

Die böse Vorgesetzte, der parteiische Psychiater, der verräterische Versicherungsarzt und die gemobbte Patientin

Stereotype und fehlende Zusammenarbeit verhindern eine erfolgreiche Rehabilitation

Niklas Baer

Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Stereotypical and missing cooperation prevent successful rehabilitation: the evil supervisor, the biased psychiatrist, the disreputable insurance doctor and the mobbed patient

There is a large body of evidence that the stigma of mental disorders is a great barrier for integration. Stigma hinders employers from hiring applicants with a (former) mental illness and has a negative impact on the self-confidence and self-esteem of people with a mental disorder. Only focusing on stigma, however, might be inadequate. This article also discusses other factors on job retention and re-integration, reflects the roles of the main actors, and also focuses on other widespread stereotypes. Especially, examples of stereotypes of mental health care professionals are highlighted and are related to the lack of cooperation between psychiatry and employers. Finally, conclusions focus on the potential of the Swiss mental health care system, if it strengthens the link to the labour market, develops effective interventions tailored to the needs at the workplace, and implements employment-related quality indicators.

Key words: stigma; self-stigma; employment; work; rehabilitation; job retention; sick-leave; sickness absence; return to work; mental health care

Einleitung

Invalidisierungen, Arbeitsunfähigkeiten und Arbeitsprobleme aus psychischen Gründen haben in den letzten zwei Jahrzehnten zugenommen, in der Schweiz wie auch in vielen anderen Industriestaaten [36]. Die Gründe sind vielfältig und teils länderspezifisch. Aber unabhängig von der Ausgestaltung der Gesetzgebungen, der sektoriellen Zuständigkeiten und der Organisation der Hilfen gibt es einige zentrale Probleme, die sich überall negativ auf den Verbleib psychisch Kranker im Arbeitsmarkt auswirken: die Stigmatisierung psychischer Krankheiten, die mangelnde Frühintervention und Unterstützung an der Front (Lehrer, Arbeitgeber und Hausärzte) und die mangelnde Integration der Unterstützungssysteme, insbesondere der Psychiatrie. Dieser Artikel diskutiert zunächst die negativen Wirkungen des Stigmas psychischer Krankheiten, spricht weitere Ste-

Correspondence:

Niklas Baer, MD

Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland

Bienentalstrasse 7

CH-4410 Liestal

Switzerland

niklas.baer[at]pbl.ch

reotype an, denen man in der Arbeitsrehabilitation häufig begegnet, und zeigt einige Implikationen für die psychiatrische Behandlung auf. Die Begriffe «Stereotyp» und «Vorurteil» beziehen sich im Folgenden auf generalisierende (negative) Meinungen über andere Personengruppen und werden austauschbar verwendet, auch wenn Stereotype eher ein kognitives Urteil implizieren und Vorurteile eher eine emotionale Komponente haben [42].

Das Stigma psychischer Störungen behindert die Arbeitsrehabilitation

Kaum ein Umstand ist so stark vorurteilsbelastet wie eine bekannte frühere oder aktuelle psychische Störung [27]. Dies wirkt sich nicht nur auf Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen von Personen mit psychischen Problemen negativ aus [26], sondern auch auf deren sozial-berufliche Funktionsfähigkeit.

Stereotype tragen nach wie vor zur Exklusion bei

Stereotype können den Erfolg rehabilitativer Massnahmen bei psychisch kranken Personen erheblich behindern, sei es bei Problemen an einem noch bestehenden Arbeitsplatz oder beim Versuch, nach längerer Arbeitsunfähigkeit wieder an die Arbeitsstelle zurückzukehren bzw. eine neue Stelle zu finden [8, 24, 43, 49]. Neben den krankheitsbedingten Funktionsdefiziten tragen Vorurteile damit dazu bei, dass die Wirksamkeit arbeitsrehabilitativer Interventionen bei psychischen Beeinträchtigungen deutlich geringer ist als bei fast allen anderen Beeinträchtigungen [6, 50].

Arbeitgeber würden auch sehr zuverlässige und einsatzbereite Bewerber kaum anstellen, wenn sie wüssten, dass diese früher an einer psychischen Störung gelitten haben [3]. Zudem würden arbeitsfähige Bewerber mit einer bekannten somatischen Erkrankung gleich gut qualifizierten Personen mit einer bekannten psychischen Erkrankung klar vorgezogen [8]. Während Arbeitgeber bei Bewerbern mit einer Depression schon sehr zurückhaltend wären, sinken die Anstellungschancen bei bekannter Schizophrenie oder Alkoholabhängigkeit gegen Null [3, 29].

Zudem wirken stigmatisierende Haltungen auch in der Arbeitsrehabilitation [16]: Da in rehabilitativen, nicht medizinisch geführten Einrichtungen der Begriff der so genannten «Ressourcenorientierung» einen hohen Stellenwert hat,

wird häufig das psychische Leiden zu wenig beachtet oder ausgeblendet. Dies führt im Zusammenhang mit einer Fokussierung auf die Autonomie als oberstes Ziel als Bemühungen zu einer pädagogischen Überbetonung des Willens und der Motivation (man kann all diese Defizite trainieren). Wenn allerdings Krankheit und Behinderung als Erklärungen für ein rehabilitatives Scheitern wegfallen, bleibt als Erklärung nur der mangelnde Wille (nicht krank, sondern schlecht erzogen). Dies zeigt, dass man das Stigma psychischer Krankheiten nicht auflösen kann, indem man psychische Behinderung bagatellisiert oder gar verleugnet. Die Fokussierung auf die sichtbare «Motivation» und die Überwertigkeit der Trainings-Idee können zudem – zusammen mit der traditionellen Idee des «schrittweisen rehabilitativen Vorgehens» – dazu führen, dass bedürftige Personen keine («zu wenig motiviert») oder inadäquate (langfristiger Aufbau statt rasche Platzierung) Eingliederungsmassnahmen erhalten.

Diese gesellschaftlichen Vorurteile scheinen nicht nur ubiquitär [45], sondern – abgesehen von kurzfristigen Effekten – auch resistent gegenüber Aufklärungskampagnen zu sein [44]. In einigen Belangen hat das Stigma psychischer Erkrankungen in den letzten Dekaden gar zugenommen [1, 38].

Antizipierte Ablehnung, Ängste und Vermeidungsverhalten

Zudem werden diese Vorurteile von den psychisch Kranken selbst oft geteilt oder übernommen. Auch psychisch Kranke würden keine arbeitsfähigen Bewerber anstellen, die früher an einer psychischen Störung gelitten haben [4] – ein Phänomen, das unter dem Stichwort der «Selbststigmatisierung» gut dokumentiert ist [8, 12, 42]. In einer Untersuchung bei Personen mit einer schizophrenen Störung in 14 europäischen Ländern zeigten über 40% der Befragten mittlere oder hohe Werte von Selbst-Stigmatisierung [8].

Die Verbreitung negativer Vorurteile hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit von Personen mit bekannter psychiatrischer Anamnese hat negative Folgen für das Verhalten der Betroffenen: Viele schämen sich, suchen erst sehr spät (wenn überhaupt) eine psychiatrische Behandlung auf, brechen diese teils zu früh wieder ab oder nehmen die Medikamente nicht mehr ein, um dem Label des ‚psychiatrischen Patienten‘ zu entgehen. Oder sie verstecken ihre psychischen Probleme am Arbeitsplatz aus Angst vor negativen Folgen [43]. Typische Beweggründe, die psychischen Probleme zu verheimlichen, sind die Angst, gar nicht erst angestellt zu werden, am Arbeitsplatz nicht mehr als vertrauenswürdig angesehen zu werden, unfair oder als Spezialfall behandelt zu werden oder zum Ziel von Gerede zu werden, und schliesslich die Angst, im Team isoliert zu werden (Übersicht in [8]).

Ob diese Befürchtungen «zu Recht» bestehen – nur die Hälfte der Personen mit solchen Befürchtungen hat solche Diskriminierung bei der Arbeit auch wirklich schon erlebt [24] – ist insofern zweitrangig, als solche antizipierten Diskriminierungen zu einem Vermeidungsverhalten führen können. Die Betroffenen vermeiden zum Beispiel aus Angst vor negativen Reaktionen, aktiv eine Stelle zu suchen [6]. Oder sie geraten in ein Dilemma, ob sie ihre Probleme offen-

legen sollen oder nicht [21]. Zwar würden rund drei Viertel der Arbeitgeber eine Offenlegung wünschen [22], dennoch ist das Offenlegen der Probleme am Arbeitsplatz risikobehaftet. Umgekehrt kann aber die Verheimlichung der psychischen Probleme sehr belastend sein und verhindern, dass die Betroffenen im Arbeitsumfeld Unterstützung und Verständnis sowie die nötigen Arbeitsplatzanpassungen erhalten.

Wieviel trägt der Stigma-Begriff zum Problemverständnis bei?

So konsistent die Forschung dahingehend ist, dass Stigmatisierung und Selbststigmatisierung die sozial-berufliche Integration behindern, stellen sich doch Fragen: Wie entscheidend sind Vorurteile der Arbeitgeber gegenüber psychisch kranken Mitarbeitenden für deren Arbeitsproblematik, und sind diese Vorurteile denn so falsch?

Erklären Vorurteile der Arbeitgeber die Arbeitsproblematik psychisch Kranker?

Ein Teil der oben erwähnten Stigma-Forschung baut methodisch auf fiktiven Vignetten auf und stellt hypothetische Fragen wie «Würden Sie diese Person anstellen?», «Möchten Sie mit dieser Person zusammen arbeiten?» usw. Häufig handelt es sich um Beschreibungen der insgesamt sehr kleinen Personengruppe mit einer Schizophrenie. Es ist nicht sicher, ob Führungskräfte, Personalverantwortliche und Arbeitskollegen konkret wirklich so negativ handeln würden wie sie in Befragungen angeben, da in der Realität auch situative Merkmale und die Beziehung eine Rolle spielen. Vielmehr gibt es Hinweise [5], dass Arbeitgeber oft über längere Zeit viele Anstrengungen unternehmen, um psychisch auffällige Mitarbeiter im Betrieb zu halten und gleichzeitig das Team zu stützen.

Man kann zudem davon ausgehen, dass sich auch Psychiater gut überlegen würden, ob sie Personen mit einer schizophrenen oder depressiven Symptomatik anstellen würden – nicht weil sie Vorurteile haben, sondern weil sie eben wissen, wie behindernd und oft andauernd solche Störungen sein können. Psychiatrische Fachleute unterscheiden sich von der Allgemeinbevölkerung nur im Ausmass der Vorurteile, aber nicht im Bedürfnis nach sozialer Distanz [25, 39].

Zudem sind Führungskräfte meist schon «gebrannte Kinder»: Es ist angesichts der Häufigkeit psychischer Störungen nicht erstaunlich, dass die Mehrheit der Arbeitgeber angeben, schon mehrmals Probleme mit psychisch auffälligen und belastenden Mitarbeitenden erlebt zu haben [5]. Diese Erfahrungen waren meist negativer Art, was wiederum die Bereitschaft verringert, in Zukunft Bewerber mit einer bekannten psychischen Problematik anzustellen. Führungskräfte versuchen aber bei bestehenden Mitarbeitenden meist über Jahre hinweg, die psychisch bedingten Problemsituationen zu lösen. Psychische Probleme lösen in der Arbeitsumgebung denn auch vor allem zu Beginn oft Mitleid und Unterstützungsbereitschaft aus.

Die häufigsten psychisch besonders belastenden Problemsituationen im Betrieb entstehen im Zusammenhang

Tabelle 1 Welche Spitznamen geben Vorgesetzte psychisch auffälligen Mitarbeitenden? (Beispiele; gruppiert)

Aggressiv	Giftig	Instabil	Nervös	Depressiv	Angeberisch	Zwanghaft ängstlich	Undiszipliniert
Domina	Bissig	Achterbahn	Nervoso	Depri	Besserwisser	Genau	Späti
Aggressor	Giftzwerg	Chameleon	Speedy	Down	Primadonna	Angsthas	Faultier
Destroy	Hexe	Chaotin	Suppehuen	Heulsuse	Blender	Komplex	Viertel ab Achi
Danger	Kröte	Labilchen	Zappel	Kummer	Guru	Steif	Lama
KungFu	Skorpion	JoJo	Hektisch	Sorgenfalte	Wichtig	Stur	Spät
Rambo	Schlange	Launisch	Wirbel	Taurig	King	Intro	

Ungeschickt	Mühsam	Negativ	Unehrllich	Seltsam	Süchtig	Fröhlich	Umgänglich
Brainy	Nervensäge	Griesgram	Fauler Ei	Eigenbrötler	Alki	Flott	Ängeli
Spaski	Quälgeist	Mauli	Klauer	Gnom	Haschi	Freudig	Goldig
Lapi	Mühsam	Motzki	Lüge	Komisch	Joint	Funny	Gutherz
Fläsche	Schwierig	Mekker	Treulos	Psycho	Kater	Happy	Herzig
Halbschuh	Intensiv	Nörgeli	Märlitante	Seltsam	Suffi	Sünneli	Lieb
Pflaume	Tam Tam	Stinker	Filou	Knorrli	Durst	Munter	Nett
Tschumpeli	Ärger	Muhler	Larve	Anders	Blau	Lustig	Umgänglich

Quelle: Baer et al., 2011

mit Mitarbeitenden mit einem wahrgenommenen «Charakterproblem», das heisst bei Mitarbeitenden, die mit grosser Wahrscheinlichkeit zumindest eine akzentuierte Persönlichkeit aufweisen. Diese werden von der Arbeitsumgebung gar nicht als psychisch krank wahrgenommen, sondern als gesunde Personen, die sich schlecht benehmen. Dieser fehlende Bezug auf eine psychische Störung ist der häufigste Grund, warum Führungskräfte und Personalverantwortliche selbst bei Mitarbeitenden mit schweren persönlichkeitsbedingten Problemen keine externe Hilfe suchen.

Schliesslich sind nicht alle «politisch unkorrekten» Äusserungen von Arbeitgebern in erster Linie Ausdruck von stigmatisierenden Vorstellungen. Ein Beispiel: In der erwähnten Online-Befragung von rund 1000 Führungskräften und Personalverantwortlichen in der Region Basel [5] wurden die Befragten gebeten, sich an eine besonders belastende Situation mit einem/r psychisch auffälligen Mitarbeiter/in zu erinnern, das Geschlecht dieser Person anzugeben und dieser Person einen nicht-identifizierenden Spitznamen zu geben, zum Beispiel «Frisch» oder «Fröhlich». Dies diente lediglich dazu, dass die anschliessenden Fragen zu dieser Person nicht alle geschlechtsneutral gestellt werden mussten. Allerdings war ein grosser Teil dieser Spitznamen bedeutungstragend. Wenn man die Spitznamen kategorisiert, lassen sich damit auch sinnvolle statistische Auswertungen machen, da sie relativ präzise auf die unterschiedlichen Problemverläufe hinweisen (Tabelle 1).

Die Spitznamen zeigen zum einen, wie differenziert Führungskräfte psychische Probleme am Arbeitsplatz wahrnehmen. Zum anderen sind die Spitznamen prägnant und teils wenig freundlich. Man könnte dies als Zeichen der Stigmatisierung psychisch erkrankter Mitarbeiter interpretieren. Aber damit wird man den Führungskräften nicht gerecht: die Resultate der Untersuchung weisen vielmehr darauf hin, dass diese Spitznamen ein Ausdruck der erheblichen Belastung der Führungskräfte sind, der sie im Verlauf der mehrjährigen Problemsituationen ausgesetzt waren.

Es ist anzunehmen, dass es den Führungskräften gut getan hat, die erlebte Problematik mit einem solchen wenig freundlichen Spitznamen auf den Punkt zu bringen (die freundlich wirkenden Spitznamen wie «Sünneli» sind ironisch gemeint). Wenn Führungskräfte ihren negativen

Gedanken und Gefühlen gegenüber psychisch auffälligen Mitarbeitenden einem Dritten gegenüber direkt und «unkorrekt» Ausdruck geben können, erhöht dies möglicherweise ihre Geduld, solche Mitarbeitenden zu tragen. Daraus würde folgen, dass betriebliche Interventionen mit dem Ziel, den Arbeitsplatz psychisch Kranker zu verbessern, den Vorgesetzten ermöglichen müssen, ihre Frustration und ihren Ärger zum Ausdruck zu bringen – statt ausschliesslich mit einem aufklärerischen und appellierenden Ansatz an sie heran zu treten [28].

Kurz: Vorhandene Vorurteile in der Arbeitsumgebung erschweren die Problemlösung, aber die Hauptprobleme scheinen eher in der realen Überforderung der Arbeitsumgebung zu liegen, in der Unkenntnis, dass «Charakterprobleme» krankheitswertig sein können, im zu späten Beizug externer Unterstützung und in der mangelnden Effizienz dieser Hilfen.

Sind die Vorurteile und Ängste der Arbeitgeber denn so falsch?

Die Bedenken der Arbeitgeber beziehen sich typischerweise auf die mangelnde Zuverlässigkeit, Berechenbarkeit, Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sowie auf das erhöhte Absenzenrisiko. Mitarbeitende mit einer psychiatrischen Anamnese sind als Personen a priori weder unzuverlässig noch unberechenbar oder in der Leistung eingeschränkt. Aber psychische Störungen sind häufig langdauernd oder wiederkehrend, schwankend im Verlauf und für Laien nur schwer einschätzbar. Zudem haben Mitarbeitende mit psychischen Problemen effektiv häufigere und vor allem längere Absenzen als psychisch gesunde Mitarbeitende [36]. Auch im Vergleich mit körperlichen Erkrankungen und Unfallfolgen haben psychisch erkrankte Mitarbeiter besonders lange Absenzen.

Psychische Störungen können zudem die Belastbarkeit in spezifischen Funktionsbereichen reduzieren. Je nach Art der Erkrankung betrifft dies zum Beispiel die Umstellungsfähigkeit und Flexibilität, die Eigeninitiative, die Konzentration, das Arbeitstempo, das Zusammenarbeiten im Team, das Durchhaltevermögen, die Sachlichkeit, die Kommunikation mit Kunden, das Exponieren im Team oder das Planen und

Organisieren von komplexeren Projekten, das Funktionieren unter Zeitdruck usw.

Generell ist die Leistungsfähigkeit meist auch schon bei leichteren psychischen Problemen eingeschränkt. Europäische Untersuchungen aus 21 Ländern zeigen, dass im Jahr 2010 rund 70% der am Arbeitsplatz präsenten Mitarbeitenden mit leichten, und 85% mit schwereren psychischen Problemen in den letzten vier Wochen vor Befragung nicht voll produktiv waren. Bei psychisch gesunden, aber vielleicht somatisch kranken Personen beträgt der Anteil nur etwa 25% [36].

Zusammengefasst: Stigma ist eine Realität, die tief ins Alltagsleben psychisch kranker Personen eingreift. Viele Probleme sind hingegen nicht das Resultat von Stigma, sondern ergeben sich direkt aus den krankheitsbedingten Funktionsdefiziten im zwischenmenschlichen Kontakt, im Arbeitsverhalten und in der Leistung. Die Realität der Beeinträchtigungen, die oft adäquate Wahrnehmung durch die Arbeitsumgebung sowie deren Bemühen um Lösungen scheinen dabei ausgeblendet zu werden. Auch wenn in der Arbeitsumgebung – wie überall – stereotype Vorstellungen vorhanden sind, so sollte man Mitarbeiter und Vorgesetzte nicht für dümmer verkaufen als sie sind. Behinderung und Leiden sind eine Realität, auch wenn sie durch das Stigma noch verstärkt werden können. Anders gesagt: Psychisch Kranke sind zwar entgegen der gängigen Stereotype meistens zumindest teilleistungsfähig, aber oft nur bei gleichzeitigen Anpassungen und Belastungen der Arbeitsumgebung.

Die gegenseitigen Vorurteile der Helfer verhindern effektive Hilfen

In der rehabilitativen Praxis sieht man sich neben dem Stigma psychischer Störungen im engeren Sinn einer Vielzahl typischer Stereotype und Vorurteile gegenüber. Stigmatisierung und Stereotype sind in ihrer Wirkung zwar nicht gleich zu stellen, da Stigma und Diskriminierung immer auch ein Machtgefälle beinhalten. Dennoch können auch Stereotype oder Vorurteile handlungsleitend sein. So unterstellen zum Beispiel die Privat- und Sozialversicherungen den behandelnden Ärzten typischerweise, dass diese sich einseitig mit den Anliegen des Patienten identifizieren würden und diesen «schützen» wollen. Dies wollen und sollen Behandelnde selbstverständlich auch, die Frage ist vielmehr, ob ihr Handeln den Patienten letztlich wirklich «schützt». Typisch ist auch, dass Arbeitgeber von vornherein davon ausgehen, dass die behandelnden Ärzte die Sicht des Patienten übernehmen und nicht bereit seien, mit dem Arbeitgeber zu sprechen.

In der Folge sollen vor allem stereotype Vorstellungen beschrieben werden, die für die Arbeitsrehabilitation relevant sind und denen man in der psychiatrischen Versorgung häufig begegnet.

Die böse Chefin und die inkompetente Case Managerin

Von Seiten der psychiatrischen Fachleute gibt es typische Stereotype, zum Beispiel gegenüber Arbeitgebern und Versicherungen. So beschrieb zum Beispiel kürzlich ein Psychi-

ater in den Medien den fiktiven Fall einer Patientin [50], die jahrelang unter Problemen am Arbeitsplatz litt und schliesslich invalidisiert wurde. Das fiktive Fallbeispiel ist unten zusammengefasst.

Fallbeispiel

Ein typisches Arbeitsplatzproblem aus Sicht eines Psychiaters

Nach einer schwierigen Kindheit leidet die Patientin während vieler Jahre am selben Arbeitsplatz unter einer autoritären Chefin, die sie stetig mobbt. Hinzu kommen mehrere «traumatisierende» Erfahrungen mit der Psychiatrie, wo sie nicht verstanden wurde. Schliesslich kommt die Patientin via Mobbingzentrale Schweiz zum jetzigen Psychiater in Behandlung. Die vom Hausarzt verordneten Antidepressiva, die sie nicht nehmen will, setzt er ab und schreibt sie krank. Dann wird sie von der Case Managerin einer Krankentaggeldversicherung zu Hause besucht und ist anschliessend so «fixfertig», dass sie sofort einen Extratermin beim Psychiater benötigt. Während der Krankschreibung verschlechtert sich der Zustand zunehmend. Die Patientin will aber nicht in eine Klinik, sondern lässt sich vom Psychiater in ein Kurhaus einweisen. Trotzdem verschlechtert sich ihr Zustand.

Auf starken Druck der Case Managerin macht die Patientin nach drei Monaten einen Arbeitsversuch, der aber wegen ihrer Panik- und Angstzustände schon in der ersten Woche abgebrochen werden muss. Es kommt zu einem Gespräch zwischen Psychiater und Arbeitgeber, an dem der Psychiater eine Versetzung der Patientin an einen anderen Arbeitsplatz empfiehlt (wegen der Chefin). Der Arbeitgeber weigert sich, dies zu arrangieren, und entlässt die Patientin kurze Zeit später. Nach den wenig überzeugenden Interventionen eines Job Coaches der Invalidenversicherung wird der Patientin eine IV-Rente zugesprochen. Der Psychiater kritisiert, dass Case Manager therapeutisch nicht ausgebildet seien, nur die Interessen der Versicherung vertreten und den therapeutischen Prozess stören.

Dieses fiktive Beispiel enthält einige typische Stereotype, denen man in der Praxis häufig begegnet: Die gemobbte Patientin, die böse Vorgesetzte, die unqualifizierte Case Managerin, die zu früh Druck macht, die kaltherzige Entlassung der Patientin durch den Arbeitgeber, ohne ihr eine Chance zu geben, die hilflosen IV-Berater usw.

Die vorhandene Evidenz zeigt allerdings ein etwas anderes Bild. Der nachfolgende Text beschreibt denselben fiktiven Fall, wie er anhand des vorhandenen Wissens wohl eher als typisch hätte beschrieben werden sollen.

Ein typisches Arbeitsplatzproblem aus Sicht der vorhandenen Evidenz

Die 40 Jahre alte Patientin leidet an einer Persönlichkeitsstörung. Sie ist unsicher aufgewachsen und entwickelt früh unangepasste Bewältigungsstrategien. Dies bringt schon in Schule und Ausbildung soziale Konflikte mit sich sowie verschiedene, als «traumatisierend» erlebte Erfahrungen mit der Psychiatrie, wo sie sich nicht verstanden fühlte. Gleichzeitig wechselt sie auch oft die Arbeitsstelle, weil es immer wieder Konflikte gibt. Nun hat sie immerhin seit einigen Jahren dieselbe Stelle, wobei es auch hier immer wieder schon zu Problemen gekommen ist. Von Arbeitgeberseite begegnet man der Patientin in letzter Zeit aus einer Überforderung heraus mit einer bestimmteren Haltung, auch weil die Unruhe im Team immer stärker geworden ist. Der Arbeitgeber versucht allerdings trotzdem, die Patientin am Arbeitsplatz zu halten.

Weil die Patientin krankheitsbedingt uneinsichtig ist und immer den anderen die Schuld gibt, wendet sie sich schliesslich an die Mobbingzentrale Schweiz, die sie an einen diesbezüglich sensibilisierten Psychiater verweist. Dieser schreibt die Patientin für drei Monate krank. Es bleibt unklar, warum ein chronischer Zustand nun plötzlich einer solch langen vollen Arbeitsunfähigkeit bedarf. Ein Kontakt zwischen Arbeitgeber und Psychiater, um die Problematik zu besprechen und Lösungen zu suchen, findet nicht statt. Der Arbeitgeber hat kein aktives Absenzenmanagement, und der Psychiater konzentriert sich auf die Symptombehandlung. Damit ist die erste Schwelle zur Ausgliederung überschritten.

Während der Krankschreibung verschlechtert sich der Zustand erwartungsgemäss zunehmend, da die Ängste und das Vermeidungsverhalten der Patientin immer stärker werden. Sie hat verständliche Ängste, wieder in Konflikte zu geraten, die sie krankheitsbedingt nicht versteht und deswegen nicht kontrollieren kann. Dann wird sie von der Case Managerin einer Krankentaggeldversicherung zu Hause besucht und freundlich befragt, ungeschickterweise jedoch ohne vorherige Kontaktierung des Psychiaters. Die Patientin verarbeitet diesen Kontakt verängstigt und fordert sofort einen Extratermin beim Psychiater an. Der Psychiater weist sie auf ihren eigenen Wunsch und ohne Absprache mit den Beteiligten in ein Kurhaus ein, was die Regression der Patientin in dieser Situation noch weiter fördert. Der engagierten Case Managerin gelingt es aber, die Patientin nach drei Monaten zu einem Arbeitsversuch zu motivieren, wiederum ohne Kontakt zum Psychiater. Dabei bekommt die Patientin Ängste, dass sie es nicht schafft und wieder in Konflikte gerät, und will den Arbeitsversuch abbrechen. Anstatt dass ihr Psychiater, die Case Managerin und der Arbeitgeber für die Probleme gemeinsam eine Lösung suchen, wird sie vom Psychiater wieder krank geschrieben. Das Vermeidungsverhalten der Patientin verstärkt sich und der Arbeitgeber ist frustriert. Damit ist die zweite Schwelle zur Ausgliederung überschritten.

Es kommt nun endlich zu einem Gespräch zwischen Psychiater und Arbeitgeber, an dem der Psychiater eine Versetzung der Patientin an einen anderen Arbeitsplatz empfiehlt, da er nach wie vor der Patientin glaubt, dass die «böse» Vorgesetzte das Problem sei. Der Arbeitgeber sieht die Problematik nicht in der Chefin begründet und fühlt sich nicht ernst genommen. Der behandelnde Psychiater wird nicht als Partner erlebt, sondern als «Gegner», der sowieso immer dem Arbeitgeber die Schuld gibt. Damit ist die letzte Schwelle zur Ausgliederung überschritten, kurz darauf wird die Patientin entlassen. Schliesslich wird die Patientin IV-berentet, weil der Psychiater und der IV-Job Coach die Persönlichkeitsstörung der Patientin rehabilitativ nicht in den Vordergrund rücken und damit auch keine gemeinsame fundierte Problemanalyse und Interventionsplanung vornehmen.

Dieses fiktive Beispiel zeigt einen nicht untypischen Verlauf einer an sich unnötigen Berentung: Eine Patientin erhält nach mehr als 20 Jahren ununterbrochener (wenn auch konflikthafter) Erwerbstätigkeit eine volle IV-Rente. Was ist dabei typisch?

Die häufigste Diagnose bei einer IV-Berentung aus psychischen Gründen sind Persönlichkeitsstörungen [4, 30], die sehr früh beginnen und oft zu Konflikten am Arbeitsplatz und zu diversen psychiatrischen Behandlungen führen. Generell spielen die Persönlichkeit respektive Persönlichkeitsakzentuierungen eine zentrale Rolle bei Arbeitsproblemen – auch bei psychisch gesunden Mitarbeitenden [48]. Psychisch gesunde Mitarbeitende mit einer «schwierigen» Persönlichkeit haben häufigere Kurzabsenzen, psychisch kranke «schwierige» Mitarbeitende häufigere Langzeitabsenzen.

Ein Hauptproblem in der Arbeitsrehabilitation sind zudem Ängste und ein starkes Vermeidungsverhalten [7],

das zu überlangen Arbeitsunfähigkeiten führen kann [47]. Weiter führen Konfliktsituationen am Arbeitsplatz häufig erst sehr spät zu einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Und schliesslich ist bekannt, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zwar zu Stabilisierung und reduziertem Leiden beiträgt, dass sich diese Effekte aber nicht direkt positiv auf eine Wiederaufnahme der Arbeit auswirken [9, 32]. Das heisst, auch eine gute psychiatrische Behandlung genügt arbeitsrehabilitativ nicht, wenn keine frühen Kontakte zum Arbeitsplatz geknüpft werden.

Die Hauptgründe für die nicht zwingende Invalidisierung in diesem fiktiven Fall sind: Fehlender früher Kontakt zwischen Psychiater und Arbeitgeber, unnötige bzw. viel zu lange Krankschreibung statt Ansprechen des Konfliktes, fehlende Abstimmung zwischen Psychiater und Case Managerin, unnötiger Abbruch des Arbeitsversuches durch den Psychiater und fehlendes gegenseitiges Verständnis der Akteure für deren unterschiedliche Situation und Rolle. Der Psychiater holt keine Informationen von Dritten ein, zum Beispiel vom Arbeitgeber, sondern stützt sich auf das Erleben der Patientin. Dies ist bei Patienten, die krankheitsbedingt nicht zu differenzierten Auskünften in der Lage sind (weil sie zum Beispiel externalisieren, sich über- oder unterschätzen, oder weil sie ein starkes Vermeidungsverhalten haben), keine ausreichende Basis, um arbeitsrehabilitative Interventionen zu planen. Ein viel früherer Kontakt zwischen den Beteiligten – Monate oder Jahre vor der Krankschreibung – wäre prognostisch viel günstiger gewesen, da dann die Motivation des Arbeitgebers noch vorhanden gewesen wäre, die Patientin zu behalten. Hier ist auch der Arbeitgeber in die Pflicht zu nehmen, der typischerweise das problematische Verhalten der Patientin schon sehr früh bemerkt, dieses aber erst sehr viel später direkt anspricht und praktisch nie einen Kontakt zum behandelnden Arzt verlangt, um sich unterstützen zu lassen.

Das Burnout als logische Konsequenz einer globalisierten Arbeitswelt

Weitere stereotype Vorstellungen, die nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in der Rehabilitation selbst anzutreffen sind: Psychisch Kranke hätten in der «globalisierten» und «beschleunigten» Wirtschaft keine Chance mehr, weil Arbeitsplätze ausgelagert würden, weil Arbeitnehmende heute «perfekt» sein müssten und weil es keine «Nischenplätze» mehr gäbe. Oder, weil der psychische Arbeitsstress, die Technisierung und als Folge das Burnout immer mehr zunehmen usw. Solche Ideen tragen nicht dazu bei, den Patienten die nötige Zuversicht zu geben und sie zu aktivieren. Solche Meinungen waren schon in den 80er und 90er Jahren sehr verbreitet und haben zu einer resignativen Erwartungshaltung bezüglich der Eingliederungsfähigkeit psychisch Kranker beigetragen.

Dabei werden typischerweise die positiven Entwicklungen und neuen Chancen ausgeblendet: Es werden in der Schweiz immer mehr Arbeitsplätze geschaffen. Es werden trotz des zunehmenden subjektiven Stresserlebens nicht mehr Personen psychisch krank als früher [11, 23, 40], das heisst, das Bewusstsein gegenüber psychischen Problemen ist gestiegen, was an sich ein Fortschritt ist. Vorgesetzte wer-

den heute intensiver geschult, Mitarbeiter zu führen, und Betriebe investieren zunehmend in Betriebliches Gesundheitsmanagement und in gesunde Führung. Die Arbeitszeiten sind flexibler geworden und viele Angestellte können teilweise von zu Hause aus arbeiten etc. Diese Aufzählung soll nicht die realen Herausforderungen bagatellisieren, die sich durch den stetigen Fortschritt ergeben. Insbesondere sind wahrscheinlich die Anforderungen an Flexibilität, Sozialkompetenz und organisatorische Fähigkeiten in den letzten Jahrzehnten angestiegen, und ist in der Folge die Toleranz der Arbeitsumgebung gegenüber «schwierigen» Mitarbeitenden möglicherweise gesunken. Dennoch ist die pauschale Vorstellung einer psychisch zunehmend aversiven Arbeitswelt einseitig und wirkt sich auf die rehabilitativen Bemühungen lähmend aus: Es wäre wichtig, dass sich die Behandelnden bewusst sind, dass Erwerbstätigkeit im Normalfall die psychische Gesundheit und Stabilisierung sehr stark unterstützt [35].

Versicherungsärzte und Behandelnde

Auch das Verhältnis zwischen Psychiatern und IV-Stellen ist konfliktuell [41]. Es bestehen zum Beispiel Stereotype, die Behandelnden würden einfach die Sicht der Patienten übernehmen respektive die Versicherungsärzte würden auch schwer behinderten psychisch Kranken systematisch die berechnete IV-Rente verweigern und sie voll arbeitsfähig schreiben. Oder es wird selbstredend davon ausgegangen, dass immer mehr psychisch Kranke an die Sozialhilfe abgeschoben würden. Solche Fälle gibt es, und sie prägen unsere Wahrnehmung. Aber insgesamt zeigen die Daten, dass nach wie vor kaum jemand das IV-System verlässt und dass der hauptsächliche Pfad nach wie vor von der Sozialhilfe in das IV-System führt und nicht umgekehrt.

Es trifft zu, dass nicht eine verstärkte Eingliederung, sondern eher die verschärfte Gesetzgebung – somatoforme Schmerzstörungen qualifizieren nicht mehr für eine IV-Rente; Psychiater müssen psychisch Kranke begutachten – und die Einführung der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) vor rund 10 Jahren sowie eine striktere Begutachtungspraxis den Rückgang bei den IV-Neurenten bewirken konnten [35]. Ein Grund für die Polarisierung zwischen behandelnden und begutachtenden sowie IV-Ärzten liegt womöglich darin, dass es meistens erst dann zu Kontakten kommt, wenn es um die Rentenfrage geht. Aus rehabilitativer Sicht besonders wichtig wäre demgegenüber, dass schon zu Beginn des IV-Verfahrens die verschiedenen ärztlichen Perspektiven einbezogen werden, um gemeinsam eine fundierte Analyse der Arbeitsproblematik vorzunehmen und einen darauf aufbauenden Rehabilitationsplan zu erstellen. In diesem Zusammenhang sollten auch die IV-Arztberichte, die zu Verfahrensbeginn bei den Behandelnden eingeholt werden, präzisere Fragen enthalten und besser honoriert werden.

Die IV-Reformen waren notwendig

Die Invalidenversicherung wurde über längere Zeit teilweise dazu missbraucht, «schwierige» Personen und Personen, denen man einen Wiedereinstieg nicht zutraute, bei Wahr-

nehmung ihrer persönlichen Identität («Ich möchte schon arbeiten, aber ich bin zu krank») mit rein administrativen Verfahren aus dem Arbeitsmarkt oder aus der Sozialhilfe zu entfernen. Die IV-Berentungen nahmen bis 2003 stetig und stark zu, überproportional bei Schmerzstörungen und Depressionen, bei älteren Arbeitslosen mit schlechten Arbeitsmarktchancen, Migranten mit geringem Bildungsstand und Alleinerziehenden [6]. Bis 2006 wurden rund 87% der psychisch kranken IV-Rentner direkt berentet, ohne irgendeine vorherige Eingliederungsmassnahme, bei den berenteten Migranten lag die Massnahmenquote gar nur bei 3%. Auch dies ist eine Form der Stigmatisierung psychisch Kranker als Personen, die sowieso nicht leistungsfähig sind. Es war nicht nur finanziell, sondern auch aus Sicht der Personen mit psychischen Problemen dringend notwendig, diese negative Entwicklung zu stoppen.

Unterstützung allein reicht für die Wiedereingliederung nicht aus

Bei der Diskussion der in den letzten Jahren deutlich restriktiver gewordenen Berentungspraxis ist zu bedenken, dass es sehr schwierig ist, IV-Berentete wieder weg von der Rente in den Arbeitsmarkt zu bringen. Deshalb ist die Invaliditätsprävention von zentraler Bedeutung.

Dies zeigen Erfahrungen aus der Schweiz wie auch aus anderen Ländern [33, 36]. Pro Jahr verlassen nur rund 1% der IV-Berenteten mit psychischen Störungen das Rentensystem aus einem anderen Grund als dem Übertritt in die AHV oder weil sie sterben. Dies hängt zum einen mit der Angst zusammen, dass der Wiedereinstieg nicht nachhaltig gelingt, und zum anderen mit negativen finanziellen Anreizen: Ein reduzierter Rentengrad führt in der Schweiz wegen der Stufeneffekte (Viertel-, Halbe-, Dreiviertel-, ganze Rente) bei der Aufnahme einer Teilerwerbstätigkeit zu Einkommenseinbussen, wenn man nicht ein erhebliches Erwerbseinkommen generieren kann [20]. Entsprechende Pilotprojekte in der Schweiz, die Arbeits-Anreize schaffen sollten, sind trotz grossen Aufwandes bisher gescheitert [35]. In einem Pilotprojekt der Universität St. Gallen [10] wurden in einem Versuch Berenteten 9000 bzw. 18000 Franken geboten, wenn sie sich bereit erklärten, einen Wiedereingliederungsversuch zu starten. Das Projekt musste vom auftraggebenden Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) abgebrochen werden, da sich kaum jemand meldete. Ähnliche anekdotische Erfahrungen gibt es aus Norwegen, wo zunächst bei Arbeitgebern ein Pool von Arbeitsstellen für IV-Berentete geschaffen wurde. Das Projekt wurde eingestellt, da sich keine IV-Rentner für diese Stellen meldeten.

In den USA wurde mit einem sehr grossen Aufwand versucht, IV-Rentner mit einem attraktiven und sehr professionellen Angebot wieder in den Arbeitsmarkt zu bringen. Die rigoros und sehr aufwändig durchgeführte Evaluation [17] zeigte, dass zum einen nur 14% der kontaktierten Rentner überhaupt für die Studie gewonnen werden konnten, vor allem jüngere und motivierte Personen mit eher kürzerer Rentendauer. Im 2-Jahres-Zeitraum arbeiteten zwar rund 60% der Interventionsgruppe (rund 1000 Personen) durchschnittlich ein halbes Jahr in verschiedenen Jobs, aber lediglich 2 (zwei) Personen erzielten ein Einkommen über

dem Sozialhilfeminimum (1000 Dollar pro Monat) Das Erwerbseinkommen der arbeitenden Personen betrug *insgesamt* im 2-Jahres-Zeitraum rund 2000 Dollar.

Dies zeigt zum einen, dass Frühintervention und Reduktion der Neurenten von entscheidender Bedeutung sind, wir müssen uns mehr auf die «Vordertür» konzentrieren, das heisst auf den Arbeitsplatzverlust statt vor allem auf die Wiedereingliederung [18]. Personen mit psychischen Erkrankungen haben zwar meistens einen starken Arbeitswunsch [2, 19], sind aber häufig verunsichert, passiv und neigen zu angstvermeidendem Verhalten [31, 37]. Um derartigen Ängsten zu begegnen, braucht es nicht nur eine vertrauensvolle Beziehung und professionelle Unterstützung, sondern manchmal auch eine gewisse Verpflichtung, zum Beispiel durch eine Auferlegung von so genannten Schadenminderungs- und Mitwirkungspflichten durch die Versicherung. Derartige ergänzende Massnahmen können rehabilitativ durchaus wirksam sein, zum Beispiel wenn krankheitsbedingt die Einsicht fehlt.

Vor allem jedoch sollte den Patienten respektive den Versicherten garantiert werden können, dass die beteiligten Unterstützungssysteme professionell und mit einem gemeinsamen Plan zusammen arbeiten, um die Chancen für eine erfolgreiche Reintegration zu maximieren. Dies ist jedoch bis heute nicht der Fall.

Das Potential integrierter Unterstützungssysteme

Der kürzlich publizierte OECD-Bericht zur Beschäftigungssituation psychisch Kranker in der Schweiz [35] konstatiert, dass die Schweiz zwar über einen im internationalen Vergleich hervorragenden Arbeitsmarkt und sehr gut ausgebauten Gesundheits-, Bildungs- und Sozialversicherungssysteme verfügt, gleichzeitig jedoch diese Potentiale zu wenig für die Beschäftigung psychisch Kranker nutzt. Es gibt zwar sehr viele Unterstützungsangebote, aber diese sind fragmentiert, kaum koordiniert und nur punktuell verfügbar. Und vor allem hat kein einziges Unterstützungssystem einen systematischen Kontakt zur psychiatrischen Versorgung. Obwohl rund jeder dritte Versicherte der Arbeitslosen- und Sozialhilfe psychisch krank ist, haben diese Organisationen weder eigene psychiatrisch geschulte Dienste noch eine etablierte Kooperation mit externen psychiatrischen Diensten. Und es fehlt ein Konzept, wie eine Kooperation zwischen Arbeitgeber und Psychiater aussehen könnte, vor allem, wenn es sich um langfristige psychische Beeinträchtigungen handelt.

Mögliche Schritte zur besseren Integration der Hilfen

Eine Integration der verschiedenen Akteure beschränkt sich nicht auf die nötige Kooperation im Einzelfall. Eine systematische Integration beinhaltet neben strukturellen, organisatorischen und finanziellen Anpassungen vor allem die gemeinsame Klärung fachlicher Fragen und die Einigung auf wirksame Prinzipien des arbeitsrehabilitativen Vorgehens bei unterschiedlichen Problemsituationen. Obwohl eigentlich gerade bei Arbeitsproblemen an sich alle Akteure grundsätzlich dasselbe Ziel haben, nämlich den Verbleib

psychisch Kranker im Arbeitsmarkt, fehlt ein gemeinsames Verständnis über die typischen Probleme und die nötigen Interventionen.

Intensivierung und Perspektivenwechsel in der Forschung

Ein spezielles Hindernis dabei ist, dass es bis heute in der Schweiz noch kaum Forschung gibt, die den Arbeitsplatzverlust und die Wiedereingliederung nach Krankheitsabsenzen bei affektiven, neurotischen und Persönlichkeitsstörungen betrifft. Die vorhandene Forschung in den universitären psychiatrischen Diensten in Bern, Zürich und Lausanne betrifft in erster Linie den Erfolg von spezifischen psychiatrischen Wiedereingliederungsprogrammen («Supported Employment») bei meist schwer und chronisch Kranken. Eine Intensivierung der Forschung zu Fragen des Arbeitsplatzverlustes (Einflussfaktoren, Interventionen, differenzierte Return-to-work Strategien und Arbeitsplatzanpassungen usw.), wie es sie zum Beispiel in Holland schon gibt, wäre dringend nötig. Zudem liessen sich die Erkenntnisse der universitären Supported Employment-Forschung in der Schweiz künftig noch übersetzen in arbeitsplatzverhaltende Massnahmen für die sehr grosse Gruppe der leichteren psychischen Störungen.

Entwicklung von psychiatrischen Interventionen und Qualitätsindikatoren

Zu einer gemeinsamen Verständnisbasis gehört zum Beispiel auf der Seite der ärztlichen Behandlung, dass man klärt, in welchen Situationen und bei welchen Störungen welches Krankschreibeverhalten die Rehabilitation wirksam unterstützt. Oder bei welchen Behinderungen welche konkreten Arbeitsplatzanpassungen und welche weiteren Massnahmen wirksam sind, oder wann und wie den Patienten geraten werden soll, ihre psychischen Probleme am Arbeitsplatz offen zu legen, oder welche Informationen Führungskräfte von den behandelnden Ärzten benötigen würden. Schliesslich sollten konkrete Interventionen entwickelt werden, mit denen die Behandelnden die Führungskräfte wirksam unterstützen können. Damit die psychiatrische Versorgung Anreize hat, solch evidenzbasiertes Know-how zu entwickeln, könnte es sinnvoll sein, arbeitsbezogene Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Die Psychiatrie sollte zunehmend auch daran gemessen werden, wie viel sie zur Funktionsfähigkeit in allgemein und auch von den Patienten als hoch bewerteten sozialen Rollen beiträgt [46] – allen voran in der Rolle als Erwerbstätige. Entsprechend sollten arbeitsrehabilitative Themen systematisch in die ärztliche Fort- und Weiterbildung integriert werden

Aus- und Weiterbildung der HR-Verantwortlichen

Auch auf der Seite der Arbeitgeber stellen sich einige konkrete Fragen wie zum Beispiel, wie früh Führungskräfte solche Probleme ansprechen sollen, ob und wann sie vom Mitarbeiter verlangen sollen, dass er eine Behandlung aufsucht, welche verhaltensbezogenen Vorgaben bei «schwierigen» Mitarbeitern wirksam sein können, oder ob und gegebenen-

falls wie sie das Team informieren sollen. Zudem sollten die Rolle und die möglichen Hilfestellungen der Personalverantwortlichen diskutiert werden. Psychisch bedingte Arbeitsprobleme sind in der HR-Ausbildung bisher kein Thema, und viele Führungskräfte erleben die HR-Beraterinnen kaum als Unterstützung und kontaktieren diese denn auch oft sehr spät.

Entwicklung von Kooperationsmodellen zwischen Arzt und Arbeitgeber

Schliesslich stellen sich strukturelle, organisatorische und auch finanzielle Fragen, in welcher Form die involvierten Akteure zusammenarbeiten können. Wie kann zum Beispiel sichergestellt werden, dass die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) relevante psychische Behinderungen erkennen, und welche Prozedere sollten dann durchgeführt werden? Wie könnte bei einem Mitarbeiter mit einer Persönlichkeitsstörung ein tragendes und nachhaltiges Setting mit Arbeitgeber, IV und Behandelndem aussehen? Wie könnte die Finanzierung aussehen, wenn behandelnde Ärzte nicht nur sporadischen, sondern systematischen Kontakt zum Arbeitgeber hätten? Usw.

Aus der Stigmaforschung ist bekannt, dass Antistigma-Kampagnen eher erfolgreich sind, wenn sie Kontakte zu den Betroffenen ermöglichen [14, 15]. Bis zu einem gewissen Grad mag das auch für die negativen Stereotype der involvierten Systeme bei Arbeitsproblemen von psychisch Kranken gelten. Und umgekehrt könnte sich möglicherweise auch die Psychiatrie von einem gewissen Stigma befreien, wenn sie künftig den Arbeitsmarkt bewusster und aktiver fokussieren würde und von den Arbeitgebern als Partner wahrgenommen würde.

Das bedingt, dass die psychiatrische Versorgung, die Initiativen von Programmen und Kampagnen zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung und auch die psychiatrische Forschung nicht nur immer auf die Stigmatisierung der psychisch Kranken und die Marginalisierung der Psychiatrie selbst hinweisen und an die soziale Verantwortung von Arbeitgebern appellieren. Auch die meisten arbeitsbezogenen Antistigma-Kampagnen haben einen erzieherischen Ansatz [28]. Stattdessen sollte die Psychiatrie im Verbund mit Arbeitgebern und Versicherungen wirksame Interventionen zu entwickeln, welche die Arbeitgeber entlasten. Konkrete positive Erfahrungen der Arbeitgeber mit den Behandelnden haben wahrscheinlich eine grössere Wirkung als Sensibilisierungskampagnen und Appelle. Eine psychiatrische Behandlung, die sich vermehrt am Arbeitsplatz engagieren würde, wäre möglicherweise nicht nur weniger stigmatisiert, sondern auch wirksamer.

References

- Angermeyer M, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. A trend analysis based on two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry*. 2005;186:331–4.
- Baer N, Cahn T. Psychische Gesundheitsprobleme. In: Meyer K (editor). *Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht*. Bern: Verlag Hans Huber, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. 2008.
- Baer N. Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? *Zeitschrift für Sozialhilfe*. 2007;1:32–33.
- Baer N, Fasel T. "Sie wäre so begabt" – Die Arbeitssituation von Menschen nach Psychosen. *Familiendynamik*. 2009;34:346–59.
- Baer N, Frick U, Fasel T, Wiedermann W. 'Schwierige' Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche – eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/11;2011.
- Baer N, Frick U, Fasel T. Dossieranalyse der Invalidationen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen und Berentungsverläufe. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/09;2009.
- Baer N. Was ist schwierig an «schwierigen» Mitarbeitern? Arbeitsprobleme und Potentiale bei Menschen mit psychischen Störungen. *Schweiz Archiv Neurol Psychiatrie*. 2013;164:123–31.
- Brohan E, Hederson C, Wheat K, Malcolm E, Clement S, Barley E, et al. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*. 2012;12:11.
- Brouwers E, Tiemens B, Terlun B, Verhaak P. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomised controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry*. 2006;28:223–9.
- Bütler M, Lechner M, Deuchert E et al. Pilotprojekt "Startkapital": Endbericht. Schweizerisches Institut für Empirische Wirtschaftsforschung. Universität St. Gallen. 2011.
- Busfield J. Challenging claims that mental illness has been increasing and mental well-being declining. *Social Science & Medicine*. 2012;75: 581–8.
- Corrigan P, Watson A, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol*. 2006;25:875–84.
- Corrigan P. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canad J Psychiatr*. 2012;57:464–9.
- Corrigan P, River L, Lundin R, Penn D, Uphoff-Wasakowski K, Campion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*. 2001;27:187–95.
- Corrigan P, Morris S, Michaels P, et al. Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*. 2013;63:963–73.
- Domingo A, Baer N. Stigmatisierende Konzepte in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatrische Praxis*. 2003;30:355–7.
- Drake R, Frey W, Bond G, Goldman H, Salkever D, Miller A, et al. Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *Am J Psychiatry*. 2013;170:1433–41.
- Frank R. Helping (some) SSDI beneficiaries with severe mental illness return to work (Editorial). *Am J Psychiatry*. 2013;170:1379–81.
- Grove B, Secker J, Seeborn P. New thinking about mental health and employment. Oxford: Radcliffe Press. 2005.
- Gysin B, Bieri O. Lohnt sich Erwerbsarbeit für Bezügerinnen und Bezüger einer IV-Rente? *Soziale Sicherheit*. 2011;5:253–8.
- Henderson C, Brohan E, Clement S, Williams P, Lassman F, Schaumann O, et al. Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: Feasibility and outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2013a;203:350–7.
- Henderson C, Williams P, Little K, Thornicroft G. Mental health problems in the workplace: Changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006–2010. *Br J Psychiatry*. 2013b;202(suppl 55):s70–6.
- Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch General Psychiatry*. 2005;62:593–602.
- Lasalvia A, Zoppell S, Van Bortel T, Bonetto C, Christofalo D, Wahlbeck K, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional survey. *Lancet*. 2013;381:55–62.
- Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people?. *European Psychiatry*. 2004;19:423–7.
- Link B, Phelan K. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Sociol*. 2001;27:363–85.
- Link B, Struening E, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan J. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*. 2001;52:1621–6.
- Malachowski C, Kirsh B. Workplace antistigma initiatives: A scoping study. *Psychiatric Services*. 2013;64:694–702.
- Manning C, White P. Attitudes of employers to the mentally ill. *Psychiatric Bulletin*. 1995;19:541–3.
- Michon H, ten Have M, Kroon H, van Weeghel J, de Graaf R, Schene A. Mental disorders and personality traits as determinants of impaired work functioning. *Psychological Medicine*. 2008;38:1627–37.
- Muijzer A, Bouwer S, Geertzen J, et al. Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long-term sickness absence due to a depressive disorder: A focus group study. *BMC Public Health*. 2012;12:103.
- Nieuwenhuijsen K, Bultman U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven A, Verbeek J, van der Feltz-Cornelis C. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;CD006237.
- OECD. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers – A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing. 2010.

- 34 OECD. Mental health and work: Norway. Paris: OECD Publishing. 2013.
- 35 OECD. Mental health and work: Switzerland. Paris: OECD Publishing; 2014 (Deutsche Übersetzung durch das Bundesamt für Sozialversicherungen unter: http://www.bsv.admin.ch/index.html?webcode=d_11195_de).
- 36 OECD. Sick on the job: Myths and realities about mental health and work. Paris: OECD Publishing; 2012.
- 37 Oyeflaten I, Hysing M, Eriksen H. Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008;40:548–54.
- 38 Phelan J, Link B, Stueve A, Pescosolido B. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health & Social Behavior*. 2000;41:188–207.
- 39 Reavely N, Mackinnon A, Morgan A, Jorm A. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. *Austral New Zealand J Psychiatry*. 2014;48:433–41.
- 40 Richter D, Berger K, Reker T. Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*. 2008;35:321–30.
- 41 Romann C. Zusammenarbeit mit der IV – ein Weg aus der Sackgasse. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2012;93:11.
- 42 Rüscher N, Angermeyer M, Corrigan P. Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*. 2005;32:221–32.
- 43 Stuart H. Mental illness and employment discrimination. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:522–6.
- 44 Szeto A, Dobson K. Reducing the stigma of mental disorders at work: A review of current workplace anti-stigma intervention programs. *Applied and Preventive Psychology*. 2010;14:41–56.
- 45 Thornicroft G. Global pattern of experiences and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;371:408–15.
- 46 Thornicroft G, Slade M. New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World Psychiatry*. 2014;13:118–24.
- 47 Van Rhenen W, Schaufeli W, van Dijk F, Blonk R. Coping and sickness absence. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2008;81:461–72.
- 48 Vlasveld M, van der Feltz-Cornelis C, Anema J, van Mechelen W, Beekman A, van Marwijk H, et al. The associations between personality characteristics and absenteeism: A cross-sectional study in workers with and without depressive and anxiety disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2013;23:309–17.
- 49 Wahl, O. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*. 2012;16:9–10.
- 50 Buri M. Wirksamkeit beruflicher Massnahmen der Invalidenversicherung. *Soziale Sicherheit*. 2000;6:327–30.