

Was ist schwierig an «schwierigen» Mitarbeitern?

Arbeitsprobleme und Potentiale bei Menschen mit psychischen Störungen

Niklas Baer

Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

What is difficult about “difficult” workers? Work problems and potentialities in people with mental disorders

In nearly all industrialised countries the last two decades have seen a steady rise in the number of mentally ill workers excluded from the labour market, even though the overall prevalence of mental disorders has not changed. Increasing numbers of disabled persons, sickness absences, and productivity losses among the people remaining at the workplace with mental problems constitute one of the major challenges for policymakers. The expansion and professionalisation of psychiatric management in the last 40 years have failed to improve the work situation of the mentally ill. Rather, the carers tend to focus too little and not actively enough on the work situation, compared with the importance the patient attaches to gainful employment. Gainful employment is not only central to the attainment and restoration of mental health: it is a vital need of the mentally ill. Work problems due to mental disorders are generally the result of a long drawn out, complex and dynamic process essentially conditioned by factors specific to the mental disorder, the emotional dynamics of the workplace and the type of aid available. In the light of an OECD study and recent Swiss research about job retention and exclusion of workers with mental health problems, the article cites some problems and points out potentialities in psychiatric management. Unless all the actors involved join in developing effective intervention concepts and integrated procedures, it will not be possible to halt the exclusion of the mentally ill from the labour market.

Key words: mental disorder; employment; work; rehabilitation; return-to-work; sick-leave; disability benefit

Einleitung

Psychische Störungen sind ein zunehmender Grund für verminderte Produktivität am Arbeitsplatz, Arbeitsabsenzen, Arbeitslosigkeit und Invalidität [1], obwohl insgesamt nicht von einer Zunahme psychischer Störungen in der Bevölkerung ausgegangen werden kann [2, 3]. Vielmehr scheinen sich die Wahrnehmung und Bewertung psychischer Störungen verändert zu haben. Das heisst, psychische Probleme werden zwar vermehrt wahrgenommen, aber ihre Arbeitsfähigkeit wird heute negativer beurteilt als früher, bzw. die

Korrespondenz:
Dr. med. Niklas Baer
Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation,
Psychiatrie Baselland
Bientalstrasse 7
CH-4410 Liestal
Schweiz
niklas.baer[at]pbl.ch

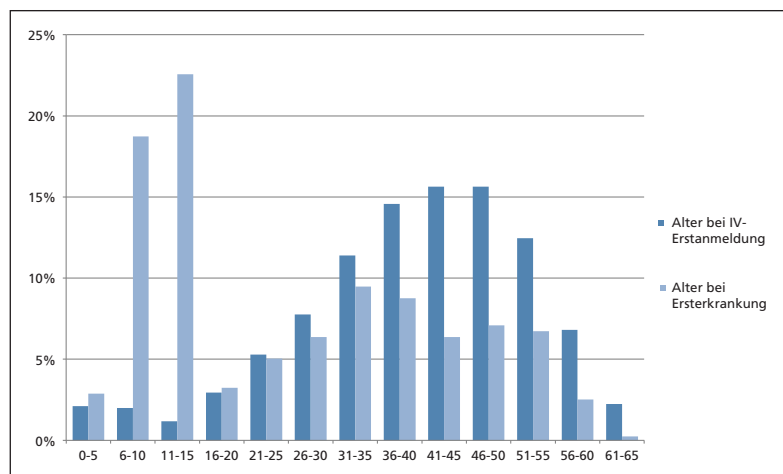
Toleranz der Arbeitsumgebung hat abgenommen. Zudem hat in den letzten 30 Jahren ein enormer Ausbau professionalisierter Hilfen für psychisch Kranke stattgefunden, was angesichts des substantiellen Nachholbedarfs der psychiatrischen Versorgung ein grosser Erfolg war. Versorgungsausbau und Professionalisierung haben allerdings die starke Zunahme der Ausgliederung psychisch Kranker aus dem Arbeitsmarkt nicht aufhalten können. Obwohl die zentrale genesungsfördernde Bedeutung von Arbeit in der Psychiatrie seit langer Zeit bekannt ist, wird die Erwerbssituation der Patienten in der ärztlichen Behandlung kaum fokussiert, und nehmen Ärzte in den Bemühungen zur Arbeitsplatz-erhaltung und Wiedereingliederung trotz ihres exklusiven Wissens eine allzu passive Rolle ein.

Ausgangslage

Erwerbstätig zu sein, ist eines der häufigsten und stärksten Bedürfnisse psychisch kranker Menschen: Je nach Untersuchung möchten 70–90% der arbeitslosen psychisch Kranken erwerbstätig sein [4, 5]. Erwerbstätigkeit ist zudem einer der wichtigsten protektiven Faktoren für eine gute psychische Gesundheit [6] und beispielsweise ein wesentlicher Faktor für eine raschere Gesundung während eines stationären Aufenthaltes [7]. Obwohl heute häufig von psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz die Rede ist, und rund ein Drittel der Erwerbstätigen über arbeitsbedingten Stress berichtet [8], darf nicht vergessen werden, dass insbesondere Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit mit psychischer Belastung und Erkrankung verbunden sind [9, 10]. Dies ist nachvollziehbar, da Erwerbstätigkeit grundlegende Bedürfnisse erfüllt – nach finanzieller Sicherheit, zwischenmenschlichem Kontakt, Zusammenarbeit, Tagesstruktur und Aktivität sowie dem Erleben von Kompetenz, Selbstwert und gesellschaftlicher Zugehörigkeit.

Angesichts der Bedeutung der Erwerbstätigkeit für das psychische Befinden ist die zunehmende Exklusion von Menschen mit psychischen Problemen aus dem Arbeitsmarkt besorgniserregend: Psychische Störungen sind nicht nur mit einer substantiell erhöhten Arbeitslosigkeit verbunden, sondern mittlerweile in vielen Industriestaaten auch der häufigste Grund für *krankheitsbedingte* Erwerbsunfähigkeit und Invalidität. Waren Mitte der 1990er Jahre je nach Land noch 15–25% aller Invalidenrenten durch psychische Krankheiten bedingt, so lag der Anteil 2011 bei etwa 30–50% [1]. Psychiatrisch bedingte IV-Renten machen heute in der Schweiz 43% des gesamten Rentenbestandes

Abbildung 1 Langer Vorlauf bis zum ersten Kontakt mit der Invalidenversicherung (IV): Altersverteilung (in %) der ersten psychischen Erkrankung (n = 833) und der ersten Anmeldung bei der IV bei IV-Rentnern wegen «psychogener und milieureaktiver Störungen» 1993–2006 (n = 851) [12]. Ersterkrankungen «in der Kindheit» ohne genaue Altersangabe wurden in der Altersgruppe 6–10 Jahre codiert, Ersterkrankungen «in der Jugendzeit» sowie Personen mit einer Persönlichkeitsstörung ohne Altersangabe in der Altersgruppe 11–15 Jahre.



(inklusive Geburtsgebrechen und Unfälle) und 54% der krankheitsbedingten Renten in der Schweiz aus [11]. Die Anzahl der psychiatrisch bedingten Invalidenrenten hat sich zwischen 1986 und 2011 von rund 25 000 auf 100 000 vervierfacht, während die Renten aus allen anderen Gründen nur um etwa 50% zugenommen haben.

Die Zunahme der psychiatrischen Invalidisierungen in der Schweiz ist fast ausschliesslich auf den Anstieg der sogenannten «reaktiven und milieubedingten» psychischen Störungen (IV-Code 646) zurückzuführen – einer unklaren Sammelkategorie, die sich in den letzten 20 Jahren als Rentenursache fast verzehnfacht hat und heute jede zweite psychiatrische IV-Rente begründet. Diagnostisch handelt es sich dabei mehrheitlich um Persönlichkeitsstörungen, rezidivierende Depressionen und somatoforme Schmerzstörungen [12]. Über die Diagnose hinaus lässt sich eine stark überproportionale Zunahme der Berentungen bei folgenden Gruppen finden: Migrantinnen mit geringen Qualifikationen und somatoformen Schmerzstörungen, ältere depressive Schweizer mit schlechten Arbeitsmarktchancen sowie alleinerziehende erwerbstätige Mütter. Diese Gruppen veranschaulichen die invalidisierende Bedeutung von IV-«fremden» Faktoren wie fehlende Bildung, Mehrfachbelastungen, höheres Alter usw. und reflektieren den internationalen Trend der zunehmenden Invalidisierung von älteren Personen mit affektiven und neurotischen Störungen.

Die zunehmende Ausgliederung psychisch kranker Menschen beschränkt sich jedoch nicht auf Invalidität und Arbeitslosigkeit, sondern zeigt sich auch in häufigeren und längeren Arbeitsabsenzen und in deutlich erhöhten Produktivitätsverlusten bei Erwerbstätigen [1]: In Europa haben Erwerbstätige mit einer psychischen Störung häufigere und länger dauernde Arbeitsunfähigkeiten als Personen ohne psychische Probleme. Hinsichtlich der Produktivitätsverluste

bei nicht-absenten Erwerbstätigen (sogenannter «Präsentismus»), sind schon nur die leichteren psychischen Probleme von grosser Bedeutung: Fast drei Viertel der Erwerbstätigen mit leichteren psychischen Problemen berichten über verminderte Produktivität wegen emotionaler Probleme in den vier letzten Wochen vor Befragung gegenüber lediglich einem Viertel der psychisch beschwerdefreien Erwerbstätigen. Wegen der sehr hohen Prävalenz leichterer psychischer Probleme verursacht diese Gruppe die ungleich höheren Folgekosten als die vergleichsweise kleine Population der schwer Kranken bzw. IV-Berenteten. Dennoch wird die Problematik der am Arbeitsplatz präsenten Mitarbeiter mit psychischen Problemen bisher kaum diskutiert, und es existieren auch keine Konzepte zur Frühintervention.

Die Entwicklung von Massnahmen zur Verbesserung von Arbeitsplatzhalt und Wiedereingliederung von Personen mit psychischen Problemen setzt voraus, dass man sich bewusst ist, dass deren Arbeitsprobleme meist einen langdauernden, komplexen und dynamischen Vorlauf haben, der wesentlich durch folgende Faktoren beeinflusst wird:

- krankheitsspezifische Charakteristiken,
- Dynamik am Arbeitsplatz und
- Merkmale der ärztlichen Behandlung.

Im Folgenden werden vor allem auf dem Hintergrund der OECD-Studie «Sick on the Job» [1] sowie eigener Untersuchungen zur Situation in der Schweiz die Problemstellungen und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung beschrieben. Der folgende Artikel stützt sich mehrheitlich auf ein Referat, das am Jahreskongress 2012 der SGPP in Interlaken gehalten wurde.

Krankheitsspezifische Faktoren

Einige krankheitsspezifische Charakteristiken tragen dazu bei, dass Arbeitsplatzhalt und Wiedereingliederung bei psychisch kranken Personen im Vergleich mit körperlichen Erkrankungen erschwert sind. Neben der häufigen Komorbidität und Chronizität der Störungen betrifft dies vor allem den frühen *Krankheitsbeginn*, das häufige Vorliegen von *Persönlichkeitsakzentuierungen* sowie die tiefgreifende *Verunsicherung* über das eigene Leistungsvermögen und die Belastbarkeit.

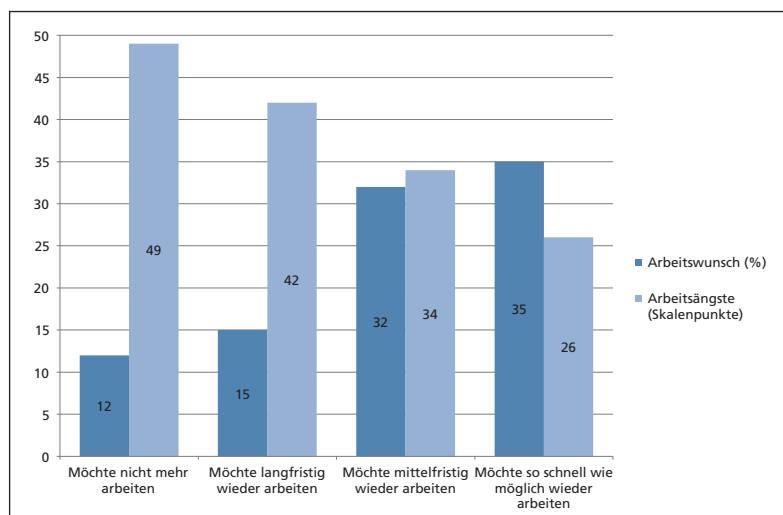
Folgen des frühen Krankheitsbeginns

Von spezieller Bedeutung ist der frühe Beginn psychischer Störungen: Die Aktenanalyse der IV-Berenteten wegen «reaktiver und milieubedingter» psychischer Störungen [12] zeigt, dass die in den Rentenakten dokumentierte psychiatrische Ersterkrankung lange vor dem ersten Kontakt mit der IV ausgebrochen ist (Abb. 1).

Die späteren IV-Rentner/innen meldeten sich durchschnittlich mit 40 Jahren erstmals bei der IV an, während das *durchschnittliche* Ersterkrankungsalter bei 25 Jahren liegt. Das *mittlere* Alter (Median) für die Ersterkrankung liegt bei 15 Jahren, das heisst die Hälfte der späteren IV-Rentner ist vor oder zu Beginn der Adoleszenz erstmals psychisch erkrankt. Dies ist in Übereinstimmung mit epidemiologischen Resultaten von Kessler und Mitarbeiter [2], die für

Abbildung 2 Aktive Stellensuche hängt mit beruflichen Versagensängsten zusammen: Dringlichkeit des Arbeitswunsches (in %) und arbeitsbezogene Ängste (Skalenpunkte) bei Klinik- und Tagesklinikpatienten der Psychiatrie Baselland (n = 166), 2007. (Aus: Baer N, Fasel T. «Sie wäre so begabt» – Die Arbeitssituation von Menschen nach Psychosen. Familiendynamik. 2009;34:346–59. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung, Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart, D.)

Den Patienten wurden 23 mögliche Befürchtungen in Bezug auf einen beruflichen Wiedereinstieg vorgelegt, die in einer 5-stufigen Skala mit «nicht vorhanden» (0), «gering» (1), «mittel» (2), «gross» (3) bis «sehr gross» (4) beantwortet werden konnten. Das heisst, die Werte gehen von minimal 0 bis maximal 92.



psychische Störungen ein mittleres Ersterkrankungsalter von 14 Jahren gefunden hat. Zum einen muss man demnach bei frühberenteten Personen davon ausgehen, dass sich die psychische Störung schon lange vor dem ersten Kontakt mit dem rehabilitativen System chronifiziert hat. Zum anderen hat ein solch früher Beginn oft negative Konsequenzen für die Schullaufbahn, Berufsausbildung und die Etablierung auf dem Arbeitsmarkt. Ein Drittel der späteren IV-Rentner ist schon in der Schule durch Verhaltens- oder Leistungsprobleme aufgefallen, und ein Grossteil war nur marginal im Arbeitsmarkt integriert: Das von ihnen erzielte jährliche Durchschnittseinkommen betrug lediglich ein Drittel des durchschnittlichen Jahresverdienstes einer vollzeitig erwerbstätigen Person in der Schweiz – eine Folge häufiger Perioden von Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug und unqualifizierter Tätigkeiten mit geringer Entlohnung.

Persönlichkeit oft wichtiger als Symptomatik

Hinzu kommt, dass bei rund der Hälfte der IV-Rentner/innen markante und multiple frühe biographische Belastungen in den IV-Akten dokumentiert sind: Schwere Vernachlässigung (bei 36% der IV-Berenteten), Gewalt (bei 21%), psychische Erkrankung eines Elternteils (bei 38%), chronische körperliche Erkrankung eines Elternteils (bei 27%), langjährige Trennung von den Eltern (bei 18%), Tod eines Elternteils (12%) und sexueller Missbrauch (bei 8%) sind in den medizinischen Unterlagen häufig beschrieben. Da allerdings häufig gar keine psychiatrischen Gutachten erstellt wurden, ist bei diesen Zahlen von einer deutlichen Unterschätzung der biographischen Belastung auszugehen.

Es ist anzunehmen, dass der frühe Krankheitsbeginn und die meist multiplen familiären Belastungen die weitere psychische Entwicklung und das Erleben negativ beeinflussen. Insofern ist es nicht erstaunlich, dass bei rund 70% der IV-Rentner von ärztlicher Seite zumindest eine Persönlichkeitsakzentuierung attestiert wird, wobei ängstlich-vermeidende, emotional instabile und impulsive sowie abhängige und narzisstische Persönlichkeiten besonders häufig sind.

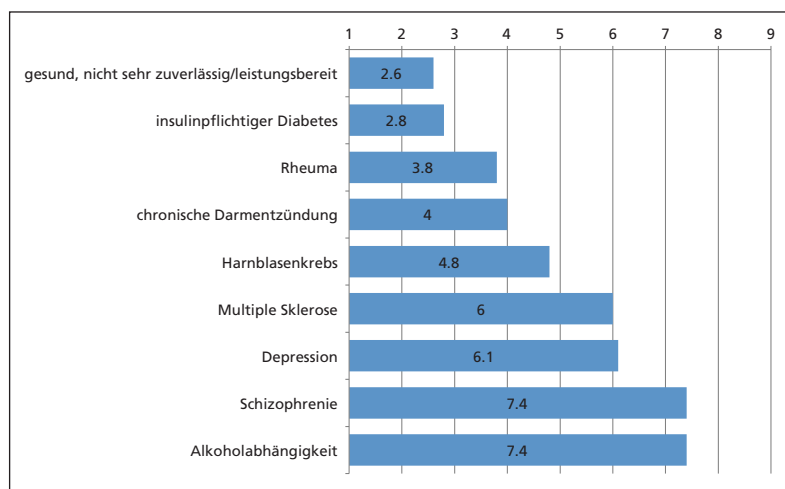
Dies ist erheblich, weil die diesbezüglich vorhandene (allerdings spärliche) Forschung [13] und vor allem die praktische Erfahrung vermuten lassen, dass relevante Probleme auf der Ebene der Persönlichkeit für Arbeitsplatz-erhalt und Wiedereingliederung relevanter sind als die Krankheitssymptomatik selbst – vor allem bei neurotischen und depressiven Störungen. Anders als Krankheitssymptome lassen sich Auffälligkeiten auf der Ebene der Persönlichkeit nicht direkt medikamentös angehen. Gleichzeitig sind Persönlichkeitsmerkmale, beispielsweise Freundlichkeit («soziale Kompetenzen»), Zuverlässigkeit, Flexibilität, Ausdauer und Ausgeglichenheit für die berufliche Funktionsfähigkeit entscheidend. Persönlichkeitsstörungen im engeren Sinn sind denn auch mit grossem Abstand der häufigste Grund für eine IV-Rente aus psychischen Gründen. Dennoch gibt es keinerlei arbeitsrehabilitative Konzepte für diese Bedarfsgruppe.

Verunsicherung und Versagensängste oft wichtiger als «Motivation»

Ein weiterer entscheidender Faktor ist schliesslich die tiefe Verunsicherung über das eigene Leistungsvermögen und das sehr geringe Selbstwertgefühl vieler psychisch kranker Personen. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass psychisch Kranke trotz dominantem Bedürfnis, erwerbstätig zu sein, selten aktiv eine Arbeitsstelle suchen oder ihr Potential effektiv ausschöpfen [7, 14]. Eine Befragung von 166 Klinik- und Tagesklinikpatienten der Psychiatrie Baselland verdeutlicht, dass dies in erster Linie mit Versagensängsten zu tun hat (Abb. 2).

Insgesamt 88% der Klinikpatienten möchten nach Austritt wieder arbeiten, ein Grossteil davon allerdings erst mittel- oder langfristige. Betrachtet man die Summe der arbeitsbezogenen Befürchtungen, so zeigt sich ein linearer Zusammenhang zwischen Ernsthaftigkeit der Stellensuche und Arbeitsängsten – vor allem Ängste davor, den Anforderungen nicht genügen zu können oder abgelehnt zu werden [15]. Die häufigsten Befürchtungen betreffen die Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Rückfallgefahr, die Angst, Fehler zu machen und generell den Erwartungen nicht zu genügen, sowie Bedenken, von der Arbeitsumgebung als Person abgelehnt zu werden. Sehr viele Patienten fühlen sich krankheitsbedingt grundlegend verunsichert. Fast alle Patienten gaben, zumindest in leichterem Ausmass, eine grosse Zahl derartiger Bedenken an. Ob aktiv eine Stelle gesucht wird, hängt bei psychisch Kranken demnach vor allem von arbeitsplatzbezogenen Befürchtungen ab. Die von Patienten berichteten Ängste sind ernst zu nehmen, haben sie doch an früheren Arbeitsplätzen meist schon diverse Versagenserfahrungen gemacht, was aufgrund ihrer meist sehr frühen Ersterkrankung auch nachvollziehbar ist.

Abbildung 3 Arbeitgeber würden psychisch Kranke zuletzt anstellen: Ranking von fiktiven Stellenbewerbern durch Arbeitgeber im Kanton Baselland (n = 745) nach gesundheitlicher Vorbelastung und Zuverlässigkeit der Bewerber, 2006. (Aus: Baer N, Fasel T. «Sie wäre so begabt» – Die Arbeitssituation von Menschen nach Psychosen. Familiendynamik. 2009;34:346–59. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung, Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart, D.)



Die häufigen Ängste sind ein wichtiges Resultat, weil in der beruflichen Rehabilitation das Konstrukt des Willens [16] bzw. die Idee der «Arbeitsmotivation» ein überwertiger Begriff ist. Auch wenn der Arbeitswille ein legitimes Konstrukt sein mag, so stellen bei einem Grossteil der psychisch Kranken arbeitsbezogene Ängste das wichtigere und auch hilfreichere Konzept dar. Das bedeutet, dass die Arbeitsängste psychisch Kranker minimiert werden müssen, wenn Arbeitsplatzhalt und Wiedereingliederung erfolgreich sein sollen. Es sind vor allem drei Massnahmen, die den Patienten mehr Sicherheit geben würden, nämlich ein «regelmässiges kurzes Feedback durch den Chef», eine «Schnupperwoche» sowie ein längerfristiges Job-Coaching [15]. Die wichtigste «Ressource» für den psychisch verunsicherten Mitarbeiter wäre demnach ein Vorgesetzter, der offen und gesprächsbereit ist und ihm Sicherheit gibt (was auch klare Grenzen und Vorgaben beinhaltet), aber die Frage ist, ob Chefs dieses Bedürfnis erfüllen können.

Dynamik am Arbeitsplatz

Die arbeitsbezogenen Befürchtungen psychisch Kranker sind nämlich auch insofern nachvollziehbar, als Arbeitgeber nicht nur enorme *Vorurteile* gegenüber psychisch kranken Mitarbeitern haben, sondern bei der Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen im Betrieb üblicherweise *überfordert* sind, zu selten externe Unterstützung beziehen und gleichzeitig bei den behandelnden Ärzten und anderen Professionellen auch kaum wirksame Hilfe finden. Psychische Störungen entfalten am Arbeitsplatz eine typische Dynamik, deren genaue Kenntnis für die Entwicklung wirksamer Interventionen entscheidend ist.

Vorurteile und Emotionen beeinflussen das Arbeitgeberverhalten

Ein wesentliches Erschwernis sind die mit psychischen Krankheiten verbundenen Vorurteile und Ängste: Arbeitgeber würden Bewerber mit einer früheren psychischen Erkrankung nicht anstellen, wenn sie die Wahl hätten [17] (Abb. 3).

Gibt man Arbeitgebern 9 fiktive Bewerber zur Wahl – 8 sehr zuverlässige, leistungsbereite, stabile und voll arbeitsfähige Personen, die an einer potentiell chronischen Störung erkrankt, aber dank regelmässiger ärztlicher Behandlung seit drei Jahren symptomfrei sind, und einen gesunden, jedoch nicht sehr zuverlässigen und auch nicht sehr leistungsbereiten Bewerber – würden sie an erster Stelle den gesunden, aber nicht sehr zuverlässigen und nicht leistungsbereiten Bewerber anstellen. Dies, obwohl Zuverlässigkeit und Leistungsbereitschaft laut Aussage derselben Arbeitgeber die wichtigsten Kriterien bei der Anstellung sind. Auf den Plätzen 2 bis 6 folgen Bewerber mit potentiell chronischen körperlichen Erkrankungen, und die drei Bewerber mit psychischen Störungen würden als letzte angestellt. Die stärksten Befürchtungen der Arbeitgeber betreffen mangelnde Belastbarkeit, Arbeitsausfälle, eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, hohen Betreuungsaufwand, mangelnde Kritikfähigkeit und Unberechenbarkeit. Ausfälle und Leistungsprobleme erwarten Arbeitgeber auch bei körperlich erkrankten Personen – hingegen hätten sie bei diesen kaum Bedenken bezüglich Kritikfähigkeit, Unberechenbarkeit und Betreuungsaufwand.

Das Ranking der Arbeitgeber ist nahezu unabhängig von sämtlichen untersuchten Merkmalen wie Branche, Alter und Geschlecht der Personalverantwortlichen usw., sondern wird allein bestimmt durch die Diagnose, das heisst durch die Vorstellungen, die mit den vorgegebenen Diagnosen verknüpft sind. Dies verdeutlicht das enorme Stigma, das psychischen Erkrankungen anhaftet.

Die Vorstellungen von Arbeitgebern spielen nicht nur bei der Anstellung eine Rolle, sondern auch bei der Lösung von betrieblichen Konfliktsituationen. Wenn Vorgesetzte bei einem auffälligen und belastenden Mitarbeiter (zu Unrecht) von einem somatischen Problem ausgehen, lösen sie die Problemsituation besser, als wenn sie von einem psychischen Problem ausgehen. In einer Befragung von 1055 Vorgesetzten und Personalverantwortlichen in der Region Basel [18] wurden den Befragten unter anderem eine fiktive Problemsituation mit einem psychisch erkrankten Mitarbeiter vorgelegt. Die Befragten mussten im Verlauf der Problemsituation dreimal intervenieren, wobei sie jeweils eine aus 5 Interventionen auswählen mussten. Drei dieser Interventionen waren so beschrieben, dass man aufgrund der praktischen Erfahrung davon ausgehen muss, dass sie kaum hilfreich sind (Problem verleugnen, rein autoritäre und drohende Intervention, selbstaufopfernde Betreuung des Mitarbeiters durch den Chef), die vierte Intervention bestand in der Kündigung des Mitarbeiters und die «richtige» Intervention bestand in einer Kombination aus Wertschätzung gegenüber der Person des Mitarbeiters und dem Setzen von klaren Vorgaben bezüglich seines Verhaltens. In einer experimentellen Anordnung wurde den Befragten zudem

Abbildung 4 Ob Arbeitgeber Problemsituationen lösen können, hängt von der psychischen Störung ab: Anteile «richtiger» und «falscher» Interventionen bei Vorgesetzten in einer fiktiven Problemsituation nach Diagnose (in %) [18].

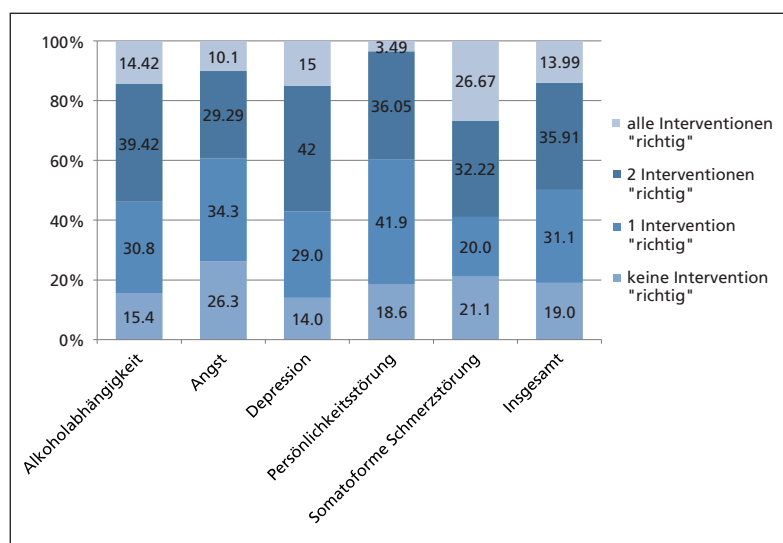
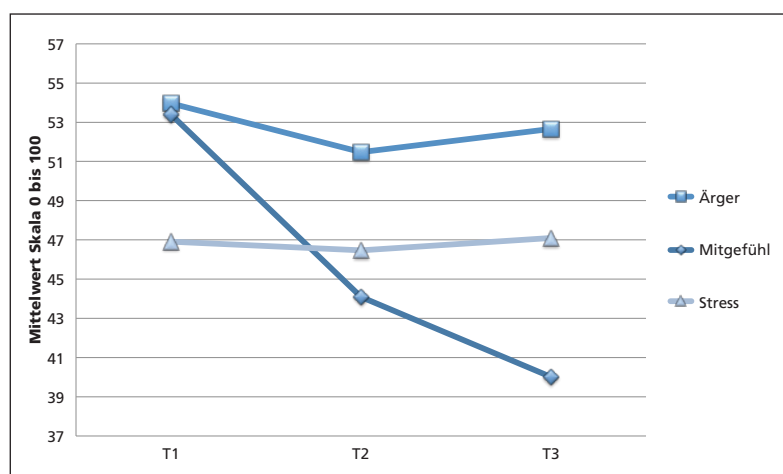


Abbildung 5 Im Verlauf psychisch bedingter Problemsituationen sinkt das Mitgefühl der Vorgesetzten: Mitgefühl, Ärger und Stressempfinden von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen im Verlauf einer fiktiven Problemsituation, Mittelwerte auf einer Skala von 0 bis 100 [18].



zufällig eine von 5 diagnostisch unterschiedlichen Vignetten vorgelegt (Abb. 4).

Insgesamt gelang es nur 14% der Arbeitgeber, dreimal «richtig» zu intervenieren. Beim Mitarbeiter mit der Symptomatik einer somatoformen Schmerzstörung hingegen reagierte ein doppelt so hoher Anteil der Befragten jedes Mal «richtig» (27%) – obwohl dieser Fall nicht einfacher zu lösen war als die anderen. Anscheinend hat der Umstand, dass die Symptomatik körperlich imponierte, bei der Problemlösung geholfen – konkret hatten die Vorgesetzten im Fall des Mitarbeiters mit der Schmerzstörung einfach mehr Geduld. Praktisch nie hingegen wurde die Vignette des Mitarbeiters mit einer (narzisstischen) Persönlichkeitsstörung vollständig «richtig» gelöst (von rund 4% der Vorgesetzten), was erneut die spezifische Überforderung der

Arbeitgeber bei Mitarbeitenden mit solchen Störungen verdeutlicht.

Die Simulation der fiktiven Problemsituationen zeigt schliesslich, dass die Gefühle der Vorgesetzten und Personalverantwortlichen eine entscheidende Rolle spielen. Den drei Interventionspunkten war jeweils eine Art «Gefühls-Barometer» vorgeordnet, das heisst drei Skalen von 0–100, auf denen die Befragten angaben, wie viel Ärger, Mitleid und Stress sie als Vorgesetzte in dieser fiktiven Arbeitsplatzsituation empfinden würden (Abb. 5).

Die Abbildung verdeutlicht, dass die Arbeitgeber schon nach der ersten kurzen und sachlichen Schilderung der Problemsituation relativ hohe Werte von Ärger, Mitleid und Stressempfinden angeben (T1). Während Ärger- und Stresserleben der Vorgesetzten im gesamten «Spiel» gleich hoch bleiben, verringert sich das Mitgefühl zunehmend und deutlich. Das sinkende Mitgefühl der Arbeitgeber ist bedeutsam, weil es die Kündigungswahrscheinlichkeit im Experiment deutlich erhöht.

Das Problem besteht demnach nicht in einem primär mangelnden Mitgefühl der Arbeitgeber, sondern wohl eher in der frustrationsbedingten Abnahme des Mitgefühls, wenn sich trotz Interventionen keine Situationsverbesserung einstellt. Dies weist darauf hin, dass Arbeitgeber nicht nur Vorurteile haben, sondern in derartigen Situationen real überfordert sind. Deswegen sollten Unterstützungsmassnahmen möglichst früh einsetzen.

Arbeitgeber bemühen sich, sind aber meist überfordert

Wenn man die emotionalen Barrieren von Arbeitgebern gegenüber psychisch Kranken verringern will, sollte man ihren Bedenken und Vorurteilen mit Ernsthaftigkeit und konkreten Massnahmen begegnen, und nicht in erster Linie mit Aufklärungskampagnen und Appellen an die «soziale Verantwortung». Arbeitgeber geben an, dass folgende Massnahmen die Anstellungschancen von beeinträchtigten Personen entscheidend verbessern würden: Risikominimierung (Arbeitsversuch, Lohnzuschüsse), Informationen zur Behinderung und Hilfen beim Umgang mit der Behinderung des Mitarbeiters sowie ein längerfristiges Job-Coaching durch externe Fachleute [17]. Dass Arbeitgeber Risikominimierungsmassnahmen wünschen, ist angesichts ihrer starken Ängste verständlich, ebenso wie das Bedürfnis nach einem externen Job-Coaching angesichts des Bedenkens bezüglich Betreuungsaufwand. Die 5. und 6. IV-Revision haben entsprechend den sogenannten unkomplizierten «Arbeitsversuch», verstärkte finanzielle Lohnzuschüsse sowie das Job-Coaching eingeführt. Die fachlichen und methodischen Lücken bei der Beratung der Arbeitgeber wurden bisher von den verschiedenen Akteuren allerdings nicht angegangen: Es gibt kaum wissenschaftliche Evidenz und evidenzbasierte Konzepte, wie Arbeitgeber in diagnostisch und betrieblich unterschiedlichen Situationen beraten werden sollten.

Arbeitgeber haben meist schon reale Erfahrungen mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden gemacht, und im Gegensatz zu ihren Erfahrungen mit somatisch erkrankten oder behinderten Mitarbeitenden waren diese bei psychisch erkrankten Mitarbeitenden mehrheitlich negativ. Dies zeigt

sich auch in der Analyse der IV-Berenteten aus psychischen Gründen [12]: Der letzte Arbeitgeber der späteren IV-Rentner hat sich deutlich seltener bemüht, psychisch erkrankte Mitarbeiter am Arbeitsplatz zu halten als Mitarbeiter mit körperlichen Erkrankungen, und besonders selten haben Arbeitgeber aktiv versucht, Mitarbeitende mit einer Persönlichkeitsstörung im Betrieb zu halten (Abb. 6).

Abbildung 6 Arbeitgeber versuchen relativ selten, psychisch kranke Mitarbeitende zu halten: Anteil der letzten Arbeitgeber, die sich aktiv um den Stellenerhalt der erkrankten Mitarbeiter und späteren IV-Rentner bemüht haben, nach rentenentscheidender Diagnose, IV-Rentner 1993–2006 (in %) [12].

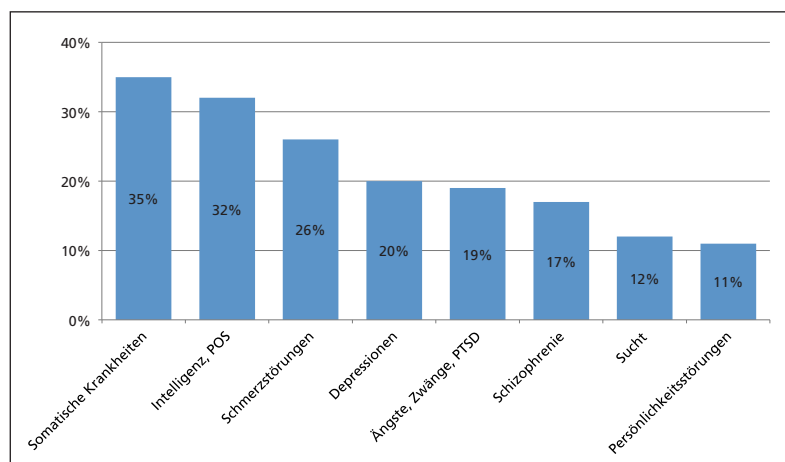
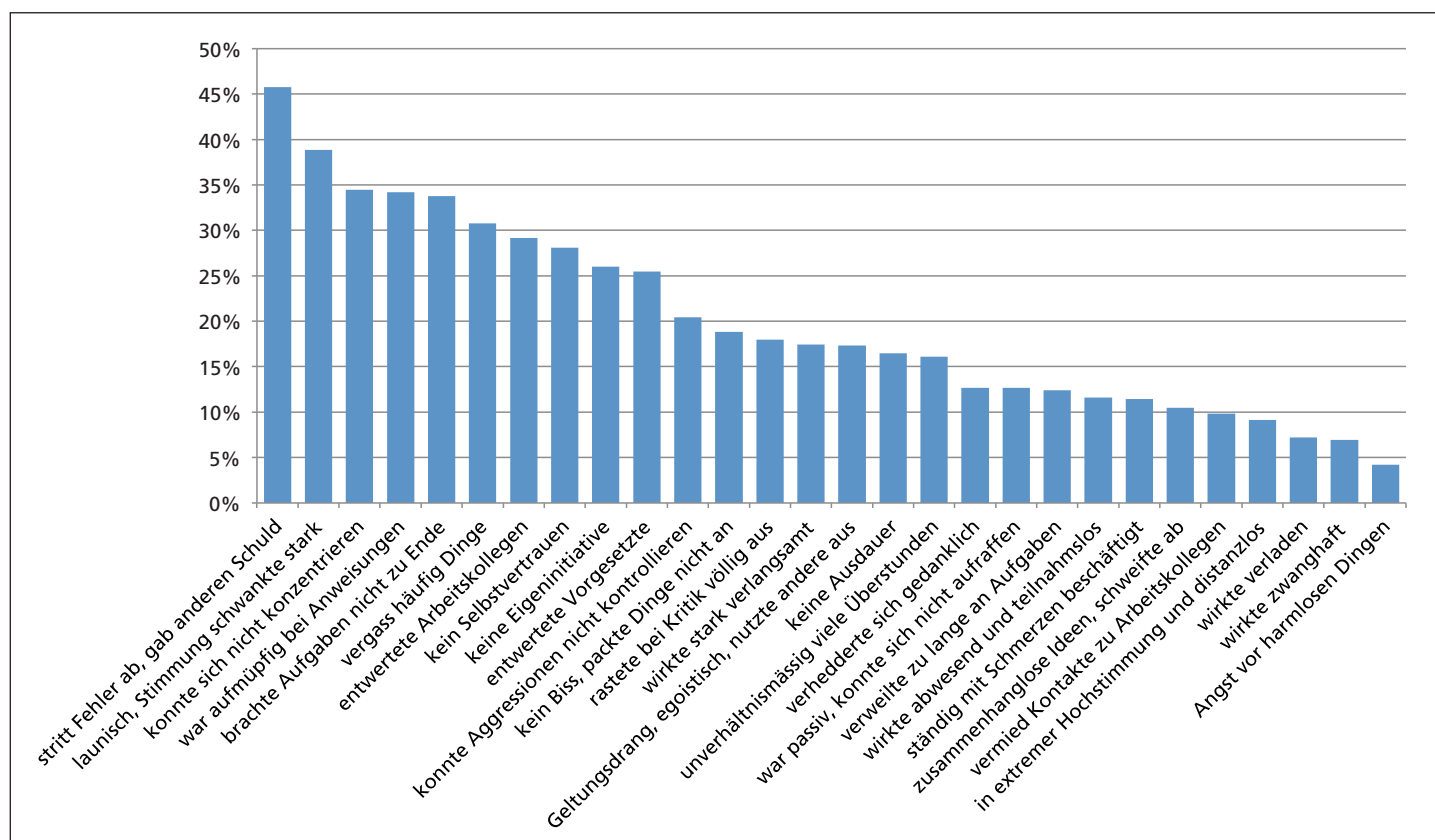


Abbildung 7 Schuldzuweisungen und Launenhaftigkeit sind die häufigsten «schwierigen» Verhaltensweisen: Häufigkeit von wahrgenommenen Verhaltensweisen bei Mitarbeitenden, die betrieblich/persönlich als besonders belastend empfunden wurden (n = 734 Vorgesetzte/Personalverantwortliche), 2010 [18].



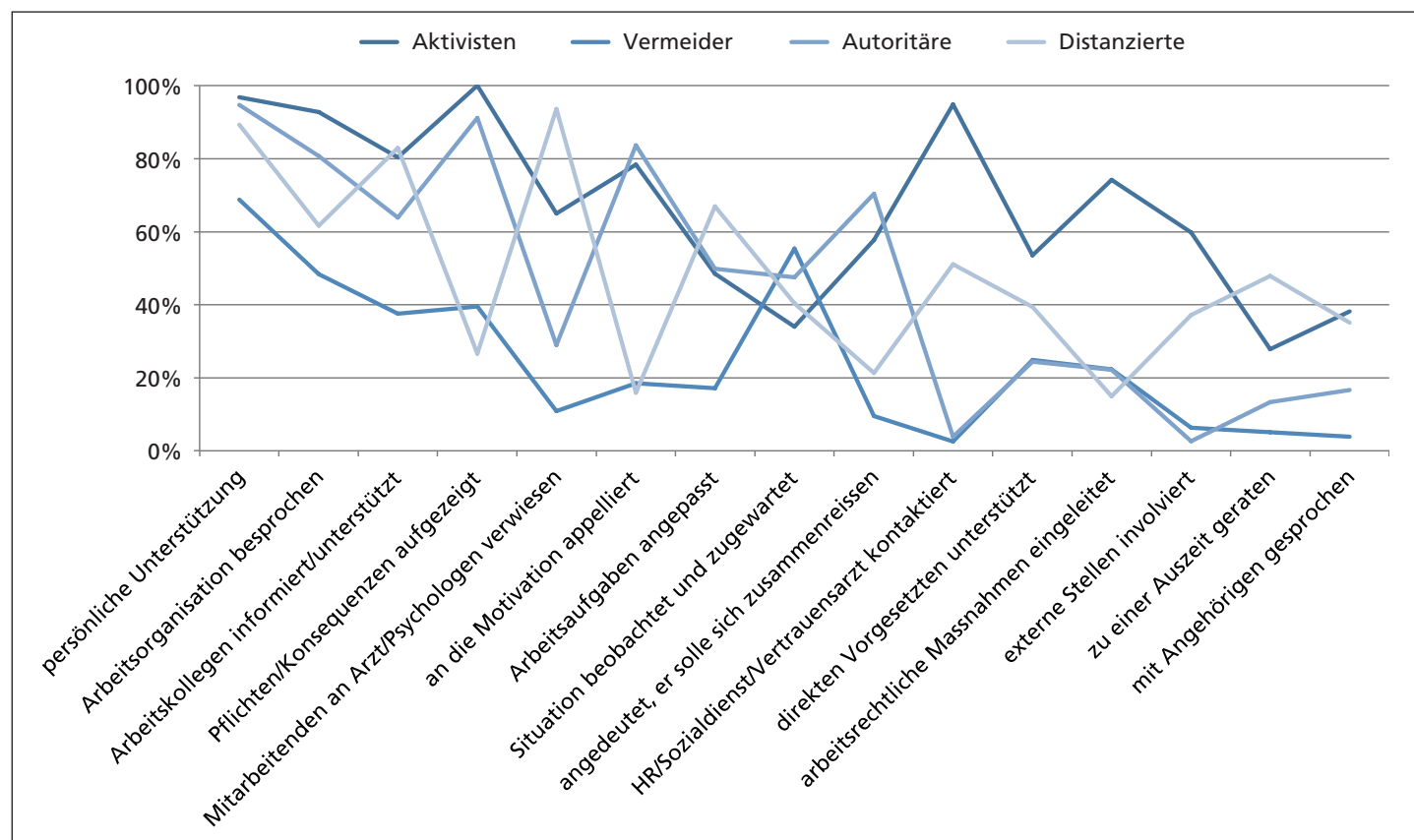
Befragt man Arbeitgeber zu ihren realen Erfahrungen mit einer psychisch auffälligen Person, die für sie persönlich bzw. für den Betrieb besonders belastend war, so wird deutlich, dass alle Akteure – der psychisch auffällige («schwierige») Mitarbeiter, der Vorgesetzte, das Team und auch die externen Beteiligten – einen Teil zur Problematik beitragen [18].

Das häufigste von Arbeitgebern als «schwierig» wahrgenommene Mitarbeiterverhalten (von rund 45% aller Befragten genannt) sind Schuldzuweisungen («Stritt eigene Fehler ab und gab immer anderen die Schuld»), gefolgt von Launenhaftigkeit («War launisch, die Stimmung schwankte sehr stark») (Abb. 7).

Gegenüber diesen unspezifischen Auffälligkeiten wie Schuldzuweisungen und Launenhaftigkeit werden spezifische Auffälligkeiten, die auf Angststörungen, Suchterkrankungen, Manie, Schmerzstörungen oder Denkstörungen hindeuten, sehr selten genannt (in maximal rund 10% der Fälle). Psychische Probleme werden anscheinend selten als besonders schwierig wahrgenommen, wenn sie als individuell begrenzte krankheitswertige Probleme erkennbar sind, hingegen besonders häufig als sehr belastend eingeschätzt, wenn es sich um unspezifische und zwischenmenschlich belastende Auffälligkeiten handelt. Eine Typenanalyse (Latent Class-Analyse) der geschilderten Verhaltensauffälligkeiten ergibt 5 Typen «schwieriger» Mitarbeitender mit folgenden typischen Auffälligkeiten:

1. Depression, Burn-out (13% der «schwierigen» Mitarbeiter): keine Eigeninitiative, Konzentrationsprobleme,

Abbildung 8 Aktivisten, Vermeider, Autoritäre und Distanzierte: Latent Class-Analyse der Interventionen durch Vorgesetzte/Personalverantwortliche (n = 655) bei Mitarbeitenden, die betrieblich/persönlich als besonders belastend empfunden wurden [18].



konnte Dinge nicht anpacken, kein Selbstvertrauen, passiv, sehr viele Überstunden.

2. «Charakterprobleme» und Leistungsprobleme (13%): stritt Fehler ab und gab immer den anderen Schuld, brachte Aufgaben nicht zu Ende, entwertete Arbeitskollegen, vergass häufig Dinge, aufmüpfig bei Anweisungen.
3. Nur Leistungsversagen (19%): vergass häufig Dinge, brachte Aufgaben nicht zu Ende, Konzentrationsprobleme.
4. «Charakterprobleme» – gute Leistung (23%): stritt Fehler ab und gab immer den anderen Schuld, entwertete Arbeitskollegen, war sehr launisch und unberechenbar, aufmüpfig bei Anweisungen, entwertete Vorgesetzte, rastete bei Kritik völlig aus.
5. Isolierte Probleme, geringe Gesamtbelastung (32%).

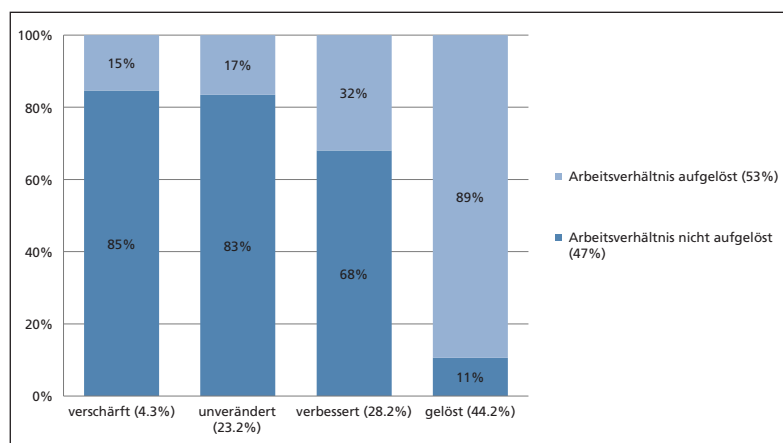
Insgesamt die häufigste Gruppe (zusammen 36% aller Mitarbeiter) sind die wahrgenommenen «Charakterprobleme», sei es mit guter Leistung (vor allem bei Kadermitarbeitenden) oder kombiniert mit Leistungsproblemen. Auch hier wird die Bedeutung von persönlichkeitsbedingten Problemen wieder deutlich. «Charakterprobleme» schlagen sich meist in den zwischenmenschlichen Beziehungen nieder, und dies ist auch derjenige Bereich, den sowohl die Vorgesetzten wie auch die Mitarbeiterteams am häufigsten stark belastet haben. Leistungsprobleme oder Absenzen waren demgegenüber von stark untergeordneter Bedeutung. Generell wird auf Arbeitgeberseite in Bezug auf die Früherkennung von Problemen die Bedeutung der zwi-

schmenschlichen Konflikte unterschätzt und die Bedeutung von Krankheitsabsenzen überschätzt: Rund 60% dieser psychisch auffälligen Mitarbeitenden hatten keinerlei Langzeitabsenzen und 50% hatten auch keine wiederholten kurzen Absenzen. Das heisst, die Hälfte der belasteten Mitarbeiter wird mit den bisherigen Unterstützungsprozessen, die üblicherweise durch Langzeitabsenzen initiiert werden, nicht erfasst.

Vorgesetzte haben in diesen erfahrenen – durchschnittlich 2,8 Jahre dauernden – Problemsituationen auf vielfältige Weise interveniert. Fast alle haben das persönliche Gespräch mit dem Mitarbeiter gesucht, die Arbeitsorganisation diskutiert, Pflichten und Konsequenzen angesprochen, die Arbeitskollegen unterstützt usw. Die Vorgesetzten lassen sich 4 Typen zuordnen (Abb. 8).

15% der Vorgesetzten zeichneten sich durch «Aktivismus» aus, das heisst, diese Chefs liessen kaum etwas unversucht, um die Situation zu lösen, wirkten insgesamt jedoch wenig zielgerichtet. Dieser Typ kommt vor allem in grossen Betrieben vor. Der zweite Typ, der «Vermeider» (24%), fällt im Gegensatz dazu dadurch auf, dass er besonders selten intervenierte ausser bei «Habe die Situation beobachtet und zugewartet». Der dritte und häufigste Typ (47%) forderte «autoritär» Leistung ein: Es wurden Konsequenzen und Pflichten angesprochen, es wurde an die Leistungsmotivation des Mitarbeiters appelliert und verlangt, er solle sich zusammenreißen. Vermeidende und autoritäre Chefs sind besonders häufig in kleinen Betrieben. Der vierte – «distanzierte» – Typ (14%) schliesslich fiel dadurch auf, dass

Abbildung 9 Die Lösung liegt fast immer in der Kündigung: Status der Problemsituation zum Zeitpunkt der Befragung nach Bestand des Arbeitsverhältnisses [18].



er weder drohte noch appellierte noch verlangte, man solle sich zusammenreissen, sondern den Mitarbeiter aufforderte, einen Arzt oder Psychologen aufzusuchen. Angesichts der starken emotionalen Involviertheit der Vorgesetzten in diesen Situationen wäre ein rascher Beizug von externen Fachleuten wahrscheinlich die beste, bis heute jedoch selten praktizierte Strategie.

Die Zuweisung zu einem Arzt hängt mit einer erhöhten Hilfsbereitschaft des Teams zusammen. Dies ist bedeutsam, da nur ein Drittel der Teams in diesen Situationen vor allem mit Besorgnis und Hilfsbereitschaft reagiert hat. Die Hälfte der Teams zeigte starken Ärger und Wut, und ein Fünftel der Teams zeigte sowohl starken Ärger wie auch Hilfsbereitschaft, Verunsicherung und Stress. Am meisten Ärger und Wut lösten erwartungsgemäss Mitarbeiter mit «Charakterproblemen» und guter Leistung aus. Dabei spielt allerdings auch die Team-Kultur eine Rolle: In Teams, die einen offenen Umgang mit Fehlern pflegen, hat das «schwierige» Verhalten des Mitarbeiters sehr viel seltener zu Spaltungen und zu einer markanten Klimaverschlechterung geführt als in Teams, die einen verheimlichenden Umgang mit Fehlern haben. Die Team- oder Betriebskultur ist demnach ebenfalls entscheidend dafür, wie gut psychisch auffällige Mitarbeiter am Arbeitsplatz getragen werden können. Dafür ist es allerdings nötig, die Teams von psychisch belasteten Mitarbeitern in geeigneter Form zu informieren, damit sie sich hilfreicher verhalten können.

Die Verunsicherung aufseiten aller Beteiligten und die fehlende oder sehr späte Involvierung von externen Fachleuten schlagen sich im Ausgang der Problemsituation nieder: Zwar berichtet fast die Hälfte der Chefs, sie hätten das Problem lösen können, aber die Analyse zeigt, dass diese Lösung fast immer in der Auflösung des Arbeitsverhältnisses bestand (Abb. 9).

In rund 90% der «gelösten» Fälle wurde das Arbeitsverhältnis aufgelöst, sei es durch den Arbeitgeber oder durch den Mitarbeiter selbst. Auch bei den als «gebessert» beschriebenen Situationen arbeitet ein Drittel der Mitarbeiter nicht mehr an diesem Arbeitsplatz. Es ist zudem zu erwarten, dass ein grosser Teil der Mitarbeiter in den als «verschärft» und «unverändert» beschriebenen Situationen

sich nicht dauerhaft an dieser Stelle wird halten können. Der zu erwartende Ausgang von belastenden Problemsituationen mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden ist demnach der Stellenverlust – trotz durchaus vorhandenem Engagement der Arbeitgeber.

Probleme und Potentiale der psychiatrischen Behandlung

Das grösste fachliche Potential zur Verbesserung von Arbeitsplatzhalt und Wiedereingliederung liegt jedoch bei den Ärzten, die Mitarbeitende mit psychischen Problemen behandeln. Ärzte – in erster Linie die Psychiater – kennen normalerweise nicht nur die Symptomatik ihrer Patienten, sondern auch deren funktionelle Defizite, den «roten Faden» der Beeinträchtigungen, der sich über verschiedene Arbeitsstellen zieht und vor allem auch die Biographie und das arbeitsbezogene Erleben, das heisst, die spezifischen Ängste und Bedürfnisse der Patienten am Arbeitsplatz. Sie wissen häufig, welche Anpassungen die Patienten im Betrieb benötigen würden, um besser funktionieren zu können. Damit liessen sich viele dieser Problemsituationen früher und gezielter angehen. Deshalb läge in einer besseren Kommunikation der Behandelnden mit den Arbeitgebern und Integrationsfachleuten sehr viel Potential. Psychiater haben zwar bei ihren IV-berenteten Patienten nicht selten Kontakt zu rehabilitativen Einrichtungen, aber sie haben nur selten Kontakt zu Arbeitgebern erwerbstätiger Patienten. Das häufig gehörte Argument, Ärzte könnten bezüglich Arbeitssituation ihrer Patienten nicht viel ausrichten, da sie die spezifischen Arbeitsplatzprofile nicht kennen würden, greift nicht, da die Defizite und nötigen Arbeitsplatzanpassungen bei psychisch Kranken fast immer genereller Natur sind. Aus Sicht der Arbeitgeber (und der Fachleute in der Rehabilitation) liegt in der mangelnden Kooperation der Ärzte eine zentrale Ursache für die unbefriedigende Lösung psychisch bedingter Problemsituationen.

Bemerkenswert ist, dass Arbeitgeber über die Behinderung informiert werden wollen und Hinweise wünschen, wie sie damit umgehen sollen. Arbeitgeber möchten wissen, welche Auswirkungen die Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit hat, nicht welche Störung diagnostiziert ist, auch wenn dies oft so formuliert wird («Was hat er?»). Arbeitgeber fühlen sich im Umgang mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden von den behandelnden Ärzten meist allein gelassen, sei es aus Datenschutzgründen oder wegen fachlicher Mängel. Die Problematik der ungenügenden Herleitung von krankheitsbedingten Funktionsdefiziten zeigt sich auch bei den IV-Gutachten [12]: In 50% der ärztlichen Gutachten von IV-Renten Antragstellern findet sich höchstens ein einziger Satz zu den konkreten Arbeitsdefiziten, obwohl es explizit die Aufgabe dieser Begutachtung ist, die krankheitsbedingten Arbeitsdefizite zu benennen und herzuleiten.

Ärzte unterschätzen, wie wichtig ihr Wissen für rehabilitative Massnahmen und damit für Eingliederungsfachleute und Arbeitgeber ist. Integrationsfachleute haben angesichts der komplexen emotionalen Dynamik geringe Chancen, den Arbeitsplatz eines psychisch kranken Mitarbeiters zu sichern oder psychisch Kranke gegen starke Bedenken von Arbeit

Gebenden wieder einzugliedern, wenn sie nicht von den behandelnden Ärzten über die arbeitsplatzbezogenen Ängste des Patienten, den Hintergrund seines auffälligen Verhaltens, die Funktionseinschränkungen sowie über die nötigen Arbeitsplatzanpassungen informiert werden. Die Information darf aus Datenschutzgründen plakativ sein, sollte aber das wesentliche Arbeitsproblem treffen und geeignet sein, das Verständnis und die Geduld der Vorgesetzten zu erhöhen. Entscheidend dabei wäre auch, dass Ärzte den Arbeitgebern mitteilen, in welchen Bereichen eine «normale» Leistung und ein «normales» Verhalten erwartet werden darf, und dass sie diese ermutigen, Erwartungen und Grenzen klar zu formulieren. Sonst fassen Arbeitgeber diese Mitarbeitenden mit «Samthandschuhen» an, was eben keine nachhaltige Strategie ist.

Von ärztlicher Seite wird oft der Datenschutz als Hindernis einer Information des Arbeitgebers genannt, und oft wollen gerade diejenigen Patienten, bei denen der grösste Kommunikationsbedarf besteht, keinen Kontakt zwischen Arzt und Arbeitgeber. Dies sollte differenziert betrachtet werden. Die Praxis zeigt, dass Patienten oft erleichtert sind, wenn ihr Arzt mit dem Arbeitgeber Kontakt aufnimmt und «in ihrem Sinne» mit dem Vorgesetzten verhandelt. Damit Patienten wirklich entscheiden können, ob sie für oder gegen einen Kontakt zwischen Arzt und Arbeitgeber sind, muss der Behandelnde die verschiedenen Optionen und deren Konsequenzen aufzeigen und mit dem Patienten diskutieren. Wenn der Arbeitgeber nicht informiert wird über die psychische Behinderung, wird zwar eine allfällige zusätzliche Stigmatisierung vermieden, gleichzeitig steigt aber der Ärger im Arbeitsumfeld (und damit das Kündigungsrisiko). Bei einer Information wird das Arbeitsumfeld emotional entlastet, allerdings ist dann bekannt, dass der Mitarbeiter ein Problem hat. Risiken und Chancen einer Offenlegung der Behinderung (nicht der Diagnose) sollten wenigstens diskutiert werden. Schliesslich kann mit dem Patienten besprochen werden, was der Arbeitgeber wissen sollte und was nicht. Ein Kontakt zwischen Arzt und Arbeitgeber bedeutet nicht, dass der Patient völlig die Kontrolle verliert. Will der Patient den Arbeitsplatz behalten, dann ist allerdings in denjenigen Fällen, wo der Arbeitsplatz schon gefährdet ist, wo sich das psychische Problem vor allem im zwischenmenschlichen Bereich auswirkt und Vorgesetzte sowie Mitarbeitende womöglich schon stark belastet sind oder wo eine längere Krankschreibung droht, ein aktiverer Kontakt des Arztes zum Arbeitgeber unumgänglich.

Das Profil der von den Arbeitgebern beschriebenen «schwierigen» Mitarbeiter (mögliche Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und neurotische Störungen) entspricht ziemlich genau dem Profil der IV-Gebrechensgruppe der «psychogenen und milieureaktiven» psychischen Störungen (IV-Code 646), die in den letzten 25 Jahren fast um das Zehnfache angewachsen ist – und es entspricht der Hauptzielgruppe der rund 17 000 IV-Berenteten, die nun im Zuge der 6. IV-Revision wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden sollen. Hier stellt sich die Frage, wie nachhaltig solche Re-Integrationen sein werden. IV-Eingliederungsmassnahmen sind bei psychisch Kranken nur in etwa 15% der Fälle erfolgreich [15]. Zudem wird die IV

von den Arbeitgebern bisher nicht als relevanter Problemlöser wahrgenommen: Nur in 3% der betrieblichen Problemsituationen wurde berichtet, dass die zuständige IV-Stelle geholfen habe, das Problem zu lösen [18].

Psychisch bedingte Probleme am Arbeitsplatz können eine solch starke emotionale Dynamik entfalten, dass sie ohne ein gemeinsames Vorgehen aller Beteiligten nicht zu lösen sind. Angesichts der Tiefe der Problematik und der hohen Prävalenz psychischer Störungen sollten die relevanten Akteure – Ärzteschaft, Arbeitgeber, Krankentaggeld- und Sozialversicherungen sowie Rehabilitation – gemeinsam fachlich fundierte und evidenzbasierte Konzepte ausarbeiten, die der stark zunehmenden Ausgliederung von psychisch belasteten Erwerbstätigen aus dem Arbeitsmarkt wirksam entgegenwirken. Bisher gibt es in der Schweiz keinen solch übergreifenden Ansatz. Solange nicht ernst genommen wird, wie komplex die Problemstellung ist, wird sich die Ausgliederung psychisch Kranker aus dem Arbeitsmarkt – sei es via Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe oder Invalidität – wohl nicht verringern.

Literatur

- 1 OECD. Sick on the job: Myths and realities about mental health and work. Paris: OECD Publishing; 2012.
- 2 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 Gen Psychiatry*. 2005;62:593–602.
- 3 Richter D, Berger K, Reker T. Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Prax*. 2008;35:321–30.
- 4 Grove, B, Secker, J, Seebohm, P. New thinking about mental health and employment. Oxford: Radcliffe Press; 2005.
- 5 Baer N, Cahn T. Psychische Gesundheitsprobleme. In: Meyer K (Hrsg). *Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht*. Bern: Verlag Hans Huber, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums; 2008.
- 6 Waddell, G, Burton, K. Is work good for your health and wellbeing? Department of Work and Pensions. London: The Stationery Office; 2006.
- 7 Cahn T, Baer N. Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft – Bericht der Kantonalen Psychiatrischen Dienste BL. Liestal: Verlag des Kantons Basel-Landschaft; 2003.
- 8 Grebner S, Berlowitz I, Alvarado V, Cassina M. Stress bei Schweizer Erwerbstätigen – Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO; 2011.
- 9 Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;420:21–7.
- 10 Baumeister H, Härter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:537–46.
- 11 Bundesamt für Sozialversicherungen. IV-Statistik 2011. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen; 2012. Available from: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/02/04/dos/00.html>
- 12 Baer N, Frick U, Fasel T. Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen und Berentungsverläufe. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen; 2009. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/09.
- 13 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. *Psychol Med*. 2008;38:1627–37.
- 14 Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment – a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:337–49.
- 15 Baer N, Fasel T. «Sie wäre so begabt» – Die Arbeitssituation von Menschen nach Psychosen. *Familiendynamik*. 2009;34:346–59.
- 16 Domingo A, Baer N. Stigmatisierende Konzepte in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatr Prax*. 2003;30:355–7.
- 17 Baer N. Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? *Zeitschrift für Sozialhilfe*. 2007;1:32–3.
- 18 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; 2011. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/11.