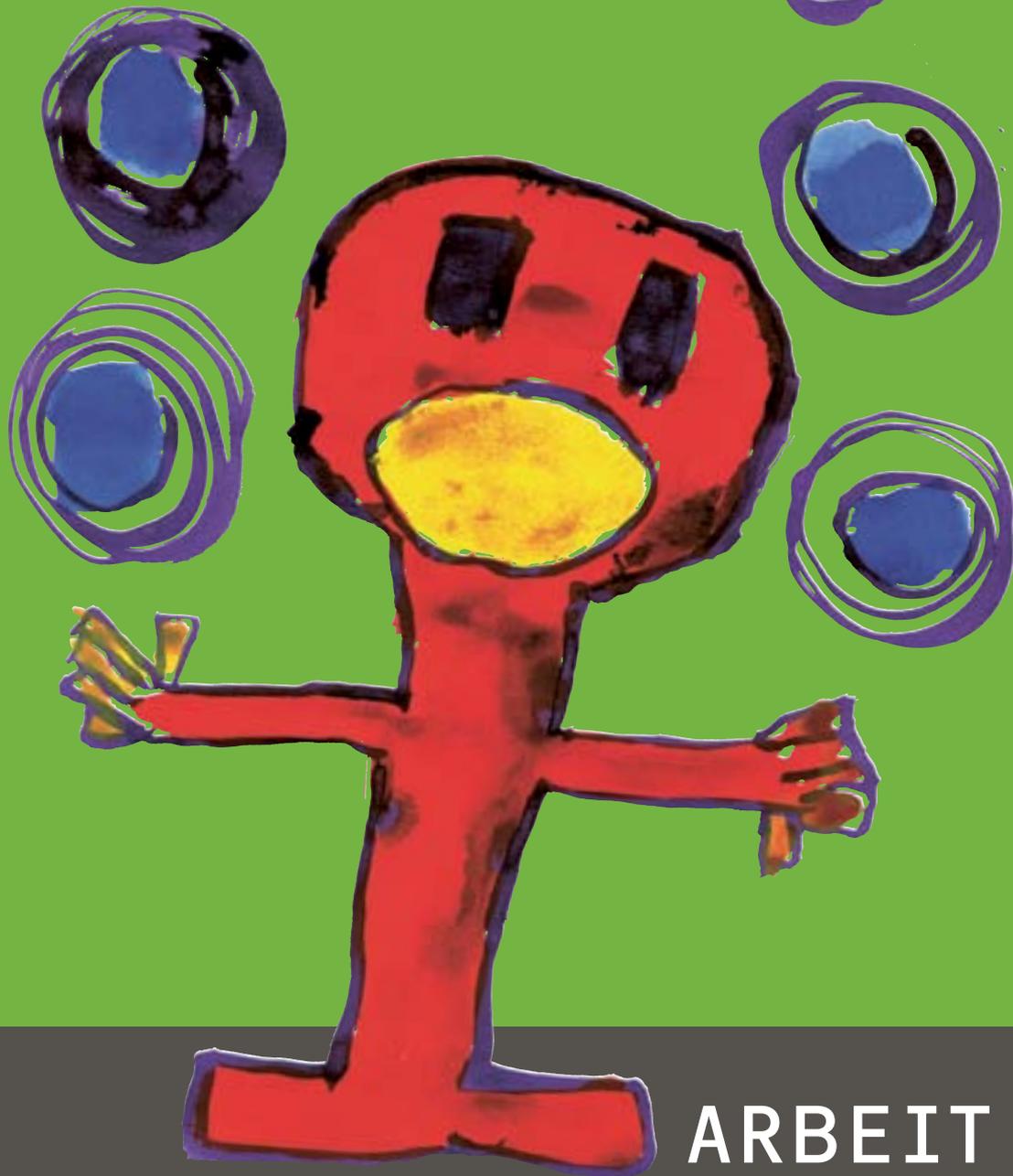


PRO MENTE SANA

# AKTUELL <sup>1</sup>



ARBEIT UND  
PSYCHISCHE GESUNDHEIT

# NEUE LEITSÄTZE FÜR STIFTUNG PRO MENTE SANA

Die Stiftungsversammlung hat im Dezember 2011 neue Leitsätze verabschiedet. Sie definieren die Leitlinien für die Ziele und Tätigkeiten der Stiftung. Diese Leitsätze sind gegliedert in Grundsätze, Leitsätze für die strategischen Handlungsfelder und solche für die Führung der Geschäftsstelle. Der Stiftungsrat erarbeitet noch im laufenden Jahr das Tätigkeitsprogramm unserer Organisation für die kommenden Jahre.

## GRUNDSÄTZE

### Leitsatz 1: Gleichstellung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung

Die Stiftung Pro Mente Sana fördert die Gleichstellung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Das Diskriminierungsverbot und Gleichstellungsgebot in der Schweizerischen Bundesverfassung, das Behindertengleichstellungsgesetz sowie die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen bilden dabei die Grundlagen.

### Leitsatz 2: Befähigung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung (Empowerment)

Die Stiftung Pro Mente Sana unterstützt Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Sie hilft Betroffenen, ihre

Interessen selbständig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen und Ressourcen von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung.

### Leitsatz 3: Öffentliche Stimme

Die Stiftung Pro Mente Sana versteht sich als öffentliche Stimme von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Sie engagiert sich in der Öffentlichkeit für mehr Verständnis Betroffenen gegenüber und wirkt ihrer Stigmatisierung entgegen.<sup>1</sup>

### Leitsatz 4: Partizipation am öffentlichen, politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben

Die Stiftung Pro Mente Sana setzt sich dafür ein, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung gleichberechtigt und umfassend am öffentlichen, politi-

## EIN FALL AUS DER RECHTSBERATUNG: BIS ZUM ENTSCHEID DER IV ZAHLT DIE ALV

„Ich bin seit längerer Zeit zu 50 Prozent krankheitsbedingt arbeitsunfähig und habe deshalb Taggelder der Krankentaggeldversicherung bezogen. Mein Arbeitgeber hat mir nach Ablauf der Sperrfrist die Stelle gekündigt. Seither suche ich vergeblich eine neue Stelle zu 50 Prozent und bezog ein halbes Taggeld der Arbeitslosenversicherung. Die Taggelder der Krankentaggeldversicherung habe ich nun vor kurzem ausgeschöpft, weshalb ich mich bei der Invalidenversicherung (IV) angemeldet und zeitgleich bei der Arbeitslosenversicherung eine höhere Arbeitslosenentschädigung beantragt habe. Werde ich nun bis zum Entscheid der IV von der Arbeitslosenversicherung höhere Taggelder bekommen, obwohl ich weiterhin nur zu 50 Prozent arbeitsfähig bin?“

Ja, das werden Sie. Weil Sie bei der IV angemeldet sind und es noch unklar ist, ob Ihnen die IV eine Rente zusprechen wird, ist die Arbeitslosenversicherung (ALV) vorleistungspflichtig. Das heisst, die

ALV muss bezahlen, wie wenn Sie voll vermittlungsfähig wären. An diese Vorleistungspflicht ist jedoch unter anderem die Voraussetzung geknüpft, dass Sie nicht offensichtlich vermittlungsunfähig sind. Offensichtlich vermittlungsunfähig wären Sie, wenn Sie nicht einmal für einen Nischenarbeitsplatz im Umfang von 20 Prozent einsatzfähig wären. Ihre Vermittlungsfähigkeit – auch wenn bisher nur zu 50 Prozent – steht ja bereits fest, weshalb Sie auch Arbeitslosenentschädigung bezogen haben. In Fällen jedoch, wo die ALV erhebliche Zweifel an der Arbeitsfähigkeit hat, kann sie auf eigene Kosten eine vertrauensärztliche Untersuchung anordnen.

Für den Anspruch auf die Vorleistung der ALV genügt also, wenn eine bei der IV angemeldete Person für eine neue, angepasste Tätigkeit mindestens 20 Prozent vermittlungsfähig ist, solche Stellen sucht und bereit ist, diese neue Anstellung anzutreten. Diese Mindestgrenze von 20 Prozent ist vom Seco in einem Kreisreiben über die Arbeitslosenversi-

cherung festgehalten und vom Bundesgericht abgesegnet worden (BGE 136 V 95, Urteil vom 2. März 2010). Dabei ist zu beachten, dass die Vorleistungspflicht der ALV bis zum Entscheid der IV begrenzt ist. Sobald das Ausmass Ihrer Erwerbsunfähigkeit aufgrund dieses Entscheides feststeht, wird die ALV Ihren versicherten Verdienst und damit die Höhe Ihrer Arbeitslosenentschädigung für die Zukunft entsprechend Ihrer Resterwerbsfähigkeit anpassen. Eine Rückforderung für die bisher geleisteten ALV-Taggelder besteht nur im Umfange der für diese Zeit gesprochenen IV-Rentenhöhe. Fazit: Ist eine behinderte Person bei der IV angemeldet, bereit und in der Lage, eine zumutbare Arbeit im Umfang von mindestens 20 Prozent anzunehmen und erfüllt sie auch die übrigen gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen (wie namentlich die Kontrollvorschriften), besteht für die ALV eine Vorleistungspflicht im Umfang von ganzen Taggeldern, bis die IV entscheidet.

Jahangir Asadi, Pro Mente Sana

schen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben mitwirken können.

## STRATEGISCHE HANDLUNGSFELDER

### Leitsatz 5: Sensibilisierung und Aufklärung

Die Stiftung Pro Mente Sana klärt die Öffentlichkeit über Themen psychischer Beeinträchtigung auf und wehrt sich gegen Vorurteile, Benachteiligungen und Ausgrenzungen Betroffener.

### Leitsatz 6: Behandlung und Betreuung

Pro Mente Sana setzt sich dafür ein, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung die freie Wahl zwischen verschiedenen Formen der Behandlung und Betreuung haben.

### Leitsatz 7: Recovery, Selbsthilfe und Trialog

Die Stiftung Pro Mente Sana unterstützt Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung dabei, durch die eigenen Stärken und Fähigkeiten Gesundheit wieder zu erlangen und zu erhalten. Sie ermutigt betroffene Personen, über ihre persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse mit einer psychischen Beeinträchtigung zu sprechen und ihre Erfahrungen im gleichberechtigten Trialog mit Angehörigen und Fachleuten auszutauschen.

### Leitsatz 8: Arbeit

Die Stiftung Pro Mente Sana setzt sich ein für den Erhalt und die Schaffung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Bestehende Ausbildungs- und Arbeitsplätze sollen frei sein von Diskriminierung jeder Art.

### Leitsatz 9: Finanzielle Sicherheit und Wohnen

Die Stiftung Pro Mente Sana setzt sich dafür ein, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in finanzieller Sicherheit leben können. Löhne, Sozialversicherungen und Sozialhilfe sollen eine existenzsichernde und würdige Lebensführung erlauben. Die Stiftung ist darum besorgt, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung ihre Wohnsituation in eigener Kompetenz und Verantwortung gestalten können und dabei die Wahl zwischen verschiedenen Wohnformen und -angeboten haben.

### Leitsatz 10: Information und Kommunikation

Die Stiftung Pro Mente Sana engagiert sich dafür, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung das Recht auf freie Meinungsäusserung ausüben und sich jederzeit Informationen beschaffen, Informationen empfangen und weitergeben können.

### Leitsatz 11: Soziale Beziehungen

Die Stiftung Pro Mente Sana setzt sich dafür ein, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in Fragen, die soziale Beziehungen wie Partnerschaft, Ehe, Familien, Elternschaft und Freundschaften betreffen, nicht diskriminiert werden.

## LESERBRIEF

### Psychische Krankheit und Humor

Als persönlich Betroffene und unterdessen 60-jährige Frau, hat mich dieses Thema sofort interessiert. Ein recht provokativer Titel! Also hab ich begonnen zu lesen. Einen Artikel nach dem andern. Immer weiter. Glaubte zuerst: es muss noch etwas kommen. Je länger ich gelesen – es war ein Affront! Jahrelange Psychiatrie – jahrelanges LEIDEN – auch im Nachhinein kann ich es nicht anders nennen – ich fühle mich nicht ernst genommen! Dem Humor bin ich absolut nicht abgeneigt – als gebürtige Baslerin kenne ich – und pflege – den bissigen. Aber Humor auf Befehl, als Programm, in Situationen, welche ABSOLUT NICHT LUSTIG, sondern tragisch, voll Angst und Verzweiflung, näher dem Tod als dem Leben sind. Dann, in tiefer Hoffnungslosigkeit und ohne Perspektive „schnell ein Witzchen“ zum Übertünchen, etwas ins Lächerliche ziehen, ohne der Konsequenz Rechnung zu tragen. Eine Vernichtung der menschlichen Seele in einem solchen Zustand. Bleibt mir nur zu hoffen, dass auch diese Therapieform, wie so manche andere, bald wieder vorbeiziehen wird.

Sylvia Verena Ballmer, Zürich

### Leitsatz 12: Grundlagen

Die Stiftung Pro Mente Sana fördert die Grundlagenarbeit zu Fragen rund um Themen der psychischen Beeinträchtigung; dazu gehören namentlich: die psychiatrische Versorgung, die Arbeitsintegration, die soziale und kulturelle Beteiligung oder der Bereich Wohnen und Freizeit.

### Leitsatz 13: Kooperationen

Die Stiftung Pro Mente Sana fördert Partnerschaften mit anderen Organisationen und ermöglicht damit Synergien auf allen Ebenen der operativen und strategischen Tätigkeit.

## LEITSÄTZE FÜR BETRIEB UND ORGANISATION

### Leitsatz 14: Organisation, Personal und Finanzen

Die Stiftung Pro Mente Sana führt ihre Geschäftsstelle nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen. Die Stiftung Pro Mente Sana besetzt das Team der Geschäftsstelle interdisziplinär mit qualifizierten Fachkräften aus allen erforderlichen Bereichen wie z. B. Recht, Psychiatrie, Kommunikation etc. Die Stiftung Pro Mente Sana finanziert sich aus öffentlichen Beiträgen von Bund, Kantonen und Gemeinden, durch Zuwendungen von privaten Spendern und Gönnern, aus Erträgen von Dienstleistungen und Projekten sowie durch Mittel von Dritten. Eine einseitige Abhängigkeit und Interessenkonflikte sind zu vermeiden. Die Stiftung Pro Mente Sana bindet Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung innerhalb der eigenen Organisation in ihre Entscheidungen und Prozesse ein.

<sup>1</sup> In Anlehnung an das Leitbild Pro Mente Sana, 2008

# ARBEIT UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT: PRÄVENTION, REHABILITATION, INTEGRATION

Arbeit und psychische Gesundheit sind eng miteinander verknüpft. Psychische Gesundheit bestimmt unsere Leistungsfähigkeit. Wenn die Bedingungen stimmen, kann Arbeit die psychische Gesundheit fördern. Gefährdet wird sie jedoch durch Belastungsfaktoren wie Zeitdruck und den resultierenden Stress.

Von Simone Grebner und Vanessa Alvarado

Psychische Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für die berufliche Leistungsfähigkeit, wichtiger noch als die physische Gesundheit. Psychische Gesundheit schliesst allgemeines Wohlbefinden und einen angemessenen Umgang mit Stress ein. Zur psychischen Gesundheit zählen auch ein gutes Selbstwertgefühl sowie Zufriedenheit mit der Arbeit und dem eigenen Leben. Ausserdem setzt sie ein geringes Niveau von Stress, Depressivität und Angst voraus.

## WELCHEN BEITRAG LEISTET DIE ARBEIT ZUR PSYCHISCHEN GESUNDHEIT?

Arbeit trägt grundsätzlich einmal positiv zur psychischen Gesundheit bei. Erwerbstätigkeit hat nämlich zahlreiche wünschenswerte Funktionen. Neben dem Einkommen sind dies beruflicher Status, Zeitstruktur, Lebenssinn, soziale Einbindung, Identität, Erfolge und Anerkennung. Damit verknüpft sind Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Zufriedenheit und Lebensqualität. Die Vorteile der Erwerbstätigkeit werden insbesondere bei längerer Erwerbslosigkeit wahrgenommen. Dauerhafte Erwerbslosigkeit ist mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen wie Depressionen verknüpft.

## DIE STRESS-STUDIE 2010

Stress hat bei Schweizer Erwerbstätigen landesweit zugenommen und damit auch das Risiko, dass mehr Erwerbstätige psychische Erkrankungen entwickeln. Die vom Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) in Auftrag gegebene nationale Stress-Studie 2010 (Grebner et al., 2011) zeigt, dass mittlerweile 34 Prozent der Erwerbstätigen von chronischem Stress betroffen sind. Das entspricht rund 1,47 Mio. von insgesamt 4 313 000 Erwerbstätigen (BFS, 2011). Zehn Jahre zuvor waren es noch 27 Prozent (Ramaciotti & Perriard, 2000). Stress bezeich-

net dabei einen als negativ erlebten Spannungszustand, der mit Ärger, Angst, Enttäuschung oder Frustration verbunden ist. Dieser Stress hängt mit Burnout zusammen, mit einer Unzufriedenheit mit den eigenen Arbeitsbedingungen und Gesundheitsproblemen wie Depressivität und Angstgefühlen.

### Burnout, Depressionen und Angstgefühle

Erstmals wurde festgestellt, wie viele Erwerbstätige von Burnout betroffen sind. Burnout umfasst emotionale und geistige Erschöpfung, körperliche Ermüdung und innere Distanzierung von der eigenen Arbeit. In der Stress-Studie wurde die emotionale Erschöpfung untersucht, da über 70 Prozent aller Erwerbstätigen im Dienstleistungsbereich tätig sind. 4 Prozent der Erwerbstätigen berichten, es treffe völlig auf sie zu, bei der Arbeit emotionale Erschöpfung erlebt zu haben. Weitere 21 Prozent geben an, dass es eher auf sie zutrifft, sich emotional verbraucht gefühlt zu haben. Burnout wird durch arbeitsbezogenen Stress ausgelöst, der nicht bewältigt wird, wie beispielsweise berufliche Überlastung oder Mangel an Wertschätzung. Zudem berichten 11 Prozent der Erwerbstätigen, in den letzten zwölf Monaten unter Depressionen oder Angstgefühlen gelitten zu haben.

### Arbeitsbezogener Substanzkonsum

32 Prozent der Schweizer Erwerbstätigen geben an, in den letzten zwölf Monaten im Zusammenhang mit der Arbeit mindestens eine Substanz konsumiert zu haben. Unter Substanzen fallen Medikamente, legale oder illegale Drogen und auch Alkohol. Der häufigste Beweggrund für Substanzkonsum war, trotz Schmerzen arbeiten zu können (25 Prozent), gefolgt von der Absicht, nach der Arbeit abschalten oder schlafen zu können bzw. wieder fit zu sein (10 Prozent). Relativ wenige Erwerbstätige konsumierten Substanzen, um ihre körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit zu steigern oder ihre Stimmung zu verbessern (jeweils 4 Prozent).

Stresssymptome bzw. -folgen	Prävalenz <sup>1</sup>
Stress	34 %
Burnout (sich bei der Arbeit emotional verbraucht fühlen)	4 % (+21%)
Depressionen oder Angstgefühle	11 %
Arbeitsbezogener Substanzkonsum	32 %

### Stressbewältigungskompetenzen

Darüber hinaus haben zwischen 2000 und 2010 die Stressbewältigungskompetenzen in der Erwerbsbevölkerung abgenommen. Diese Kompetenzen sind zentral für den Erhalt der psychischen Gesundheit. Im Jahr 2000 fühlten sich noch 31 Prozent der Erwerbstätigen völlig in der Lage, mit ihrem Stress zurechtzukommen. Zehn Jahre später sind dies nur noch 20 Prozent.

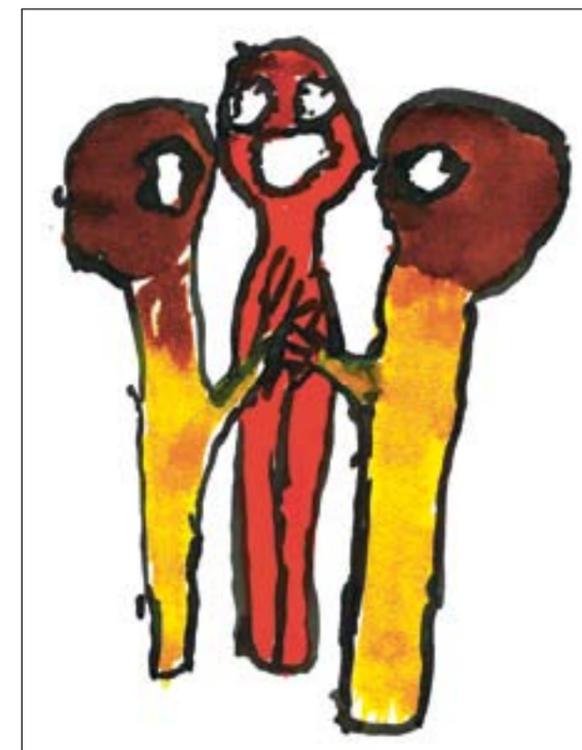
## WAS SIND GESUNDHEITSFÖRDERLICHE ARBEITSBEDINGUNGEN?

Arbeitsbedingungen hängen mit psychischer Gesundheit zusammen. Entlastungsfaktoren wie gute Führung, Unterstützung von KollegInnen, Handlungs- und Zeitspielräume und gute Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Verpflichtungen haben sich in zahlreichen Studien als gesundheitsförderlich erwiesen. Gute Führung schliesst neben zahlreichen weiteren Aspekten ein, von Vorgesetzten respektiert, unterstützt und fair bewertet zu werden. Gute Führung meint auch, dass Vorgesetzte persönliche Bedürfnisse der Mitarbeitenden berücksichtigen, gemeinsam mit Mitarbeitenden Leistungsziele vereinbaren, klare Anweisungen geben und im Falle einer Überlastung für Entlastung sorgen (siehe z.B. Grebner & Alvarado, im Druck). Handlungsspielraum bedeutet, dass Erwerbstätige Einfluss auf Entscheidungen nehmen können, die ihre eigene Arbeit betreffen. Dazu zählt, Ziele und Vorgehensweisen mitzubestimmen und die Reihenfolge der Aufgabenerledigung zu beeinflussen. Zeitspielräume meinen den Zeitpunkt der Erledigung von Aufgaben, das Arbeitstempo und den Arbeitsrhythmus festlegen zu können.

## BELASTUNGSFAKTOREN GEFÄHRDEN DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Arbeitsbezogene Belastungsfaktoren hingegen hängen mit Stress und psychischen Leiden zusammen. Zahlreiche wissenschaftliche Studien – wie auch die Stress-Studie 2010 – zeigen, dass Belastungsfaktoren mit Stress, Burnout, Depressivität und Angstgefühlen in Beziehung stehen. Fast die Hälfte der Schweizer Erwerbstätigen klagt über Unterbrechungen bei der Arbeit (48 Prozent), über Zeitdruck (Arbeiten mit hohem Tempo und Termindruck, 43 bzw. 40 Prozent), Umstrukturierungen (35 Prozent) und Gratifikationskrisen (31 Prozent). Mit

<sup>1</sup> Unter Prävalenz wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit (z.B. Depressionen) oder eines Symptoms (z.B. Stress) oder Verhaltens (z.B. Substanzkonsum im Arbeitskontext) in der Bevölkerung bezogen auf einen bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder Zeitraum (Periodenprävalenz) verstanden. In der Stress-Studie 2010 wurde i.d.R. eine Periodenprävalenz bezogen auf einen Zeitraum von zwölf Monaten untersucht.



Gratifikationskrisen ist ein Ungleichgewicht zwischen eigener Anstrengung, wie in Kauf genommenen Überstunden, und dafür erhaltenen Belohnungen, wie Anerkennung, gemeint. Von Mobbing berichten 8 Prozent der Schweizer Erwerbstätigen. Zudem haben sich die Arbeitsbedingungen vieler Erwerbstätiger in den letzten Jahren verändert. Beispielsweise hat der Zeitdruck zwischen 2005 und 2010 an Schweizer Arbeitsplätzen deutlich zugenommen. Ferner wird diskutiert, dass sich vielerorts auch die Rahmenbedingungen der Arbeitstätigkeit verändert haben, wie unregelmässige Arbeitszeiten, befristete und unsichere Arbeitsverhältnisse und hohe Ansprüche an Flexibilität und Mobilität.

## STRESS UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Solche chronischen psychosozialen Belastungen spielen bei der Gefährdung der psychischen Gesundheit eine grosse Rolle. Lebenssituationen, in denen Belastungen in mehreren Bereichen wie Arbeit und Privatleben gleichzeitig auftreten, stellen ein besonderes Risiko dar. Dies gilt auch, wenn innerhalb eines Lebensbereiches mehrere Belastungen gleichzeitig über längere Zeit gegeben sind. Rund die Hälfte der Bevölkerung leidet im Lauf der gesamten Lebenszeit mindestens einmal an einer diagnostizierbaren psychischen Erkrankung. Dabei sind insbesondere depressive Erkrankungen und Angststörungen häufig vertreten. Frauen leiden insgesamt gesehen öfter unter depressiven Störungen und Angststörungen als Männer. Auch Substanzabhängigkeit tritt – insbesondere unter Männern – häufig auf. In der Schweiz sind junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren sowie 45- bis 54-jährige Frauen und Männer über



50 Jahren überdurchschnittlich häufig von psychischen Erkrankungen betroffen.

## PRÄVENTION

Im Idealfall wird die Gesundheit der Erwerbstätigen dadurch geschützt, dass Arbeitsbedingungen vorbeugend oder korrigierend gestaltet werden, so dass gesundheitliche Probleme erst gar nicht entstehen (Prävention). Ein Beispiel dafür ist, Entlastungsfaktoren wie gute Führung durch Führungsentwicklung zu optimieren und Spielräume durch Arbeitsgestaltung zu erweitern. Zentral ist auch, Belastungsfaktoren abzubauen, wie beispielsweise unnötigen administrativen Aufwand, unnötigen Zeitdruck, mangelhafte Arbeitsorganisation und unangebrachte Kontrolle (bedingungsbezogene Prävention). Zusätzlich sollten die Kompetenzen der Mitarbeitenden im Umgang mit Stress optimiert werden. Dazu sind kognitiv-behaviorale Stressmanagementtrainings (z. B. Stressimpfungstrainings nach Meichenbaum) oder auch Coachings geeignet (personenbezogene Prävention).

## REHABILITATION

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind von Arbeitslosigkeit in hohem Masse betroffen. Vierzig

Prozent der Gründe aller IV-Berentungen sind psychisch bedingt. Gleichzeitig haben IV-Neuberentungen bei psychisch erkrankten Personen besonders stark zugenommen. Dahinter stehen oft verminderte Erwerbsfähigkeit wegen Leistungsproblemen oder auch häufigeren Konflikten. Da Arbeit aber wesentlich zur psychischen Gesundheit beiträgt, gilt es, psychisch kranken Menschen eine berufliche Wiedereingliederung oder Rehabilitation zu ermöglichen. Beispiele für Rehabilitationsmassnahmen sind berufliche Trainingszentren, wo die RehabilitandInnen auf den Einstieg in den Arbeitsmarkt vorbereitet werden, oder Berufsförderungswerke, wo die Möglichkeit einer Fort- oder Umschulung besteht.

## INTEGRATION

Auf die Vorbereitungen auf einen Einstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt, also der beruflichen Rehabilitation, soll Hilfe zur beruflichen Integration an einen neuen Arbeitsplatz folgen. Es müssen Strategien entwickelt werden, damit Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung trotz Unsicherheiten und Ängsten eine neue Stelle finden und zufriedenstellende Leistungen erbringen können. Es gilt, die Erwerbstätigen so zu unterstützen, dass sie eine Stelle antreten und den Arbeitsplatz dauerhaft halten können. Die Integration in Arbeit erfolgt beispielsweise über Unterstützung bei der Stellensuche, anschließende Begleitung in der Startphase und bei der langfristigen Sicherung der Arbeit – z. B. durch Stärkung des Selbstbewusstseins durch Gespräche, praktische Hilfestellungen und Trainings.

### Literatur

- Grebner, S., & Alvarado, V. (im Druck). *Gut führen gegen Stress. SafetyPlus.*
- Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V., & Cassina, M. (2011). *Stress-Studie 2010. Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit.* Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco).
- Ramaciotti, D., & Perriard, J. (2000). *Die Kosten des Stresses in der Schweiz.* Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco).

Weitere Literatur bei den Autorinnen.



.....  
Simone Grebner, Prof. Dr., ist seit 2009 Professorin für Angewandte Psychologie am Institut Mensch in komplexen Systemen (MikS) der Hochschule für Angewandte Psychologie (APS) der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW).

Vanessa Alvarado, MSc, ist Assistentin am Institut Mensch in komplexen Systemen (MikS) der Hochschule für Angewandte Psychologie (APS) der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW).

# „ALLE PROFITIEREN VON DER MASSNAHME AUSSER MIR“

Herr M. hat eine akademische Ausbildung und leidet an Erschöpfungsdepression. In der IV-Integrationsmassnahme erlebt er einen Mangel an beruflicher Förderung und er vermisst ein realistisches Wiedereingliederungskonzept. Deshalb geht es ihm heute schlechter als vor der Massnahme.

Ich bin 50-jährig, habe studiert und jahrelang als Gymnasial- und Sekundarlehrer gearbeitet. Von 2006 bis 2010 war ich in einer kantonalen Verwaltung angestellt. Keine Einarbeitung, viele Ausfälle und Wechsel bei den Mitarbeitenden und ein schwieriger Chef führten schliesslich dazu, dass ich psychisch krank wurde. Ich leide an einer Erschöpfungsdepression mittleren Grades.

Im Juni 2010 kam es zur IV-Anmeldung. Ich konnte bei einer Institution eine Integrationsmassnahme beginnen. Der erste Teil des Programms bestand aus Computerspielen, mit denen mein Auffassungsvermögen gefördert werden sollte. Obwohl schnell klar war, dass diese Spiele mich nicht weiterbringen – da zu einfach –, füllten sie auch nach neun Monaten die erste tägliche Massnahmestunde aus.

## „DIE MASSNAHME MACHTE WENIG SINN FÜR MICH“

Der zweite, umfangreichere Teil bestand aus Arbeiten und Übungen, die meinen Fähigkeiten nicht entsprachen, so etwa: Daten in einer Datenbank einspeisen, Schallplatten digitalisieren, für andere Teilnehmer Arbeit suchen oder an einer Kreativwerkstatt mitmachen. Hinzu kamen Pflichtaufgaben, wie WC und Pausenraum aufräumen, Küche putzen, Staub saugen, Müll entsorgen, dies obwohl die Institution keinen therapeutischen Auftrag hat. Schnell dämmerte es mir, dass die Institution nicht recht wusste, wie sie mich vier Stunden lang mit etwas beschäftigen konnte, was für mich oder meine berufliche Integration Sinn machte. Meine zu Beginn hohe Motivation nahm allmählich ab. Da ich stark unterfordert war, hatte ich viel Zeit, um über meine ausweglose und peinvolle Situation nachzudenken – genau das, was ich gemäss meinem Psychiater eben nicht tun sollte. Obwohl der IV-Berufsberater weiss, dass die Massnahme wenig Sinn macht, wurde sie mehrmals verlängert. Denn ohne Massnahme – diese soll offenbar die einzig sinnvolle sein – gibt es kein Taggeld. Ich war in der Zwickmühle, denn wie sollte ich meine vierköpfige Familie sonst ernähren?

Der letzte Teil der Massnahme ist ganz dem Praktikum im ersten Arbeitsmarkt gewidmet. Die Hoffnung ist, dass es im Anschluss daran zu einer Festanstellung kommt. Ich ging davon aus, dass die Institution ein gut funktionierendes Netzwerk von Partnern betreibt und also auch

über ein Kontingent von Praktikumsplätzen verfügt, aus dem man nur eine geeignete Stelle zu wählen braucht. Weit gefehlt! Seit viereinhalb Monaten bin ich auf der Suche nach einer Praktikumsstelle allein auf mich gestellt. Es besteht dafür weder ein Eingliederungsplan noch eine Anleitung. Wenn man bedenkt, dass meine Ausgangssituation gerade eben jene war, dass ich keine Arbeit finde, und ich jetzt in einem staatlich unterstützten Programm wieder selbst eine Stelle finden soll, dann überkommt mich ein Gefühl der Ohnmacht.

## „ICH WERDE NICHT EINMAL GRATIS EINGESTELLT“

Ich habe unterdessen fast 150 Stellen- und Praktikumsinserate gefunden, die ich an die Institution weiterleitete. Die telefonische Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber erfolgt durch einen Institutionsmitarbeiter. Ist Interesse vorhanden, so werden dem Arbeitgeber meine Unterlagen übermittelt. Die Zahlen sprechen eine klare Sprache. Von den kontaktierten Arbeitgebern wiegelten 50 Prozent gleich am Telefon ab. Der Rest liess sich dazu erweichen, meine Unterlagen wenigstens anzuschauen. Doch alle lehnten eine Einstellung in der Folge ab. Von den restlichen ca. 100 Inseraten habe ich von der Institution, auch nach mehrmaligem Nachhaken, nie mehr etwas gehört.

Fazit nach bald einem Jahr „Wiedereingliederung“: Die Erkenntnis, dass meine berufliche Situation weitaus schlimmer ist, als ich je zu fürchten gewagt hätte, ich werde nämlich nicht einmal dann eingestellt, wenn ich nichts koste. Ferner die Befürchtung, dass viel kostbare Zeit ungenutzt verrinnt, Geld nutzlos verpufft sowie die Vermutung, dass in diesem „System“ alle von der Massnahme profitieren ausser mir und schliesslich die Gewissheit, dass es mir seelisch schlechter geht als vor der Massnahme. Bevor ich zur Institution kam, meinte mein Psychiater lapidar, solange ich meine Aufmerksamkeit und meine Fähigkeiten nicht auf eine Arbeitsstelle mit Perspektive richten kann, so lange werde sich an meiner Depression nichts ändern.

Das Gespräch führte Christoph Lüthy, Pro Mente Sana.

.....  
Herr M. ist Akademiker mit vierköpfiger Familie und sucht verzweifelt eine Praktikumsstelle.

# WAS IST SCHWIERIG BEI DER INTEGRATION VON „SCHWIERIGEN“ MITARBEITENDEN?

Psychische Erkrankungen sind heute der häufigste Grund für eine Invalidisierung – in der Schweiz wie auch in anderen Industriestaaten. Dazu tragen viele Faktoren bei wie die geringe Wirksamkeit beruflicher Eingliederungsmassnahmen, krankheitsspezifische Besonderheiten, die Vorurteile gegenüber psychischen Problemen und eine Reihe von Mängeln im rehabilitativen Verfahren.

Von Niklas Baer

In der Schweiz werden heute mehr als 50 Prozent aller IV-Neurenten wegen einer psychischen Erkrankung gesprochen. Von den aktuell rund 250 000 IV-RentnerInnen in der Schweiz sind rund 100 000 aus psychischen Gründen invalidisiert worden. In Bezug auf den Anteil psychiatrisch bedingter Neurenten steht die Schweiz heute fast an der Spitze der Industrieländer. Als Berentungsgrund besonders stark angestiegen sind in den letzten rund 25 Jahren die Diagnosen Persönlichkeitsstörung, wiederkehrende Depressionen und somatoforme Schmerzstörungen – also im Vergleich zu den psychotischen Erkrankungen hinsichtlich Symptomatik „leichtere“, beruflich aber sehr behindernde Störungen.

## BERUFLICHE AUSGLIEDERUNG NIMMT ZU – TROTZ GLEICH BLEIBENDER ANZAHL PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Die Ursachen für die zunehmende Ausgliederung psychisch erkrankter Menschen aus dem Arbeitsmarkt liegen nicht in einer Zunahme psychischer Erkrankungen, sondern sind wohl das Resultat komplexer gesell-

schaftlicher und arbeitsplatzbezogener Faktoren, unter anderem auch einer zunehmenden Sensibilisierung gegenüber psychischen Störungen und einer Professionalisierung der Hilfen – beides Veränderungen, die angesichts des Nachholbedarfs in der Versorgung psychisch kranker Menschen explizit angestrebt wurden. Solange allerdings der Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz und in der Rehabilitation nicht effektiver wird, führt eine bessere Erkennung dieser Störungen womöglich eher zur Aus- statt Eingliederung. Im Folgenden werden ausgewählte krankheitsspezifische, arbeitsplatzbezogene und verfahrensmässige Probleme genannt sowie Ansätze, wie diesen Problemen begegnet werden könnte.

## DER FRÜHE KRANKHEITSBEGINN HAT SCHÄDLICHE KONSEQUENZEN

Psychische Störungen beginnen, anders als viele körperliche Krankheiten, sehr früh. 50 Prozent aller psychischen Störungen beginnen vor dem 15. Altersjahr, 75 Prozent vor dem 24. Altersjahr. Ein derart früher Beginn hat erhebliche Folgen für Schullaufbahn und Berufsausbildung. Die Analyse der IV-Berenteten aus psychischen Gründen in der Schweiz zeigt, dass rund die Hälfte schon mit spätestens zehn Jahren psychisch erkrankt ist, 30 Prozent Leistungsprobleme in der Schule hatten und die überwiegende Mehrheit sich beruflich gar nie etablieren konnte. Zudem liegen zwischen durchschnittlichem Ersterkrankungsalter und erstem Kontakt mit dem rehabilitativen System – der Invalidenversicherung – rund 15 Jahre. Auch bei den IV-Berenteten, die frühestens mit 20 Jahren erkrankt sind, dauerte es weitere acht Jahre bis zur Anmeldung bei der Invalidenversicherung. Das bedeutet, dass sich die psychischen Probleme häufig chronifiziert haben, bis die IV ins Spiel kommt. Von besonderer Bedeutung ist der frühe Störungsbeginn – und die häufig aversiven biografischen Umstände – nicht nur für den Krankheitsverlauf, sondern auch für das Erleben und die Persönlichkeit der Betroffenen: Viele haben auf der Basis dieser frühen Verunsicherungen nur wenig Grundvertrauen in sich selbst und die Umwelt entwickeln können und sich zu so genannt akzentuierten oder eben „schwierigen“ Persönlichkeiten entwickelt – dies ist bei immerhin 70 Pro-

zent der IV-RentnerInnen aus psychischen Gründen der Fall. Das verunsicherte Erleben und teils wenig flexible Verhalten behindern – zusammen mit den Bildungslücken und den häufigen Versagenserfahrungen in der Arbeitsbiografie – die Eingliederung und sind auch ein Hauptgrund dafür, dass viele IV-RentnerInnen trotz starkem Arbeitswunsch nicht aktiv versuchen, wieder Anschluss an den Arbeitsmarkt zu suchen. Dies alles bedeutet, dass schon in der Schulzeit und während der Berufsausbildung vulnerable Kinder und Jugendliche erkannt und längerfristig unterstützt werden sollten, damit Ausbildungsabbrüche verhindert und der Übergang ins Erwerbsleben nachhaltig gesichert werden kann. Dies setzt nicht nur eine verstärkte Schulung der Lehrkräfte und niederschwellige Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche voraus, sondern auch eine verbesserte Koordination der Hilfen – nicht zuletzt beim Übergang ins Erwachsenenalter.

## VORGESETZTE UND TEAMS SIND MIT PSYCHISCH ERKRANKTEN MITARBEITERN ÜBERFORDERT

Psychische Probleme am Arbeitsplatz sind, zumindest in leichter Form, eher die Regel denn die Ausnahme: HR-Verantwortliche schätzen, dass rund 30 Prozent der Belegschaft schon einmal unter psychischen Problemen gelitten haben, welche sich negativ auf Produktivität oder Arbeitsklima ausgewirkt haben. In Betrieben mit weniger als zehn Mitarbeitenden, wo man sich gut kennt, schätzen die Chefs den Anteil gar auf 50 Prozent. Auch wenn sich wohl ein erheblicher Anteil dieser Probleme wieder löst, sollte diese grosse Gruppe nicht vernachlässigt werden. Leichtere Störungen können sich mit der Zeit in schwerere verwandeln, zudem sind sie mit einer deutlich reduzierten Leistungsfähigkeit verbunden. In schwereren oder länger dauernden psychisch bedingten Problemsituationen sind die Vorgesetzten hingegen normalerweise überfordert: Sie erkennen zwar rasch, dass „etwas nicht stimmt“, warten jedoch meist lange zu, bevor sie bewusst etwas unternehmen – wahrscheinlich aus einer gewissen Unsicherheit heraus. Wenn sie intervenieren, dann meist mit autoritärem Einfordern von Leistung und nur relativ selten mit dem Einbezug externer Hilfe, was letztlich sie selbst und auch die Teams am meisten entlasten würde. Entsprechend enden derartige belastende Problemsituationen nach fast dreijährigem Bemühen meist in der Auflösung des Arbeitsverhältnisses.

Das Hauptproblem liegt demnach nicht im mangelnden Engagement vieler Arbeitgeber, sondern in der mangelnden Fähigkeit, in bestimmten Fällen früh genug die eigenen Grenzen zu erkennen, Externe beizuziehen oder von den Mitarbeitenden zu verlangen, sich in professionelle Hilfe zu begeben, wie das bei Alkoholproblemen ja schon häufig getan wird. Eine besondere Herausforderung stellen dabei Mitarbeitende mit „Charakterproblemen“ dar – zum einen, weil sich Persönlichkeitsprobleme stark in den Beziehungen am Arbeitsplatz

manifestieren (und weniger in der Leistung) und in den Teams heftige emotionale Reaktionen hervorrufen, zum anderen, weil diese Probleme nicht als ein psychisches Leiden, sondern als moralisches Fehlverhalten wahrgenommen werden. Die gestiegenen Anforderungen an Flexibilität und Sozialkompetenz am Arbeitsplatz mögen ein Grund sein, warum seit einiger Zeit gerade Persönlichkeitsstörungen der häufigste Grund für eine IV-Berentung aus psychischen Gründen sind. Hier wären künftig Schulungen für Vorgesetzte und auch eine Sensibilisierung der Betriebe dringend nötig. Darüber hinaus sollten jedoch alle Beteiligten gemeinsam Prozesse und Leitlinien entwickeln, wie mit derartigen Problemsituationen umgegangen werden kann. Ohne die Erarbeitung solcher Standards durch Sozialpartner, Versicherungen, Ärzteschaft und Rehabilitationsfachleute wird man solche Probleme kaum lösen. Von besonderer Bedeutung für die Arbeitgeber sind dabei die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die durch ein früheres und aktiveres Intervenieren häufig mehr zu einer Lösung beitragen könnten. Dies ist auf dem Hintergrund zu sehen, dass der Arbeitssituation der PatientInnen auch in der psychiatrischen Behandlung nach wie vor zu wenig Rechnung getragen wird, obwohl durchaus bekannt ist, dass der Erwerbsstatus für Entstehung, Manifestation und Verlauf psychischer Störungen von entscheidender Bedeutung ist.

## PROBLEME DES IV-VERFAHRENS UND SCHLECHTES TIMING DER IV-REVISIONEN

Wenn psychische Probleme auftauchen, wird die IV bis heute von den Arbeitgebern nur in Ausnahmefällen als Problemlöserin gesehen. Dies hat verschiedene Gründe: Die meisten Betriebe wissen bis heute nicht, dass sie Mitarbeitende frühzeitig bei der IV melden können, sie ziehen zudem die IV häufig nicht bei, weil sie die „Charakterprobleme“ nicht als IV-würdig wahrnehmen, und sie haben sich von der IV häufig nicht wirksam unterstützt gefühlt. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass Arbeitgeber bis heute im Problemfall nur selten präzise genug darüber informiert werden, wie sich die psychische Erkrankung am Arbeitsplatz auswirkt, wie man mit den Betroffenen umgehen soll (und was man auch fordern darf) und welche konkreten Arbeitsplatzanpassungen möglich wären. Insofern kommt die IV-Revision 6a mit der Wiedereingliederung von rund 17 000 vor allem psychisch kranken IV-Rentnern eher zu früh – und die geplante verstärkte Beratung von Arbeitgebern im Massnahmenpaket 6b zu spät. Da die Widerstände der Arbeitgeber, psychisch kranke Menschen anzustellen, nicht nur auf Vorurteilen, sondern auch auf – teils berechtigten – Ängsten und negativen Vorerfahrungen beruhen, wären eine anerkannte Position der IV in den Betrieben und wirksame Abläufe sowie etablierte Unterstützungsabläufe entscheidend, um den Arbeitgebern die nötige Sicherheit zu geben, einen solchen Schritt zu wagen.





## VERFAHRENSPROBLEME SIND OFT AUSDRUCK VON FACHLICHEN LÜCKEN

Schliesslich liegt ein weiteres grundlegendes Verfahrensproblem darin, dass nach wie vor oft keine ausreichende Problemanalyse vorgenommen wird. Meist werden Eingliederungsmassnahmen geplant – durch die IV, durch Taggeldversicherer oder rehabilitative Einrichtungen –, ohne dass mit den Beteiligten gemeinsam eine fachlich fundierte Analyse der Arbeitsproblematik vorgenommen wurde. Auch wenn zu begrüssen ist, dass alle Beteiligten rascher tätig werden wollen, so ändert dies nichts daran, dass man zuerst verstehen sollte, worin das Arbeitsproblem eines Versicherten liegt, bevor man Interventionen plant. Dies ist letztlich mehr als ein Verfahrensproblem, vielmehr zeigt sich an solchen Beispielen, dass Arbeitsrehabilitation kein „Fach“ mit einer fundierten Methodik ist, sondern meist als etwas rein Praktisches verstanden wird.

Entsprechend sind viele Fragen ungeklärt, beispielsweise: Welche Art von Eingliederungsmassnahme ist sinnvoll für welche psychischen Behinderungen? Wann sollte man rasch vorgehen, wann Zeit geben? Welche Informationen sollten in einer Problemanalyse erhoben werden? Welche prognostisch relevanten Faktoren gelten bei welchen Störungen? Umso dringlicher ist es für die Zukunft, die Evidenzbasis für arbeitsrehabilitative Interventionen zu vergrössern – die Probleme sind viel zu gross und zu kostspielig, um sich Beliebigkeit leisten zu können.



## ARBEITSREHABILITATION PSYCHISCH KRANKER SCHEINT AN EINEM WENDEPUNKT

Es gibt viele gute Gründe für die Schwierigkeiten bei Arbeitsplatzhalt und Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Problemen. Angesichts der bisher vernachlässigten Fachentwicklung in diesem Bereich und der gestiegenen Wahrnehmungsbereitschaft gegenüber psychischen Problemen scheint aber doch ein grosses Verbesserungspotenzial zu bestehen. Eine Erweiterung des politischen und rehabilitativen Fokus von der relativ kleinen Gruppe der besonders schweren Störungen auf die Gesamtheit behindernder psychischer Störungen, fachliche Weiterentwicklungen und eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie Koordinationen verschiedener Versorgungssektoren könnten sehr viel zur Integration psychisch Kranker in den ersten Arbeitsmarkt beitragen.



.....  
*Niklas Baer, Dr. phil., ist Psychologe und Leiter der Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Baselland.*

## „EIN BETRIEB MUSS UM JEDEN EINZELNEN MITARBEITENDEN KÄMPFEN!“

Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Betrieb zu halten oder gar neu einzustellen, ist für Arbeitgebende eine grosse Herausforderung. Wie es gelingen kann, schildert Heinrich Gassler, Personalchef einer international tätigen Schweizer Firma, deren Unternehmenskultur die Grundlage für eine erfolgreiche Integration bildet.

**Pro Mente Sana (PMS):** Ihr Betrieb hat sich schon intensiv mit Fragestellungen rund um Mitarbeitende mit psychischen Problemen beschäftigt. Können Sie uns einen konkreten Fall schildern?

**Henri Gassler (HG):** Ja, ich denke da an einen jungen Mitarbeitenden, der bei uns die Ausbildung gemacht hat und plötzlich Leistungsprobleme hatte. Er wurde von einem Tag auf den anderen krank und musste wegen einer schweren Depression in eine Klinik eintreten. Auslöser dafür war, dass er über mehrere Tage lang alleine gearbeitet hatte. Das hat uns der Arzt später erklärt.

**PMS:** Wie merken Sie als Arbeitgeber, dass es einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin psychisch nicht gut geht?

**HG:** Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen wirken als „Antennen“, die solche Veränderungen registrieren. Ein deutliches Signal ist zum Beispiel, wenn die Leute untereinander über jemanden zu reden beginnen. Um die Probleme der Mitarbeitenden wahrzunehmen, müssen Vorgesetzte nahe an ihren Leuten dran sein. Ein wacher Vorgesetzter spürt, wenn etwas nicht in Ordnung ist. Er muss emotional präsent sein. Es kann aber auch sein, dass jemand aus dem Team darauf aufmerksam macht, dass etwas nicht stimmt. Leistung und Verhalten sind weitere Indikatoren. Gerade in der Produktion, wo alles so eng geplant ist, bemerkt man Störungen sofort. Wir versuchen Führungspersonen dafür zu sensibilisieren, solche Veränderungen zu erkennen. Entscheidend ist jeweils, wie die Vorgesetzten dann handeln und dass sie sich um den betroffenen Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin kümmern. Das ist ihr Job. Im geschilderten Fall kam der Arbeitsausfall allerdings überraschend.

**PMS:** Wie sind Sie auf den erkrankten Mitarbeiter zugegangen?

**HG:** Wir haben ihn im Spital besucht und auch mit dem behandelnden Arzt gesprochen. Das war wichtig im Hinblick auf die Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit. Wichtig war auch die Gelegenheit, mit dem Mitarbeiter unter vier Augen zu sprechen. Er hatte Angst, seine Stelle zu verlieren und brauchte in diesem Moment das Signal, dass wir als Arbeitgeber für ihn da sind. Das primäre Ziel des Unternehmens war seine Rückkehr an den Arbeitsplatz. Er fehlte dann sechs Wochen lang und sein Wiedereinstieg erfolgte mit einem teilzeitlichen Arbeitsversuch. Dabei wurde er weiterhin medizinisch und therapeutisch betreut.

**PMS:** Wie ging es weiter nach diesem Arbeitsversuch?

**HG:** Wir trafen mit dem Mitarbeiter eine Vereinbarung für fünf Monate mit messbaren Zielen. Später evaluierten wir, ob er diese Ziele erreicht hat. Es ging um das Sich-Einbringen und den Wiedereinstieg ins Team. Wir machten zum Beispiel ab, dass er sich in jeder Teamsitzung zu Wort meldet. Es wurden inhaltliche Arbeitsziele festgelegt, aber auch persönliche: Selbstsicherheit, Selbstständigkeit, Eigenverantwortung. Die Nichterfüllung der Ziele hätte für den Mitarbeiter die Auflösung des Arbeitsverhältnisses bedeuten können. Entscheidend für den Erfolg ist die Haltung, mit der man an die Sache herangeht. Man darf nicht unrealistische Ziele setzen. Rückblickend beurteilte der Mitarbeiter dieses Setting selber als sehr hilfreich.

**PMS:** War der Betroffene nicht überfordert?

**HG:** Im ersten Moment musste er schon leer schlucken. Aber er hat es geschafft. Es war wichtig, von Beginn weg Anforderungen an ihn zu stellen. Dieses Vorgehen wurde vom behandelnden Therapeuten mitgetragen. Der Deal





war: Wir unterstützen dich, aber du musst auch deinen Teil dazu beitragen. Ich würde auch bei Personen, die aus anderen Gründen länger krank sind, so vorgehen. Wichtig ist, dass ein funktionierendes Netz der Unterstützung aufgebaut wird: Das Zusammenspiel mit dem Arzt oder der Ärztin muss funktionieren und auch das familiäre Umfeld muss einbezogen werden. Mit diesem Mitarbeiter führten wir regelmässig Gespräche und wir schalteten auch die betriebliche Sozialberatung ein. Der Wiedereinstieg muss mit allen Beteiligten gut geplant werden.

**PMS: Wie reagieren die Kolleginnen und Kollegen auf die Probleme eines Mitarbeitenden?**

**HG:** Sie sind natürlich betroffen. Wenn jemand länger fehlt, entstehen sofort Unsicherheiten. Es ist die Aufgabe des Vorgesetzten, offen über die Situation zu informieren. Bei der Planung des Wiedereinstiegs achteten wir auf die Arbeitsteilung: Der direkte Vorgesetzte kümmerte sich um den betroffenen Mitarbeiter, die Personalabteilung plante den Wiedereinstieg.

**PMS: Wurde der betreffende Mitarbeiter ausgegrenzt?**

**HG:** Nein – und zwar nicht zuletzt deshalb, weil wir immer offen informiert haben. Es war sein Wunsch, dass man

ihn möglichst normal behandelt. Das hat allen Seiten geholfen und es war gut so: Der Krankheitsausfall war dann schnell wieder vergessen. In den Monaten danach fragte ich den Mitarbeiter immer wieder nach seinem Befinden. Er sagte mir, dass es ihm sehr gut geht. Heute ist die Situation für alle Beteiligten wieder ganz normal.

**PMS: Verfügen Sie über ein betriebliches Gesundheitsmanagement, um solchen Fällen vorzubeugen?**

**HG:** Ja. Die Prävention von Unfällen im Betrieb steht dabei natürlich im Mittelpunkt. Wir achten aber auch darauf, dass die Leute sich bewegen. Deshalb haben wir überall Trim Discs, welche die Mitarbeitenden während der Arbeitszeit benützen können, um ihre Koordinations- und Balancefähigkeit zu trainieren. In der Kantine achten wir auf bewusste Ernährung. Überdies versuchen wir in unserem Betriebsmagazin Fragen rund um die psychische Gesundheit zu thematisieren, so etwa die Prävention von Burnout. Die wichtigste Massnahme ist jedoch eine Unternehmenskultur, die von Vertrauen und Loyalität geprägt ist.

**PMS: In vielen Betrieben, so zeigt eine jüngst veröffentlichte Studie, trennt man sich meistens von Mitarbeitenden mit psychischen Problemen. Welche Motivation hat Ihr Betrieb, sich für solche Mitarbeitende so stark einzusetzen?**

**HG:** Das Hauptmotiv ist unsere Firmenkultur. Es geht uns nicht darum, einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin mit gutem Gewissen zu kündigen, sondern es geht um die Einstellung unseres Unternehmens gegenüber seiner Belegschaft: Wir wollen jeder und jedem eine faire Chance bieten. Meiner Ansicht nach kommt es nicht darauf an, ob eine Firma Tausende oder nur wenige Beschäftigte hat und auch nicht, ob es sich dabei um ein Familienunternehmen wie das unsere handelt oder nicht. Es ist immer im Interesse der Firma. Wenn sich die Leute wohlfühlen, sind sie gerne bei uns und arbeiten auch gerne. Davon bin ich felsenfest überzeugt. Es ist mir deshalb wichtig, eine gewisse Wärme im Betrieb zu spüren. Diese muss man pflegen. Wir haben deshalb ein Botschafterteam aus Mitarbeitenden gegründet – darunter sind keine Führungskräfte –, die auf dieses Klima achten und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen. Einmal ist diesem Team zum Beispiel aufgefallen, dass man sich im Betrieb fast nicht mehr grüsst. Wir haben unsere Mitarbeitenden dann darauf aufmerksam gemacht und konnten dies wieder verändern.

**PMS: Gibt es weitere Gründe für Ihr Engagement?**

**HG:** Man muss sich darüber bewusst sein, dass jede und jeder in eine solche Situation geraten kann. Die anderen Mitarbeitenden registrieren sehr genau, was in solchen Fällen geschieht. Sie fragen sich: Könnte mir das in einer ähnlichen Situation auch passieren? Aus dem Verhalten des Unternehmens leiten sie Sicherheit für sich selber ab. Wenn sich die Mitarbeitenden sicher fühlen, sind sie auch dazu bereit, sich zu engagieren.

Eine weitere Motivation war im geschilderten Fall, dass wir diesen Mitarbeiter mit seinen Fähigkeiten brauchen

und ihn deshalb halten wollten. Übrigens achten auch immer mehr Kunden darauf, wie wir uns in solchen Fällen verhalten. Einige Kunden führen sogar Audits durch mit ganzen Katalogen von Fragen, wie wir unserer sozialen Verantwortung gerecht werden.

**PMS: Wo liegen die Grenzen eines Betriebs, diese Unterstützung zu gewähren?**

**HG:** Es gibt eine entscheidende Frage: Macht der oder die Mitarbeitende mit oder nicht? Wenn der Arbeitgeber einen vernünftigen Weg vorschlägt, dann muss auch der Arbeitnehmer seinen Teil beisteuern, sonst funktioniert es nicht. Es darf allerdings keine Überforderung für ihn darstellen. Darauf ist besonders zu achten, wenn jemand beim Wiedereinstieg ärztlich oder therapeutisch begleitet werden muss. Eine weitere Grenze ist auch durch die jeweiligen Vorgesetzten gegeben. Diese führen ja mehrere Leute und haben deshalb auch andere Aufgaben. Ihre Verfügbarkeit ist also begrenzt. Sie können sich für eine gewisse Zeit um jemanden intensiver kümmern, aber dann muss es wieder in normalen Bahnen laufen. Es kann auch eine klare medizinische Grenze geben, wenn der oder die Betroffene einfach nicht mehr arbeiten kann. Auch das habe ich leider schon erlebt.

**PMS: Welche Unterstützung haben Sie sich von aussen geholt?**

**HG:** Der Kontakt mit dem Arzt war besonders wichtig. Involviert war auch die betriebliche Sozialberatung. Sie hatte die Aufgabe, den Prozess zu begleiten. Der Mitarbeiter konnte in diesem Rahmen Dinge besprechen, die er nicht mit seinem Arbeitgeber besprechen wollte. Er wurde transparent über den Auftrag an die Sozialberatung informiert. Wir arbeiten mit offenen Karten – alles andere bringt nichts.

**PMS: Welche Rolle spielten die IV-Stelle und die Versicherungen bei diesem ganzen Prozess?**

**HG:** Die IV-Stelle hat in diesem Fall keine Rolle gespielt. Wir haben sie nur bei komplexen Fällen am Tisch. Aber wir sind mit der IV immer im Kontakt. Wir pflegen in der Region Basel ein Netzwerk mit der IV, der SUVA und den Krankentaggeldversicherern und besprechen die Zusammenarbeit.

**PMS: Welche Unterstützung hätten Sie sich als Arbeitgeber gewünscht, die Sie nicht bekommen haben?**

**HG:** Wenn wir in einzelnen Fällen den Eindruck hatten, dass die externe medizinische Betreuung nicht ideal ist, haben wir die betroffenen Mitarbeitenden auch schon einmal zu einem anderen Arzt geschickt. Das zahlt der Betrieb dann allerdings selber – auch dann, wenn sich herausstellt, dass jemand falsch therapiert wurde. Von der externen Begleitung durch die IV-Stelle erwarte ich, dass sie den Betrieb entlastet. Dafür müssten die Fachpersonen der IV aber auch entsprechend ausgebildet sein. Eine IV-Stelle müsste in solchen Situationen näher mit dem Arbeitgeber zusammenrücken. Generell habe ich den Eindruck, dass die Zusammenarbeit mit der jeweiligen IV-Stelle stark von einzelnen Personen abhängt.

**PMS: Als Folge der IV-Revisionen sollen nun viele psychisch beeinträchtigte Menschen wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden. Ist es für Ihre Firma vorstellbar, solche Personen einzustellen? Welche internen Voraussetzungen müsste ein Betrieb wie der Ihrige dafür haben?**

**HG:** Die Reintegration solcher Personen in den normalen Produktionsalltag ist eine gewaltige Herausforderung. Für uns gilt der Grundsatz: intern vor extern. Wir versuchen vor allem zu verhindern, dass jemand aus dem Arbeitsprozess herausfällt. Die Reintegration von Personen von ausserhalb der Firma ist noch einmal anspruchsvoller. Es ist auch schwieriger, Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung aufzunehmen als Menschen mit einer körperlichen Behinderung. Wir arbeiten mit der Eingliederungsstätte Baselland (ESB) zusammen. Diese ist bei uns Untermieter und fertigt Teile unserer Produkte, teilweise mit IV-Bezüglern. Es kommt dabei fast jedes Jahr vor, dass eine oder zwei dieser Personen zu uns in den Betrieb wechseln und so in den normalen Arbeitsprozess integriert werden.

**PMS: Wo sehen Sie die Schwierigkeiten für die Betriebe?**

**HG:** Reintegration beginnt damit, die Mitarbeitenden im eigenen Betrieb zu behalten. Auch bei uns entwickelt sich die Technologie rasch weiter und es gibt Mitarbeitende, die mit deren zunehmenden Komplexität nicht mehr mithalten können. Hier stellt sich die Frage, wie diese Beschäftigten trotzdem im Betrieb bleiben können. Das geht nur mit Tätigkeiten, die einfacher sind und für welche die betreffenden Personen auch mehr Zeit brauchen dürfen. Dieses Problem zu lösen, ist eine riesige Herausforderung für jeden Betrieb. Ich sage deshalb noch einmal: Entscheidend ist die Firmenkultur. Ohne entsprechende Firmenkultur ist dies sehr schwierig.

**PMS: Welches sind Ihre persönlichen Lernerfahrungen aus dem geschilderten Fall?**

**HG:** Wir werden nicht alles im Griff haben – trotz unserem betrieblichen Gesundheitsmanagement. Das persönliche Engagement jedes Einzelnen steht im Mittelpunkt. Der Betrieb muss um jeden einzelnen Mitarbeitenden kämpfen.

**PMS: Wir danken Ihnen für das Gespräch.**

*Das Interview führte Guido Münzel, Pro Mente Sana.*

.....  

**Henri Gassler ist Personalchef der Firma Endress+Hauser Flowtec AG in Reinach (BL). Als Kompetenzzentrum für Durchfluss-Messtechnik innerhalb der weltweit tätigen Endress+Hauser-Gruppe beschäftigt sie mehr als 1000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an fünf Produktionsstandorten in Reinach, Frankreich, den USA, Indien und China.**

# ARBEITSMEDIZIN – FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION IM BETRIEB

Immer mehr Menschen in der Schweiz leiden unter psychischen Gesundheitsproblemen. Deren Ursachen sind vielschichtig, sie haben jedoch häufig mit der Arbeitssituation zu tun. Wie kann die Arbeitsmedizin dieser Entwicklung im Rahmen der Früherkennung und Frühintervention entgegenwirken?

Von Urs Hinnen

Die Häufigkeit von psychischen Gesundheitsproblemen hat in der Schweiz in den letzten Jahren zugenommen. Gemäss dem Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) „Psychische Gesundheit in der Schweiz“ (Schuler, Rüesch, Weiss, 2007) hat sich die Zahl der Invalidisierungen aufgrund von psychischen Erkrankungen im Vergleich zu 1986 mit 37 Prozent aller IV-Renten beinahe verdoppelt, wobei die Zunahme in erster Linie auf psychogene (d. h. rein seelisch ausgelöste) und reaktive (d. h. durch äussere Ereignisse ausgelöste) Störungen zurückzuführen ist; der Anteil so genannt schwerer Störungen, wie etwa psychotischer Erkrankungen, war rückläufig.

Die Ursachen für psychische Störungen sind vielschichtig, häufig aber assoziiert mit der Arbeitsplatzsituation. Diverse Studien (z. B. Stansfeld, Candy, 2006) zeigen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen chronischer Fehlbelastung im Erwerbsleben und Depressionen bzw. affektiven Störungen. Gesichert ist mittlerweile auch, dass beispielsweise ausreichend eigene Entscheidungsmöglichkeiten, Wertschätzung und geeignete Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen Gesundheit und Befinden positiv beeinflussen. Arbeitsbezogene Belastungsfaktoren wie ständige Konflikte und Spannungen, hoher Zeitdruck, unklare Anweisungen von Vorgesetzten

und organisatorische Probleme (z. B. fehlende Informationen, mangelhafte Arbeitsmaterialien), regelmässige Überstunden und Arbeiten in der Freizeit beeinträchtigen hingegen Gesundheit und Befinden und können langfristig zu psychischen Krankheiten führen.

Deshalb sind Vorsorgemassnahmen notwendig. Ziel ist die Schaffung eines Arbeitsumfeldes für die Beschäftigten, das

- die Entstehung von arbeitsassoziierten psychischen Krankheiten verhindert (Primärprävention), bzw.
- frühzeitige Erkennung und Unterstützung ermöglicht, und somit eine Tendenz zur Verschlimmerung bzw. Chronifizierung verhindert (Sekundärprävention) und
- bei Bedarf eine rasche Reintegration im Betrieb erlaubt (Tertiärprävention).

Zu diesem Zweck haben bereits viele Betriebe ein Gesundheitsmanagement implementiert. Es fusst auf den Komponenten Arbeitsgestaltung, Führung, Ressourcenförderung und Individualbetreuung (siehe Grafik). Entsprechende Massnahmen umfassen eine gesundheitsförderliche Führung, Partizipation der gesamten Belegschaft, Integration von die Gesundheit betreffenden Entscheidungen in allen Unternehmensbereichen, aber auch ein geeignetes Projektmanagement zur Bedarfsa-

nalyse, Umsetzung, Kontrolle und Bewertung entsprechender Massnahmen. Wichtig sind auch ergonomische Aspekte zur Eliminierung von Defiziten und somit Stressoren auf der Ebene der Arbeitsplatzgestaltung sowie Schulungsangebote, die den Mitarbeitenden Coping-Strategien im Umgang mit Stress vermitteln. Dass ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement gute Erfolge zeitigt, konnte die kürzlich in der Schweiz durchgeführte Pilot-Studie „Stressmanagement, Wirkung und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung SWiNG“ (Jenny, Wieser et al., 2011) zeigen.

## INDIVIDUELLE BETREUUNG IST WICHTIG

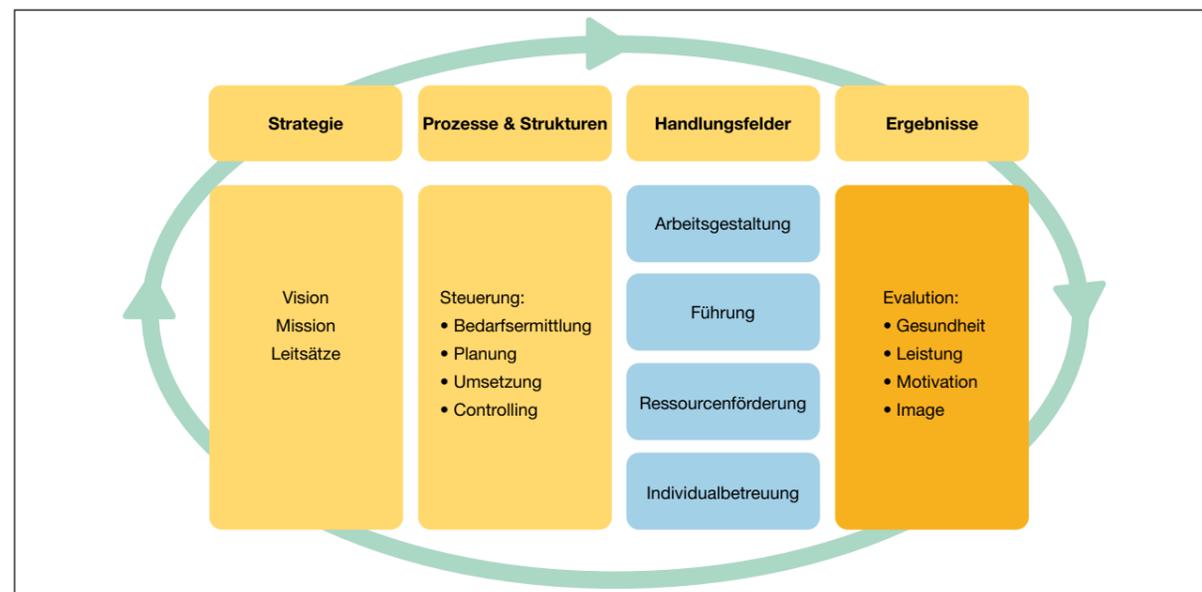
Ein wichtiger Aspekt des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die Individualbetreuung der Mitarbeitenden, wo die Arbeitsmedizin eine wichtige Rolle spielt. Bereits bei Eintritt von neuen Mitarbeitenden wird mittels einer medizinischen Abklärung überprüft, ob deren psychischer und physischer Gesundheitszustand mit den gesundheitlichen Anforderungen gemäss Jobprofil übereinstimmt. Aber auch im weiteren Verlauf des Arbeitslebens ist der Arbeitsmediziner ein wichtiger Ansprechpartner von Human Resources (HR), und zwar im Sinne von Früherkennung und Frühintervention. Bei auftretenden Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit der Arbeit werden die betroffenen Mitarbeitenden zugewiesen oder sie wenden sich selbst an ihn. Häufig wird das HR-Personal auf solche Personen im Rahmen eines Absenzmanagements aufmerksam, wobei insbesondere wiederholte Kurzabsenzen auf ein mögliches Gesundheitsproblem hinweisen. In einem solchen Fall ist der Arbeitsarzt bzw. die Arbeitsärztin bestrebt, allfällige arbeitsplatzbedingte Hintergründe aufzudecken und entsprechende Massnahmen im Betrieb zu veranlassen. Der Arbeitsärztin fällt in solchen Situationen u. a. die Aufgabe zu, entsprechende diagnostische Abklärungen durchzuführen, denn es obliegt nicht den Vorgesetzten, eine Diagnose zu stellen. Eine Suchtproblematik zum Beispiel kann durch entsprechende Laboruntersuchungen festgestellt werden. Ziel ist es in einem solchen Fall, die nötigen therapeutischen Massnahmen einzuleiten, was am besten im Rahmen einer Suchtpolicy (d. h. „Suchtrichtlinie“) gelingt, welche die Bedingungen absteckt, unter welchen eine Entzugstherapie erfolgen kann (u. a. Zusage des Arbeitsplatzes).

Bei psychischen Problemen wie drohendem Burnout oder beginnender Depression wird eine ausführliche Standortbestimmung durchgeführt, die nebst der Erfassung der gesundheitlichen, sozialen und therapeutischen Situation den Focus insbesondere auf die Arbeitsplatzsituation legt. Bei Vorliegen eines schriftlichen Einverständnisses der betroffenen Person nimmt der Arbeitsmediziner Kontakt mit den entsprechenden Stellen im Betrieb auf und macht sich ein Bild über die Möglichkeiten von Arbeitsanpassungen und die Bereitschaft der Vorgesetzten, die Hilfe suchende Person aktiv zu unterstützen. In der Folge verfasst er einen schriftlichen Bericht mit Empfehlungen, um die Belastungssituati-

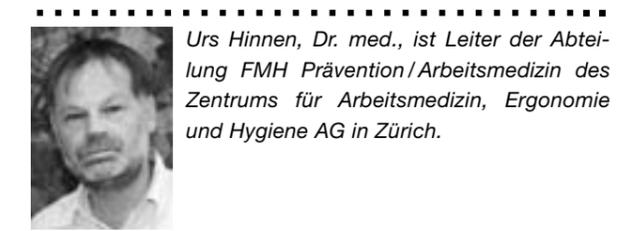
on zu reduzieren. Dabei handelt es sich um Vorschläge zu Arbeitsumfang, Arbeitszeiten (z. B. bei schwerwiegenden Schlafstörungen), Unterstützungsmöglichkeiten oder zusätzlichen Schulungsmassnahmen. Insbesondere in Konfliktsituationen kann auch eine Versetzung empfohlen werden. Für die konkrete Umsetzung sind oftmals nachfolgende Besprechungen vor Ort notwendig, und gelegentlich – insbesondere bei einer Häufung von Burnout-Fällen – ist der Arbeitgeber bereit, weiterführende Abklärungen durchführen zu lassen (Mitarbeiterbefragung, Gesundheitszirkel), die wiederum arbeitsorganisatorische und ergonomische Massnahmen nach sich ziehen.

## SENSIBILISIERUNG VON MITARBEITENDEN UND VORGESETZTEN

Die Erfassung von krankheitsbedingten Absenzen ist jedoch bei weitem nicht ausreichend, um psychische Probleme am Arbeitsplatz frühzeitig zu erkennen. Hierzu braucht es entsprechende Sensibilisierungsmassnahmen, um die Belegschaft eines Betriebs auf die Problematik aufmerksam zu machen. Einerseits sollten die Mitarbeitenden auf Warnzeichen bei übermässiger Stressbelastung hingewiesen werden, wobei entsprechende Online-Tools (z. B. stressnostress) oder Broschüren (inqa: Kein Stress mit dem Stress) hilfreich sein können. Einzelne Unternehmen haben auch damit begonnen, Mitarbeitenden und Vorgesetzten Kurse anzubieten, um sie dazu anzuleiten, bei entsprechenden Symptomen Gegensteuer zu geben bzw. bei Bedarf geeignete Anlaufstellen wie z. B. den Arbeitsarzt anzugehen. Wichtig ist, dass beobachtbare Auffälligkeiten wertneutral dargestellt werden und nicht primär auf Defizite fokussiert wird. Vorgesetzte sollten darin geschult werden, frühe Anzeichen z. B. einer Depression zu erkennen und den Mitarbeitenden in geeigneter Form darauf anzusprechen. Dabei ist darauf zu achten, dass das Gespräch in einer freundlichen und vertraulichen Atmosphäre erfolgt, nach einer positiven Einleitung (z. B. „wir kennen Sie als einen tüchtigen Mitarbeiter“) der Grund für die Unterredung erläutert wird („wir haben den Eindruck, dass Sie in letzter Zeit stark belastet sind“). Anschliessend sollen die Beobachtungen mitgeteilt, aber zugleich hinterfragt werden („stimmt unser Eindruck?“), um dann deutlich zu machen, dass man unterstützen will. Wenn es auf diese Weise gelingt, ein sich abzeichnendes psychisches Gesundheitsproblem rechtzeitig anzugehen und fachliche Unterstützung anzubieten, so kann einer Verschlimmerung sowie Arbeitszeitverlusten entgegengewirkt werden.



Betriebliches Gesundheitsmanagement (AEH-Modell®)



Urs Hinnen, Dr. med., ist Leiter der Abteilung FMH Prävention/Arbeitsmedizin des Zentrums für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG in Zürich.

# INTEGRATIONSMASSNAHMEN AM BEISPIEL DER STIFTUNG AK15 IN BIEL

Mit der 5. IV-Revision wurden neue Instrumente geschaffen, um Menschen mit einer psychischen Erkrankung bei der beruflichen (Re-)Integration zu unterstützen. Die Stiftung AK15 in Biel führt Integrationsmassnahmen seit deren Einführung im Jahr 2008 durch.

Von Ina Osthagen

Zu den Integrationsmassnahmen (IM) der 5. IV-Revision zählen das Belastbarkeitstraining, das Aufbautraining, die Arbeit zur Zeitüberbrückung und das Coaching WISA (Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz). Die ersten drei der genannten Massnahmen führt die Stiftung in den Bereichen Handwerk, Beschäftigung und Förderung sowie Büro durch. Das Coaching von Praktika oder Festanstellungen im allgemeinen Arbeitsmarkt übernehmen Fachpersonen aus den genannten Bereichen.

## WAS SIND DIE ZIELSETZUNGEN DER IM?

Die Integrationsmassnahmen zielen auf die sozialberufliche Rehabilitation der Teilnehmenden ab: Gewöhnung an den Arbeitsprozess, Förderung der Arbeitsmotivation, Stabilisierung der Persönlichkeit und das Einüben sozialer Grundfähigkeiten. Vor Beginn der Massnahmen werden die individuellen Ziele mit den künftigen Mitarbeitenden, den IV-Eingliederungsfachpersonen, den direkten Vorgesetzten und den Sozialarbeitenden bzw. Coaches der Stiftung AK15 besprochen und schriftlich festgehalten. Im Idealfall sind auch die therapeutischen Fachpersonen anwesend. Falls nicht, werden diese telefonisch durch die Sozialarbeitenden oder Coaches orientiert und zu den nächsten Gesprächen eingeladen.

## WIE WERDEN DIE MASSNAHMEN GESTALTET?

Im Folgenden konzentrieren wir uns auf diejenigen zwei Massnahmen, welche in der Stiftung AK15 am häufigsten durchgeführt werden.

### Belastbarkeitstraining

Beim dreimonatigen Belastbarkeitstraining geht es primär um den Präsenzaufbau. Die Mitarbeitenden beginnen mit einem Tagespensum von zwei Stunden und erhöhen dieses im Lauf von drei Monaten auf vier Stunden. Dieses Pensum kann individuell in Schritten von dreissig Minuten oder stundenweise erhöht werden. Der Beginn der Arbeitszeit wird ebenfalls individuell festgelegt. Auf diese Weise können sich die Mitarbeitenden an den Arbeitsprozess gewöhnen. Die Leistungsmessung ist keine Zielsetzung. Dieser Punkt ist für viele Mitarbeitende zuerst kaum zu verstehen. Häufig sind sie gerade aufgrund

der leistungsorientierten Arbeitswelt erkrankt und haben diesen Druck verinnerlicht. Die Gewichtung des Belastbarkeitstrainings liegt neben dem Pensum vor allem auf der Gewöhnung an einen neuen Tagesrhythmus, der Fähigkeit, Kontakte zu Vorgesetzten und Mitarbeitenden zu pflegen sowie auf den Grundarbeitsfähigkeiten Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit.

### Aufbautraining

Bei Erreichung der oben genannten Zielsetzungen verfügt die IV meistens ein drei- bis sechsmonatiges Aufbautraining. In dieser Zeit geht es um die Stabilisierung der Präsenzzeit von vier Stunden täglich bzw. um den weiteren Präsenzaufbau auf sechs bis acht Stunden pro Tag. Anhand von Auftragsarbeiten und Trainingsaufgaben wird die quantitative Leistungsfähigkeit gemessen, welche am Ende der Massnahme 50 Prozent betragen sollte. Wichtig ist es, immer wieder die Balance zwischen Arbeit und Freizeit anzusprechen. Viele Mitarbeitende konzentrieren sich intensiv darauf, das Ziel der Massnahme zu erreichen, und schenken dem gesundheitsfördernden Ausgleich zu wenig Beachtung.

Bei beiden IM werden zur Standortbestimmung und Zielüberprüfung im vierzehntäglichen Rhythmus zwischen Mitarbeitenden, Vorgesetzten und Sozialarbeitenden interne Gespräche geführt. Testverfahren (darunter etwa der Konzentrationstest d2) ergänzen die Feststellungen bezüglich der Kompetenzen. Die Institution verkörpert den Arbeitgeber und ist nicht therapeutisch tätig. Aus diesem Grund ist uns die Zusammenarbeit mit den TherapeutInnen, aber auch dem übrigen Umfeld der Mitarbeitenden wichtig. Damit das weitere Vorgehen bezüglich beruflicher Integration rechtzeitig geplant werden kann, findet jeweils zwei bis drei Wochen vor Ablauf der IM ein IV-Standortgespräch statt.

## WER NIMMT AN DEN TRAININGS TEIL?

Hier lassen sich zwei Gruppen unterscheiden. Zum einen sind es jüngere Menschen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren mit oder ohne Ausbildung. Sie verfügen über keine oder wenig Berufserfahrung. Auffallend ist, dass wir bei diesen Mitarbeitenden häufig im pädagogischen Bereich gefordert sind. Korrekte Umgangsformen und die Kommunikationsweise müssen thematisiert und trainiert werden. Die zweite Gruppe sind Personen im

Alter zwischen 25 und 55 Jahren. Sie stammen aus unterschiedlichen Berufsfeldern ohne Abschluss, mit eidg. Fähigkeitszeugnis oder tertiärer Ausbildung. Dieser Personenkreis verfügt dem Alter entsprechend über Berufserfahrung, teilweise mit auffallend vielen Stellenwechseln und Defiziten in den personalen und sozialen Kompetenzen.

Alle Personen sind seit mehreren Monaten bis zu einem Jahr stellenlos. Mitarbeitende, die bereits über eine IV-(Teil-)Rente verfügen, haben seit mehr als einem Jahr nicht mehr gearbeitet.

## CHANCEN UND RISIKOFAKTOREN

Die IM bieten den Teilnehmenden die Möglichkeit, eine Tagesstruktur aufzubauen. Diese schätzen es, einer Tätigkeit ausser Haus nachgehen zu können. Durch die Arbeit und die damit verbundenen sozialen Kontakte gewinnen sie Vertrauen in ihre persönlichen sowie fachlichen Fähigkeiten und können ihr Selbstwertgefühl steigern. Die Erfahrung, nicht die Einzigen mit einer schwierigen Lebenserfahrung zu sein, lässt sie wieder Zukunftsperspektiven entwickeln.

Wir haben aber auch Risikofaktoren festgestellt, welche den Verlauf einer IM negativ beeinflussen oder sogar zum frühzeitigen Ende führen können. Ist die psychische und/oder somatische Gesundheit der Mitarbeitenden zu Beginn der Massnahme zu instabil, kommt es häufig zum Abbruch. Oft fehlt diesen Menschen ein unterstützendes familiäres und soziales Umfeld. Sie leben von der Gesellschaft isoliert und können positive oder negative Erlebnisse niemandem mitteilen. Existiert ein Hilfsnetz,



## STIFTUNG AK15 – STIFTUNG FÜR INTEGRATION IN ARBEITSWELT UND GESELLSCHAFT

AK15 ist eine Stiftung, die in Biel und in Nidau betreute Arbeits- und Wohnplätze anbietet. Durch gezielte Förderplanung sollen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung ihren Platz in unserer Gesellschaft finden, abgestimmt auf ihre individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse. Das Arbeits- und Wohnangebot ist zweisprachig (deutsch und französisch).

wenden wir viel Zeit auf, um die einzelnen Beteiligten des Netzes miteinander zu verknüpfen, um zugunsten der Mitarbeitenden an denselben Zielsetzungen zu arbeiten. Häufig ist die finanzielle Situation ein grosser Stressfaktor. Angst vor der Abhängigkeit von Sozialleistungen, Bedenken bezüglich einer RAV-Anmeldung oder Schulden sind Themen, welche die Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit während einer IM beeinflussen können.

## WO LIEGT DAS VERBESSERUNGSPOTENZIAL?

Seit 2008 hat die Stiftung AK15 77 Belastbarkeits- und 72 Aufbautrainings durchgeführt. Durch diese neuen Massnahmen kann individueller auf die gesundheitliche Situation und auf die Zielsetzungen der Mitarbeitenden eingegangen werden. Basierend auf unseren Erfahrungen sehen wir aber auch ein Verbesserungspotenzial:

- Präzise Abklärungen und Angaben zum Gesundheitszustand vor Beginn einer Massnahme wären hilfreich. Vor allem bei psychosomatischen Erkrankungen muss eine Massnahme zugunsten eines Klinikaufenthaltes häufig unter- oder sogar abgebrochen werden.
- Um ideale Voraussetzungen für die Massnahme zu schaffen, sollte das Beziehungsnetz zum Aufnahmegespräch eingeladen werden. Alle Beteiligten wären so über die aktuelle Situation informiert und die Zielsetzungen könnten gemeinsam getragen werden. Die Case-Management-Funktion der IV erachten wir diesbezüglich als wichtig.
- Bei Abbruch einer IM steht die betroffene Person häufig ohne Anschlusslösung da. Mehr niederschwellige Beschäftigungsangebote für Mitarbeitende, welche zwei bis drei Stunden pro Tag arbeiten könnten, wären begrüssenswert.



Ina Osthagen, Kauffrau und dipl. Sozialarbeiterin FH, ist Bereichsleiterin in der Stiftung AK15 in Biel. Sie ist seit über zehn Jahren im Bereich der beruflichen Integration / des Job Coachings tätig.

## „ICH KANN WIEDER MIT DEN LEUTEN IN KONTAKT TRETEN“

Herr R. ist 25 Jahre alt. Er hat noch keinen Lehrabschluss. Bei seiner beruflichen Ausbildung wurde er als Ausländer gemobbt und hatte mit starken sozialen Ängsten zu kämpfen. Während einer Integrationsmassnahme bei Espas\* konnte er seine Fähigkeit, mit Menschen umzugehen, wieder aufbauen.

Ende der Realschule suchte ich eine Lehrstelle, fand aber nichts. Der Psychologe, bei dem ich schon damals in Beratung war, gab mir den Tipp, in ein Heim einzutreten, in dem junge Männer eine Lehre machen können. Ich begann dort eine Malerlehre. Das ging allerdings schnell in die Hosen – weil ich der einzige Ausländer war. Ich wurde gemobbt. Das fing an mit normalen Schimpfwörtern und ging bis zu grundlos Schlagen. Wenn ich mich dann zur Wehr setzte, war ich der Schuldige. Einer der drei Lehrmeister gab mir ebenfalls zu spüren, dass er kein gutes Bild von diesen „Scheissjugos“ hatte. Das hielt ich nicht lange aus.

### „ICH KONNTE KAUM MEHR AUF DIE STRASSE“

Dieser Misserfolg war eine grosse Enttäuschung. Ich zog mich zurück, raffte mich später aber wieder auf und begann an der Migros-Klubschule eine Informatikausbildung. Da fing die Soziophobie an, obwohl mich hier keiner mobbte und ich es sehr gut hatte. Zuerst war es einfach schwierig für mich, in die Schule zu gehen. Nach einem Monat wurde es schwierig, einzukaufen, wenn mehr als zehn Leute im Laden standen. Am Ende wurde es sogar schwierig, schon nur vor die Tür zu gehen. Ich weiss noch, wie es begonnen hatte: Ich ging auf der Strasse. Ein Mann ging an mir vorbei. Ich fragte mich, was er wohl über mich denkt. Meine Antwort war: nur Negatives. Ich wusste, dass ich nicht so denken sollte. Trotzdem dachte ich schliesslich bei jeder Person, dass sie mich als Fettsack, Scheisse und Versager anschaut. Das machte mich fertig. Ich konnte die Schule nicht weiter besuchen.

Ich nahm die billigste Wohnung, die ich fand: eine 12-m<sup>2</sup>-Zelle. Bald lebte auch mein Bruder dort, weil er seine Wohnung verloren hatte. Er übernahm alles für mich, einkaufen usw. Im Nachhinein denke ich, dass mir das schadete, denn ich isolierte mich noch mehr. In diesen fünf Jahren nahm ich gewaltig zu, was ich jedoch nicht bemerkte. Eines Tages sagte mir mein Psychologe, ich solle auf die Waage stehen. Ich habe schon erwartet, dass ich etwa 120 Kilo auf die Waage bringe, es waren aber 148! Das war ein Riesenschok für mich. Da habe ich mir vorgenommen, etwas zu ändern.

Die Beiständin meldete mich bei der IV an. Im Februar 2011 kam es zu einem Gespräch mit Espas, einer Eingliederungsinstitution in Zürich. Ich dachte, ich gehe es

an, auch wenn es schwierig sein wird. Und das war es dann auch. Zu Beginn muss man ja nur zwei Stunden am Tag präsent sein. Ich war am Abend aber kaputt, als ob ich zehn Stunden gearbeitet hätte. Ich musste nun neue Leute kennenlernen, war aber immer darauf aus, einen Zufluchtsort zu finden und den Leuten nicht zu nahe zu kommen. Anfangs konnte ich nicht länger als fünf Minuten neben jemandem sitzen bleiben ohne total ins Schwitzen zu kommen und rot anzulaufen. Nach zwei Monaten ging es schon eher. Ich konnte ab und zu mit jemandem ein bisschen schwatzen.

### „JETZT MÖCHTE ICH EINE LEHRE MACHEN“

Was mir die Integrationsmassnahme bei Espas gebracht hat? Ich kann wieder mit den Leuten in Kontakt kommen. Nur in volle Läden zu gehen, geht noch nicht. Ein weiterer Erfolg ist, dass ich die Fähigkeit, zu arbeiten, von zwei auf sechs Stunden pro Tag ausdehnen konnte.

Die Freizeitgestaltung ist immer noch ein Problem. Ich lese, chatte im Internet, gehe in Foren. In der virtuellen Welt sehen mich die Leute nicht. Das ist um einiges angenehmer für mich als in der realen Welt. Ich bin immer noch schwer, obwohl ich 40 kg abgenommen habe. Auch meine Zähne sehen schlecht aus. Unbeschwert lachen – das geht nicht. Ich muss immer darauf achten, den Mund nicht zu fest aufzumachen oder die Hand davor zu halten. Wenn ich aber mit jemandem über das Internet rede, kann ich unbeschwert lachen.

Vor einer Woche konnte ich zu Espas Richterswil wechseln, weil sie dort für den Informatikbereich eingerichtet sind. Mit viel Aufwand habe ich auch eine neue Einzelzimmerwohnung gefunden. Meine Wünsche? Eine Lehre machen, die Zähne in Ordnung kriegen, das Gewicht um weitere 20 kg reduzieren!

*Das Gespräch führte Christoph Lüthy, Pro Mente Sana.*

*\* Espas ist eine Stiftung für die wirtschaftliche und soziale Integration Erwerbsbeeinträchtigter.*

.....  
*Danijel R. ist 25-jährig, lebt im Kanton Zürich und hofft, dass seine Anstrengungen zu einer Lehre und einem Lehrabschluss führen werden.*

## DIE IVG-REVISION 6B GEFÄHRDET GESUNDUNG UND EINGLIEDERUNG IN DIE ARBEIT

Für die Gesundheit und die Förderung der Arbeitsfähigkeit sind sowohl Therapie wie auch existenzielle Sicherheit wichtige Voraussetzungen. Die IVG-Revision 6b gefährdet jedoch sowohl den Gesundheitsprozess wie auch den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt.

*Von Christoph Lüthy*

Damit kranke Menschen wieder arbeitsfähig werden, müssen sie in der Regel von ihrer Krankheit genesen. Das erfordert Therapie, aber auch finanzielle Sicherheit. Denn Existenzängste behindern die Gesundheit. Es ist eine Binsenwahrheit, dass Gesundheit umso gefährdeter ist, je schlechter die sozialen Verhältnisse sind. Eine wichtige Voraussetzung, um gesund zu bleiben, ist also ein ausreichender Lohn. Damit diejenigen wieder gesund werden können, welche zurzeit nicht arbeitsfähig sind, benötigen sie einen ausreichenden Lohnersatz. In der Schweiz galt bisher: Wer zufolge Krankheit kurzfristig arbeitsunfähig ist, bekommt Lohnersatz vom Arbeitgeber oder von der Krankentaggeldversicherung. Dauert die Arbeitsunfähigkeit mehr als ein Jahr, entsteht mit Ablauf dieses so genannten „Wartejahres“ der Anspruch auf eine Invaliden-Rente, es sei denn, Eingliederungsmassnahmen mit Taggeldern sind möglich. Die Bundesverfassung schreibt vor, dass die Renten „den Existenzbedarf angemessen zu decken“ haben. Mit dem Vorschlag des Bundesrates an die eidgenössischen Räte zur IVG-Revision 6b werden nun beide Grundsätze ausgehebelt:

- Auch nach Ablauf des Wartejahres hat die betroffene Person nur dann einen Anspruch auf Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit nicht mehr durch medizinische Behandlungen erhalten oder verbessert werden kann.

- Für RentnerInnen mit einem IV-Grad zwischen 60 und 99 Prozent werden die Renten zum Teil massiv tiefer, so dass die Existenzsicherung bei vielen dieser Menschen nicht mehr gewährleistet ist.

### BEHANDLUNG UND RENTENANSPRUCH

Die erste Änderung schliesst praktisch alle psychisch kranken Menschen von einem Rentenanspruch aus. Jene Gruppe von psychisch kranken Menschen, bei denen die Hoffnung besteht, eventuell in ein oder zwei Jahren durch eine therapeutische Unterstützung eine verbesserte Arbeitsfähigkeit zu erreichen, werden in dieser Zeit keine vorübergehenden Renten mehr erhalten. Aber auch jene schwer oder chronisch kranken Menschen, bei denen eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit für den Therapeuten oder die Therapeutin gar nicht zur Diskussion steht, laufen Gefahr, dass ihnen die IV-Stelle eine Rente abspricht. Es ist nämlich zu befürchten, dass die IV-Stelle davon ausgeht, dass eine Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit bei jeder Behandlung stattfindet oder doch in weiter Zukunft einmal möglich sein wird. Dann wäre die neue Rentenvoraussetzung nicht erfüllt. Die Folgen dieser Änderungen sind für die Betroffenen enorm:



- Da die Betroffenen während der Therapie mangels Rente keine materielle Sicherheit mehr haben, geraten sie in Existenzängste und Stress. Dies behindert den Therapieerfolg, also gerade das Ziel, dass die Betroffenen wieder gesünder und arbeitsfähiger werden.
- Therapeutin und Patient kommen mit der Gesetzesänderung unter massiven Druck, nur eine kurze Therapie zu machen, damit bald danach eine Rente gesprochen werden kann. Die Therapie kann sich somit nicht mehr auf die Krankheitsursachen, die Beseitigung des Leidens und die Förderung der Lebensfähigkeit einlassen, sondern muss sich primär auf die Förderung der Arbeitsfähigkeit konzentrieren. Die Therapie wird somit nicht mehr von der Krankheitsbehandlung bestimmt, sondern vom Erreichen der Arbeitsfähigkeit. Das sind aber zwei verschiedene Schuhe: Es ist, wie wenn beim Spitz Fussballer das kaputte Knie nicht operiert, sondern sein Einsatz im Spiel kurzfristig mit Spritzen ermöglicht wird.

## RENTENKÜRZUNG

Das neue Rentensystem führt bei einem Drittel der RentnerInnen zu einer teilweise massiven Rentenkürzung. Im Extremfall gibt es Kürzungen bei der IV-Rente und der Rente der beruflichen Vorsorge von je 30 Prozent (siehe Kasten).

Die Befürworter des neuen Rentensystems führen immer wieder an, dass es nur zehn Prozent der RentnerInnen treffe. Werden nur die gegenwärtigen RentnerInnen in Betracht gezogen, stimmt dies zwar einigermassen. Von den künftigen RentnerInnen wird jedoch ein Drittel von den Kürzungen betroffen sein.

Die gleichen Befürworter sagen auch, dass dieses neue Rentensystem mit seinen Rentenkürzungen die Eingliederung fördere, weil es stufenlos sei. Diese Behauptung ist nicht durch Untersuchungen belegt. Und die folgende Überlegung spricht dagegen: Je knapper RentnerInnen bei Geld sind, umso grösser wird ihre Angst vor den Veränderungen, die eine Rentenkürzung mit sich bringt. Dadurch sinkt ihre Bereitschaft, sich auf den Eingliederungsweg zu begeben, der zu weniger Renten, aber nicht unbedingt zu mehr Arbeitslohn führt. Die mit dem neuen Rentensystem vorgesehenen tieferen Renten könnten sich also sehr wohl als hemmend für die berufliche Eingliederung auswirken.

Der Bundesrat begründet seine Ansicht, dass es ja nur zehn Prozent der gegenwärtigen RentnerInnen treffe auch damit, dass 38 Prozent der von der Kürzung Betroffenen diese Kürzungen bei den Ergänzungsleistungen (EL) wettmachen könnten. Hinter dieser Beruhigungspille lauert aber eine Verschlechterung sowohl für das betroffene Individuum wie auch für die Kantone:

- Die Individuen werden auch bei den EL mit Kürzungen konfrontiert werden, weil ihnen diese ein hypothetisches Einkommen anrechnen werden, und zwar mit der folgenden Argumentation: „Wir ziehen dir einen

## RENTENSYSTEM

Nach geltendem Recht:

IV-Grad	Rentenhöhe
41 – 49 %	Viertelrente
50 – 59 %	halbe Rente
60 – 69 %	Dreiviertelrente
70 – 100 %	ganze Rente

Gemäss IVG-Revision 6b, Vorschlag Bundesrat:

IV-Grad	Rentenhöhe
40 %	Viertelrente
41 – 49 %	Bei jedem % IV-Grad-Erhöhung eine Rentenerhöhung um 2,5 % (Bsp: 45 % invalid = Rentenhöhe 37,5 %)
50 – 100 %	Rentenhöhe entspricht dem IV-Grad (Bsp: 70 % invalid = Rentenhöhe 70 %) Ausnahme: Bei einem IV-Grad ab 80 % wird nur das tatsächlich erzielte Arbeitseinkommen angerechnet, nicht das theoretisch erzielbare, so dass ab einem IV-Grad von 80 % ohne Arbeitseinkommen ein Anspruch auf eine ganze Rente besteht.

Betrag ab, den du aufgrund deiner Restarbeitsfähigkeit mit einer Arbeit erzielen könntest.“ Das bedeutet wiederum Stress für die Betroffenen. Auch dort, wo die Kürzung nicht korrekt ist, und die Betroffenen dies überhaupt merken, heisst das für sie viel komplizierten Aufwand, um dem Amt zu beweisen, dass sie keine Arbeit finden. Wer von ihnen ist trotz seiner Krankheit überhaupt dazu fähig?

- Durch die Kürzungen der IV-Renten werden nicht nur die Ausgaben der EL für die bisherigen EL-BezügerInnen in die Höhe schnellen. Nein, aufgrund der Revision 6b wird eine neue, nicht kleine Gruppe von IV-RentnerInnen, die ohne Revision keine EL beziehen müsste, EL-abhängig. Beides wird den Druck für kantonale Kürzungen in anderen Bereichen der Behindertenhilfe verstärken, also bei Geldern für Heime, geschützte Werkstätten, aufsuchende Hilfen durch therapeutische Teams usw.

Die vorgesehene IVG-Revision 6b muss also unter den Aspekten Gesundheit und Wiedereingliederung in die Arbeit abgelehnt werden!



Christoph Lüthy, Rechtsanwalt, ist Leiter Rechtsdienst bei Pro Mente Sana.

# GIBT ES 16 000 STELLEN FÜR PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGTE MENSCHEN?

Mit der IVG-Revision 6a will der Bundesrat 12 500 Vollrenten streichen, das heisst rund 16 000 psychisch beeinträchtigte Menschen mit Voll- oder Teilrente sollen ihren Lebensunterhalt wieder durch eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt bestreiten können. Ist dieses Ziel erreichbar oder ist es eine Illusion?

Von Ruedi Winkler

Die Integration von 16 000 IV-RentnerInnen mit psychischen Beeinträchtigungen heisst konkret, dass diese Menschen in der real existierenden Arbeitswelt eine Anstellung finden müssen. Gelingt dies nicht, hat die IV zwar trotzdem ihren Aufwand gesenkt, die Kosten für den Lebensunterhalt dieser Personen muss jedoch einfach eine andere Institution unseres sozialen Sicherungssystems tragen. Für die betroffenen Personen bedeutet dies zusätzlich tiefere Leistungen und schlechtere Lebensbedingungen.

## WIE SIEHT DIE WELT AUS, IN DIE INTEGRIERT WERDEN SOLL?

Im Jahr 2007 hat das Bundesamt für Sozialversicherungen unter dem Titel „Arbeitsplätze für Menschen mit psychischer Leistungseinschränkung: Vorselektion im Rahmen des FOP-IV“ einen Beitrag von Sara Kurmann veröffentlicht. Er beginnt mit der folgenden Feststellung: „In der heutigen Arbeitswelt kann man einen schärfer werdenden Verdrängungswettbewerb und erhöhte Leistungsanforderungen am Arbeitsplatz beobachten.“

Von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern wird eine höhere Konzentrationsfähigkeit, Konstanz in der Arbeitsleistung sowie Zuverlässigkeit in der Ausführung übertragener Arbeiten erwartet.“ Dies ist eine klare und zutreffende Beschreibung der gegenwärtig real existierenden Arbeitswelt. Eine vom Staatssekretariat für Wirtschaft Seco im Jahr 2010 durchgeführte Studie hat ergeben, dass der Anteil chronisch gestresster Personen innert zehn Jahren von rund einem Viertel auf einen Drittel der Befragten gestiegen ist.

## WER IST ARBEITSMARKTFÄHIG?

Das Zauberwort für ein erfolgreiches Bestehen in der Arbeitswelt ist die so genannte Arbeitsmarktfähigkeit. Arbeitsmarktfähig zu sein, bedeutet, dass jemand zu jeder Zeit gute Chancen hat, eine Stelle zu finden. Dahinter steht die Idee, dass die raschen Veränderungen in den Unternehmen und die unberechenbare Wirtschaftsentwicklung durch die Fähigkeit der Arbeitnehmenden, jederzeit auf dem Arbeitsmarkt wieder eine adäquate Stelle zu finden, aufgefangen werden. Mit anderen Worten: Die Sicherheit, die früher die Lebensstelle gab, wird jetzt durch die Arbeitsmarktfähigkeit der Mitarbeitenden ersetzt. Wie wird diese Arbeitsmarktfähigkeit definiert? An erster Stelle stehen Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, sodann hohe Leistungsfähigkeit, die Fähigkeit, mit Druck und hohen Belastungen umzugehen sowie laufendes à-jour-Sein bezüglich Aus- und Weiterbildung. Diesen Anforderungen steht ein Kernmerkmal psychisch beeinträchtigter Personen gegenüber – nämlich die Tatsache, dass ihre grösste Stabilität die Instabilität ist.

## AUFNAHMEKAPAZITÄT ZU KLEIN

Man könnte einwenden, dass die differenzierte und sehr vielfältige Arbeitswelt nicht über einen Leisten geschlagen werden kann, dass viele Beschäftigte nicht sehr flexibel oder nur begrenzt belastbar sind und dass es durchaus Nischen und Möglichkeiten gibt, Menschen zu beschäftigen, die nicht dem Bild des „Hochglanzarbeitnehmenden“ entsprechen. Das stimmt zwar, es macht die Sache jedoch nicht besser. Wenn es um die Beschäftigung von zusätzlichen Arbeitnehmenden mit Beeinträchtigung geht, hört man von Firmen meist das folgende Argument: Es ist schon schwierig genug, bestehende Mitarbeitende weiter zu beschäftigen, die eine solche Beeinträchtigung erleiden – für zusätzliche fehlen die Kapazitäten.

## AUFSCHWUNG DER SOZIALFIRMEN SPRICHT BÄNDE

Der deutlichste Hinweis, dass die Kapazität für die Aufnahme schwächerer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu tief ist, ist der Aufschwung der Sozialfirmen. Sie zeigen, dass diese Menschen zwar etwas leisten können und wollen, aber den Anforderungen in einem normalen Betrieb nicht gewachsen sind. Niemand würde eine Sozialfirma gründen, wenn diese Leute ebenso gut eine Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt finden würden, und kaum jemand würde längerfristig in einer Sozialfirma arbeiten wollen, wenn er oder sie in der „gewöhnlichen“ Arbeitswelt eine passende Stelle finden würde. Die Frage, ob die Kapazität für noch einmal 16 000 Personen vorhanden ist, ist somit schnell beantwortet. Kommt noch hinzu, dass ja nicht nur die Gruppe der psychisch beeinträchtigten Personen einen Arbeitsplatz sucht, der auch für etwas weniger Belastbare oder Leistungsfähige geeignet wäre. Solche Arbeitsplätze suchen auch Langzeitarbeitslose, körperlich und geistig Behinderte usw. Und diesen gegenüber sind die psychisch Beeinträchtigten in der Regel noch im Nachteil, wenn es um eine Anstellung geht.

## EIN UNTERNEHMEN IST KEINE SOZIALE INSTITUTION

Arbeitgebervertreter betonen immer wieder, dass ein Unternehmen wirtschaftliche Ziele verfolge, manche sagen sogar: ausschliesslich wirtschaftliche Ziele. Für soziale und gesamtgesellschaftliche Aufgaben hätte es da (fast) keinen Platz. Das hindert sie jedoch nicht daran, auf politischer Ebene den Eindruck zu erwecken, „die aus der IV“ hätten eine Chance, einen Arbeitsplatz zu finden, wenn es ums Sparen bei der IV geht. Zugleich aber wehren sie sich massiv gegen alle Bestimmungen, die in irgendeiner Form eine Verbindlichkeit herstellen würden, um die Integration dieser Menschen in die Arbeitswelt sicherzustellen. Sie wissen natürlich ganz genau, warum sie dies tun. Und in Anbetracht der wirtschaftlichen Aussichten und den Rahmenbedingungen in unserer globalisierten

Welt mit zunehmendem Kostendruck, Abwanderung von einfacheren Arbeitsplätzen in kostengünstigere Weltregionen ist auch nicht mit Änderungen zu rechnen.

## ES FEHLEN SOWOHL ANREIZE WIE VERPFLICHTUNG

Es gibt zurzeit weder eine Verpflichtung noch Anreize für Unternehmen, Menschen mit Beeinträchtigungen jeglicher Art zu beschäftigen, es gibt einfach die Unterstützung bei der Integration. Natürlich gibt es Firmen, die aus sozialer Überzeugung oder aus Pflichtgefühl solche Menschen anstellen und integrieren und das ist sehr anerkennenswert. Aber für die Integration aller Personen, die auf solche Firmen angewiesen wären, reicht dies bei weitem nicht aus. Nüchtern betrachtet muss unter den heutigen Bedingungen die Integration eines grossen Teils der 16 000 psychisch beeinträchtigten Personen in die Arbeitswelt als Illusion bezeichnet werden. Ich schätze, dass rund ein Viertel dieser Menschen einen Platz finden kann. Wenn jemand eine Beeinträchtigung, zugleich aber auch eine spezielle Fähigkeit hat und der Arbeitsplatz und diese Person zueinander finden können, dann ist eine Anstellung realistisch. Die übrigen drei Viertel dürften ohne dauerhafte Chance sein.

## WAS TUN?

Wären eine Quote oder finanzielle Anreize eine Lösung? Solche Massnahmen hätten zwar den Vorteil, dass damit ein politischer Wille zum Ausdruck kommen würde, dass Firmen ihren ganz konkreten Beitrag zur Integration in dieser Form zu leisten hätten. Neben der Gefahr, dass dies einen hohen Verwaltungsaufwand verursachen würde, sprechen für mich vor allem die folgenden Überlegungen dagegen: Mitarbeitende in einer Firma bewegen sich immer in einem meist kleinen Kreis von Kolleginnen und Kollegen. Wer in diesen Mikrokosmos mit dem Stempel „Musste genommen werden“ oder „Wird teilfinanziert“ eintritt, hat es nicht leicht. Sind dann die „gewöhnlichen“ Angestellten noch unter Druck, dann kann es leicht zu (für alle) unerfreulichen Situationen und zu einem Abbruch der Übung kommen. Für mich ist die intensive Unterstützung der Betroffenen bei der Integration in die Arbeitswelt der zentrale Punkt. Gelingt sie nicht, ist dies zu akzeptieren. Ich bin aber dezidiert der Meinung, dass für diejenigen Menschen, die auf diesem Weg keine dauerhafte Lösung finden, Lösungen in der Art gefunden werden müssen, wie sie die Sozialfirmen anbieten.



Ruedi Winkler, lic. oec. publ., ist Berater für Personal- und Organisationsentwicklung und ehemaliger Direktor des Arbeitsamtes der Stadt Zürich.



# GLOSSAR

## ARBEITSMEDIZIN

Die Arbeitsmedizin befasst sich mit den Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Beruf einerseits und dem Menschen, seiner Gesundheit und seinen Krankheiten andererseits. Ziel der Arbeitsmedizin ist es, das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Arbeitnehmenden in allen Berufen in grösstmöglichem Ausmass zu erhalten und zu fördern.

## ARBEITS- UND ORGANISATIONS-PSYCHOLOGIE

Die allgemeinen Aufgaben der Arbeits- und Organisationspsychologie liegen in der Mitwirkung an der Beschreibung, Analyse, Erklärung, Prognose und Gestaltung menschlicher Arbeit und Organisation.

## ERSTER (ODER PRIMÄRER) ARBEITSMARKT

Als erster oder primärer Arbeitsmarkt wird der reguläre Arbeitsmarkt bezeichnet.

## ZWEITER (ODER ERGÄNZENDER) ARBEITSMARKT

Der zweite oder ergänzende Arbeitsmarkt besteht aus öffentlichen, gemeinnützigen oder privaten Angeboten für bezahlte oder unbezahlte Tätigkeiten mit dem Zweck, die berufliche Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu erreichen.

## DRITTER ARBEITSMARKT

Darunter versteht man ein auf Dauer angelegtes Beschäftigungsverhältnis für Menschen, die auf lange Sicht keine Rückkehrchance in den ersten

Arbeitsmarkt haben. Auch diese Angebote sind wie jene des zweiten Arbeitsmarktes oft auf finanzielle Unterstützung angewiesen.

## GESCHÜTZTER ARBEITSPLATZ

Auch dieser Ausdruck bezeichnet ein längerfristiges Arbeitsangebot für Personen, die wegen einer Behinderung keine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausüben können (z.B. geschützte Werkstätten). Die Arbeitsbedingungen nehmen in hohem Masse Rücksicht auf die durch die Krankheit bedingte Beeinträchtigung.

## TAGESSTRUKTUR

Eine Tagesstruktur besteht aus einem klaren Tagesablauf mit regelmässigen Fixpunkten (z.B. Aufstehen, Arbeitszeiten, Essenszeiten, Freizeit usw.). Diese klare Struktur kann Menschen nach längeren Abwesenheiten vom Arbeitsmarkt oder bei längeren psychischen Krankheiten Stabilität und Sicherheit vermitteln.

## BERUFLICHE INTEGRATION ODER WIEDEREINGLIEDERUNG

Diese Begriffe umfassen alle Anstrengungen, einer Person den Zugang zu einem der Arbeitsmärkte zu ermöglichen.

## EINSCHRÄNKUNGEN DER

- **Leistungsfähigkeit:** meint die gesundheitlich bedingte Einschränkung von körperlichen, geistigen oder psychischen Fähigkeiten, die für eine Arbeit notwendig sind, z.B. Konzentrationsfähigkeit.

- **Arbeitsfähigkeit:** meint die aus der beschränkten Leistungsfähigkeit

sich ergebende Einschränkung, die konkrete Arbeit im bisherigen Beruf oder in einem angepassten neuen Arbeitsbereich leisten zu können.

- **Erwerbsfähigkeit:** meint die Einschränkung, den Lohn zu erzielen, den man ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erzielen könnte.

## EINGLIEDERUNGS-FÄHIGKEIT

Die Fähigkeit, eine Eingliederungsmassnahme durchzustehen zu können, also z.B. gesundheitlich in der Lage zu sein, ein berufliches Training zu besuchen.

## JOB COACH

Der Job Coach plant zusammen mit erkrankten Arbeitnehmenden und deren Arbeitgebenden einen schrittweisen Wiedereinstieg in die Arbeit oder berät bei der Stellenveränderung oder Neueinstellung eines bzw. einer psychisch nicht voll belastbaren Angestellten.

## INTEGRATIONS-MASSNAHMEN

Das IV-Gesetz kennt seit 2008 so genannte „Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung“, abgekürzt: Integrationsmassnahme (IM). Mit solchen Massnahmen sollen soziale Fähigkeiten aufgebaut werden, welche für eine berufliche Tätigkeit nötig sind und bei psychischen Erkrankungen oft eingeschränkt werden, z.B. die Gewöhnung an den Arbeitsprozess oder das Einüben von sozialen Grundfähigkeiten. Eine zweite Art IM sind Überbrückungsmassnahmen, welche die vorhandene Arbeitsfähigkeit bis zum Beginn einer beruflichen Massnahme oder eines Stellenantritts aufrechterhalten sollen.

# ANLAUFSTELLEN UND INFORMATIONEN

## FÜR ARBEITGEBER

**Informationsportal „compasso“**  
Sie suchen Informationen zum Umgang mit Mitarbeitenden, die eine veränderte Leistungsfähigkeit zeigen? Sie wollen einen Menschen mit Handicap einstellen? „compasso“ ist eine Internetplattform von und für Arbeitgeber. Sie stellt Betrieben umfassende Informationen mit vielen Fallbeispielen zur Verfügung und zeigt Unterstützungsangebote auf, wenn es um Arbeitnehmende geht, die gesundheitlich bereits beeinträchtigt sind.  
[www.compasso.ch](http://www.compasso.ch)

**Praxistipp im Internet**  
„Psychische Gesundheit im Unternehmen. Der richtige Start.“ enthält zahlreiche Praxistipps, wie Fach- und Führungskräfte das Thema angehen können. Der Ratgeber kann unentgeltlich heruntergeladen werden. Er wurde vom deutschen Organisationsberater Stephan List publiziert und ist eine konkrete Praxisanleitung für Unternehmen, damit sie psychische Gesundheit im Betrieb erfolgreich fördern und Massnahmen strukturiert und gepulst angehen können.  
[www.arbeitstattstress.de](http://www.arbeitstattstress.de)

## FÜR INSTITUTIONEN

**Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation Liestal (BL)**  
In Zusammenarbeit mit den Fachleuten in der Praxis, mit Institutionen und mit den Behörden in der Region sowie mit nationalen Organisationen setzt sich die Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation (FPR) für den Arbeitsplatzhalt und die Reintegration von psychisch kranken Personen ein. Neben der Durchführung und Evaluation von Projekten erarbeitet die Fachstelle Konzepte für rehabilitative Institutionen und bietet Beratung, Schulung, Weiterbildung oder Coaching für Fachpersonen an.

**Kontakt:** Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Haus C  
Bienentalstrasse 7, 4410 Liestal  
Tel. 061 927 71 67  
E-Mail: [fachstelle.reha@kpd.ch](mailto:fachstelle.reha@kpd.ch)  
[www.kpd.ch](http://www.kpd.ch)

## FÜR EINZELPERSONEN

**Spezialsprechstunden zu „Arbeit und psychische Gesundheit“**  
Einzelne psychiatrische Institutionen bieten spezialisierte Sprechstunden zum Thema „Arbeit und psychische Gesundheit“ an, z.B. die integrierte Psychiatrie Winterthur-Zürcher Unterland. Das Angebot wendet sich an Menschen, die unter einer psychischen Belastung an ihrem Arbeitsplatz oder im Zusammenhang mit ihrer Arbeit leiden. Die Anmeldung kann durch die PatientInnen selbst oder durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin erfolgen. In der Sprechstunde Arbeit und psychische Gesundheit werden neben den modernen psychiatrischen und psychotherapeutischen Diagnose- und Therapieverfahren auch Erkenntnisse aus den Arbeitswissenschaften genutzt, um zu einem klärenden und für die PatientInnen hilfreichen Vorgehen zu kommen.

**Kontakt:**  
Psychiatrische Poliklinik  
Haldenstrasse 63,  
Postfach 144,  
8408 Winterthur  
Tel. 052 266 28 84 (Sekretariat)  
E-Mail: [psychpol@ipw.zh.ch](mailto:psychpol@ipw.zh.ch)  
[www.ipw.ch](http://www.ipw.ch)

**Website: Psychische Gesundheit Kanton Zug**  
Psychische Erkrankungen können jeden treffen. Viele Menschen sind direkt oder durch erkrankte Angehörige betroffen. Trotzdem wird das Thema stigmatisiert, und damit auch die betroffenen Menschen. Das Programm „Psychische Gesundheit Kanton Zug“ stellt die psychische Gesundheit in den Mittelpunkt und will das Thema enttabuisieren. Die Website bietet Betroffenen und

Fachleuten einen Überblick, der über den Kanton Zug hinaus viele nützliche Informationen bietet, auch über das Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz.  
[www.psychische-gesundheit-zug.ch](http://www.psychische-gesundheit-zug.ch)

## FORSCHUNG

**Eingliederungs-Pilot-Projekt ZHEPP: Studienteilnehmende gesucht**  
Im Rahmen der Studie ZHEPP (Zürcher Eingliederungs-Pilot-Projekt) ist die Abteilung Supported Employment der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich auf der Suche nach Teilnehmenden. Haben Sie seit kurzem (nicht länger als ein Jahr) eine IV-Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung? Sind Sie interessiert, auch mit Ihrer IV-Rente im Arbeitsmarkt wieder Fuss zu fassen? Dann melden Sie sich für diese Studie an.  
**Kontakt:**  
Micheline Huber  
Supported Employment  
PUK Zürich, Militärstrasse 8  
Postfach, 8021 Zürich  
[micheline.huber@puk.zh.ch](mailto:micheline.huber@puk.zh.ch)  
[www.zhepp.ch](http://www.zhepp.ch)

## BERATUNG

**Beratungstelefon von Pro Mente Sana**  
Kostenlose telefonische Beratung zu psychosozialen und rechtlichen Fragen.  
Mo, Di, Do von 9–12 Uhr  
Do von 14–16 Uhr  
Tel. 0848 800 858 (Normaltarif)

**Arbeitsverzeichnis Pro Mente Sana**  
Das Arbeitsverzeichnis bietet einen Überblick über das Angebot an geschützten Arbeitsmöglichkeiten sowie an Unterstützungsangeboten der beruflichen Integration für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung.  
[www.promentesana.ch](http://www.promentesana.ch)

# EIN SCHIZOPHRENIE-SIMULATOR KANN DAS GESPRÄCH MIT BETROFFENEN NICHT ERSETZEN

Wie es sich anfühlt, psychotisch zu sein, ist schwierig zu vermitteln. Wer sich dieser Erfahrung annähern möchte, kann den Schizophrenie-Simulator „Fear Truck“ besuchen, Filme zu dieser Thematik anschauen oder Erfahrungsberichte lesen. Am unmittelbarsten wirkt jedoch das Gespräch mit Betroffenen in der direkten Begegnung.

Von Gaby Rudolf

Menschen, die unter Schizophrenie leiden, werden manchmal von Aussenstehenden gefragt: „Wie ist denn das? Wie fühlt es sich an?“ Damit stehen die Betroffenen vor der Frage: „Wie vermittele ich ein Erleben, das sich vielleicht nur vermitteln lässt, wenn man es selbst erlebt hat?“

Nicht nur psychisch kranke Menschen machen Ausnahmeerfahrungen: Wie fühlt sich zum Beispiel ein Herzinfarkt an? Wie die Präsenz des weissen Lichtes, von dem Menschen mit Nahtoderfahrung berichten? Eine kleine Umfrage im Freundeskreis zeigt: Zwischen Herzinfarkt und Schizophrenie besteht ein Unterschied. Für viele ist es nämlich leichter, den Kollegen, die Mutter, den Freund nach ihrem Erleben zu fragen, wenn diese einen Herzinfarkt erlitten haben, als wenn sie an einer Schizophrenie erkrankt sind. Psychisch kranke Menschen scheuen sich ihrerseits zu berichten, weil sie fürchten, danach

erst recht für verrückt erklärt zu werden. Stigmatisierung hemmt also die Bereitschaft, nachzufragen und zu erzählen.

Dieses Unaussprechliche nachfühlbar zu machen, versuchen die Konstrukteure des „Fear Truck“. Das Multimedia-Projekt, so schreiben sie, wurde in Kooperation mit führenden PsychiaterInnen, Betreuenden und PatientInnen entwickelt. Dieser von der Pharma-Firma Janssen-Cilag unterstützte Lastwagen steht auf Bestellung auf öffentlichen Plätzen oder in Konferenzzentren: „Erleben Sie hautnah, was Ihre Schizophrenie-PatientInnen alltäglich durchmachen!“ Im Fernsehen wurde von BesucherInnen berichtet, die dieses schwarze Monster auf vier Rädern emotional sehr aufgewühlt verlassen (z.B. [www.sf.tv](http://www.sf.tv), im Suchfeld „Fear Truck“ eingeben). Uns interessierte, ob die Simulation den Erfahrungen in einer Psychose entsprechen; ob Gesunde durch den Besuch der zehnmütigen Multimediashow wirklich erfahren, wie „es“ ist; und ob sich diese mediale Form eignet, Vorurteilen gegen psychisch kranke Menschen entgegenzuwirken.

## DIE SYMPTOME STIMMEN

Zu sechst zogen wir los: drei Psychoseerfahrene, ein ehemaliger Psychiatriepatient ohne Psychoseerfahrung, ein Pflegefachmann und ein Kommunikationsexperte. Ziel der Reise war der Vorplatz der Klinik Münsingen, wo der Fear Truck für einen Tag aufgestellt war. Im Innern des Trucks betreten wir je eine abgedunkelte Einzelkabine, in welcher wir bald in den Fussstapfen eines Schizophreniepatienten die eigene Wohnung verlassen, um Brot einzukaufen. Auf der schätzungsweise zwei Meter entfernten Leinwand läuft ein Film, dessen Aufnahmen manchmal unscharf sind. Plötzlich erscheint ein Detail übergross und abrupte Bildwechsel verhindern, den Einkauf als geordneten Ablauf wahrzunehmen. Über Lautsprecher spricht uns eine Stimme wieder und wieder mit dem eigenen Namen an (den wir vor Beginn der Simulation dem Begleitpersonal nannten), und die Bodenplatte, auf der wir stehen, schüttelt, hebt und senkt sich willkürlich.

Als wir uns vor dem schwarzen Laster wieder zusammenfinden, wird schnell klar: So verstört wie die Besuche-

rlinnen, über die im Fernsehen berichtet wurde, ist aus unserer Gruppe niemand. Die verzerrten Sinneswahrnehmungen, von unsichtbaren Stimmen angesprochen zu werden, sich nicht mehr auf einen sicheren Boden verlassen zu können sowie das eingeeengte Blickfeld, sind als einzelne Elemente zwar stimmig. Allerdings – so eine Betroffene – gebe es „in der Psychose zwischen dir und dem ‚Film‘ keinen Abstand, die Stimmen sind näher und teilweise in dir drin.“ Die grauenhafte Angst in ihren Psychosen habe sie hier nicht annähernd wiedergefunden. Zwei andere Betroffene fühlten sich „schon an damals erinnert“. Für eine Weile sind sie dann etwas schweigsam. Die beiden Nicht-Psychiatrieerfahrenen sind der Meinung, dass diese Simulation niemals den direkten Erfahrungsbericht ersetzen, ihn jedoch ergänzen könne. Einig sind sich alle, dass die technische Umsetzung zu wünschen übrig lässt. So würde es sich für sie zum Beispiel unausweichlicher anfühlen, wenn die Stimmen über einen Kopfhörer zu ihnen sprechen würden. Ein eindrücklicheres Erlebnis vermittelt beispielsweise das Projekt einer Gruppe am Institut Design- und Kunstforschung der Fachhochschule Nordwestschweiz. Diese erprobt zurzeit, wie durch das Tragen einer Spezialbrille die unmittelbare Umgebung verändert wahrgenommen werden kann, und hat in Basel freiwillige Parkbesucher auf einen virtuellen LSD-Trip geschickt ([www.lifeclipper.net](http://www.lifeclipper.net)).

## SCHIZOPHRENIE DAUERT LÄNGER ALS ZEHN MINUTEN

Wir schliessen unseren Ausflug bei Cola und Kaffee in einem nahegelegenen Restaurant ab. Im Gespräch stellen wir fest, dass beim Betreten der dunklen Kabine jedem von uns klar war, dass die Vorführung erstens nur zehn Minuten dauert und dass sie zweitens auch vorzeitig abgebrochen werden kann, falls zu starke Ängste aufkommen. Eine Schizophrenie kann man nicht einfach durch eine Tür verlassen und wer in einer realen Psychose steckt, weiss nie, ob er deren Ende je erleben wird.

Wird dieses Projekt dazu führen, dass unbefangener über Schizophrenie gesprochen wird? Wir bezweifeln dies, denn die bisherigen Medienberichte lassen befürchten, dass BesucherInnen Schizophrenie als den reinsten Horror klassieren, was die Lebensrealität der PatientInnen auch nicht trifft. Ein weitaus differenzierteres Bild bieten beispielsweise Schulprojekte, wie sie der Verein Dialog Winterthur ([www.dialog-winterthur.ch](http://www.dialog-winterthur.ch)) durchführt, denn dort kommen SchülerInnen der Oberstufe mit psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen ganz direkt ins Gespräch. Bei diesen Schulbesuchen wird die Verzweiflung, die mit einer Schizophrenie einhergeht, zwar durchaus sichtbar, aber ebenso wird in den Diskussionen im Klassenzimmer klar, dass über psychische Erkrankungen geredet werden kann, genau wie über einen Herzinfarkt. Die Teilnehmenden erfahren, dass es Wege gibt zu lernen, auch mit schwierigsten Erfahrungen umzugehen, und sie erleben, dass auch an Schizophrenie erkrankte Menschen lachen können.

Hundert Jahre vor der Erfindung des „Fear Trucks“ hat sich der Psychoanalytiker C. G. Jung in einem Selbstversuch psychotischem Erleben genähert. Über seine Erfahrungen aus diesen Monaten extremer Dünnhäutigkeit, am Rande magisch-mystischen Erlebens, hat er akribisch Tagebuch geführt. Dieses Tagebuch enthält prächtige Farbbilder, in denen er seine Visionen eindrücklich festgehalten hat und wurde unter dem Titel „Das Rote Buch“ publiziert. Jungs Experiment ist nicht ungefährlich, denn manch einem haben ähnliche Versuche den Boden unter den Füßen weggezogen. Deutlich harmloser, aber nicht weniger eindrücklich, sind Spielfilme, in denen talentierte Regisseure und hervorragende SchauspielerInnen die Herausforderung gemeistert haben, seelische Untiefen nachvollziehbar darzustellen.

## PSYCHOTISCHES ERLEBEN IM FILM

Einer der bekanntesten Spielfilme dürfte das mit einem Oskar gekrönte Drama „A beautiful mind“ sein. Russell Crowe spielt den genialen Mathematiker und Nobelpreisträger John Nash, der sich vom Geheimdienst auserkoren fühlt, was sein Leben an den Rand des Abgrunds treibt. Aus den späten Siebzigerjahren stammt die Verfilmung des gleichnamigen, autobiografischen Romans „Ich hab' dir nie einen Rosengarten versprochen“ von Hannah Green. Die Halluzinationen der Protagonistin Deborah werden filmisch eindrücklich umgesetzt. Mit dem Motiv des Schizophrenen als brilliantem Künstler spielt „Der Solist“. Einfühlsam greift dieser Film mit Jamie Foxx in der Hauptrolle auch Obdachlosigkeit und Armut auf, in der psychisch kranke Menschen landen können.

Wer das Dokumentarische dem Spielfilm vorzieht, dem sei „Someone Beside You“ wärmstens empfohlen. Der Schweizer Filmemacher Edgar Hagen reist auf den Spuren psychoseerfahrener Menschen zu Edvard Podvoll, dem Begründer der Windhorse Basisbetreuung, einer sanften, im Lebensumfeld angesiedelten Begleitung für Menschen in akuten Krisen. „Raum 4070“ gewährt uns einen Blick ins Potsdamer Psychoseseminar, wo sich Betroffene, Angehörige und Fachleute über ihre persönlichen Erfahrungen mit Psychose austauschen. Wer gleich selber an einem Psychoseseminar teilnehmen möchte, findet unter [www.promentesana.ch/selbsthilfe](http://www.promentesana.ch/selbsthilfe) die Kontaktadressen der regionalen Dialoge. Durch diese Begegnungen erfährt er nicht nur Spannendes darüber, wie sich das Leben mit einer Schizophrenie anfühlt, sondern lernt auch sich selber immer besser kennen.



Gaby Rudolf ist Psychologin lic.phil., arbeitet im psychosozialen Team von Pro Mente Sana sowie therapeutisch in eigener Praxis.

## DER ENGEL NAMENS HOFFNUNG

Lange Zeit hatte ich das Gefühl allein zu sein, ich fühlte mich verloren und hilflos auf dieser Welt. Ich glaubte daran, dass sich die Welt für mich aufgehört hat zu drehen. Doch mein lieber Engel, du warst immer da.

Wie konnte ich nur glauben, du hättest mich allein gelassen, wie konnte ich glauben, ich wäre allein? Nein mein Engel, du warst immer da. Du hast mich begleitet, Tag für Tag, du hast mich nie allein gelassen, auch wenn ich es dachte.

Mein Engel, wie konnte ich nur deine Liebe nicht mehr spüren? Ich dachte, ich kann nicht mehr, ich sei verloren, doch du, mein Engel, hast mir gezeigt, dass das Leben weitergeht, du hast mich immer getragen, wenn ich nicht mehr gehen konnte, du hast mich aufgefangen, wenn ich drohte zu fallen. Du hast mich geliebt und hast mich nie alleine gelassen.

Mein Engel, du hast mich gerettet.

Mein Leben war nicht einfach, das wissen wir beide, doch mein Leben wäre noch härter gewesen ohne dich. Mein Engel, du hast mich begleitet Schritt für Schritt.

Mein Engel, du warst da, ohne dass ich es merkte. Doch heute, mein Engel, weiss ich, dass du da bist und mich nie alleine lässt.

Mein Engel, du bist mein Lebenselixier, du hältst immer zu mir.

Mein Engel, ohne dich würde es mich nicht mehr geben, es wäre zu Ende gegangen mit mir. Doch, mein Engel, du hast mich beschützt.

Mein Engel, du bist alles für mich!

Mein Engel, ohne dich wäre meine Welt schwarz wie die Nacht. Ohne dich könnte ich nicht sein. Du hast mich wieder zum Leben erweckt, mein Engel, ich danke dir, dass du mich nie fallen gelassen hast, dass du immer für mich da warst, obwohl ich dich ignoriert habe. Das Leben hat mich gelehrt, Dinge und Gefühle zu ignorieren, ich war quasi dazu geboren. Ich hatte es nicht anders gelernt, als zu versuchen zu funktionieren und so habe ich gelernt, mich, dich und meine Gefühle zu ignorieren und zu verleugnen. Dabei, so wie ich jetzt im Nachhinein spüre, wollte ich das nicht. Ich konnte nicht anders. Ich habe aufgehört zu leben, ich habe einfach nur noch versucht zu überleben, ohne an mich zu denken. Ich war niemand und alle anderen waren alles. Die Hauptsache war, dass niemand erfuhr, wie es mir in Wirklichkeit ging. Aber du, mein Engel, bleibst trotzdem an meiner Seite, du hast nie aufgehört an mich zu glauben. Du hast



mir immer wieder gezeigt, dass ich stärker bin als ich glaubte, aber ich wollte es nicht einsehen, ich habe meine Augen verschlossen, ich wollte einfach nur überleben, egal zu welchem Preis. Aber irgendwann kam das tiefe, unüberwindbare Loch. Ich bin so tief gefallen wie noch nie.

Ich glaubte, du mein Engel, hättest mich vergessen und verlassen. Doch du warst immer da. Hast nie aufgehört an mich zu glauben, aber ich, ich konnte nicht mehr glauben, ich fühlte mich verloren. Mein Leben schien für mich beendet zu sein und ich wollte auch gehen. Doch du, mein Engel, liessst es nicht zu. Du wolltest nicht, dass ich gehe, du wolltest, dass ich weiterkämpfe und mich nicht aufgeben würde.

Ich versuchte dir zu glauben, versuchte an mich zu glauben, versuchte mein Leben in den Griff zu kriegen. Ich ging durch Höhen und Tiefen wegen der Therapie und meiner Vergangenheit.

Ich versuchte es durchzustehen und du, mein Engel, halfst mir; ich war dank dir nie allein. Ich fing langsam wieder an, an dich zu glauben, ich versuchte auf dich zu hören, versuchte mit dir zu gehen. Und ich fing an zu begreifen, ich fing an zu verstehen, wer du warst. Jeder Tag, an dem ich weiterkämpfte, verstärkte dich, mein Engel.

Jeder Tag, an dem ich anfang, mehr an dich zu glauben, wurde ein guter Tag. Ich begriff immer mehr – und schlussendlich, mein Engel, entdeckte ich dein wahres Ich.

Mein Engel, du warst die Hoffnung. Du hast dich als Engel verkleidet, um mir zu zeigen, dass es dich gab. Jeden einzelnen Tag in meinem Leben warst du da und hast mich nie alleine gelassen. Du hast mir gezeigt, dass ich dich nie aufgeben darf. Du hast mich beschützt.

Mein Engel, oder soll ich sagen meine Hoffnung, danke, dass es dich gibt. Ohne dich, meine Hoffnung, würde ich heute nicht da sein, wo ich bin. Denn, stell dir vor, es gäbe dich nicht, so wäre die Welt verloren. Danke, mein Engel, dass es dich gibt.

Dieser Text soll beschreiben, was man niemals vergessen darf. Dies ist die Hoffnung. Die Hoffnung und der Glaube an sich selbst, denn ohne dies könnten wir nicht überleben.

*Text und Foto von Heidi Margelisch.*

## BÜCHER UND MEDIEN

### GEFÜHLE ERKENNEN, ANNEHMEN UND GUT MIT IHNEN UMGEHEN

Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe. Marie Boden, Doris Feldt. Bonn 2011: Psychiatrieverlag. Fr. 42.50.

Dieses Handbuch bietet Menschen, die eine Gruppe oder auch Einzelpersonen begleiten, ausgezeichnetes Arbeitsmaterial. Es schliesst nahtlos an das 2009 erschienene Handbuch „Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen“ der beiden Autorinnen an. Es vermittelt den Betroffenen einen achtsamen Umgang mit den eigenen Gefühlen und hilft, sie wieder ins Lot zu bringen. Die Erörterung der Gefühle ist für viele Betroffene hilfreich, um die eigene Sichtweise zu finden und zu klären. Hierdurch ist man besser vorbereitet und davor geschützt, nicht in alte, nachteilige Verhaltensmuster zu geraten. Jedes Kapitel ist in sich abgeschlossen und die Themenschwerpunkte richten sich nach den Bedürfnissen und Interessen der Gruppenteilnehmenden oder der Einzelperson. Die Gruppenstunde wird ritualisiert und verläuft immer gleich. Das gibt Sicherheit. Achtsamkeit, das Prinzip des Dreiklangs: Erkennen – Akzeptieren – Verändern, literatur- und poetischtherapeutisches Arbeiten sowie Trost sind die Schwerpunkte der Arbeitsstunde. Die auf einer CD mitgelieferten Arbeitsblätter bieten die Möglichkeit, Gedanken schriftlich festzuhalten und sich nachher darüber auszutauschen. Am Ende der Stunde gibt es aus der Schatzkiste Sprüche, Gedichte oder kleine Texte in künstlerischer Form, im Sinne von geistiger Nahrung. Trostkarten begleiten die Betroffenen in die neue Woche und geben Halt bis zur nächsten Gruppenstunde. Das Gefühl der Trauer und das Gefühl des Verliebtseins werden im Handbuch ausführlich betrachtet. Die Erfahrung der beiden Autorinnen hat gezeigt, dass diese Gefühle oft Krisen auslösen.

Das Buch überzeugt mit hervorragend ausgearbeiteten Gruppen- und Einzelstunden.

Renata Bleichenbacher

### HANDBUCH DER BORDERLINE-STÖRUNGEN

2. vollständig überarbeitete Auflage. O.F. Kernberg, U. Sachsse, S.C. Kernberg, B. Dulz (Hrsg.). Stuttgart 2011: Schattauer-Verlag. Fr. 161.–.

Seit der ersten Auflage dieses Lehrbuchs ist ein Jahrzehnt vergangen, in dem es vor allem in den Bereichen der Grundlagenforschung und der Psychotherapie der Borderline-Störung einen grossen Erkenntniszuwachs gegeben hat. Diesem werden die Autorinnen und Autoren dieses Buches in fast 80 Buchkapiteln gerecht: Zunächst werden unterschiedliche Aspekte der Geschichte und Epidemiologie der Borderline-Störung, Themen der genetischen und neurobiologischen Grundlagenforschung und entwicklungspsychologische, bindungstheoretische und soziokulturelle Faktoren näher beleuchtet. Diagnostik und Klassifikation bilden das dritte, Symptomatologie das vierte Kapitel: Angst, Affekte, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität und dissoziative Störungen sind nur einige Symptome, die in diesem Abschnitt behandelt wer-



den. Zentral ist die Frage nach einer wirksamen Therapie der Borderline-Störung, der im fünften Kapitel nachgegangen wird, indem unterschiedliche störungs- und schulenspezifische Vorgehensweisen dargestellt werden. Psychodynamische Therapiemethoden wie die übertragungsfokussierte, die mentalisierungs- und die psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie werden erörtert. Verhaltensorientierten Therapieformen wie der dialektisch-behavioralen Therapie, der Schematherapie und der Verhaltenstherapie ist je ein Kapitel gewidmet. Zum Schluss werden Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung, der Bindungsstörungen und der Posttraumatischen Belastungsstörungen im Zusammenhang mit Borderline-Störungen vertieft. Auch Gruppen-, Paar- und Familientherapie sowie Körper- und Kunsttherapie und weitere Interventionsstrategien werden aufgezeigt. Insgesamt handelt es sich bei diesem Standardwerk um ein äusserst sorgfältig und umfassend gestaltetes Sachbuch, das Fachpersonen bei der Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Störungen von Nutzen sein kann. Aber auch Betroffenen und deren Angehörigen kann dieses Werk informative und hilfreiche Einblicke verschaffen.

Vera Luif

### NUR WER GUT FÜR SICH SORGT, KANN FÜR ANDERE SORGEN

Ein Selbsthilfe-Leitfaden für pflegende Fachkräfte und Angehörige. Sabine Marya. Neumünster 2011: Paranus-Verlag. Fr. 24.50.

Die Belastungen in der Pflege sind verschieden und vielfältig. Die Gründe dafür sind nicht nur in pflegerelevanten und administrativen Faktoren zu suchen, denn oft spielt auch die innere Einstellung der Pflegepersonen dabei eine Rolle. Wer nun denkt, dies sei einzig das persönliche Problem von jedem



und jeder Einzelnen, dem sei das vorliegende Buch zur Lektüre empfohlen. Es ist in drei Teile aufgeteilt. Im ersten Teil geht es um „Grenzsituationen“, in welchen Pflegende sich bewegen. Es werden Themen wie Ekel, Aggression, Scham und Burnout angesprochen. Ebenso wird beleuchtet, dass Pflegende in ihrem Aufgabenbereich eine Selbstbestätigung finden, um eigene lebensgeschichtliche Ereignisse zu verarbeiten. Abgerundet wird das Kapitel, indem sich die Autorin an die Lesenden wendet und Fragen nach den eigenen Erfahrungen stellt. Auch Tipps und Übungen regen zum Umgang mit belastenden Situationen an.

Das zweite Kapitel behandelt die verschiedenen Arbeitsfelder, in denen die berufliche Krankenpflege stattfindet. Dabei wird die grosse berufliche Erfahrung der Autorin offensichtlich. Sie zeigt auf, unter welchem Druck das Pflegepersonal arbeitet, um den gesellschaftlichen Aufgaben, den institutionellen Vorgaben und den eigenen persönlichen und ethischen Ansichten gerecht zu werden. Dies wird anhand von Erfahrungsberichten aus dem Berufsalltag gut spürbar und nachvollziehbar aufgezeigt. Ein ausführlicher Abschnitt über die psychiatrische Krankenpflege rundet das Buch ab. Der dritte (kürzeste) Teil ist der Freiwilligenarbeit und der Pflege im privaten, familiären Umfeld gewidmet.

Es geht in diesem Buch weniger um diejenigen Menschen, die gepflegt werden, als vielmehr um diejenigen Menschen, die ihr Leben dem Helfen verpflichten. Die Autorin hat mich auf eine Reise durch die Pflege-landschaft mitgenommen, die bei mir – ich muss es zugeben – Betroffenheit ausgelöst hat. Streckenweise habe ich ihre Ausführungen als sehr anklagend empfunden. Ich war erstaunt, wie schnell wir Pflegenden Grenzen überschreiten – die Grenze unseres Gegenübers genauso wie unsere eigenen. Wer sich mit seiner pflegerischen Tätigkeit auseinandersetzen will, bekommt mit diesem Buch eine gute Anleitung dazu, sich selbst zu hinterfragen.

Willi Schär

### DER BIBER (THE BEAVER)

Ein Film von Jodie Foster. Mit Mel Gibson (Walter), Jodie Foster (Meredith), Anton Yelchin (Porter), Riley Thomas Stewart (Henry). USA 2011, Laufzeit 87 Minuten, OV (englisch). Verleih: Ascot Elite. Etwa Fr. 28.–.

„Walters Depression ist wie ein schwarzes Loch, das alles verschlingt, was in seine Nähe kommt.“

Walter, einem Geschäftsmann Anfang 50, verheiratet, zwei Söhne, kommt sein Leben abhanden: Er ist schwer depressiv. Nachdem seine Frau Meredith nach vielen Jahren vergeblicher Hilfestellungen resigniert und ihn von zuhause weggeschickt, versucht er sich in einem Hotelzimmer das Leben zu nehmen. Als ihm dies nicht gelingt, greift er zu einer so radikalen wie kreativen Heilungsmassnahme: Er lässt eine sympathische, drollige Biber-Handpuppe für sich sprechen und deklariert dies als vom Psychiater verschriebene Therapiemassnahme. Zu Beginn wirkt die Therapie: Der Zugang zum jüngeren Sohn wird entkrampft und auch die Ehefrau ist froh, ihren Gatten, den sie als abgestumpftes menschliches Wrack erlebt hatte, wieder vital und zuversichtlich zu sehen. Nur der halb-

wüchsige ältere Sohn verdreht die Augen über die Infantilisierung des einst vorbildhaften Vaters.

Die Firma – naheliegender Weise eine für Spielzeuge – gewinnt neuen Schwung durch die Einführung eines Biber-Sets, und Walter und sein Biber dringen bis zu den TV-Abendshows vor, in denen er über die katalytische Wirkung des Neuanfangs referiert. Doch spätestes als Meredith sich weigert, in Begleitung des Bibers ihren 20. Hochzeitstag zu feiern, stockt die Entwicklung zum Besseren. Walters Psyche gerät erneut aus dem Gleichgewicht und der Biber tritt zwischen ihn und seine Familie, bis Walter nur noch einen radikalen Ausweg weiss, um sich aus der Abhängigkeit von seiner therapeutischen Puppe zu lösen.

Jodie Foster gelingt es als Regisseurin, sich dem Thema Depression über weite Strecken authentisch anzunähern, auch wenn sie unnötige Sentimentalitäten nicht immer zu umschiffen weiss. Sie verbindet jedoch tragische und komische Elemente meist gekonnt, was zusammen mit den starken Leistungen der Schauspieler – allen voran Mel Gibson und Anton Yelchin als pubertierendem Sohn – einen sehenswerten Film hervorbringt, dessen versöhnlicher, leise optimistischer Schluss Hoffnung auf einen Umgang mit dieser schweren Erkrankung zulässt.

Vera Luif

### NEUERSCHEINUNGEN

**Nerven bewahren.** Alltag in der Akutpsychiatrie – Aus dem Sudelheft eines Psychologen. Andreas Manteufel. Neumünster 2012: Paranus-Verlag. Fr. 21.90

**Helfensbedürftig.** Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert. Klaus Dörner. Neumünster 2012: Paranus-Verlag. Fr. 28.50

**Kulturelle und therapeutische Vielfalt im Massregelvollzug.** Forensik 2011. Nahlah Saimeh (Hrsg.). Bonn 2012: Psychiatrie-Verlag. Fr. 40.90

## INFORMATIONEN IN KÜRZE

### CAREUM-TAGUNG AM 14. APRIL 2012: LEBEN MIT MEDIKAMENTEN

**Medikamentenmanagement chronisch erkrankter Menschen: Erfahrungen, Expertisen und Entwicklungen.**

Leben mit einer psychischen oder physischen Krankheit bedeutet meistens auch Leben mit Medikamenten. Dabei geht es um weit mehr als Medikamente „wie verordnet“ einzunehmen. Chronisch kranke Menschen brauchen Gesundheitsinformationen, -wissen, und -kompetenzen, damit sie im Kontakt mit den Fachleuten ihre sorgfältigen Eigenbeobachtungen einbringen und immer wieder notwendige Anpassungen aushandeln können. Mit dieser Tagung rückt das Careum-Bildungszentrum das Thema „Medikamente“ in ein neues Licht und versucht, verschiedene neue Per-

spektiven zusammenzuführen. Ziel ist es, nicht über Patientinnen, Patienten und ihre Probleme mit Medikamenten zu reden, sondern mit ihnen zu diskutieren. Informationen: [www.careum.ch](http://www.careum.ch)

### WUPPERTAL (D): TEIL- NEHMENDE GESUCHT FÜR VIDEOPROJEKT „GEBROCHENER WECHSEL“

Für ein Videoprojekt zum Thema „Interkulturelle Psychiatrie“ sucht das Medienprojekt Wuppertal betroffene junge Menschen mit Migrationshintergrund im Alter zwischen 16 und ca. 35 Jahren, die psychische Erkrankungen haben. In diesem Videoprojekt soll mit den TeilnehmerInnen eine ca. 60-minütige Dokumentation über ihre Erkrankungen (z.B. Depressionen, Psychosen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Traumafolgen, chronische Schmerzen,

psychosomatische Erkrankungen) produziert werden. Ihr Leben soll biografisch reflektiert und mit der Kamera in ihrem Alltag dokumentiert werden. Hierbei soll der Zusammenhang der Erkrankung (und des Umgangs damit) mit dem kulturellen und dem Migrationshintergrund der Betroffenen im Vordergrund stehen. Die Filme sollen so einen besseren Umgang mit den Krankheiten und den Erkrankten unterstützen. Neben Portraits der ProtagonistInnen sollen auch ihr Umfeld (Familie, Freunde) und Fachleute zur Einordnung der Selbstbeschreibungen und der Krankheit interviewt werden. Die TeilnehmerInnen werden bei den Filmarbeiten in allen Teilen beteiligt. Der Film soll anschliessend Betroffenen, Angehörigen und anderen Interessierten öffentlich im Kino präsentiert und auf DVD für die Bildungsarbeit genutzt werden. Informationen: [www.medienprojekt-wuppertal.de](http://www.medienprojekt-wuppertal.de)

## Aktuelle Kurse

**19.04.2012**

Tagung: Leben mit Medikamenten  
Medikamentenmanagement chronisch erkrankter Menschen

**09.05.2012**

Menschen mit Demenz verstehen

**10.05.2012**

Sicherheit gewinnen beim Arbeiten mit RAI-HC

**01.06.2012**

Esskultur auf dem Teppich der Erinnerung

**12.06.2012**

Nähe und Distanz in der SpiteX: Was ist das richtige Mass?

[www.careum-weiterbildung.ch](http://www.careum-weiterbildung.ch)

Mühlemattstrasse 42  
CH-5001 Aarau  
Tel. +41 (0)62 837 58 58  
[info@careum-weiterbildung.ch](mailto:info@careum-weiterbildung.ch)

**careum** Weiterbildung

**Perspektiven  
finden  
Kompetenzen  
erweitern**



**Ausbildung Mediation SDM/EBEM**  
Start: 26./28. April 2012

**Dialog - der Schlüssel zum Frieden**  
09./10. Mai 2012

**Tetralemma - das Werkzeug für  
Querdenker - 01./02. Juni 2012**

**Gewaltfreie Kommunikation**  
Einführung - 30./31. August 2012

**[www.perspectiva.ch](http://www.perspectiva.ch)**

Ausbildungsinstitut perspectiva  
Auberg 9 | 4051 Basel  
061 641 64 85 | [info@perspectiva.ch](mailto:info@perspectiva.ch)

## SELBSTHILFE

### LU: NEUE GRUPPE IM AUFBAU

#### Bipolar-Betroffene

Leben mit extremen Stimmungsschwankungen: Gemeinsam finden wir einen Weg und lernen, die positiven Seiten dieser Störung zu schätzen (vermehrte Kreativität, unerschöpfliche Energie etc.).

#### Schizophrenie/Psychosen

Dasein auch mit einer Schizophrenie, austauschen, verarbeiten und etwas unternehmen – das alles können wir gemeinsam.

#### Zwangsstörungen

Wenn Zwangsgedanken überhandnehmen: Der Kontakt mit Gleichbetroffenen kann helfen, die Krankheit besser zu akzeptieren.

#### Anmeldung und nähere Auskünfte:

Info Selbsthilfegruppen Luzern  
Winkelriedstr. 56, 6003 Luzern  
Tel. 041 210 34 44  
[mail@info-shg-luzern.ch](mailto:mail@info-shg-luzern.ch)

### ZG: NEUE GRUPPE DISSOZIATIVE, PSYCHO- GENE KRAMPFANFÄLLE

Wie gehe ich mit den Anfällen um? Was ist hilfreich dabei? Wir wollen uns gegenseitig stützen und stärken, Erfahrungen und hilfreiche Tipps austauschen und einander das Gefühl vermitteln, mit dieser Krankheit nicht alleine da zu stehen. Weitere Informationen bei: eff-zett, das fachzentrum Kontaktstelle Selbsthilfe  
Tirolerweg 8, 6300 Zug  
Tel. 041 725 26 15  
[selbsthilfe@eff-zett.ch](mailto:selbsthilfe@eff-zett.ch)

### „PRIX PERSPECTIVES“

Wir gratulieren dem Freizeitverein Allegretto herzlich für die Verleihung des Prix Perspectives 2011! Mit ihrem Engagement für Freizeit- und Ferienangebote für psychisch beeinträchtigte Menschen haben sie diesen klar verdient.

### BE: NEUE GRUPPEN

Im Selbsthilfzentrum Biel-Seeland-Berner Jura gibt es neu eine Gruppe für Eltern von Mädchen mit ADHS und eine Gruppe für Menschen mit sozialen Ängsten. Im Emmental-Oberaargau trifft sich neu eine Selbsthilfegruppe für Burnout-Betroffene. Eine Gruppe für Angehörige von Menschen mit Depressionen und eine „Emotions Anonymous“-Gruppe startet im Selbsthilfzentrum Bern-Mittelland.

Informationen:

Selbsthilfzentren Bern  
Bollwerk 41, 3011 Bern  
Tel. 031 311 43 87  
[bern@selbsthilfe-kanton-bern.ch](mailto:bern@selbsthilfe-kanton-bern.ch)

### TG: BETROFFENE FÜR GRUPPENGRÜNDUNG GESUCHT

#### Ko-Abhängigkeit oder die Sucht, gebraucht zu werden

Ko-Abhängigkeit ist eine Art von Beziehungsabhängigkeit. Eine Frau, die ihre Beziehungsmuster erkannt hat und sich fachlich begleiten lässt, möchte ihre Erkenntnisse mit anderen Betroffenen austauschen. Bis jetzt haben sich vier Personen gemeldet, für die Gruppengründung sollten es jedoch mindestens sechs Mitglieder sein.

Team Selbsthilfe Thurgau  
Freiestr. 4,  
8570 Weinfelden  
Tel. 071 620 10 00  
[info@selbsthilfe-tg.ch](mailto:info@selbsthilfe-tg.ch)

### ZH: NEUE SELBSTHILFE- GRUPPEN IN ZÜRICH

Krankmachende Anforderungen oder Belastungen gelten als Stressfaktoren und können zu mangelnder Selbstachtung, Angstzuständen, Isolation und zu Krisen führen. In krisenhaften Zeiten zeigt der Mensch die Tendenz, sich zu isolieren und sich von anderen Menschen zurückzuziehen. Der Austausch mit Gleichbetrof-

### TRIALOG

Mit dem Trialog wird auf „neutralem Boden“ die Möglichkeit eines gleichberechtigten Austausches zwischen Erfahrenen, Angehörigen und Fachpersonen geschaffen. Ziel ist, die unterschiedlichen Perspektiven der einzelnen Gruppen zu respektieren und durch den Erfahrungsaustausch voneinander zu lernen. Der Trialog findet in regelmässigen, moderierten Gruppengesprächen statt. Seit Jahren wird der Trialog in den Psychose-Seminaren und neu auch im Borderline-Trialog praktiziert. Psychose-Seminare gibt es in Baden (AG), Basel, Bern, Chur (GR), Olten (SO), Solothurn, St. Gallen, Weinfelden (TG), Winterthur (ZH), Zürich und im Fürstentum Liechtenstein. Ein Borderline-Trialog besteht aktuell in Winterthur (ZH). Im Kanton Thurgau sowie im Kanton Bern sind Borderline-Trialoge im Aufbau, welche im laufenden Jahr mit einem ersten Seminar starten wollen. Ein Depressions-Trialog beginnt sich zurzeit in Zürich zu formieren. Weitere Informationen zum Trialog, den einzelnen Angeboten und den Kontaktpersonen in Ihrer Region finden Sie auf unserer Homepage [www.promentesana.ch](http://www.promentesana.ch) unter Selbsthilfe/Trialog. Oder Sie wenden sich an unser Beratungstelefon unter der Telefonnummer 0848 800 858 (Normaltarif).

fenen hilft, die eigene Situation besser zu akzeptieren und Selbstvertrauen, Hoffnung und Zuversicht zu gewinnen.

**Gruppen im Aufbau:** Migräne / Depression / Junge Menschen mit psychischen Krankheiten / Trauernde / Kriegskinder.

**Gruppen, die noch Betroffene suchen:** Burnout / Hochsensibel / ADHS / Angst / Zwänge / Schüchternheit

Selbsthilfecenter Zürich  
Jupiterstr. 42, 8032 Zürich  
Tel. 043 288 88 88  
[info@selbsthilfecenter.ch](mailto:info@selbsthilfecenter.ch)

# VERSCHENKEN SIE EIN ABONNEMENT DER ZEITSCHRIFT PRO MENTE SANA AKTUELL.

## ABONNEMENT 4 NUMMERN PRO JAHR

- Abonnement Schweiz Fr. 40.00/Jahr  
 Abonnement Ausland Fr. 50.00/Jahr  
 Gönner-Abonnement Privatperson Fr. 60.00/Jahr



## ADRESSE DES BESTELLENDEN:

Herr  Frau

Name:   
Vorname:   
Strasse:   
PLZ/Ort:   
E-Mail:

## ADRESSE DES BESCHENKTEN:

Herr  Frau

Name:   
Vorname:   
Strasse:   
PLZ/Ort:   
E-Mail:

Einsenden an: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, Hardturmstr. 261, Postfach, 8031 Zürich



## ABONNEMENT PRO MENTE SANA AKTUELL

### WERDEN SIE GÖNNERIN VON PRO MENTE SANA!

Mit Ihrem Beitrag ermöglichen Sie uns, die Anliegen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wirkungsvoll in der Öffentlichkeit zu vertreten. Als GönnerIn erhalten Sie unsere Zeitschrift **Pro Mente Sana aktuell**.

<input type="checkbox"/>	<b>Pro Mente Sana aktuell</b> Abonnement	Schweiz	Fr. 40.00/Jahr	<input type="checkbox"/>	2012	<input type="checkbox"/>	2013
<input type="checkbox"/>	<b>Pro Mente Sana aktuell</b> Abonnement	Ausland	Fr. 50.00/Jahr	<input type="checkbox"/>	2012	<input type="checkbox"/>	2013
<input type="checkbox"/>	<b>Pro Mente Sana aktuell</b> Gönner-Abonnement	Privatperson	Fr. 60.00/Jahr	<input type="checkbox"/>	2012	<input type="checkbox"/>	2013
<input type="checkbox"/>	<b>Pro Mente Sana aktuell</b> Gönner-Abonnement	GönnerIn juristische Person	Fr. 100.00/Jahr	<input type="checkbox"/>	2012	<input type="checkbox"/>	2013

(pro Kalenderjahr 4 Nummern)

Herr  Frau

Name/Vorname oder Institution:   
Abteilung/z. Hd.:   
Strasse:   
PLZ/Ort:   
Telefon:   
E-Mail:   
Datum:   
Unterschrift:

**Bestellen bei:** Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, Hardturmstr. 261, Postfach, 8031 Zürich  
kontakt@promentesana.ch, Telefon 044 563 86 00, Telefax 044 563 86 17  
**aktuelle Bestell-Liste:** [www.promentesana.ch](http://www.promentesana.ch)