auf die Wichtigkeit von Frühinterventionen im Bildungssystem und im Arbeitsmarkt hin wie auch einer frühen Zuweisung zur Behandlung.

Bei den (oft zum IV-Verfahrensbeginn angeforderten) IV-Arztberichten stellen die Behandelnden häufig die Prognose, dass der Gesundheitszustand noch verbesserungsfähig ist. Bei den späteren Verlaufsberichten (oft bei schon invalidisierten Patienten) ist dies nur noch selten der Fall. Dies zeigt, dass die rehabilitative Zuversicht nach der Berentung deutlich sinkt. Bei Patienten mit depressiven, bipolaren, neurotischen und Persönlichkeitsstörungen ist die Prognose zu Beginn meist positiv, bei schizophrenen Patienten fast immer negativ – dies reflektiert Resultate aus jüngeren Untersuchungen bei IV-Versicherten.

In rund jedem vierten IV-Bericht wurden fremdanamnestische Angaben bei früheren Arbeitgebern eingeholt, und meistens wurden auch die Problemmuster beschrieben. Bemerkenswert ist, dass die IV-Stellen/RAD-Ärzte die Prognose der Psychiater dann häufiger teilen, wenn diese einen gleichbleibenden Gesundheitszustand prognostizieren und keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen empfehlen. Die Behandelnden scheinen hier etwas optimistischer und ‚ressourcenorientierter‘ zu denken als die IV-Stellen. Der Aufwand, der für die IV-Berichterstattung betrieben wird, hat keinen Zusammenhang mit der Akzeptanz der Empfehlungen durch die IV. Dies ist ein potentiell problematisches, weil demotivierendes, Resultat.

Meist ist allerdings die Haltung der IV-Stelle auf die eigenen Empfehlungen gar nicht bekannt. Dies liegt daran, dass die IV-Stelle in über 80% der Fälle keine Rücksprache mit den Berichterstattenden genommen hat, was auch juristische Gründe hat: Die IV-Stelle darf zwar alle Informationen einholen, aber keine Auskunft geben ohne Einverständniserklärung des Versicherten. Eine solche Einverständniserklärung wird aber offensichtlich nicht oder kaum eingeholt.

Insgesamt haben dennoch mehr als die Hälfte der PsychiaterInnen den Eindruck, ihre Berichte seien für die IV allgemein von Bedeutung oder seien für die Planung der Eingliederungsmassnahmen von Bedeutung. Es bleibt allerdings eine relativ grosse Gruppe von Behandelnden, die diesbezüglich skeptisch oder frustriert sind.

Umso wichtiger sind die sehr klaren Auskünfte der Psychiaterinnen und Psychiater, welche Massnahmen sie zusätzlich motivieren würden, ausführlich Bericht zu erstatten: Der routinemässige Einbezug ihrer Informationen in die Eingliederungsplanung, eine routinemässige Rücksprache mit ihnen, eine adäquate Entlohnung des Aufwandes und ein routinemässiger Einbezug in ein interdisziplinäres IV-Assessment. Diese an sich einfach umsetzbaren Massnahmen würden jeweils in rund 60% der Fälle die Motivation „stark“ erhöhen. Das zeigt, dass hier das Engagement zugunsten der Rehabilitation des Patienten die entscheidende Rolle spielt, und nicht ein reines Schutzbedürfnis oder rein monetäre Aspekte. Diese sind sehr wichtig, sind aber nicht die Hauptmotivation.

7 Behandlungsepidemiologische Angaben

Zum Schluss der Befragungen wurden die Teilnehmenden gebeten, einige Angaben zu ihrer Klientel anzugeben. Dabei bezogen sich die Fragen auf die Patientinnen und Patienten, welche in den letzten 3 Monaten gesehen wurden.

7.1 Häufigkeit von Patienten mit Arbeitsproblemen

Insgesamt haben die Befragten in den letzten 3 Monaten im Durchschnitt 75 PatientInnen gesehen. (Psychiater in der Praxis: 76 Patienten; Psychiater in der Institution: 70 Patienten).

Von diesen Patienten sind 62 Patienten im erwerbsfähigen Alter, also 83% – dies gilt sowohl für die Tätigen in der Praxen wie in den Einrichtungen. Auf diese Patienten im erwerbsfähigen Alter bezieht sich die Erhebung des Erwerbsstatus der Patienten (Abbildung 110, linke Seite).

Rund 60% der in den letzten 3 Monaten gesehenen Patienten im erwerbsfähigen Alter sind Teil- oder Vollzeit erwerbstätig im 1. Arbeitsmarkt. Bei den Patienten in den Einrichtungen liegt der Wert erwartungsgemäss rund 10% tiefer. Jeweils rund 10% sind arbeitslos, geschützt beschäftigt oder inaktiv (Sozialhilfe etc.) 10% sind in Haushalt/Kinderbetreuung tätig. Rund 20% beziehen eine IV-Rente. Die Werte addieren sich nicht auf 100%, da es einzelne Überlappungen gibt, zum Beispiel IV-Rente und geschützte Beschäftigung. Patienten in Einrichtungen zeigen entsprechend der geringeren Erwerbsquote höhere Anteile bei allen Formen von Erwerbslosigkeit, vor allem sind sie doppelt so häufig arbeitslos im Vergleich zu Patienten in der Praxis.

Die folgenden Zahlen beziehen nun lediglich auf die erwerbstätigen Patienten (mittlerer und rechter Teil der Abbildung). Rund 35% der erwerbstätigen Patienten hatten innerhalb der letzten 3 Monate Probleme am Arbeitsplatz (Praxis: 32%, Institution: 43%). 22% der erwerbstätigen Patienten verzeichneten in diesem Zeitraum psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten (Praxis: 19%, Institution: 34%). Bei 9% kam es aktuell oder im letzten Quartal zur Situation eines drohenden Arbeitsplatzverlustes (Praxis: 7%, Institution: 15%).

Gleichzeitig kam es im letzten Quartal bei erwerbstätigen Patienten lediglich in jeweils maximal 5% der Fälle zu einem telefonischen Kontakt mit dem Arbeitgeber, zu einem gemeinsamen Gespräch mit dem Arbeitgeber und dem Patienten, einem Kontakt zu der Krankentaggeldversicherung oder einem Kontakt zu einem IV-Berater. Es fällt auf, dass die Kontakthäufigkeiten bei Patienten in den psychiatrischen Einrichtungen mit je 6-10% höher liegen als in den Praxen.

Diese Werte können einander nun in der Häufigkeit gegenübergestellt werden, sie lassen aber keine weiteren Analysen zu, da sie nicht auf individueller patientenbezogener Ebene erhoben wurde. Eine zentrale Aussage ist, dass ein erheblicher Teil der psychiatrischen Patienten entweder ohne Erwerbstätigkeit im 1. Arbeitsmarkt ist oder dann Probleme bei der Arbeit hat:

Rund ein Drittel der Patienten sind arbeitslos, invalidisiert oder inaktiv, und von den übrigen 60%, die erwerbstätig sind, haben 35% Probleme bei der Arbeit und/oder sind arbeitsunfähig geschrieben und/oder sind mit einem drohenden Verlust der Arbeitsstelle konfrontiert (es bleibt unklar, wie weit sich diese Arbeitsprobleme/Arbeitsunfähigkeiten/drohenden Stellenverluste addieren).

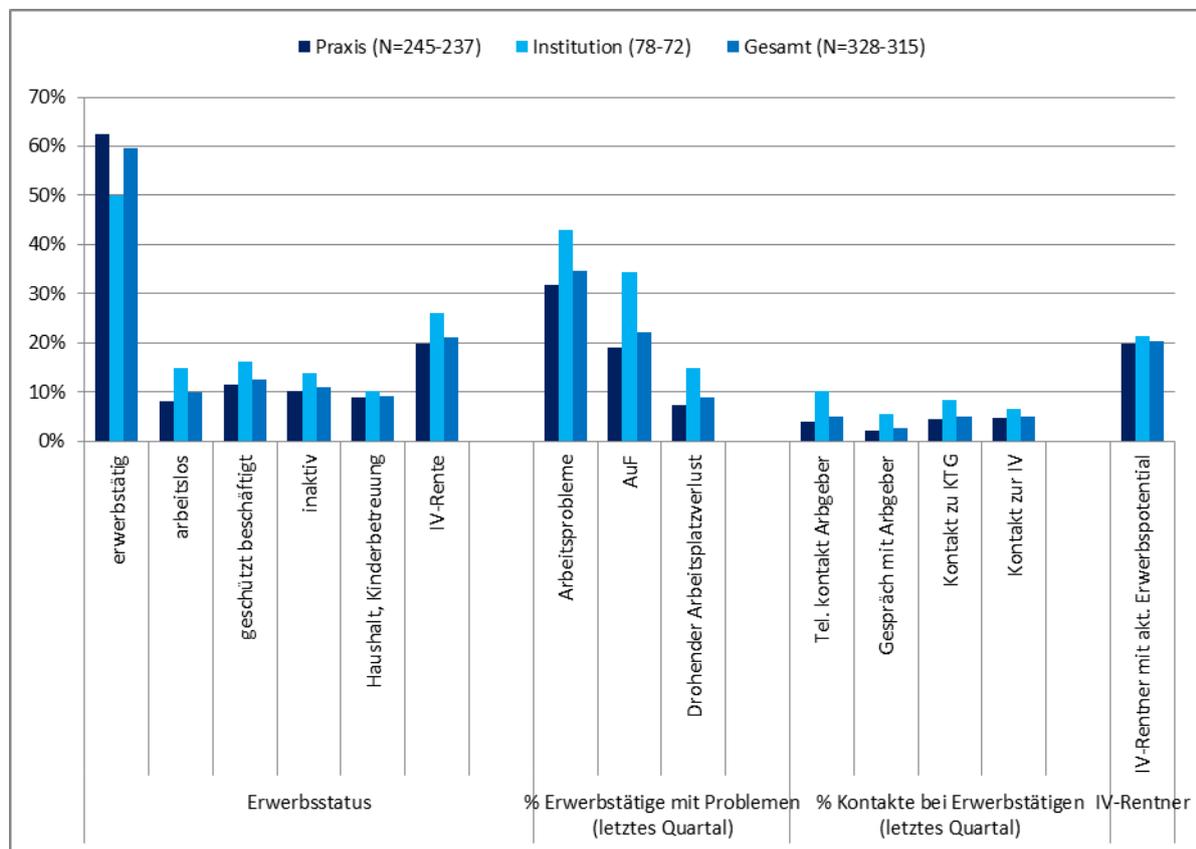
Gleichzeitig kam es im letzten Quartal eher selten zu Kontakten zum Arbeitgeber, zur Krankentaggeldversicherung oder zum IV-Berater. Auch hier ist nicht bekannt, wie weit sich die Werte der verschiedenen Kontaktarten addieren lassen. Aber auch wenn man davon ausgeht, dass sämtliche Kontakte bei unterschiedlichen Patienten zustandekamen, es also keinerlei Überschneidungen gäbe, kommt man lediglich auf 18% aller erwerbstätigen Patienten. Realistischerweise muss man aber von

erheblichen Überschneidungen ausgehen und damit auch von einem geringeren Anteil von Patienten, bei denen es zu einem derartigen Kontakt gekommen ist.

Ein etwas häufigerer Austausch zeigt sich im Zusammenhang mit arbeitsunfähig geschriebenen Patienten (22% der erwerbstätigen Patienten), bei denen es bei immerhin 5% zu einem Kontakt mit der Krankentaggeldversicherung gekommen ist. Da man hier davon ausgehen kann, dass es sich um dieselben Patienten handelt, lassen sich diese Werte vergleichen. Ein Kontakt in fast jedem 4. Fall ist doch eine relevante Kontaktquote.

Demgegenüber ergibt der Vergleich von 35% der Patienten mit Arbeitsproblemen und 8% der Patienten, bei denen es zu einem telefonischen (5%) und/oder physischen (3%) Kontakt zum Arbeitgeber gekommen ist, eine geringere Häufigkeit des Austausches – vor allem, wenn man wieder bedenkt, dass sich die telefonischen und persönlichen Kontakthäufigkeiten teils auf dieselben Patienten beziehen.

Abbildung 110: Erwerbsstatus, Arbeitsprobleme und -potentiale der Patienten und Interventionen



Wenn man diese Werte auf alle Patienten hochrechnet, die sich innerhalb von 12 Monaten (vorübergehend) in psychiatrischer Behandlung befinden, so ergeben sich folgende *Größenordnungen*:

Alle psychiatrischen Patienten/Jahr (CH, Jahresprävalenz):	500'000
... davon im erwerbsfähigen Alter (83%):	415'000
... davon arbeitslos, Sozialhilfe, IV-Rente (ca. 33%):	137'000
... davon Vollzeit/Teilzeit erwerbstätig (60%):	249'000
... davon Arbeitsprobleme (35%)	87'000
... insgesamt arbeitslos, Sozialhilfe, IV-Rente oder Arbeitsprobleme ca.	224'000

Die Zusammenstellung verdeutlicht, dass rund die Hälfte aller psychiatrischen Patienten im erwerbsfähigen Alter in der Schweiz – in der privaten Praxis, in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen – entweder zumindest aktuell vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind oder Probleme am Arbeitsplatz haben. Es ist anzunehmen, dass hier noch einige Patienten hinzukommen, welche zwar keine Arbeitsprobleme aufweisen, aber aktuell arbeitsunfähig sind aus psychischen Gründen. Zusammengefasst hat demnach mindestens jeder zweite psychiatrische Patient entweder keine Arbeit oder Probleme dabei.

Man muss sich bewusst sein, dass die berufliche Situation objektiv (Einkommen etc.), aber auch für das Erleben der Patienten (Wunsch nach Zugehörigkeit, Identität, Sozialkontakt, Tagesstruktur, Kompetenzerleben, Selbstwert etc.) von zentraler Bedeutung ist und dass dementsprechend längerdauernde Arbeitslosigkeit mit einer erhöhten psychischen Belastung zusammenhängt. Schliesslich gehört die Angst vor Stellenverlust zu den stärksten Ängsten der Schweizer Bevölkerung. Erwerbstätigkeit ist ein zentraler Indikator für Zugehörigkeit. Umgekehrt gehören die Exklusion vom Arbeitsmarkt respektive prekäre, unsichere Arbeitsverhältnisse zu den stärksten psychischen Stressoren.

In Anbetracht der Bedeutung einer ‚normalen‘ und einigermaßen gesicherten Erwerbstätigkeit für den psychischen Gesundheitszustand und der Tatsache, dass die Hälfte aller psychiatrischen Patientinnen und Patienten keine solche vorweisen, müsste dies in der psychiatrischen Behandlung an sich ein prioritäres Thema sein – und nicht eines von vielen Themen. Zudem wäre zu diskutieren, ob nicht auch entsprechende Interventionen wie zum Beispiel die Kontaktnahme mit anderen relevanten Akteuren wie Arbeitgebern und Versicherungen in das Kernset psychiatrischer Aktivitäten aufgenommen werden sollten, in Diagnostik wie auch Therapie.

7.2 Erwerbslose und invalidisierte Patienten mit Erwerbspotential

Die Grafik zeigt schliesslich noch ein weiteres relevantes Resultat (Abbildung 110): Von den zusammengekommen 32% aller Patienten im erwerbsfähigen Alter, die inaktiv sind (d.h. Sozialhilfegelder oder eine IV-Rente beziehen) besteht aktuell bei rund 20% das Potential zu einer mindestens teilzeitlichen Erwerbstätigkeit. Das sind immerhin 6% der gesamten psychiatrischen Patienten im erwerbsfähigen Alter, also rund 25'000 Patienten mit aktuellem Erwerbspotential (Jahresprävalenz).

Hier wurde den Behandelnden die Frage gestellt, was diese zumindest teilweise erwerbsfähigen Patienten davon abhält, erwerbstätig zu sein (Abbildung 111). Die von den Psychiatern genannten Barrieren für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit reflektieren einen grossen Range der krankheitsbezogenen, personenbezogenen, umweltbezogenen und auch sozialpolitischen Hindernisse:

Der häufigste Hinderungsgrund für eine trotz Potential fehlende Erwerbstätigkeit ist das mangelnde Selbstvertrauen der Patienten („traut sich Erwerbstätigkeit nicht zu“). Dieser Grund spielt bei rund der Hälfte dieser Patienten eine Rolle. Dies ist wohl als Folge der früheren Probleme respektive der damit verbundenen Angst, (wieder) überfordert zu sein, zu interpretieren. Die ebenfalls sehr häufigen Hindernisgründe „Hat sich schon lange mit seiner Situation arrangiert“ und „Hat längst resigniert“ (in jeweils rund 40% der Fälle wichtige Hindernisse) deuten auf längerfristige Anpassungsprozess auf ein tieferes Funktions- und Anspruchsniveau hin – also auf eine Dynamik, die früher bei Langzeitpatienten

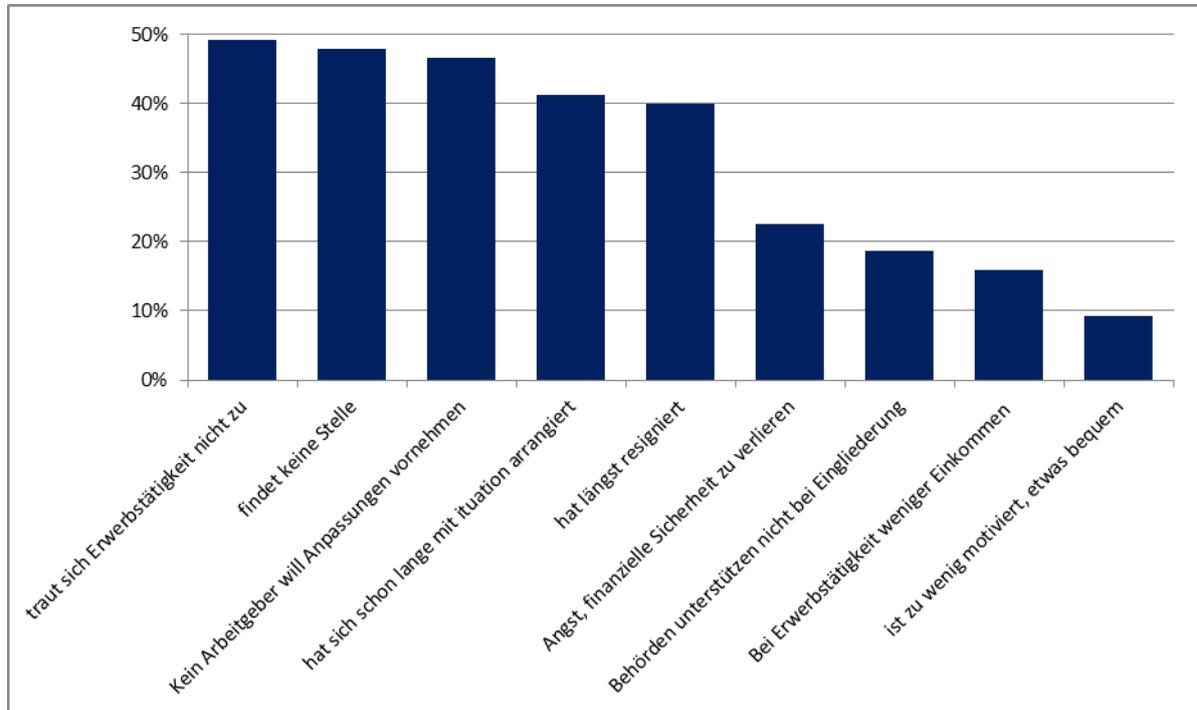
als ‚Hospitalismus‘ beschrieben worden ist. Die Angst vor dem Scheitern und die Resignation gehören wahrscheinlich eng zusammen.

Ebenfalls sehr häufige Gründe (die jeweils gegen 50% der Patienten betreffen) nennen als Hindernis die Umgebung: Die Patienten finden keine Stelle respektive ist kein Arbeitgeber bereit, die für eine Erwerbstätigkeit notwendigen Arbeitsanpassungen vorzunehmen (wie dies im Fall von körperlich Behinderten heute fast zum Standard gehört).

Hinzu kommen finanzielle respektive sozialpolitisch relevante Hindernisse: 23% der Erwerbslosen mit Erwerbspotential befürchten, ihre „finanzielle Sicherheit aufs Spiel zu setzen“ respektive bei der Aufnahme einer Teilzeit-Erwerbstätigkeit anschliessend weniger Einkommen zu haben als ohne Erwerbstätigkeit. Dies ist – trotz der entsprechenden Reformen der Invalidenversicherung – ein sehr nachvollziehbares Hindernis: IV-Berentete, die wieder erwerbstätig werden, ‚riskieren‘ letztlich, im IV-Grad herabgesetzt zu werden und sind gleichzeitig krankheitsbedingt oder aufgrund ihrer früheren Arbeitserfahrungen sehr unsicher, ob eine neue Erwerbstätigkeit nachhaltig sein wird. Diese Unsicherheit ist wohl auch aus psychiatrischer Sicht häufig gerechtfertigt. Die IV hat hier Möglichkeiten geschaffen, dass IV-Rentner, welche einen Eingliederungsversuch machen und innerhalb einer gewissen Zeit ‚scheitern‘, unkompliziert wieder eine Rente erhalten. Offensichtlich vermag dieses Instrument die Ängste der Betroffenen nicht ganz zu kompensieren. Zum anderen kann es effektiv sein, dass – wegen der Sprünge im IV-Rentengrad – die Aufnahme einer Teilerwerbstätigkeit das verfügbare Einkommen letztlich verringert.

Schliesslich werden als Hinderungsgründe auch genannt, dass die entsprechenden Patienten hinsichtlich Eingliederung zu wenig von den Behörden (Sozialhilfe, Invalidenversicherung) unterstützt werden (in 16% der Fälle), und dass die Patienten zu ‚bequem‘ seien. Bemerkenswert ist, dass die Bequemlichkeit der Patienten insgesamt besonders selten als Grund aufgeführt wird. Dies ist angesichts des sehr häufigen Arbeits-Wunsches von Psychiatriepatienten nachvollziehbar: Andere Gründe sind sehr viel relevanter.

Abbildung 111: Warum sind arbeitsfähige IV-Rentner/Sozialhilfeempfänger nicht erwerbstätig? (N=75)



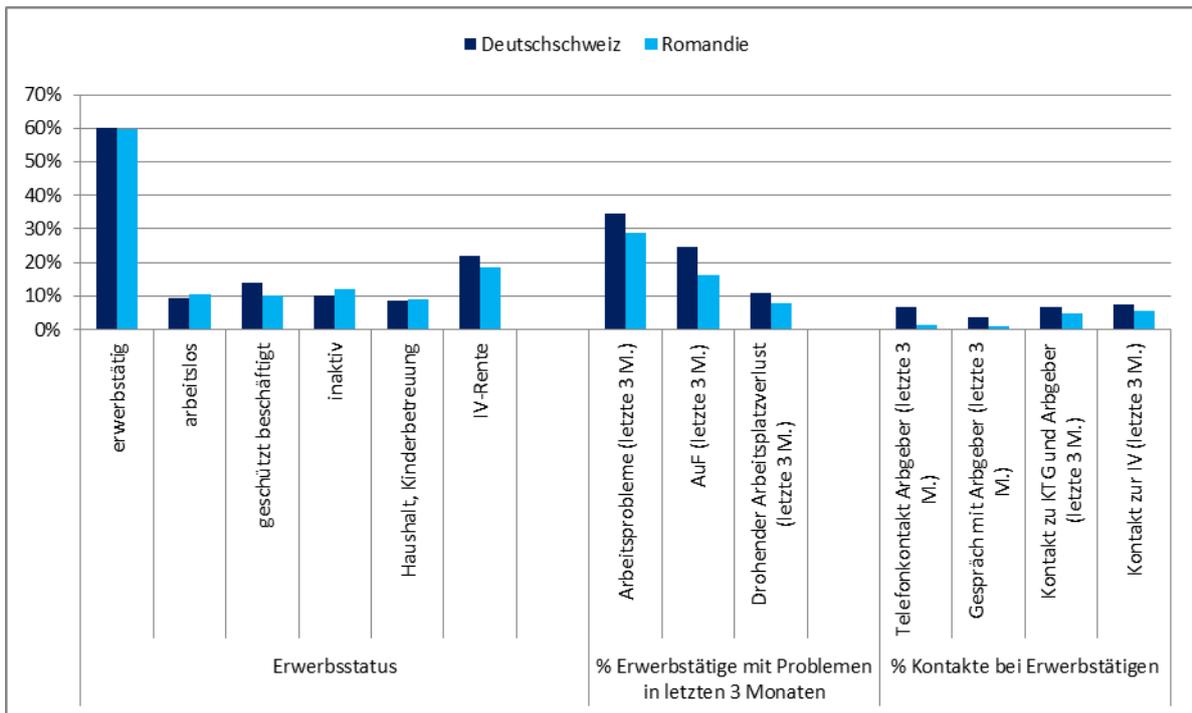
7.3 Unterschiede nach Sprachregion und Setting

Die behandlungsepidemiologischen Resultate zeigen einige spezifische Unterschiede zwischen den Sprachregionen bei weitgehend identischen Resultaten (Abbildung 112):

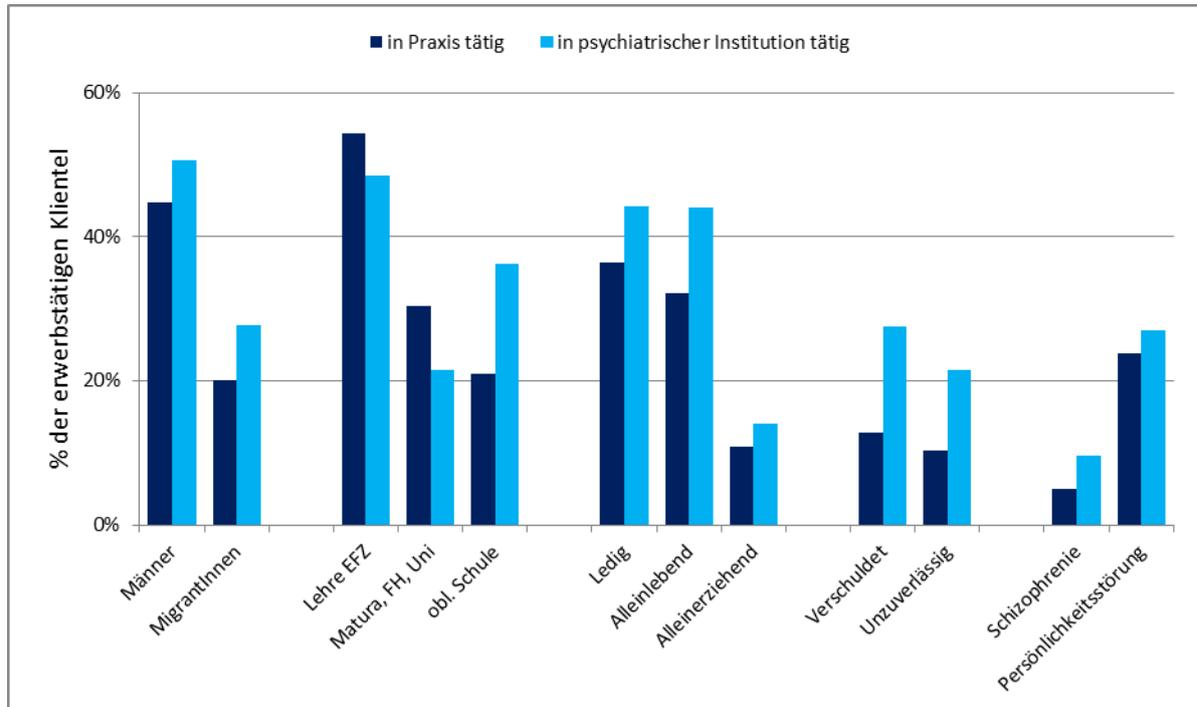
Psychiater in der Romandie nehmen etwas seltener bei ihren Patienten Probleme am Arbeitsplatz wahr, berichten seltener Arbeitsunfähigkeiten und auch seltener, dass Patienten von einem Stellenverlust bedroht sind, obwohl der Anteil der erwerbstätigen Patienten in beiden Sprachregionen genau gleich hoch ist.

Bemerkenswert ist allerdings vor allem, dass Psychiaterinnen und Psychiater in der Romandie fast nie Kontakt haben zum Arbeitgeber – weder telefonisch noch sonst. Sie berichten einen Arbeitgeberkontakt etwa in jeweils einem Prozent der in den letzten 3 Monaten gesehenen Patienten (Deutschschweiz jeweils rund 5%). Es gibt womöglich einen ‚kulturellen‘ Unterschied, was den Kontakt zum Arbeitgeber der Patienten betrifft. Dass der Kontakt zu den Versicherungen geringer ist, hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass bei den Patienten auch weniger Arbeitsunfähigkeiten und Arbeitsprobleme wahrgenommen werden.

Abbildung 112: Interventionen nach Sprachregion



Es wurden schliesslich noch einige soziodemografische und diagnostische Daten zur Praxisklientel erhoben (Abbildung 113). Betrachtete man diese getrennt nach Arbeitsort/Setting der PsychiaterInnen, so zeigt sich erwartungsgemäss durchgängig eine höhere Belastung bei der institutionell behandelten Klientel: Patienten in den Institutionen bringen häufiger eine Migrationserfahrung mit, haben deutlich häufiger lediglich einen obligatorischen Schulabschluss, sind häufiger ledig, Singles und alleinerziehend, sind zweimal so häufig verschuldet und zeigen ein unzuverlässiges Verhalten in der Behandlung (Nichterscheinen, Rechnungen nicht bezahlen etc.). Sie leiden etwas häufiger an einer Persönlichkeitsstörung sowie zweimal so häufig an einer schizophrenen Erkrankung. Auffallend ist der insgesamt sehr hohe Bildungsgrad der Praxisklientel und der geringe Anteil von Patienten, die im weitesten Sinne finanzielle Probleme haben.

Abbildung 113: Soziodemografische und diagnostische Merkmale der Praxisklientel (N=306-307)

Diese soziodemografischen und diagnostischen Merkmale zeigen eine Vielzahl von Korrelationen mit der Arbeitssituation. Aus diesem Grund wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt mit dem Ziel, die arbeitsplatzbezogenen, soziodemografischen und diagnostischen Merkmale der Klientel zu gruppieren. Die Analyse ergibt 5 Gruppen von Faktoren betreffend Merkmale der Klientel:

- Faktor 1 „Überfordert“: Ein hoher Anteil von verschuldeten, unzuverlässigen, immigrierten Personen mit geringem Bildungsgrad und einer schizophrenen oder Persönlichkeitsstörung. Psychiatrische Institutionen scoren sehr hoch bei diesem Faktor, Praxen tief. Ebenso scoren hier PsychiaterInnen aus der Romandie hoch. Behandelnde mit einer sozialpsychiatrischen Ausrichtung zeigen auch einen hohen Score bei diesem Faktor, psychodynamisch arbeitende Psychiater eher einen tiefen Score.
- Faktor 2 „Arbeitsprobleme“: Ein hoher Anteil von Patienten mit Arbeitsproblemen und Arbeitsunfähigkeiten und ein hoher Anteil von Patienten mit drohendem Stellenverlust. Hier scoren wiederum psychiatrische Einrichtungen hoch, PsychiaterInnen aus der Romandie hingegen tief – ebenso PsychiaterInnen, die in eher ländlicher Umgebung tätig sind. Verhaltenstherapeuten haben hier einen eher höheren Score, psychodynamisch arbeitende Psychiater einen eher tiefen.
- Faktor 3 „IV-Rentner/in“: Ein hoher Anteil von in geschütztem Rahmen beschäftigten Patienten und mit IV-Rente. Auch hier scoren erwartungsgemäss die psychiatrischen Einrichtungen und die Psychiater mit sozialpsychiatrischer Ausrichtung hoch.
- Faktor 4 „Qualifizierte Singles“: Ein hoher Anteil von Ledigen, Alleinlebenden mit einer EFZ-Berufsausbildung oder Matura, FH sowie Universitätsabschluss. Einen hohen Score bei diesem Faktor zeigen die Behandelnden in der Romandie sowie diejenigen mit psychodynamischen Konzepten.

- Faktor 5 „Mütter“: Ein hoher Anteil von Patienten mit dem Erwerbsstatus ‚inaktiv‘, die in Haushalt/Kinderbetreuung beschäftigt sind. Psychiater aus der Romandie sowie in eher ländlicher Umgebung scoren hier hoch.

7.4 Fazit Behandlungsepidemiologie

Patienten mit Arbeitsproblemen machen einen grossen Teil der psychiatrischen Klientel aus: Rund 60% der Patienten sind erwerbstätig im ersten Arbeitsmarkt, wovon allerdings rund ein Drittel aktuell Probleme am Arbeitsplatz hat. Ein Viertel bis ein Fünftel der Erwerbstätigen verzeichnete in den letzten 3 Monaten mindestens eine Arbeitsunfähigkeit, und bei jedem 10. Erwerbstätigen droht aktuell eine Kündigung.

Neben den Patienten, die Probleme im Job haben, gibt es zahlreiche Patienten, die keinen Job haben: Jeweils rund 10% der Patienten im erwerbsfähigen Alter sind arbeitslos, in geschütztem Rahmen beschäftigt, inaktiv und bei der Sozialhilfe oder in Haushalt/Kinderbetreuung beschäftigt. Insgesamt beziehen 20% der Patienten eine IV-Rente.

Das heisst, die Mehrheit aller psychiatrischen Patienten im erwerbsfähigen Alter ist entweder invalidisiert, arbeitslos, sozialhilfeabhängig, im Haushalt tätig oder hat Problem im Job.

Kontrastierend zur Häufigkeit erwerbstätiger Patienten mit aktuellen Arbeitsproblemen kam es bisher lediglich in jeweils höchstens 5% der Fälle zu Kontakten mit dem Arbeitgeber, der Krankentaggeldversicherung oder der IV.

Auf der anderen Seite besteht laut den Behandelnden bei rund 20% der Patienten, die inaktiv oder invalidisiert sind (ein Drittel aller Patienten im erwerbsfähigen Alter), ein aktuelles Potential zu einer mindestens teilzeitigen Erwerbstätigkeit. Hintergründe für die Aufnahme einer solchen Erwerbstätigkeit werden vor allem im mangelnden Selbstvertrauen der Patienten gesehen, im resignativen Abfinden mit der Situation, in der erfolglosen Stellensuche, in der mangelnden Bereitschaft der Arbeitgeber, die notwendigen Arbeitsanpassungen vorzunehmen, in der Angst, die finanzielle Sicherheit aufs Spiel zu setzen und bei einer Arbeitsaufnahme letztlich weniger Einkommen zu haben als mit Sozialtransfers.

Literatur

Amsler, F, Jäckel, D, Wyler, R (2010) Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern. <http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/psychiatrie/versorgungsplanung/>

Baer N, Frick U, Fasel T (2009) Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen; Typologisierung der Personen, ihrer Belastungen, Erkrankungen und Berentungsverläufe. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 6/09. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer N, Frick U, Fasel T (2011) „Schwierige“ Mitarbeiter – Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 1/11. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer, N Juvalta, S, Altwicker-Hämori, S, Frick, U, Rüesch, P (2016) Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 16/15. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer, N, Bachmann, K, Keller, I, Frick, U (2017a) Psychisch kranke Arbeitnehmer: Prozess und Resultate eines Forschungsprojektes. Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie 2/17.

Baer, N, Frick, U, Auerbach, S, Basler, M (2017b) „Der tägliche Wahnsinn“ - Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften. Hochschule Soziale Arbeit Luzern und Psychiatrie Baselland. <http://www.pbl.ch/home/psychiatrische-rehabilitation/arbeiten-und-projekte/>

Kessler, R et al. (2005) "Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication". Archives of General Psychiatry, 62: 593-603.

Linden M, Baron S, Muschalla B (2015) Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Bern, Huber.

OECD (2012) „Sick on the Job“ – Myths and Realities about Mental Health and Work. OECD Publishing, Paris.

OECD (2014) Mental Health and Work: Switzerland. OECD Publishing, Paris.

Rüesch, P, Bänziger, A & Juvalta, S (2013) Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz. Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie (Obsan Dossier 23). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schönbucher, V, Maier, T, Held, L, Mohler-Kuo, M, Schnyder, U, Landolt, M A (2011) Prevalence of Child Sexual Abuse in Switzerland: a Systematic Review. Swiss Medical Weekly, (140), w13123

Averdijk, M, Müller-Johnson, K & Eisner, M (2012) Sexual Victimization of Children and Adolescents in Switzerland (Final Report for the UBS Optimus Foundation). Zurich: BS Optimus Foundation. www.optimusstudy.org.

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. Archives of General Psychiatry, 58, 590-6.

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana «Aspetti
della sicurezza sociale»**

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**