

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Master-Thesen

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Master-Thesen der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

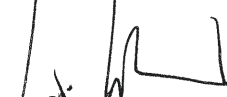
Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Master-Thesen auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Master-Thesen selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 22. Juli 2011

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Direktor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Master-Thesis

besonders zur Lektüre!



Interpersonale Dynamik in Arbeitsbeziehungen bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten

**Eine explorative Untersuchung der beruflichen
Exklusion aus Sicht der Betroffenen**

„Jeder Einzelne spiegelt das Universum auf eine einzigartige, unverwechselbare Weise. Nur alle Spiegelungen zusammen ergeben das wahre Bild. Also ist eines jeden Beitrages wichtig, selbst wenn er sagen muss, er sehe im Moment nicht allzu viel. Kein Bild besteht nur aus Helligkeit, wenn Ihnen also dunkel ist, steuern Sie Dunkelheit bei.“

Sten Nadolny

Master of Science in Sozialer Arbeit

Bern|Luzern|St. Gallen|Zürich

Master-Thesis

Fachbegleitung: Prof. Daniel Iseli

Interpersonale Dynamik in Arbeitsbeziehungen bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten

**Eine explorative Untersuchung der beruflichen Exklusion
aus Sicht der Betroffenen**

Beatrice Brühlhart

Imfeldstrasse 17

8037 Zürich

Matrikel Nr.: 13-660-840

Zürich, 9. Januar 2015

Abstract

Bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten besteht ein erhöhtes Risiko, aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen zu werden. Dies wird durch den Anstieg der IV-Renten aufgrund psychischer Probleme gegenüber anderen Ursachen deutlich. Forschungsberichte weisen darauf hin, dass die problematische zwischenmenschliche Dynamik am Arbeitsplatz als erstes erkennbar ist und als Früherkennungsmerkmal für präventive Interventionsstrategien dienen kann. In der vorliegenden Arbeit wird die interpersonale Dynamik am Arbeitsplatz auf ihre exklusionsförderliche Wirkung hin untersucht. Den Ausgangspunkt der qualitativen Forschung bilden Theorien zum Thema Inklusion/Exklusion, soziale Konflikte und Probleme und Modelle zur Definition psychischer Gesundheit bzw. Krankheit sowie umfassende Forschungsergebnisse zum Thema psychische Krankheit und Integration in Arbeit. In einer explorativen Untersuchung wurden Betroffene retrospektiv auf ihre Erfahrungen mit interpersonalen Prozessen in Arbeitsbeziehungen, typischen Verläufen, die zu Exklusion führen, und inklusionsförderlichem Verhalten befragt. Die Ergebnisse der Analyse des Fachdiskurses im Vergleich zu den erhobenen Daten machen sichtbar, dass sich Parallelen im Verhalten zwischen den Mitarbeitenden und Vorgesetzten und den Betroffenen zeigen. Die Probleme werden eher ignoriert, Involvierte tendieren zum Kontaktabbruch und Rückzug oder bauen Leistungsdruck auf. Die Konzepte der Stigmatisierung und Selbststigmatisierung kristallisieren sich als zentrale Problemdimensionen in interpersonalen Prozessen heraus. Wenn es in der Folge darum geht, Exklusionsprozesse nachhaltig zu verhindern, zeigen sich Massnahmen als besonders wertvoll, welche auf die Entstigmatisierung zielen und sich in gleichen Teilen auf die Unterstützung Betroffener, sowie deren Arbeitsumfeld richten.

Danksagung

Bedanken möchte ich mich in erster Linie bei meinen Interviewpartner_innen, welche sich bereit erklärt haben, mit einer grossen Offenheit über ihre Erlebnisse zu berichten, sowie der Stiftung Profil, im Speziellen André und Kirsten, die den Zugang zu Betroffenen ermöglicht, als auch die Infrastruktur für die Durchführung der Interviews zur Verfügung gestellt haben.

Ein weiterer Dank gilt meiner Fachbegleitung, Herrn Prof. Daniel Iseli für seine konstruktive und wertschätzende Begleitung.

Besonders bedanken möchte ich mich bei all jenen Menschen, welche mich bei der Entscheidung und Anmeldung fürs Studium und während der intensiven Studienzeit unterstützt haben.

Nicht zuletzt ein grosses Dankeschön an meine fleissigen und kritischen Korrekturleserinnen und Motivatorinnen Tamara, Sophie, Simone und Elisa.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Danksagung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
<hr/>	
1. 1. Ausgangslage – der Mensch im Arbeitssystem	2
1. 2. Problemstellung – der psychisch auffällige Mensch im Arbeitssystem	3
1. 3. Relevanz der Problemstellung für die Soziale Arbeit	3
1. 4. Forschungsstand, Zielsetzung und Fragestellung	4
1. 5. Aufbau der Arbeit	6
2. Bezüge aus Theorie und Forschung	7
<hr/>	
2. 1. Bedingungen für Inklusion und Exklusion	7
2. 1. 1. Berufliche Integration	10
2. 1. 2. Soziale Integration	11
2. 1. 3. Stigmatisierung	13
2. 1. 4. Selbststigmatisierung	15
2. 2. Psychische Gesundheit und Krankheit	17
2. 2. 1. Die Psychische Gesundheit(-sversorgung) in der Schweiz	18
2. 2. 2. Diagnostische Klassifikation	20
2. 2. 3. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell	21
2. 2. 4. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF	24
2. 2. 5. Verortung der Verhaltensmerkmale psychisch Auffälliger in Gesundheit und Krankheit	26
2. 3. Interpersonale Dynamik	28
2. 3. 1. Interpersonale Konflikte	28
2. 3. 2. Merkmale der Konfliktparteien	31
2. 3. 2. Verortung des Konfliktes anhand der Problemdimensionen nach Staub-Bernasconi	34
2. 4. Lösungsstrategien	36
2. 4. 1. Forschungsgestützte Empfehlungen	37
2. 4. 2. Diversität – Entstigmatisierung – Normalisierung	39
2. 4. 3. Synthese und Konsequenzen des Fachdiskurses auf das Forschungsdesign	42

3. Empirischer Teil	43
<hr/>	
3. 1. Methodisches Vorgehen/ Forschungsdesign	43
3. 1. 1. Methodologie	43
3. 1. 2. Gütekriterien	44
3. 1. 3. Auswahl und Eingrenzung der Stichprobe/Untersuchungsgruppe	45
3. 1. 4. Feldzugang	47
3. 1. 5. Erhebungsmethode – das problemzentrierte Interview PCI	47
3. 1. 6. Interviewleitfaden	49
3. 1. 7. Durchführung der Interviews	50
3. 1. 8. Auswertungsmethode	51
3. 2. Ergebnisse	54
3. 2. 1. Ausstattung Betroffene	55
3. 2. 1. 1. Diagnose	55
3. 2. 1. 2. Körperliche und psychosoziale Beschwerden	56
3. 2. 1. 3. Leistungsfähigkeit	57
3. 2. 2. Ausstattung Arbeitsstelle	57
3. 2. 2. 1. Tätigkeit	58
3. 2. 2. 2. Arbeitsplatz	58
3. 2. 2. 3. Soziale Bedingungen	59
3. 2. 3. Konfliktverhalten Betroffene	60
3. 2. 3. 1. Anerkennung	60
3. 2. 3. 2. Widerstand	61
3. 2. 3. 3. Selbststigmatisierung	62
3. 2. 3. 4. Anpassungsleistung	63
3. 2. 4. Konfliktverhalten Team/Vorgesetzte	64
3. 2. 4. 1. Anerkennung - in Kontakt treten	64
3. 2. 4. 2. Überforderung- Kontakt vermeiden	65
3. 2. 5. Problemlösungsvorschläge	67
3. 2. 5. 1. Eigene Interventionen	68
3. 2. 5. 2. Soziale, strukturelle Bedingungen	68
3. 2. 5. 3. Externe Unterstützung	69

4. Diskussion der Ergebnisse	71
<hr/>	
4. 1. Zusammenfassung der Ergebnisse	71
4. 2. Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen und den Fachdiskurs	74
5. Schlussfolgerungen und Ausblick	79
<hr/>	
5. 1. Empfehlungen für die Praxis	79
5. 2. Bedeutung der Erkenntnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit	81
5. 3. Reflexion des methodischen Vorgehens	82
5. 4. Ausblick	82
Literaturverzeichnis	VII
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	XII
Anhangsverzeichnis	XII

Abkürzungsverzeichnis

Die Abkürzungen werden in der vorliegenden Arbeit laufend bei Erstnennung erklärt. Dennoch sollen die nachfolgenden Abkürzungserläuterungen zu einer besseren Leserlichkeit und Verständlichkeit der Master-Thesis beitragen.

ArG	Schweizerisches Arbeitsgesetz
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ISPM	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
IV	Schweizerische Invalidenversicherung
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PCI	Problem Centered Interview
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

Die Berentung aufgrund psychischer Probleme hat im Gegensatz zu anderen Ursachen zugenommen und macht mittlerweile rund 40 % der gesamten Neurenten aus. Hinzu kommen in dieser Gruppe eine Arbeitslosenquote, die dreimal über dem Durchschnitt liegt, und häufigere und längere Krankheitsabsenzen im Arbeitsprozess (vgl. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD, 2013, S. 15). Dies obwohl laut den neuesten Gesundheitszahlen der Schweiz die psychische Gesundheit der Bevölkerung generell besser geworden ist (vgl. Schuler & Burla, 2012, S. 3 ff.). Als Gründe für diesen vermeintlichen Widerspruch werden unter anderem Veränderungen in der Arbeitswelt als wichtige Einflussgrösse genannt; der Wandel hin zu einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft bietet weniger geeignete Arbeitsplätze für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, da vermehrt soziale Kompetenzen wie Zusammenarbeits- und Kommunikationsfähigkeit und Flexibilität gefordert werden. Und gerade durch den zunehmenden Wettbewerbsdruck sind Arbeitnehmende erhöhten Belastungen ausgesetzt (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen – BSV, 2011, Vorwort). Aufgrund dieser Ausgangslage untersucht, überprüft und hinterfragt das mehrjährige Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) die Ursachen für diese Entwicklungen als auch die Wirksamkeit der bereits bestehenden Eingliederungs- und Frühinterventionsmassnahmen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV). Durch die Erkenntnis, dass Umweltfaktoren als wichtige Determinanten für die Entwicklung von Gesundheit bzw. Krankheit anerkannt werden können, findet bei der Wahrnehmung, Deutung und Bekämpfung der Problematik ein Paradigmenwechsel statt; das Problem wird nicht mehr nur dem betroffenen Subjekt zugeschrieben, entsprechend sollen Massnahmen und Interventionen früh einsetzen und beeinflussende Kontextfaktoren wie zum Beispiel der Arbeitsplatz bei der Problemidentifikation und -lösung miteinbezogen werden (vgl. OECD, 2013, S. 13 ff.).

Gegenstand dieser Master-Thesis bilden darum nicht die schwer chronisch psychisch kranken Menschen, welche bereits einen Desintegrationprozess hinter sich haben und in ihren Eingliederungsbemühungen unterstützt werden sollen. Vielmehr steht die wechselwirksame interpersonale Dynamik¹ zwischen den Menschen, die durch ihr psychisches „Anderssein“ im Arbeitsprozess auffallen, und den am Prozess beteiligten Mitarbeitenden und Vorgesetzten im Fokus der vorliegenden Arbeit. In dieser Thesis wird davon ausgegangen, dass die interpersonale Dynamik vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Inklusion und Exklusion die berufliche und soziale Teilhabe und Teilnahme von Betroffenen² massgeblich beeinflusst.

¹ Mit interpersonaler Dynamik sind alle zwischenmenschlichen Prozesse gemeint, welche in Arbeitsbeziehungen zwischen verschiedenen Arbeitnehmer_innen und Vorgesetzten bzw. dem Team entstehen.

² Die Menschen, die den Gegenstand dieser Thesis ausmachen, werden in der Folge als Betroffene, zeitweise als Befragte, Interviewte oder Proband_innen bezeichnet.

Die vorliegende Master-Thesis hat eine empirische Ausrichtung, da erst das wechselseitige Verhältnis von Theorie und Empirie „...gemeinsam und untrennbar die Weisen der wissenschaftlichen Welterkenntnis [bildet]“ (Strübing, 2013, S. 51).

1. 1. Ausgangslage – der Mensch im Arbeitssystem

Seit der Moderne gilt Arbeit als wichtiges Element unserer Wohlstandsgesellschaft. Wir leben in einer Arbeitsgesellschaft, in der soziale Anerkennung wesentlich an die Teilnahme an gesellschaftlicher Erwerbsarbeit gebunden ist (vgl. Kambartel, 1997, S. 223 ff.). Erwerbsarbeit gehört in unserer Arbeitsgesellschaft zur Normalbiografie eines Menschen und kann somit als normative Grundbedingung eines „normalen“ Lebens angesehen werden. Der Lebenslauf wird um die Erwerbsarbeit organisiert und führt im besten Falle zu mehr Regelmäßigkeit und Emergenz (vgl. Lamnek, 2010, S. 594).

Erwerbsarbeit führt nicht nur dazu, dass unsere Existenz finanziell gesichert ist. Sie kann auch sinnstiftend sein, Zugang zu sozialen Kontakten ermöglichen, das Leben strukturieren und Identität verschaffen. Dies unter der Bedingung, dass es sich nicht um entwürdigende oder überflüssige Arbeit handelt (vgl. Krebs, 2002, S. 1 ff.). Arbeit führt entsprechend zu mehr Zufriedenheit, Glück und einer besseren (psychischen) Gesundheit und kann als psychischer Schutzfaktor definiert werden.

Die Öffnung der Märkte durch die Globalisierung und der damit verbundene Konkurrenzdruck prägen einen Arbeitsmarkt, der immer mehr Leistungsbereitschaft, Flexibilität und Anpassung fordert. Mitarbeitende werden entsprechend des Leistungs- und Anpassungsvermögens in den Arbeitsmarkt inkludiert oder exkludiert. Ganz im Sinne von Michel Foucaults biopolitischen Zäsuren, welche die Gesellschaft in solche (Menschen) einteilt, die produktiv gemacht werden und leben sollten, und in jene, die überflüssig sind und ausgesondert werden sollen (vgl. Foucault, 2004; zitiert nach Pieper & Mohammadi, 2014, S. 236 f.). Menschen mit psychischen Auffälligkeiten gehören zu letzteren, und zwar nicht in erster Linie, weil sie durch Absenzen den Arbeitsprozess blockieren, sondern weil der Umgang mit ihnen für Vorgesetzte und Team schwierig ist und zu massiven zwischenmenschlichen Problemen führen kann. Dieser Umstand wird in der vom BSV in Auftrag gegebenen Studie, in der 1000 Arbeitgeber_innen zu schwierigen Mitarbeiter_innen³ befragt wurden, aufgezeigt (vgl. BSV, 2011).

Für Menschen mit psychischen Auffälligkeiten, welche Schwächen in der Leistungs- und Anpassungsfähigkeit aufweisen, bedeutet dies, dass die Notwendigkeit von Erwerbsarbeit in unserer Arbeitsgesellschaft auch ein Risiko darstellt: das Risiko der sozialen und darauf aufbauend beruflichen Desintegration oder Exklusion.

³ Der Unterstrich symbolisiert, dass es sich bei der Personengruppe nicht nur um zwei Geschlechter (Mann/Frau) handelt. Die Lücke soll Raum für alle Geschlechter offen lassen (Gender-Gap), so dass alle Personen damit gemeint sind (weiblich, männlich, trans-, intersexuell, etc.) (vgl. Gender Institut Bremen, 2013).

1. 2. Problemstellung – der psychisch auffällige Mensch im Arbeitssystem

Zunächst einmal muss festgehalten werden, dass Verhaltensauffälligkeiten, welche auf psychische Ursachen zurückzuführen sind, schwer erkennbar und einzuordnen sind. Das im Gegensatz zu psychischen Krankheiten/Störungen, welche sich in Manuals wie dem ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) oder dem DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aufgrund beschriebener Symptome systematisieren lassen.

Ist es schon psychisch auffällig⁴, wenn jemand sich wie ein „Besserwisser, Blender, eine Primadonna, ein Giftzwerg oder eine Hexe“ (BSV, 2011, S. XII) verhält? Oder erst wenn sich Mitarbeitende wie „Rambos, Psychos, Heulsusen oder Depros“ verhalten (ebd., 2011. S. XII)? Wo sind die Grenzen zwischen auffälligem und normalem Verhalten und woran misst man diese? Als Anhaltspunkt für diese Master-Thesis kann die Definition von Bottlender und Möller über psychosoziale Beeinträchtigung herangezogen werden: „Psychosoziale Beeinträchtigung...wird als ein Abweichen der Verhaltensmuster eines Individuums von den sozialen Erwartungen seiner normgebenden Bezugsgruppe [definiert]“ (Bottlender & Möller, 2005, S.7 f.). In dieser Definition wird ersichtlich, dass es sich bei psychosozialer Beeinträchtigung um einen gegenseitigen Prozess des Subjektes und der Bezugsgruppe und gesellschaftlich geprägten Normalitätsvorstellungen handelt. Desintegrationsprozesse sind entsprechend nicht nur von individuellen Voraussetzungen geprägt, sondern auch von der gesamtgesellschaftlichen Toleranz, Akzeptanz und Einstellung wie auch von den Vorurteilen und Wissensressourcen über und gegenüber psychisch „anderem“ Verhalten (vgl. Bottlender & Möller, 2005, S. 7).

Das zugrundeliegende soziale Problem, das im Zentrum der Betrachtung der Master-Thesis steht, ist also die schwierige interpersonale Dynamik zwischen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten und Mitarbeitenden wie auch Vorgesetzten in Arbeitsbeziehungen.

1. 3. Relevanz der Problemstellung für die Soziale Arbeit

Inklusion und Exklusion in allen gesellschaftlichen Funktionssystemen sind zentrale Themen der Sozialen Arbeit, denn insbesondere da, wo in einer Gesellschaft die Prinzipien der Demokratie: Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit (vgl. Sommerfeld, Hollenstein & Calzaferri, 2011, S. 270), nicht eingehalten werden können und zu Benachteiligungen und Ausschluss führen, findet die Soziale Arbeit ihren professionellen Arbeitsauftrag. Da es sich bei der Population der psychisch auffälligen Menschen um eine besonders von Ausschluss gefährdete Gruppe handelt und sie entsprechend als Adressat_innen der Sozialen Arbeit gelten, ist der Bezug der Thematik zur Sozialen Arbeit quasi naturwüchsig gegeben. Die Frage, die interessiert, ist, wie sich die Soziale Arbeit in diesem dynamischen Wechselverhältnis der beteiligten Personen im

⁴ In der vorliegenden Arbeit wird bei der Gegenstandsbeschreibung der Begriff psychische Auffälligkeit angewendet. Im Gegensatz zu den Begriffen Krankheit oder Störung, welche eher negativ konnotiert sind, impliziert Auffälligkeit bereits schon eine Beteiligung der Beschreibung durch Aussenstehende und die Annahme, dass Auffälligkeiten durchschnittlich verbreiteter sind als zum Beispiel Krankheiten. Ausserdem werden durch die Anwendung des Begriffs vorzeitige Zuschreibungen und Pathologisierungen vermieden.

Funktionssystem Wirtschaft positionieren kann. Schliesslich besteht ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis der Sozialen Arbeit zu den mächtigen gesellschaftlichen Funktionssystemen als Auftraggebende (vgl. Staub-Bernasconi, 1995b, S. 66). Der Fremdbestimmtheit kann die Soziale Arbeit laut Staub-Bernasconi nur entgegenwirken, indem sie eine differenzierte, sozialarbeitsspezifische Wissensbasis erarbeitet und sich so einen selbstdefinierten, professionellen Auftrag als Menschenrechtsprofession⁵ geben kann (vgl. ebd., S. 66 f.). Entsprechend gilt es in der Folge, die bestehenden Erkenntnisse zum sozialen Problem durch weiterführende Überlegungen und Forschungen in Hinblick auf eine Grundlage für die Sozialarbeitswissenschaft zu entwickeln.

1. 4. Forschungsstand, Zielsetzung, Fragestellung

Aufgrund der einleitend beschriebenen Zunahme der Renten wegen psychischer Probleme hat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) in seinem langjährigen Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung verschiedene Aspekte dieser Thematik untersucht. Für diese Arbeit werden drei als relevant eingestufte Forschungsberichte dieses Forschungsprogrammes beigezogen und zitiert:

1. Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen (2009)

Auf der Grundlage von 1000 repräsentativ aus der Schweiz ausgewählten IV-Dossiers, die aufgrund des Codes 646 berentet sind⁶, wurde versucht zu klären, welche Ursachen für Berentungen aufgrund psychischer Probleme verantwortlich sind. Dafür wurden unter anderem Merkmale der Persönlichkeit, der Erkrankung und ihrer Folgen als auch Merkmale der Arbeits- und Einkommensbiografie untersucht. Ziel der Studie war, über die Kenntnisse der Berenteten, ihrer Risikofaktoren und ihrer typischen Ausgliederungs- und Berentungsverläufe eine Grundlage für Konzepte der Frühintervention, der beruflichen Rehabilitation und Invaliditätsprävention zu erarbeiten. Diese Gruppe von Berenteten stand für das BSV im Fokus der Forschungsvorhaben, da sie zwischen den Jahren 1986 bis 2006 als Berentungsgrund um das Neunfache angestiegen ist (vgl. BSV, 2009, S. XI).

2. Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen (2010)

Für diese Studie wurden Personen mit psychischen Problemen, die sich einer stationären psychiatrischen Behandlung unterzogen haben, und Expert_innen aus verschiedenen Bereichen in Einzelinterviews hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit befragt. Die qualitative Studie sollte die quantitative Studie *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen* bestätigen und ergänzend neue Aspekte im Bereich der

⁵ Da sich die Soziale Arbeit für die Menschenrechte einzusetzen hat, hat Staub-Bernasconi diese Terminologie im Zusammenhang mit der Professionalisierung von Sozialer Arbeit eingeführt (vgl. Staub-Bernasconi, 1995b, S.67 ff.).

⁶ Der sogenannte „Gebrechenscode 646“ der schweizerischen Invalidenversicherung ist eine Untergruppe der Kategorie „Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen“ und umfasst psychische Leiden, die schwierig einzuordnen sind, wie etwa psychogene oder milieureaktive Störungen, Neurosen oder Borderline cases, depressive, hypochondrische oder wahnhaftige Fehlentwicklungen, aber auch Sprachstörungen wie Stottern oder psychosomatische Störungen (vgl. BSV, 2009, Vorwort).

beruflichen Wiedereingliederung identifizieren und explorieren (vgl. BSV, 2010, S. IX f.). Nebst den persönlichkeitsbedingten und motivationsbedingten Faktoren, die für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ausschlaggebend sind, wurden in dieser Studie auch die sozialen Merkmale der Anleitung von Arbeitgebenden bzw. Führungskräften fokussiert. Dabei wurden in erster Linie Merkmale von geschützten Arbeitsplätzen dargestellt und der Fokus auf die Wiedereingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung gelegt.

3. „Schwierige“ Mitarbeiter (2011)

Dieser für die vorliegende Arbeit relevanteste Forschungsbericht behandelt die Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Im Gegensatz zu anderen Forschungsberichten werden hier erstmals Auswirkungen des schwierigen Verhaltens auf das Arbeitsklima und die Zusammenarbeit an Arbeitsplätzen sichtbar. Und dies, bevor das Thema Invalidität oder psychische Erkrankung gegenüber den Betroffenen zum Thema gemacht wurde. Forscher_innen haben in diesem Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen aufgrund von Beschreibungen von Arbeitgebenden eine Problemtypologie errechnet, welche das Verhalten von Betroffenen, von Mitarbeitenden als auch von Vorgesetzten widerspiegelt (vgl. BSV, 2011, S. XII ff.).

Weitere wichtige Ergebnisse für diese Arbeit liefert der vom BSV übersetzte und von der OECD ausgeführte kürzlich erschienene Bericht über *die psychische Gesundheit und Beschäftigung in der Schweiz* (OECD, 2013). Als dritter wichtiger Bezugspunkt dient dieser Arbeit der Monitoringbericht *psychische Gesundheit in der Schweiz* des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) (Schuler & Burla, 2012).

Vor allem die Forschungsberichte des BSV richten ihre Empfehlungen an die Invalidenversicherung. Entsprechend können die Forschungsergebnisse nur bedingt für die in dieser Arbeit behandelte Thematik herangezogen werden, da für den Leistungsbezug der IV bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden müssen⁷

Das Ziel dieser Arbeit ist, durch die Gegenüberstellung relevanter Forschungs- und Theoriebezüge und der Betroffenenansicht auf die interpersonale Dynamik in Arbeitsbeziehungen Hinweise auf typische Verhaltensmuster, Fallverläufe und Schlüsselsituationen zu erhalten, welche sich inklusionsförderlich oder -hinderlich auswirken. Auf diesen Erkenntnissen sollen in der Folge Lösungskonstruktionen hergeleitet werden.

Aus diesem Ziel ergibt sich folgende Hauptfragestellung:

Welchen Einfluss hat die interpersonale Dynamik am Arbeitsplatz auf die berufliche Inklusion bzw. Exklusion bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten?

⁷ Eine Übersicht über die Bedingungen für einen Leistungsbezug der IV findet sich unter: <https://www.svazurich.ch/internet/de/home.html>

Für den Forschungsprozess interessiert in erster Linie das subjektive Erleben dieses Zusammenhangs durch Betroffene. Entsprechend liegen dieser Master-Thesis folgende operationalisierten Forschungsfragen zugrunde:

- A Welche Erfahrungen mit interpersonalen Prozessen in Arbeitsbeziehungen haben Menschen mit psychischen Auffälligkeiten gemacht?*
- B Gibt es typische Verläufe, die zu beruflicher Inklusion oder Exklusion führen?*
- C Welche Art der Unterstützung erleben Betroffene als förderlich?*

1. 5. Aufbau

Aufbauend auf dem einführend geschilderten sozialen Problem werden in einem ersten theoretischen und forschungsgestützten Teil gesellschaftliche und soziale Phänomene beschrieben, welche in einem Zusammenhang mit der interpersonalen Dynamik in Arbeitsbeziehungen bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten stehen. Ausgangspunkt bilden dabei die gesellschaftlichen Bedingungen für Exklusion und Inklusion mit besonderem Blick auf soziale und berufliche Integration. Dabei werden zwei Prozesse beschrieben, die Stigmatisierung und die Selbststigmatisierung, welche in einem direkten Abhängigkeitsverhältnis zu Integrationsmechanismen stehen.

Eine Verortung der psychischen Auffälligkeit wird anschliessend anhand verschiedener systematischer Definitionssystemen von Gesundheit und Krankheit vorgenommen.

Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Prozesse für Inklusion und Exklusion und der psychischen Auffälligkeiten wird im Kapitel Interpersonale Dynamik der Fokus auf die konkreten konflikthaften Interaktionen zwischen den Betroffenen und dem Arbeitsumfeld gerichtet und das soziale Problem nach den Problemdimensionen von Staub-Bernasconi verortet. Im letzten theoretischen Kapitel werden forschungsgestützte Lösungsstrategien aufgezeigt und darauffolgend das Konzept Diversität – Entstigmatisierung – Normalisierung als mögliche Interventionsstrategie genauer aufgezeigt.

Der aktuelle Forschungsstand als auch die beigezogenen theoretischen Bezüge bilden die Grundlage für die Fragestellungen und die in Kapitel drei ausgeführten und kategorienweise dargestellten Studienergebnisse.

In den letzten Kapiteln werden die Ergebnisse der Studie mit Theorie und Forschungsstand diskutiert und in Beziehung gesetzt. Empfehlungen für die Sozialarbeitspraxis als auch für weitere Forschungsvorhaben bilden den Abschluss dieser Master-Thesis.

2. Bezüge aus Theorie und Forschung

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass der ausgewählte Teilbereich, der in dieser Master-Thesis diskutiert wird, noch nicht explizit behandelt wurde. Deshalb werden für die Verortung der Thematik Bezugstheorien, -konzepte und Resultate aus umfassenden Forschungen gewählt, welche für das soziale Problem und die Beschreibung und Erklärung der sozialen und beruflichen Inklusion/Exklusion von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der interpersonalen Dynamik am Arbeitsplatz herangezogen werden können.

2. 1. Bedingungen für Inklusion und Exklusion

Der Begriff der Inklusion als Teilnahme und Teilhabe an Gesellschaft als angestrebtes Ziel, wird in der vorliegenden Arbeit bewusst dem der Integration vorgezogen, auch wenn der semantische Shift von der Integration zur Inklusion nicht in allen in dieser Arbeit zitierten Beiträgen konsequent durchgezogen werden kann. Mit dem Konzept „Integration“ wird die Eingliederung unterschiedlicher Menschen in „normale“ Systeme bezeichnet (vgl. Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik, 2014, ¶1), impliziert wird damit die Absicht der Bewahrung gesellschaftlicher Verhältnisse und der Verweis auf das reziproke Verhältnis zwischen Individuum und Umwelt, das diesen Vorgang ausmacht. Im Zusammenhang mit Inklusion wird Integration nur als ein erster Schritt Richtung Inklusion verstanden. Darüberhinaus beinhaltet Inklusion Konzepte der Ethik, Partizipation, Gleichstellung und Gerechtigkeit (vgl. Balz, Benz & Kuhlmann, 2012, S. 2). Im Gegensatz zu Integration ist Inklusion eine systemische Leistung. Man integriert sich, aber man wird inkludiert. Die Orientierung am Konzept Inklusion ermöglicht demnach einen Perspektivenwechsel vom „Mensch als Problem“ zum „System als Problem“ (Mehring, 2012, S. 4).

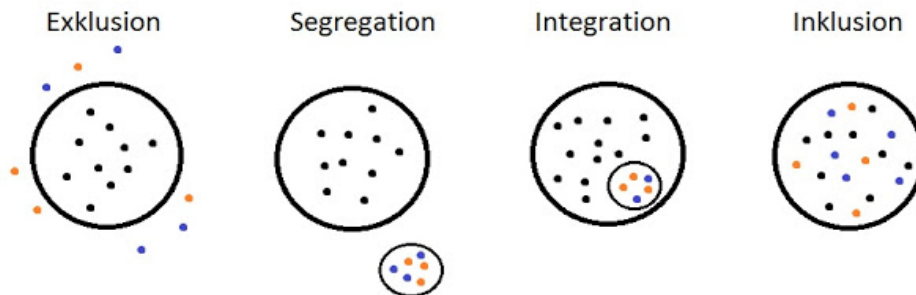
Das Konzept der Inklusion/Exklusion wird in empirischen und theoretischen Kontexten sehr unterschiedlich verwendet, eine einheitliche Definition für das Begriffspaar gibt es nicht (vgl. Bohn, 2006, S. 7). Diese Arbeit orientiert sich an der Beschreibung des Begriffs Inklusion durch die Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik:

[Inklusion ist ein] Begriff, der bei der Konzepterstellung und in der Forschung die Bereiche Soziales und Bildung betrifft. Der Begriff der Inklusion beruht in erster Linie auf einem ethischen Prinzip, das den separierenden Charakter der sozialen und schulischen Systeme in Frage stellt und die Chancengleichheit fördert...in der Inklusion gibt es keine Gruppe von Menschen mit bzw. ohne Behinderungen. Alle Menschen haben gemeinsame und individuelle Bedürfnisse. Die Gleichwertigkeit und die Unterschiedlichkeit der Menschen finden ihren Platz, die Vielfalt ist Normalität. Diese Normalität kann durch die Veränderung bestehender Strukturen und Auffassungen erreicht werden. (Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik, 2014, ¶1]

Wesentlich sind also gleichwertige Teilhabe- und Teilnahmechancen in allen Bereichen und die Möglichkeit, die Rahmenbedingungen der gesellschaftlichen Systeme in einem gemeinsamen Austauschprozess auszuhandeln.

Die Begriffe Inklusion und Integration nehmen Bezug auf ihr jeweiliges Gegenteil; die Segregation oder Separation bei Integration, die Exklusion oder der Ausschluss bei Inklusion. Bildlich können diese Konzepte folgendermassen dargestellt werden:

Abbildung 1: Inklusion/Integration/Exklusion/Segregation



Quelle: Exklusion – Segregation – Integration – Inklusion (2012, ¶12)

Ersichtlich beim Konzept Inklusion ist die gleichwertige Teilnahme aller Teilnehmenden und die entghet- toisierende Eigenschaft des Systems. Dass es nie möglich sein wird, dass alle Menschen in allen Systemen und Bereichen inkludiert sind, wird vom Systemtheoretiker Niklas Luhmann (vgl. 1995) beschrieben. Wichtig ist also nicht, eine Vollinklusion zu erreichen, sondern dass Inklusion rein theoretisch für alle Menschen in alle Funktionssysteme möglich wäre.

Die Ursachen für gesellschaftliche Inklusion oder Exklusion lassen sich nach Luhmann (1995, S. 249 ff.) auf die systemtheoretische Annahme einer funktional differenzierten Gesellschaft zurückführen.⁸ Er bezeichnet diese Funktionssysteme (z. B. das Wirtschaftssystem) als Formen, welche eine innere Seite (Inklusion) und eine äussere Seite (Exklusion) beinhalten. Nach Luhmann ist man, wenn man von einem System ausgeschlossen ist, nicht automatisch benachteiligt. So ist jemand, der/die aus dem Gesundheitssystem ausgeschlossen ist, oder ein_e Atheist_in, die/der nicht zum System der Religion dazugehört, nicht grundsätzlich benachteiligt. In den modernen Gesellschaften ist Exklusion nach Luhmann sogar der Zustand, in dem sich das Individuum normalerweise befindet. Um Inklusion muss es sich letztlich selber bemühen (vgl. Kuhlmann, 2012, S. 41 ff.), wobei der persönliche Einfluss auf eine erfolgreiche Inklusion aus systemischer Sicht sehr eingeschränkt ist, da Inklusions- und Ausschlussprozesse von Austauschhandlungen zwischen Personen und Organisationen geprägt sind, in denen die beteiligten Akteur_innen über eine asymmetrisch verteilte Definitionsmacht verfügen (vgl. Grunder, 2009, S. 172). Als Beispiel dafür eignet sich die Darstellung der Funktionsweisen des Wirtschaftssystems.

⁸ Mit funktionaler Differenzierung meint Niklas Luhmann, dass an die Stelle von hierarchischen Schichten als soziale Teilsysteme in einem langen Transformationsprozess autonome Funktionssysteme (Politik, Wirtschaft, Recht, Religion, Wissenschaft etc.) treten, die sich verselbständigen und autonome Regeln und einen je eigenen „Code“ entwickeln, so dass sie nicht mehr auf andere Funktionssysteme zurückgreifen, sondern nur auf sich selbst („Selbstreferentialität“) (vgl. Universität Münster, 2014).

Es gibt keine gesetzliche Regelung, die dem Wirtschaftssystem vorschreibt, wie es und seine aktiven Akteur_innen Menschen beruflich inkludieren muss oder soll. In einer funktional differenzierten Gesellschaft wird auf eine gesellschaftseinheitliche Regelung von Inklusion verzichtet (vgl. Luhmann, 1995, S. 246). Das heisst, es gibt (mindestens in der Schweiz) keinen übergeordneten moralischen oder politischen Ordnungskodex, der die Bedingungen für Inklusion festlegt, damit sich die Funktionssysteme daran ausrichten können und müssen. Diese Frage wird den jeweiligen Funktionssystemen überlassen. So entscheidet das Funktionssystem Wirtschaft über die Voraussetzungen und Notwendigkeiten dafür, ob ein Mensch in das Arbeitssystem inkludiert oder exkludiert wird. Nach Luhmann geht es nicht mehr um eine Einhaltung der moralischen Ordnung nach religiös humanistischer Tradition, sondern darum, die Werte und Chancen auf Individuen, nach einem systemeigenen Ordnungsprinzip, zu verteilen. Diese daraus entstandene Verteilung kann zu extremen sozialen Ungleichheiten führen (vgl. ebd., S. 248). Die Teilnahme an Gesellschaft ist in jedem Fall nur über Inklusion möglich. Wie erfolgreich diese dann verläuft, hängt vom Grad der Normabweichung ab (vgl. Mehring, 2012, S. 63). Normalitätstsvorstellungen sind zeit- und kontextabhängig. Im heutigen mitteleuropäischen Kontext sind die Exkludierten nach Robert Castel die „Überflüssigen“ oder, wie Jacques Danzelot sie beschrieben hat, die „unnützen [N]ormalen“ (Castel & Danzelot; zitiert nach Bohn, 2006, S. 31). Vom Risiko des Ausschlusses sind heute nicht mehr nur Personen ganz an den Rändern bedroht, die Gefahr betrifft Angehörige aller sozialen Schichten. Implizit schwingt bei Castels oder Danzelots Beschreibung bereits die Voraussetzung angepasster, leistungsstarker und gesunder Individuen mit, über die entschieden wird, ob sie in die von Luhmann beschriebene Form passen oder eben nicht. Dabei sind es bestimmte persönliche Eigenschaften, die das Risiko einer Exklusion verstärken. Psychische Versehrtheit oder Vulnerabilität kann als eine risikoreiche Eigenschaft in der modernen funktional differenzierten Gesellschaft gesehen werden. Schon Niklas Luhmann erklärte, dass Krankheit und Kriminalität bzw. Devianz die zwei legitimen Gründe für Exklusion aus einer funktional differenzierten Gesellschaft sind (vgl. ebd., S. 242). Im Gegensatz zu freiwilliger Exklusion, wie sie zum Beispiel vorkommt, wenn Menschen selber darüber entscheiden, ob sie politisch aktiv sein oder arbeiten möchten (nicht jede Person muss aus ökonomischen Gründen arbeiten), muss bei langanhaltender und unfreiwilliger Exklusion davon ausgegangen werden, dass sich diese negativ auf die Gesundheit auswirkt. Es kann eine Kettenreaktion entstehen, in welcher der Wegfall einer Stelle zu Exklusion in sozialen Gruppen und zu Armut führt. Die Interdependenz von Sozialstatus und sozialer Ungleichheit bzw. gesundheitlicher Ungleichheit ist empirisch nachgewiesen (vgl. Balz et al., 2012).

Die Differenz der Inklusion und Exklusion ist in der Realität nie so klar gegeben, dass Personen ganz der einen oder anderen Seite zugeordnet werden können (vgl. Luhmann, 1995, S. 263). Inklusion oder Exklusion wird nicht als Zustand, sondern vielmehr als Prozess verstanden, der verschiedenen Einflüssen unterworfen ist und sich wie eine hybride Form je nachdem in die eine oder andere Richtung verändert. Menschen mit psychischen Auffälligkeiten sind in einer besonderen Situation auf diesem Kontinuum zwischen „Drunnen“ und „Draussen“. Aufgrund der nicht klaren Zuweisung des Verhaltens in ein krankes

oder gesundes befinden sie sich sozusagen in einem Zwischenraum, der durch Unsicherheit, Verletzlichkeit, Fragilität und Prekarität gekennzeichnet ist. Man kann in den meisten Fällen von einer unstablen Lage oder einer Übergangssituation sprechen, die früher oder später entweder zur Inklusion oder zum Ausschluss führt (vgl. Grunder, 2009, S. 57). Tendenziell handelt es sich bei modernen, kapitalistischen, funktional differenzierten und demokratisch verfassten Gesellschaftsform um prekäre und hyperkomplexe Inklusionsbedingungen, die nach Ansicht der Forschenden Peter Sommerfeld, Lea Hollenstein und Raphael Calzaferri in der Folge zu einem strukturellen Integrationsproblem führen müssen (vgl. Sommerfeld et al., 2011, S. 269). Die Auswirkungen dieser strukturellen Integrationsprobleme finden sich in konkreten Lebenswelten von Benachteiligten wieder und führen zu individuellen Erfahrungen mit Inklusion oder Exklusion auf der jeweiligen Handlungs- und Interaktionsebene. Die Unterschiede dieser Ebenen werden von Hartmut Esser in seinen Ausführungen zu Integration in den Konzepten Systemintegration und Sozialintegration aufgezeigt. Mit Systemintegration meint er die gesellschaftlichen Prozesse, welche sich unabhängig von den Motiven und Beziehungen der individuellen Akteur_innen abspielen. Im Gegensatz dazu bezeichnet die soziale Integration die Beziehungen der Akteur_innen zueinander und eine gewisse soziale Einstellung gegenüber dem Gesamtsystem (vgl. Esser, 2000, S. 268 ff.). In den nachfolgenden Kapiteln wird der Fokus auf die Akteur_innen gelegt und mit beruflicher und sozialer Integration in Beziehung gesetzt.

2. 1. 1. Berufliche Integration

Die einleitenden Worte zur normgebenden Arbeitsgesellschaft haben bereits verdeutlicht, dass die berufliche Teilhabe eine der wichtigsten Formen von Inklusion darstellt, ohne die Teilhabe in anderen gesellschaftlichen Bereichen fast nicht möglich ist und von der die Bildung eines sozialen Status abhängt (vgl. Gazareth, Juhasz & Magnin, 2007, S. 12). Zur Erlangung dieses sozialen Status ist es wichtig, ob es jemandem gelingt, seine/ihre Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt erfolgreich zu verwerten. Dies obschon das Unglück von Erwerbslosigkeit in einer Erwerbsgesellschaft wie bereits schon aufgezeichnet auf strukturelle Ursachen zurückgeführt werden muss und Exklusion als soziale Folge des ökonomischen Strukturwandels beschrieben werden kann (vgl. Gazareth et al., 2007, S. 12 ff.). Die vom BSV durchgeführte Studie *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen* zeigt, dass aus psychischen Gründen Berentete zwar vor der Berentung durchschnittlich während 14 Jahren gearbeitet haben, sie aber nur ein durchschnittliches Jahreseinkommen von einem Drittel des schweizerischen Durchschnittseinkommens erreicht haben. Diese Zahlen zeigen auf, dass die berufliche Anpassung für Menschen mit psychischen Auffälligkeiten bereits schon vor der Berentung relativ schlecht war und sie ihre Arbeitskraft schlecht verwerten konnten (vgl. BSV, 2009, S. 60 f.).

Die Individualisierung der Erwerbslosigkeit (damit ist gemeint, dass die Verantwortung der Inklusion in Arbeit bei den Individuen liegt) führt dazu, dass berufliche Inklusion aus aktivierungspolitischer Optik die individuelle Förderung der Partizipation am Arbeitsmarkt postuliert. Dahinter steckt die liberale Haltung,

dass, wer sich bemüht und Willens ist zu arbeiten, auch eine Arbeitsstelle findet und langfristig behält. Oder anders formuliert: „Wenn das Spiel offen ist, und wenn jeder Mensch seinen Beitrag leistet und aufgrund seiner eigenen Verdienste eingeordnet wird, ist das Versagen dem Individuum selbst anzurechnen“ (Grunder, 2009, S. 65). Da Erwerbsarbeit durch die Verknappung ihres Angebots selbst zum Erfolgskriterium wird, wird die Arbeitslosigkeit zum persönlichen Misserfolg stilisiert (vgl. Gazareth et al., 2007, S. 12). Wer sich auf diesem prekären Arbeitsmarkt behaupten kann, zählt zu den Gewinner_innen.

Hinzu kommt ein leistungsethischer Wandel. An die Stelle der die Industriegesellschaft prägenden Arbeitsdisziplin tritt das unternehmerische Selbst, welches die Marktintegration und die Integration der Lohnarbeitsgesellschaft gewähren soll (vgl. ebd., S. 12 f.). Franz Schultheis skizziert in seinem Beitrag einen idealtypischen Steckbrief des flexiblen Arbeitskraft-Unternehmers:

Der Homo McKinseyanus ist 25–35 Jahre alt, männlich, mehrheitlich unverheiratet, mehrheitlich kinderlos, verfügt über einen Abschluss einer renommierten Hochschule und über ein hohes kulturelles Kapital. Er zeichnet sich durch eine hohe geografische Mobilität, eine hohe zeitliche Disponibilität und eine funktionale Flexibilität aus. Er arbeitet in zeitlich befristeten Projekten, nach Abschluss jedes Projektes folgt eine kritische Selbstevaluation und je nach dem werden Konsequenzen gezogen, z. B. dass er wieder zum nächsten Arbeitgeber zieht. Er leistet totales Engagement und wendet sehr viel Energie und Zeit auf. Er pflegt das Sozialkapital (Beziehungen/Seilschaften) und verfügt über exzellente Berufschancen (vgl. Schultheis, 2007, S. 70).

Der Druck auf das Individuum durch die damit verbundenen Leistungsvorgaben und die zugeschriebene Eigenverantwortung über das berufliche Schicksal kann für viele bereits zu einer Überlastung führen. Erst recht, wenn sie psychisch instabil sind. Menschen mit psychischen Auffälligkeiten zeigen meist in den Bereichen Kommunikation, Interaktion und Flexibilität Leistungseinschränkungen (vgl. BSV, 2011, Vorwort). Diese Einschränkungen führen zu dem genannten unterdurchschnittlichen Jahreseinkommen und in Kombination mit psychischen und somatischen Symptomen als auch vielen Stellenwechseln, Absenzen und sozialen Konflikten am Arbeitsplatz in vielen Fällen zum Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt (vgl. BSV, 2009, S. 60 f.).

2. 1. 2. Soziale Integration

Die soziale Integration wird in dieser Arbeit als eine der wichtigsten Grundvoraussetzungen für eine gelingende berufliche Inklusion für Menschen mit psychischen Auffälligkeiten vorangesetzt. Mit dem Blick auf die soziale Integration am Arbeitsplatz kommt der zwischenmenschlichen Dynamik besondere Aufmerksamkeit zu.

Der Integrationsbegriff wird vom Soziologen Hartmut Esser genauer untersucht und wie folgt definiert: „Unter Integration wird generell der *Zusammenhalt* von Teilen in einem ‚systemischen‘ Ganzen und die dadurch erzeugte *Abgrenzung* von einer unstrukturierten Umgebung verstanden, gleichgültig zunächst

worauf dieser Zusammenhalt beruht“ (Esser, 2000, S. 261). Und als Ergänzung dazu bezeichnet die soziale Integration das Ausmass der Beziehungen zwischen den individuellen Akteur_innen und die soziale Einbettung dieser in einem System (vgl. ebd., S. 269). Esser unterscheidet vier Varianten der sozialen Integration: Kulturation, Platzierung⁹, Interaktion und Identifikation (vgl. ebd., S. 270 ff.)

Tabelle 1: Soziale Integration

Kulturation	Soziale Sozialisation: Wissen über die Codierungen und Beherrschung des sozialen Handelns. Humankapital.
Platzierung	Platzierungsinclusion: Form des Einbezugs der Akteur_innen in eine Gesellschaft durch: Verleihung bestimmter Rechte, Übernahme beruflicher Positionen. Wichtige Bedingungen der Platzierung: soziale Akzeptanz, keine Vorurteile und Diskriminierungen.
Interaktion	Gedankliche Koorientierung, symbolische Interaktion, Kommunikation, soziale Beziehungen. Wechselseitige Orientierung über Wissen und Symbole bilden Handeln und Relationen.
Identifikation	Gedankliche und emotionale Beziehung zwischen den einzelnen Akteur_innen und dem sozialen System als Ganzheit. Drei Formen der Identifikation: Wertintegration : Loyalität gegenüber der Gesellschaft. Mit Werten begründete Zustimmung zu den politischen Instanzen. Verkettungsintegration : Hinnahme des Systems, aber innerer Kampf dagegen. Identität und soziale Kreise sind inkonsistent. Defferenzintegration : Hinnahme des Systems aufgrund der Aussichtslosigkeit eines Versuchs zur Änderung. Betrifft meist die sozial Benachteiligten.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Esser (2000, S. 270 ff.)

Im Falle der psychisch auffälligen Menschen im Arbeitsmarkt sind vor allem die Aspekte der Kulturation, Platzierung und Interaktion von Bedeutung. Damit Interaktion zwischen Akteur_innen im Arbeitssystem möglich ist, braucht es das individuelle Wissen über das Verhalten und die Codes im sozialen Handeln. Und damit Akteur_innen die Möglichkeit erhalten zu interagieren, braucht es einen vorurteilsfreien Einbezug der Individuen in die Gesellschaft (vgl. Esser, 2000, S. 270 ff.).

Die Integration von Gruppen und Individuen ist also von einer Anpassung des Individuums an gesellschaftliche Normen abhängig. Ebenso wichtig ist aber auch die Toleranz, welche von der Gesellschaft für Differenz und Diversität entgegengebracht werden muss, damit Integration gelingt (vgl. Grunder, 2009, S. 26). Als Gegenkonzept zu sozialer Integration kann soziale Isolation gesetzt werden, welche unmittelbar auf die oft wahrnehmbare soziale Distanz der Menschen folgt, die mit psychisch auffälligen Menschen zu tun haben (vgl. Zäske, Baumann & Gaebel, 2005, S.77 f.). Peter Sommerfeld und Franz Hierlemann betonen eine zirkuläre Bedingungskonstellation, in der das Leiden an der psychischen Störung selbst als sehr belastend beschrieben wird. Der damit verbundene soziale Abstieg, die soziale Isolation bis hin zu Exklusion in mehreren Funktionssystemen stellt eine weitere Seite des Leidens dar. Diese Folgeerscheinungen können wiederum psychische Krankheitssymptome verstärken (vgl. Sommerfeld & Hierlemann, 2004, S. 326 ff.).

⁹ Esser schrieb im Jahre 2000 nach der alten Rechtschreibung „Platzierung“. Die Verfasserin änderte den Begriff getreu der neuen Rechtschreibung in „Platzierung“.

Folglich entsteht einerseits eine Wirkung durch psychische Auffälligkeiten auf die soziale Integration. Andererseits ist die Art und Weise der sozialen Integration eine massgebliche Ursache für psychische Krankheiten (vgl. ebd., S. 326 ff.). Der Prozess der sozialen Distanzierung gegenüber Menschen mit psychischen Auffälligkeiten wird in der Folge durch die Konzepte Stigmatisierung und Selbststigmatisierung weiter veranschaulicht.

2. 1. 3. Stigmatisierung

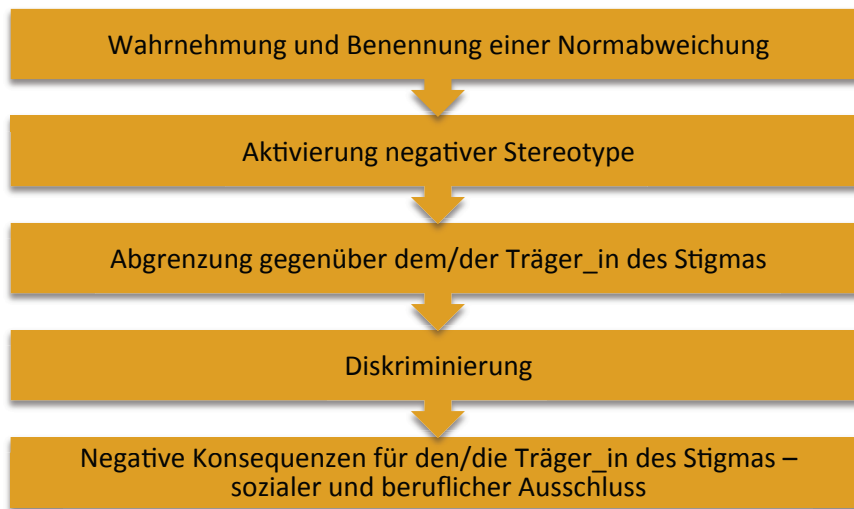
Stigma wird im Wörterbuch der Soziologie als Brand- und Schandmal definiert, „...durch das eine Person sich von allen übrigen Mitgliedern einer Gruppe (oder der Gesellschaft) negativ unterscheidet und aufgrund dessen ihre allgemeine Verachtung droht (Stigmatisierung)“ (Grausgruber, 2005, S. 20).

Nach Hans-Ulrich Grunder impliziert Stigmatisierung die Zuweisung einer als negativ erachteten Eigenschaft, unabhängig davon, ob diese Eigenschaft tatsächlich vorhandene Merkmale oder Verhaltensweisen einer Person widerspiegeln. Diese Eigenschaft wird über die Gesamtheit einer Person übertragen, so dass ein Prozess sozialer Definition entsteht. Ein Mensch wird demnach negativ etikettiert. Meistens spielen Normvorstellungen eine Rolle, wenn Menschen mit stigmatisierenden Etiketten versehen werden. Wenn nämlich jemand die typischen Merkmale der „normalen“ Gesellschaftsmitglieder nicht bedient und sich das „andere“ Verhalten als Spiegeleffekt als Negativbild dieser Normvorstellungen wiedergibt (vgl. Grunder, 2009, S. 69). Es geht also nicht in erster Linie um das Merkmal selbst, sondern um die negative Definition des Merkmals bzw. dessen Zuschreibung (vgl. Goffman 1967, S. 13 f.). Über diese negative Definition eines Merkmals werden der Person weitere negative Eigenschaften zugeschrieben. Zum Beispiel: Ein Mensch ist eher ruhig, zurückhaltend, weint schnell und wird in der Folge als depressiv eingestuft. Entsprechend wird davon ausgegangen, dass er wenig belastbar ist und man ihm keine Verantwortung übergeben kann.

Wenn wir Menschen begegnen, so machen wir uns Vorstellungen, wie wir diese Personen einordnen können. Wir haben Vorstellungen über deren Eigenschaften und Merkmale und bilden eine sogenannte „virtuelle Identität“ (Grausgruber, 2005, S. 20). Diese virtuelle Identität steht oftmals im Widerspruch mit der tatsächlichen aktuellen sozialen Identität eines Menschen. Die tatsächlichen Eigenschaften und Möglichkeiten werden durch den Stigmatisierungsprozess untergraben und finden somit keine Möglichkeit zur Entfaltung.

Wie Stigmatisierung abläuft, kann nach Beate Schulze folgendermassen dargestellt werden:

Abbildung 2: Stigmatisierungsprozess



Quelle: Schulze (2005, S. 123)

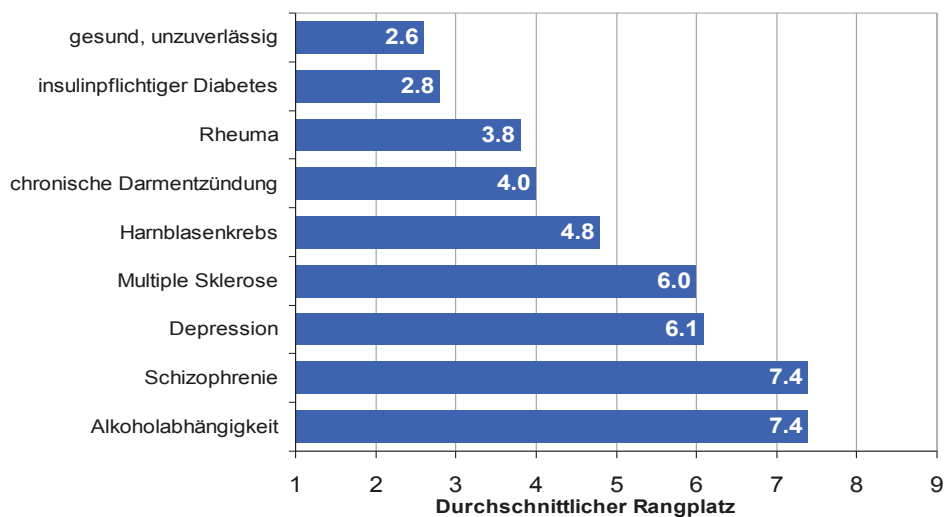
Auf Stigmatisierungen, welche einen gedanklichen Prozess darstellen, folgen in aller Regel Diskriminierungen, welche das ausschliessende Verhalten bezeichnen (vgl. Grausgruber, 2005, S. 20).

In interpersonalen Beziehungen am Arbeitsplatz kommen Stigmatisierungen und in der Folge diskriminierendes Verhalten gegenüber Menschen mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten oft zum Ausdruck. Das Negativbild oder Stigma führt mitunter dazu, dass sich Vorgesetzte und Teammitglieder von Stigmatisierten abwenden, distanzieren und dass diese in der Folge gemieden werden. Nach Grausgruber besteht ein Zusammenhang zwischen Macht und Stigmatisierungsprozessen (vgl. ebd., S. 23 ff.). Es sind gesellschaftliche Herrschaftsstrukturen, die historisch in ihren Institutionen und Organisationen die ihr eigenen Stigmaträger_innen hervorbringen. So bringt die Institution des Privateigentums den Dieb, die Kirche den sexuell Devianten hervor und die Wirtschaft den Leistungseingeschränkten. Ebenso wichtig für die Bildung von Stigmas werden die regulierenden Normen in der Herausbildung von sozialen Beziehungen in und zwischen Gruppen genannt. „Jede Norm bietet die Möglichkeit, abweichende Personen zu stigmatisieren“ (Grausgruber, 2005, S. 24). Mit Blick auf den Gegenstand dieser Thesis interessiert nun, ob der Prozess der Stigmatisierung eine soziale Funktion erfüllt. Stigmas erfüllen gleich wie die dazugehörenden Vorstellungen von Normalität die Aufgabe der Orientierungshilfen. Über die Vorstellungen und Vorannahmen von anderen gelingt es relativ schnell, den/die Interaktionspartner_in einzuordnen. Stigmas strukturieren Situationen im Voraus und verringern Unsicherheiten, erleichtern Einstellungen oder Entscheidungen. Stigmas entlasten also in erster Linie die Stigmagebenden. Andererseits führt dieser Prozess aber auch dazu, dass Wahrnehmungen verzerrt werden und dadurch neue Erfahrungen nicht möglich sind (vgl. ebd., S. 24 f.).

Darum wird es nicht möglich sein, einen stigmatisierten Menschen mit psychischen Auffälligkeiten mit seinen tatsächlichen Eigenschaften und Fähigkeiten kennenzulernen und daraufhin eine von Vorurteilen befreite Interaktion stattfinden zu lassen. Stigmas regeln aber nicht nur die interpersonalen Beziehungen, sondern sie entscheiden auch über den Zugang zu Gütern, Status, Arbeitsstellen.

In einer Studie von Niklas Baer aus dem Jahre 2007 (Baer, 2013) wurden 750 KMUs in Baselland und Baselstadt zu deren Einstellung gegenüber der Anstellung von Menschen mit Beeinträchtigungen befragt. Das Resultat zeigt eindrücklich, dass Träger_innen von psychiatrischen Diagnosen besonders stark mit Stigmas versehen werden und in der Folge Mühe haben, sich im Arbeitsmarkt zu halten oder sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren:

Abbildung 3: Ranking Arbeitgebende



Quelle: Baer (2013)

Eindrücklich ist, dass nicht alle unerwünschten Eigenschaften (Unzuverlässigkeit) stigmatisiert werden, sondern nur diejenigen, die mit unserem Stereotyp von dem, was ein gegebener Typus von Individuum sein soll, unvereinbar sind (vgl. Grausgruber, 2005, S. 20). Die Gefahr, dass die soziokulturellen Norm- und Wertvorstellungen von Betroffenen in ihr Selbstkonzept aufgenommen werden, besteht und findet im Konzept der Selbststigmatisierung ihren Ausdruck.

2. 1. 4. Selbststigmatisierung

Die psychologischen Auswirkungen von Stigmatisierungen auf Betroffene werden als internalisiertes Stigma (Selbststigmatisierung) erfasst (vgl. Amering & Schmolke, 2007, S. 72). Im Gegensatz zu Menschen, die mit einer Behinderung zur Welt kommen und sich ausschliesslich mit dieser Situation im Zusammenspiel mit ihrer Umwelt auskennen, haben es Menschen, die später zum Beispiel psychisch erkranken, schwerer. Sie haben gelernt zwischen den „Normalen“ und Stigmatisierten“ zu unterscheiden:

Sie selbst sind mit Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber psychisch auffälligen Menschen aufgewachsen. Entsprechend entwickeln sie zwangsläufig eine Missbilligung ihrer selbst (vgl. Grausgruber, 2005, S. 21 f.). Auf diese Weise wird das Stigma zur Selbststigmatisierung und zur zweiten Krankheit, die ebenso belastend sein kann wie die erste Krankheit. Und dieses Selbststigma führt zu Selbstabwertung, Scham, Verheimlichung und sozialem Rückzug. Nach Aussagen der Autorinnen behindert Selbststigmatisierung den Genesungsprozess (vgl. Amering & Schmolke, 2007, S. 72) und kann zu exklusionsförderlichen Verhaltensmustern führen. Es reagieren aber nicht alle Menschen, die öffentlich stigmatisiert werden, mit Selbststigmatisierung und Selbstwertverlust. Das hat damit zu tun, inwieweit die Betroffenen sich mit der Gruppe der psychisch kranken Menschen identifizieren. Ist die Identifikation gering, entwickelt sich eher selten ein internalisiertes Stigma. Aber auch wenn sich Menschen mit der stigmatisierten Gruppe identifizieren, muss das nicht immer einen Einfluss auf die Entwicklung eines negativen Selbstbildes und Selbstwertgefühls haben. Wenn es Betroffenen möglich ist einzuschätzen, dass die Stigmatisierung keine Berechtigung hat, kann dieses Gefühl der Empörung zuweilen Energien freisetzen, die wiederum für den Kampf gegen Stigmatisierung eingesetzt werden können (vgl. ebd., S. 74). Empowerment der Betroffenen, um sich von Selbststigmatisierungen zu lösen, wird in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit bereits angewendet. Dabei ist die genaue Erfassung des internalisierten Stigmas als Grundlage für therapeutisches Arbeiten wichtig.

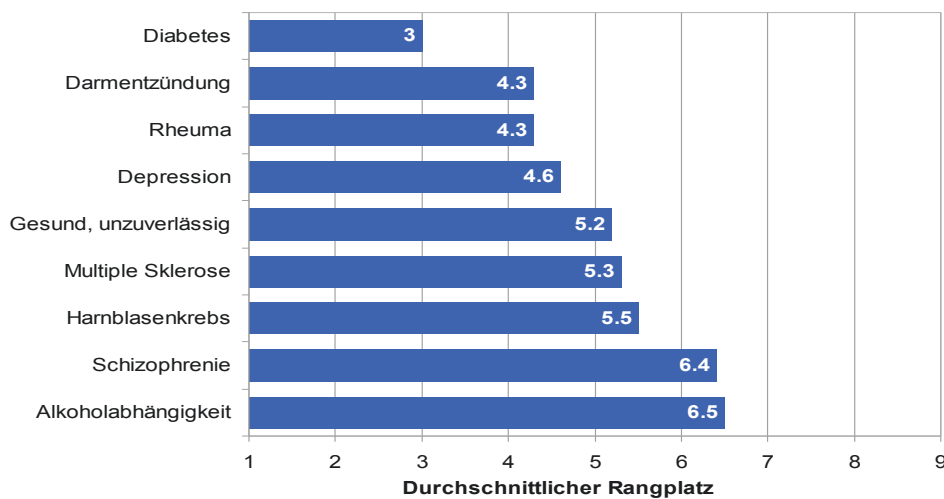
Von Ritsher, Otilingam und Grajales (2003) wurde ein Fragebogen zur Messung des individuellen internalisierten Stigmas entwickelt. Dieser Fragebogen enthält Sätze wie:

- Ich fühle mich fehl am Platz in der Welt, weil ich eine psychische Erkrankung habe.
- Ich vermeide es, Menschen ohne psychische Erkrankung näher zu kommen, um nicht zurückgewiesen zu werden.
- Ich bin von mir selbst enttäuscht, weil ich eine psychische Erkrankung habe.
- Ich meide gesellige Anlässe, um meine Familie oder meine Freunde vor Peinlichkeiten zu bewahren.

(vgl. Ritsher et al., 2003; zitiert nach Amering & Schmolke, 2007, S. 72 f.)

Gerade Menschen mit einer Schizophrenie-Diagnose zeigen hohe Werte in Bezug auf Diskriminierung und sozialen Rückzug. In Ritshers Studien konnten nur 24 % Anti-Stigma-Überzeugungen gefunden werden, also positive Überzeugungen wie etwa „...Menschen mit psychischer Erkrankung leisten einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft“ (ebd., 2003; zitiert nach Amering & Schmolke, 2007, S. 73). In der bereits zitierten Studie von Niklas Baer (2013), in der Arbeitgebende zu ihrer Einstellung gegenüber der Anstellung von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten befragt wurden, wurden auch Betroffene dazu befragt, wen sie selber einstellen würden:

Abbildung 4: Ranking Betroffene



Quelle: Baer (2013)

Die Normalitätsvorstellungen von „nicht-kranken“ Arbeitgebenden decken sich weitgehend mit denen von Betroffenen. Dieses Ranking kann als Teil eines internalisierten Stigmas anerkannt werden, da es diese Selbstzweifel und Abwertung der eigenen Person klar widerspiegelt.

Normalitätsvorstellungen führen zu Krankheitsdefinitionen und werden durch diese wiederum massgeblich geprägt. In den nachfolgenden Kapiteln wird deshalb der Krankheits-, bzw. Gesundheitsbegriff genauer unter Einbezug verschiedener Definitionen und Modelle untersucht.

2. 2. Gesundheit und Krankheit

Wie einleitend beschrieben, ist es schwierig, psychisch auffälliges Verhalten auf dem Kontinuum von Krankheit und Gesundheit einzuordnen. Die Definition von Gesundheit und Krankheit wird wie die eines sozialen Problems durch gesellschaftliche, zeitlich bedingte Konstruktionen festgelegt (vgl. Hafen, 2007, S. 176 ff.). Psychische Störungen bzw. Krankheiten sind stärker als somatische Krankheiten von gesellschaftlichen Normvorstellungen geprägt. „Was nicht der Norm entspricht, läuft Gefahr als krank stigmatisiert zu werden, auch wenn es keine gesundheitliche Beeinträchtigung darstellt“ (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, ISPM, 2012, S. 10). Ein illustratives Beispiel ist die Homosexualität, welche in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) bis 1992 als Krankheit aufgeführt wird und heute aufgrund der gesellschaftlich gestiegenen Akzeptanz aus dem Diagnoseklassifikationssystem gestrichen ist (vgl. ISPM, 2012, S. 10). In der Fachwelt gibt es folgerichtig verschiedene Definitionen davon, was Krankheit und Gesundheit ist. Es soll hier nur eine genannt werden, welche die Vielschichtigkeit des Begriffspaares Gesundheit und Krankheit gut erfassen kann.

Nach Klaus Hurrelmann, einem der führenden Medizinsoziologen und Präventionswissenschaftler, ist Gesundheit der

Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet. (Hurrelmann, 1988, S. 61)

Wenn also Hurrelmann von objektivem Befinden spricht, so bezeichnet er damit den allgemeinerfähigen Konsens darüber, welche dieser Zustände als objektives Wohlbefinden zu gelten haben (vgl. ebd., S. 62 f.). Demnach gibt es auch ein objektives Unwohlsein, welches dann in erster Linie Krankheitswerte beinhaltet, das durch eine anerkannte Systematisierung eine Allgemeinerfähigkeit erhält.

In den nächsten Kapiteln wird dargestellt, wie sich die Schweizer Bevölkerung nach subjektivem Befinden bezogen auf die psychische Gesundheit einschätzt und wie es um die Versorgung psychischer Krankheiten in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern steht. Von der subjektiven Gesundheitseinschätzung wird anschliessend der Bogen zu einem Klassifikationssystem gelegt, welches aufgrund von Symptomanhäufungen menschliches Fühlen und Verhalten in krankes oder gesundes einteilt. Der Einfluss von Kontextfaktoren bezogen auf die Krankheitsentwicklung und Funktionseinschränkungen wird als Ergänzung dazu und in Hinblick auf die Menschen, welche in Arbeitsbeziehungen psychisch auffallen, untersucht, so dass eine Verortung dieser Menschen in Gesundheit und Krankheit abschliessend möglich ist.

2. 2. 1. Die psychische Gesundheit(-versorgung) in der Schweiz

Als Ergänzung zu der im letzten Kapitel dargestellten Definition von Gesundheit wird psychische Gesundheit nach den Richtlinien der HEA (community Action for Mental Health) folgendermassen definiert:

Psychische Gesundheit beinhaltet Aspekte wie persönliches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen und einer Arbeit nachgehen zu können, wie auch die Fähigkeit zu gesellschaftlicher Partizipation. Psychisch gesund zu sein bedeutet auch, an den eigenen Wert und die eigene Würde zu glauben und den Wert der anderen zu schätzen. (Schuler & Burla, 2012, S. 7)

Im Monitoringbericht des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan wird ergänzend dazu festgehalten, dass es sich bei der psychischen Gesundheit um ein Resultat komplexer dynamischer Interaktionen handelt, die neben individuellen Aspekten auch massgeblich von exogenen Faktoren beeinflusst wird (vgl. Schuler & Burla, 2012, S. 7 f.). Die vor allem medial aufbereitete öffentliche Meinung darüber, dass psychische Störungen im Zunehmen begriffen seien, ist laut dem Obsan-Bericht wissenschaftlich nicht haltbar. Im Gegenteil, eine grosse durchgeführte Vergleichsstudie in den USA in den Jahren 1990/1992 und 2001/2003 konnte keine bedeutende Zunahme der Häufigkeit von psychischen Störungen feststellen (vgl. ebd., S. 9). Die „gefühlte“ Zunahme hat also eher mit der veränderten Wahrnehmung von psychischen Störungen zu tun.

Unter salutogenetischen Gesichtspunkten ergab die Auswertung, dass rund 74 % der Schweizer Bevölkerung sich sehr häufig voller Kraft, Energie und Optimismus fühlen. Als Gegenwert und unter pathogenetischen Gesichtspunkten fühlen sich 4 % der Schweizer Bevölkerung stark und knapp 13 % mittel psychisch belastet. Da die Stichprobenerhebung in Privathaushalten geführt wurde und Personen in medizinisch-sozial betreuten Einrichtungen nicht befragt wurden, hat die Befragung zu einem gewissen Selektionseffekt Richtung gesünderen Personen geführt (vgl. ebd., S. 15). Entsprechend gilt es diese Resultate mit Vorsicht zu interpretieren. Als Vergleich dazu zeigen die Daten des kürzlich erschienenen Berichtes der OECD zum Thema psychische Gesundheit und Beschäftigung Schweiz, dass die Ein-Jahres-Prävalenz psychischer Störungen bei rund einem Drittel liegt (d. h. in einem Jahr erkranken rund 33 % der Schweizer Bevölkerung an einer psychischen Störung), aber nur gerade 7 % psychiatrisch-therapeutisch behandelt werden (vgl. OECD, 2014, S. 19). Weitere Studien belegen, dass ein Drittel bis die Hälfte der psychisch kranken Menschen in industrialisierten Ländern unbehandelt bleibt. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Erkrankungen von Fachpersonen nicht erkannt werden oder dass die Betroffenen keine Hilfe in Anspruch nehmen (vgl. Schuler & Burla, 2012, S. 40).

Die Schweizer Gesundheitsversorgung ist anzahlmässig sehr gut ausgestattet, so praktizieren in der Schweiz doppelt so viele Psychiater_innen im gesamten OECD Raum wie das Land mit der zweithöchsten Anzahl.¹⁰ Erwähnenswert ist auch, dass spezifisch psychiatrische Dienstleistungen zwar sehr effizient in der Symptombehandlung sind, jedoch grosse Defizite im Bewusstsein über Arbeitsplatzprobleme der Patient_innen aufweisen. Nur in seltenen Fällen nehmen Ärzt_innen Kontakt mit Arbeitgebenden auf; dies zeugt von einer sehr eingegengten Sichtweise der Behandelnden und einer gewissen Unsicherheit im Umgang mit Arbeitgebenden. Schliesslich sind arbeitsbezogene Probleme weder in der Ausbildung von Ärzt_innen noch bei der von ihnen begleiteten Behandlung ein Thema (vgl. OECD, 2013, S. 19).

Dass in der psychiatrischen Versorgung in der Vergangenheit und vielleicht auch immer noch in der Gegenwart der Phase Kindheit/Jugend mehr Beachtung geschenkt wurde und Erkrankungsverläufe, welche im Zusammenhang mit der Erwerbsbiografie stehen, in den Patient_innenakten kaum dokumentiert wurden, verhärtet den Eindruck, dass diese Zeit aus psychiatrischer Sicht uninteressant ist. Dies, „...obwohl gerade diese Zeitspanne rehabilitativ besondere Erkenntnisgewinne bringen würde“ (BSV, 2009, S.60). Im Forschungsbericht *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen* wird festgehalten, dass in nur 12 % der Dossiers die Arbeitsstellen im Wesentlichen genannt und mit weiteren Informationen versehen wurden.

Das heisst, dass aus ärztlicher Sicht bei nur jedem/r 10. Patient_in genügend Kenntnisse über die berufliche Vorgeschichte vorhanden ist (vgl. BSV, 2009, S. 147).

¹⁰ Zu den 34 OECD Mitgliedstaaten zählen: Australien, Belgien, Chile, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Japan, Kanada, Korea, Luxemburg, Mexiko, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakische Republik, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Vereinigte Staaten von Amerika (vgl. OECD, 2013).

Dies ist vor allem für präventive und rehabilitative Massnahmen relevant, denn ohne diese zentralen Informationen kann kein konkreter und massgeschneiderter Massnahmenplan erarbeitet werden. Die Fachwelt ist sich einig, dass die Heilungschancen bei psychischen Erkrankungen bei ungenügender oder spät einsetzender Versorgung sinken und ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe, Chronifizierung, Komorbidität, soziale Isolierung sowie Suizidalität entstehen kann (vgl. Schuler & Burla, 2012, S. 40). Ein weiterer wichtiger Hinweis, der sich aus dem umfassenden Gesundheits-Monitoring ergeben hat, ist, dass neben dem Problem des Absentismus (Fehlzeiten) das gegenteilige Problem, der Präsentismus (Anwesenheit bei der Arbeit trotz Krankheit), etwa doppelt soviel Kosten verursacht. Die erhöhten Kosten werden damit begründet, dass der Präsentismus zu einem hohen Verlust an Arbeitsproduktivität führt (vgl. Schuler & Burla, 2012, S. 65). In diesem Zusammenhang ist der vermutete Grund für den Präsentismus zentral: Bei zwei Drittel der Befragten wird befürchtet, dass eine Krankmeldung zu beruflichen Nachteilen führen kann. Betroffene vermeiden also die Entdeckung ihrer Krankheit, da sie einer Stigmatisierung am Arbeitsplatz vorbeugen möchten (vgl. ebd., S. 65). Erst bei einer Chronifizierung, wenn Symptome sich manifestiert haben, Absenzen und Fehlleistungen hinzukommen, werden diese psychisch belasteten Personen erkannt und behandelt und entsprechend des mehrheitsfähigen Klassifikationsystems ICD-10 einer psychischen Krankheitsdiagnose zugeordnet.

2. 2. 2. Diagnostische Klassifikation

Für den europäischen Raum wird die von der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) aufgestellte internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) angewendet¹¹. Dies im Gegensatz zum DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), welches vor allem in den USA Verwendung findet. Im ICD-10 werden Krankheitsphänomene auf dem Hintergrund eines biomedizinischen Modells in einer international anerkannten und verständlichen Sprache dargestellt, wodurch eine einheitliche Sprache und Kommunikation über Krankheiten innerhalb und zwischen Professionen und Institutionen möglich wird (vgl. Schuntermann, 2005, S. 1). Unter Kapitel fünf F00-F99 werden psychische Störungen und Verhaltensstörungen nach ihren Symptomen beschrieben (vgl. ICD-10, 2014). Die Anzahl der Symptome und ihr Schweregrad entscheiden, ob jemand eine Diagnose erhält oder nicht. Dabei wird die Grenze ziemlich willkürlich gesetzt. Der emeritierte Professor und Psychiater Allen Frances äusserte sich unlängst in einem Interview der NZZ zu dieser Problematik: „Irgendwann habe man sich darauf geeinigt, dass für eine schwere Depression fünf von neun Symptomen gleichzeitig und länger als zwei Wochen auftreten müssen und ein klinisch signifikantes Leiden verursachen oder den Betroffenen in seinen sozialen und beruflichen Rollen beeinträchtigen müssen“ (Stallmach, 2013, ¶12). Eine Diagnosestellung nach ICD-10 ist vor allem für die Einschätzung der Leistungskriterien der Invalidenversicherung IV wichtig.

¹¹ Im Anhang befindet sich eine Liste der psychischen Störungen nach ICD-10.

Gerade in Hinblick auf die vielen Menschen, welche die Kriterien der Diagnose nicht erfüllen, aber trotzdem leiden, ist dieses Klassifikationssystem nicht ausreichend.

Man brauche die Diagnose, damit die Behandlung der Patient_innen finanziert wird, behandelt werden aber die Symptome und nicht die Diagnose, meint der Psychiater Wulf Rössler im selben Zeitungsartikel (vgl. Stallmach, 2013, ¶15). Das heisst also, dass gerade Menschen mit psychischen Auffälligkeiten, die offensichtlich leiden und in ihren Funktionen eingeschränkt sind, aber die Bedingungen für eine Diagnose (noch) nicht erfüllen, in einen Zwischenraum fallen, für den es keinen Namen und auch keine durch die IV bezahlte Unterstützung gibt. Eine Diagnose wird erst dann zugeteilt, wenn sich die psychische Beeinträchtigung chronisch manifestiert. Auf der Interventionsebene bedeutet dies, dass bei Diagnosezuteilung kurative Behandlungskonzepte angewendet werden. Von Früherkennung, Frühintervention und Prävention kann dann nicht mehr gesprochen werden.

Darüberhinaus kommt das ICD-10 an seine Grenzen, wenn nicht nur über die Krankheiten selbst, sondern über die mit ihnen einhergehenden funktionalen Probleme gesprochen wird. Der Einfluss der Umwelt auf eine psychische Beeinträchtigung findet in der Beschreibung von Krankheit im ICD-10 keine Beachtung (vgl. ICD, 2014). Krankheit oder Behinderung wird nach dieser Logik als Individuelles Problem verstanden. Ein klares Statement hat die Schweiz mit der im April dieses Jahres ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention gesetzt. In dieser Konvention werden international verbindliche Regeln bezüglich ethischen Grundsätzen und Zielen im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen aufgestellt, an welchen sich die künftigen sozialpolitischen Strategien ausrichten sollen.

Nach der UN-Behindertenrechtskonvention wird Behinderung fortan nicht mehr als individuelles Merkmal einer Person verstanden, sondern als Wechselwirkung zwischen Menschen, die eine Beeinträchtigung haben, und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie an einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern (vgl. Institut für Menschenrechte, 2006, S. 1).

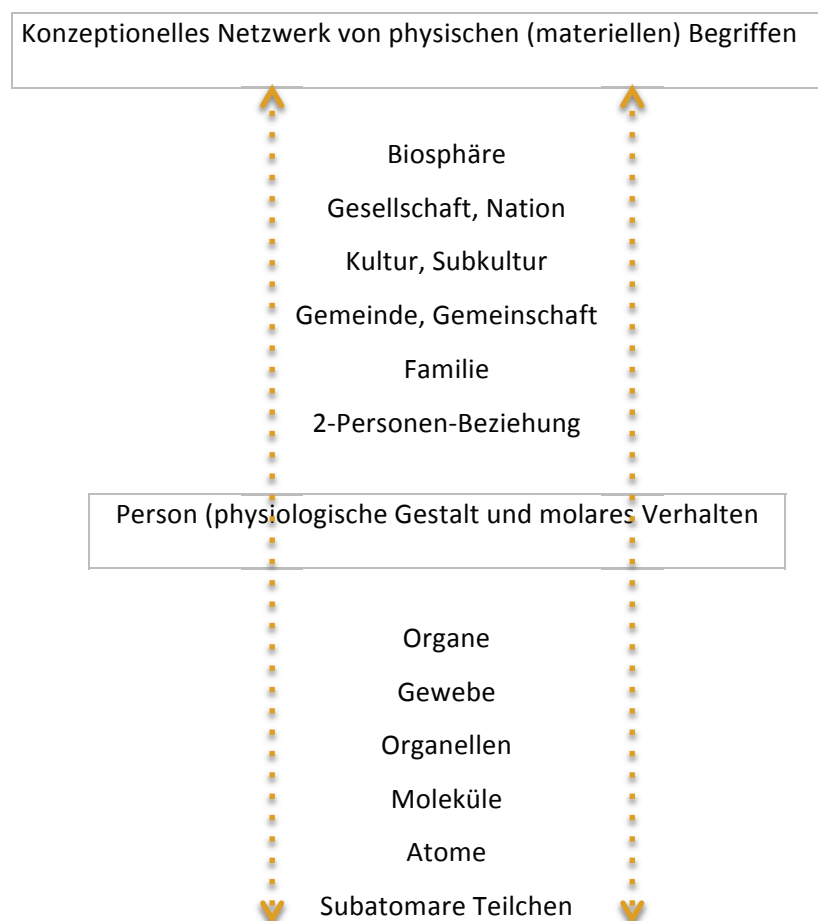
Dieser Paradigmenwechsel hat weitreichende Konsequenzen für inklusionsförderliche Interventionsstrategien, da die Probleme, welche sich rund um Exklusion bzw. Inklusion aufgrund einer Beeinträchtigung oder Auffälligkeit bilden, nicht mehr nur das Subjekt betreffen, sondern im gleichen Mass die Gesellschaft.

2. 2. 3. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell

Der Grundgedanke, welcher von der UN-Behindertenrechtskonvention angesprochen wird, entspricht in weiten Teilen dem von George L. Engel (1970) ausformulierten und entwickelten biopsychosozialen Modell. Danach sind psychologische, biologische und soziale Faktoren für sich genommen und in ihren komplexen Wechselwirkungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten zu berücksichtigen (vgl. Egger, 2005, S. 3 ff.). Durch den Einbezug dieses Modells in die vorliegende Master-Thesis wird anerkannt, dass nur durch die Beachtung aller Faktoren psychische Krankheits- oder Gesundheitsprozesse erklärt werden können. Die Grundlage für das Modell ist aus der allgemeinen Systemtheorie nach Niklas

Luhmann und seiner Anwendung auf die Biologie hervorgegangen. Als konzeptioneller Rahmen schafft die Systemtheorie ein Verständnis für die Komplexität der verschiedenen Systeme (vgl. ebd., S. 2). In den Worten Eggers versteht man unter einem System „eine Menge von Elementen, zwischen denen Beziehungen bestehen. Lebende Systeme tauschen Materie, Energie und Informationen mit der Umwelt, bzw. zwischen ihren Subsystemen aus“ (Egger, 2005, S. 2). Das biopsychosoziale System beschreibt die Natur als eine hierarchische Ordnung, in welcher jedes Niveau ein dynamisches System repräsentiert. Alle Ebenen sind miteinander verbunden, so dass Änderungen auf einer Ebene auch Änderungen vor allem auf der angrenzenden und je nach dem auch auf allen anderen Ebenen bewirken.

Abbildung 5: Originäres biopsychosoziales Modell nach Engel



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Egger (2005, S.4)

„Die Person – ihre physische Erscheinung sowie ihr Erleben und Verhalten – wird als ein Ganzes gesehen“ (Egger, 2005, S. 5). Sie ist allen ihren Subsystemen wie den Organen oder Atomen etc. übergeordnet und den materiellen Ebenen wie zum Beispiel Familie, Gesellschaft etc. untergeordnet. Egger führt den Begriff der Emergenz als ein zentrales Konzept in das biopsychosoziale Krankheitsmodell ein.

Dabei geht es um geistige/mentale Phänomene (z. B. psychische Auffälligkeiten), die zwar bestimmt und erzeugt von physiologischen und physiko-chemischen Ereignissen sind, aber sich durch emergente Eigenschaften charakterisieren. Erst durch das Zusammenwirken verschiedener Ereignisse ergibt sich eine neue Systemstruktur und diese lässt sich nicht auf die Eigenschaften der Elemente zurückführen, die diese isoliert aufweisen. Das heisst also, dass neurologische und biochemische Erklärungen für Erlebens- und Verhaltensphänomene nicht ausreichen, „...da das jeweils höher liegende System Phänomene produziert, die auf der darunter liegenden Ebene noch gar nicht existieren“ (Egger, 2005, S. 5). Im Forschungsbericht über die berufliche Integration von Personen mit psychischen Störungen wird dieses Phänomen empirisch unterlegt, indem aufgezeigt wird, dass die Personenvariablen wie Einschränkungen der kognitiven oder Handlungskompetenzen zahlreichen Einflüssen unterliegen. Das von den Befragten beschriebene Wechselspiel zwischen Person, Arbeitsumfeld und sozialem Umfeld entspricht dem beschriebenen biopsychosozialen Krankheitsmodell (vgl. BSV, 2010, S. 18 ff.).

Das bedeutet also, dass die in der Hierarchie darüber liegenden Systeme wie Familie, Gemeinschaft und Kultur in den Erklärungs- und Deutungsprozess von menschlichen Verhaltensweisen immer mit einbezogen werden müssen. Die klassische Dreiteilung des Verständnisses von Krankheit und Gesundheit in eine biomedizinische, in eine psychologische und in eine öko-soziale wird im biopsychosozialen Krankheitsmodell integriert und folgendermassen zusammengefasst:

Gesundheit: die ausreichende Kompetenz des Systems „Mensch“, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien, etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psychosozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren.

Krankheit: stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen beim System „Mensch“ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist. (Egger, 2005, S. 5)

Nach Egger ist die klassische Psychosomatik mit der Frage nach der schädigenden Wirkung psychosozialer Faktoren auf körperliche Vorgänge im Lichte des biopsychosozialen Modells obsolet. Nach den Grundsätzen dieses Modells gilt, dass bei jedem Krankheitsprozess psychosoziale Faktoren miteinzubeziehen sind. Die Frage ist also nicht mehr, ob ein Einfluss besteht, sondern in welcher Art und zu welchem Zeitpunkt in einem somatisch geprägten Krankheitsverlauf sich psychosoziale Faktoren zeigen und umgekehrt. Die Dichotomie von psychosomatischen und nicht-psychosomatischen Krankheiten ist laut dem Autor folglich nicht mehr haltbar (vgl. ebd., S. 4). Auch im biopsychosozialen Modell geht man von einer autoregulativen Kompetenz des Systems Mensch aus, das zwar wie oben beschrieben von den anderen Systemen beeinflusst wird, aber dennoch einen Ausgangspunkt für die Wechselwirkungen in interpersonalen Prozessen darstellt.

Die autoregulative Kompetenz oder psychische Potentiallandschaft, wie sie Sommerfeld et al. betiteln, ist Gegenstand der Psychologie und allenfalls der Neurowissenschaften (vgl. Sommerfeld et al., 2011, S. 279). Deswegen wird in der vorliegenden Master-Thesis darauf verzichtet, näher auf diese Prozesse einzugehen. Vielmehr interessieren die subjektiven Erfahrungs- und Verhaltensmuster in Zusammenhang mit den Kontextfaktoren, also die Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt. Diese wechselwirksamen Prozesse werden in der Folge durch ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickeltes und zur Klassifikation des ICD-10 ergänzendes System zur Erfassung der Funktionsfähigkeit aufgezeigt.

2. 2. 4. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Auf dem biopsychosozialen Krankheitsmodell aufbauend hat die WHO mit dem ICF ein zur ICD-10-Klassifikation ergänzendes System entwickelt, das den Fokus auf die funktionalen Probleme legt. Damit gemeint sind die negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben von Betroffenen. In Frage kommen zum Beispiel die Mobilität, die Kommunikation oder die Interaktionen mit anderen Menschen und das Erwerbsleben. Konkret heisst das, dass die Beschreibung einer psychischen Störung oder Krankheit, welche als eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens definiert werden kann, sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen aber auch interpersonalen und/oder körperlichen Einschränkungen äussern kann (vgl. Schuler & Burla, 2012, S. 7).

Dieser Ansatz richtet sich auf die rehabilitativen Möglichkeiten und zieht dafür im Gegensatz zum ICD-10 die Kontextfaktoren im Sinne von Barriere- und Förderfaktoren mit ein (vgl. Schuntermann, 2005, S. 1). Im ICF soll wie im ICD-10 eine einheitliche, international anerkannte Sprache verwendet werden, die von allen Beteiligten verstanden wird. Diese Sprache wird durch die Entwicklung des ICF zur Verfügung gestellt. Sie wurde im Jahre 2001 von der WHO unter Mitwirkung von Vertreter_innen der schweizerischen Bundesregierung verabschiedet (ebd., S. 1 f.).

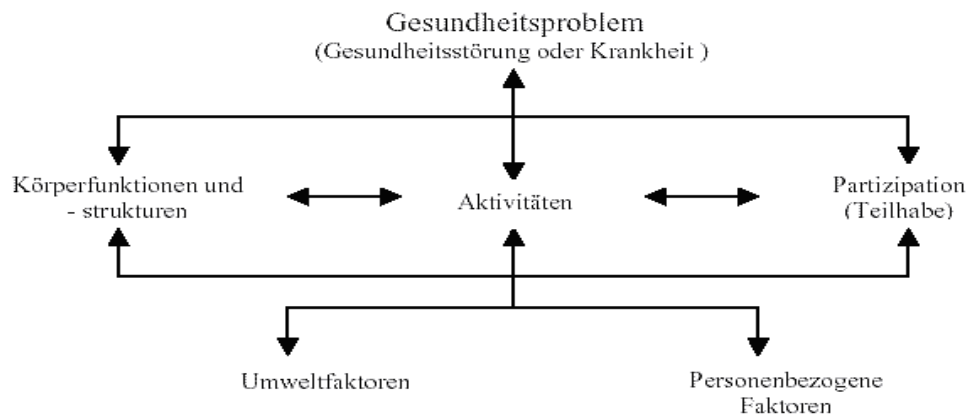
Nach dem ICF gilt eine Person als funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihres gesamten Lebenshintergrunds (Konzept der Kontextfaktoren) – :

1. ihre körperlichen Funktionen (einschliesslich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).
- (Schuntermann, 2005, S. 2)

Die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit ist das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem im ICD-10 angesiedelten Gesundheitsproblem einer Person und den Kontextfaktoren. Mit der Entwicklung des Modells der funktionalen Gesundheit und der internationalen Anerkennung wurde bereits der Weg zu einem Paradigmenwechsel geebnet; „Funktionale Probleme sind nicht mehr Attribute einer Person,

sondern sie sind das negative Ergebnis einer Wechselwirkung“ (Schuntermann, 2005, S. 3). Diese Wechselwirkung kann folgendermassen dargestellt werden:

Abbildung 6: Das biopsychosoziale Modell der ICF



Quelle: Schuntermann (2005, S. 3)

Das Gesundheitsproblem nach ICD-10 (z. B. diagnostizierte Schizophrenie) korrespondiert mit den Kontextfaktoren und führt so zu einer Variation der funktionalen Gesundheit. Jedes Element des Modells kann als Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme herangezogen werden (vgl. ebd., S. 2 f.). So kann die fehlende soziale Integration am Arbeitsplatz (Umweltfaktoren) die Arbeitsleistung einschränken (Aktivitäten) und zu einer Beeinträchtigung der Partizipation am Arbeitsmarkt (Teilhabe) führen, was unter Umständen eine reaktive Depression auslösen kann (Gesundheitsproblem). Im Forschungsbericht *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen* wird festgehalten, dass bei den Funktionseinschränkungen, welche sich beim Arbeitsplatz zeigen, an erster Stelle die mangelnde psychische Belastbarkeit und Stabilität und die mangelnde Sozialkompetenz genannt wird. Weniger häufig werden Probleme bei der Arbeitspräsenz und bei der Leistung genannt. Gerade bei Berenteten mit einer Persönlichkeitsstörung war die mangelnde Sozialkompetenz die entscheidende Funktionseinschränkung (vgl. BSV, 2009, S. 62).

Die Konzepte, welche in diesem komplexen Interdependenzenmodell angewendet werden, werden hier in einer kurzen Übersicht mit dem Fokus auf psychische Gesundheitsprobleme zusammengefasst:

- Kontextfaktoren: (1) *Umweltfaktoren*: Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft, Dienste Systeme und Handlungsgrundsätze (z. B. Gesundheits- und Sozialsystem). (2) *personenbezogene Faktoren*: Eigenschaften und Attribute, die nicht Teil des Gesundheitsproblems sind, z. B.: Alter, Geschlecht, Charakter, Lebensstil, Coping, sozialer Hintergrund, Bildung/Ausbildung, Beruf, Erfahrung, Motivation, Handlungswille, Mut, genetische Prädisposition.

- Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen: In den meisten Fällen können diese Konzepte als Ursachen von Einschränkungen bestehender Aktivitäten einer Person angegeben werden. *Körperfunktionen* sind z. B. mentale Funktionen und *Körperstrukturen*, Strukturen des Nervensystems.
- Konzept der Aktivitäten: Dieses Konzept bezieht sich auf den Menschen als handelndes Subjekt. Unterschieden wird zwischen *Leistungsfähigkeit*: das maximale Leistungsniveau das eine Person erfüllen kann, und *Leistung*: die tatsächliche Durchführung einer Person in einem bestimmten Kontext.
- Konzept der Teilhabe: *Teilhabe* bezeichnet das Einbezogenensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich (z. B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) (vgl. Schuntermann, 2005, S. 3).

Das Modell dient der vorliegenden Arbeit zunächst einmal dafür, eine Legitimationsgrundlage für die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Einschränkungen in zwischenmenschlichen Bereichen als Störung der Funktionsfähigkeit zu erhalten. Durch die Analyse der Funktionsfähigkeit kann das soziale Problem genauer beschrieben und identifiziert werden. Somit kann die eingangs beschriebene Definition über psychische Auffälligkeit als „...ein Abweichen der Verhaltensmuster eines Individuums von den sozialen Erwartungen seiner normgebenden Bezugsgruppe“ (Bottlender & Möller, 2005, S.7 f.) von der Autorin durch den Zusatz: das in ihrer Beziehungsfähigkeit als auch in der Partizipation und Teilhabe an sozialen und beruflichen Prozessen beeinträchtigt ist, ergänzt werden. Anzumerken ist, dass das System des ICF nur als Ergänzung zum ICD-10 genutzt wird und somit nur die Personen, welche klare Krankheitssymptome, die sich diagnostisch systematisieren lassen erreicht. Psychische Auffälligkeiten von Menschen, welche am Arbeitsplatz auffallen, können in vielen Fällen (noch) nicht klar nach ICD-10 diagnostiziert werden. Dementsprechend braucht es einen anderen Zugang zu dieser Population. Im nachfolgenden Kapitel wird durch die Symptombeschreibung von Arbeitgebenden versucht, Menschen mit psychischen Auffälligkeiten zu beschreiben und anschliessend auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit zu verorten.

2. 2. 5. Verortung der Verhaltensmerkmale psychisch Auffälliger in Gesundheit und Krankheit

Die Studien des Nationalen Forschungsprogramms NFP 51 belegen, dass die Zeit bei Integrations- oder Ausschlussprozessen eine wichtige Rolle spielt. „Möchte eine ausgrenzungsbedrohte Person einem Exklusionsprozess erfolgreich begegnen, benötigt sie Vertreter_innen aus Institutionen, die sie über eine längere Zeitspanne begleiten und die ihre Integrationsabsichten verstärken.

Wenn die institutionelle Unterstützung ausserdem früh einsetzt, sind Exklusionsprozesse vermeidbar“ (Grunder, 2009, S. 168). Eine Schwierigkeit der Frühintervention oder gar Prävention stellt sich beim Zugang zu Menschen, die zwar psychisch auffallen, aber schwer erreichbar sind, da sie sich (noch) nicht in

psychiatrisch-psychologischer Behandlung befinden.

Im bereits zitierten Forschungsbericht „*schwierige*“ Mitarbeiter wird festgehalten, dass mehr als die Hälfte der Menschen mit psychischen Auffälligkeiten durch Vorgesetzte erst nach mehr als einem bis zu fünf Jahren nach Stellenantritt bewusst als schwierig und auffällig wahrgenommen werden. Dies obschon rückblickend in fast der Hälfte der Fälle von einem Problembeginn schon vor oder bei Stellenantritt auszugehen ist (vgl. BSV, 2011, S.22). Das BSV hat aus diesem Grund in dieser Studie versucht Verhaltensmerkmale von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten aus Sicht der Arbeitgebenden zu beschreiben. So haben sich aufgrund der Beschreibungen von Arbeitgebenden fünf Problemtypen herausgebildet, welche nicht klar psychischen Störungen zugeordnet werden können, und aber im Arbeitsalltag die Umgebung zwangsläufig in Mitleidenschaft ziehen können. Diese Problemtypen, welche Verhaltensmerkmale beschreiben, können laut BSV mitunter als Früherkennungsindikator für präventive Massnahmen herangezogen werden.

Die häufigsten Verhaltensauffälligkeiten der Mitarbeitenden sind: eigene Fehler abstreiten und den anderen die Schuld geben (46 %), starke und unvorhersehbare Stimmungsschwankungen und Launenhaftigkeit (39 %), Konzentrationsprobleme (35 %), „aufmüpfig“ sein bei Anweisungen (34 %). Selten wurden Auffälligkeiten wie Ängste, Zwänge, Sucht, Schmerzstörungen oder manisches Verhalten genannt (vgl. BSV, 2011, S. XII). Aufgrund der schwierigen Zuordnung des Verhaltens werden in den meisten Fällen die Verhalten durch Arbeitgebende nicht pathologisiert und als IV-relevant eingestuft. Dies ist mit ein Grund, weshalb Arbeitgebende in seltenen Fällen Hilfe von aussen holen.

Die verschiedenen Auffälligkeiten wurden in fünf Problemtypen eingeteilt:

- Problem-Typ 1 (32 % der Fälle): wenige, aber spezifische Auffälligkeiten
- Problem-Typ 2 (23 % der Fälle): „Charakterprobleme“ – aber gute Arbeitsleistung
- Problem-Typ 3 (19 % der Fälle): ausschliesslich Leistungsversagen
- Problem-Typ 4 (13 % der Fälle): „Charakterprobleme“ – Leistungsprobleme
- Problem-Typ 5 (13 % der Fälle): Antriebslosigkeit, Depression (BSV, 2011, S. XII)

Die Häufigkeit der persönlichkeitsbedingten Charakterprobleme ist bemerkenswert und könnte darauf hinweisen, dass es sich hier um die grössten Problemfelder in Arbeitsstellen handelt. Auch könnte es sich bei der beschriebenen Personengruppe um Menschen handeln, die der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen zugeordnet werden könnten (vgl. BSV, 2011, S. XVI). Die Typologie hilft zwar, Arbeitnehmende mit auffälligem Verhalten systematisch einzuordnen, doch sei hier kritisch angemerkt, dass die Typenbildung explizit auf den Beschreibungen und Aussagen der Arbeitgebenden beruhen und diese Beschreibungen keine Diagnostik darstellen kann. Sie dient nur dem Verständnis Arbeitgebenden gegenüber, wie sie die „Problemherde“ wahrnehmen. Die psychische Grundausstattung Betroffener kann nur beschrieben, aber nicht klassifiziert werden.

Entsprechend wichtig ist, dass der Fokus auf die in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen Funktionseinschränkungen gelegt wird.

Denn zwischenmenschliche Probleme zeichnen sich dadurch aus, dass am Problem mehr als nur ein Mensch beteiligt ist.

2. 3. Interpersonale Dynamik

Der Blick von den individuellen und gesellschaftlichen Voraussetzungen wird in diesem Kapitel spezifisch auf die konkreten Interaktionsprozesse in Arbeitsbeziehungen gelegt. Ausgangspunkt bildet dabei die Annahme, dass interpersonale Prozesse zwischen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten und Mitarbeitenden oder Vorgesetzten interpersonale Konflikte auslösen können (vgl. BSV, 2011). Es geht also darum zu verstehen, wie Konflikte, immer vor dem Hintergrund des jeweiligen gesellschaftlichen und individuellen Kontextes gesehen, entstehen und welche innerseelischen Prozesse und Verhaltensweisen daraus resultieren. Dabei wird der Fokus auf interpersonale Konflikte gelegt, da diese Gegenstand der Sozialen Arbeit sind, weil sie eine mögliche Varianz des Verhältnisses zwischen dem Individuum und ihrer unmittelbaren Umwelt widerspiegeln. Intrapersonale Konflikte hingegen sind Gegenstand der Psychologie und können als „psychologische Inkonsistenzen, Unvereinbarkeiten oder Widersprüchlichkeiten im psychischen System“ (Berger, 2005, S. 12) definiert werden. Für Professionelle der Sozialen Arbeit gilt es, die Logik von intrapersonalen Konflikten zu verstehen, um daraus Schlüsse für die Ebene der Interaktionen ziehen zu können. Wichtig zu wissen ist auch, dass Interdependenzen in beide Richtungen stattfinden können: Intrapersonale Konflikte führen zu interpersonalem Konflikten oder interpersonale Konflikte führen zu intrapersonalen Konflikten (vgl. Ruschel, 2008, S. 7).

2. 3. 1. Interpersonale Konflikte

Nach Friedrich Glasl wird ein sozialer (interpersonaler) Konflikt folgendermassen definiert:

[Ein] sozialer Konflikt ist eine Interaktion zwischen Akteuren (Individuen, Gruppen, Organisationen usw.), wobei wenigstens ein Akteur eine Differenz bzw. Unvereinbarkeiten im Wahrnehmen und im Denken bzw. Vorstellen und im Fühlen und im Wollen mit dem anderen Akteur (den anderen Akteuren) in der Art erlebt, dass beim Verwirklichen dessen, was der Akteur denkt, fühlt oder will, eine Beeinträchtigung durch den einen anderen Akteur (die anderen Akteuren) erfolge.
(Glasl, 2010, S. 17)

Nach Glasl müssen alle genannten Merkmale auftreten, damit man von einem sozialen Konflikt reden kann (vgl. Glasl, 2010, S. 18). Der Coach und Konfliktmanager Adalbert Ruschel weist in seinem Beitrag auf die wichtige Unterscheidung zwischen latenten, aktuellen und manifesten Konflikten hin. Latent sind Konflikte dann, wenn die Situation so konstruiert ist, dass Konflikte grundsätzlich entstehen können.

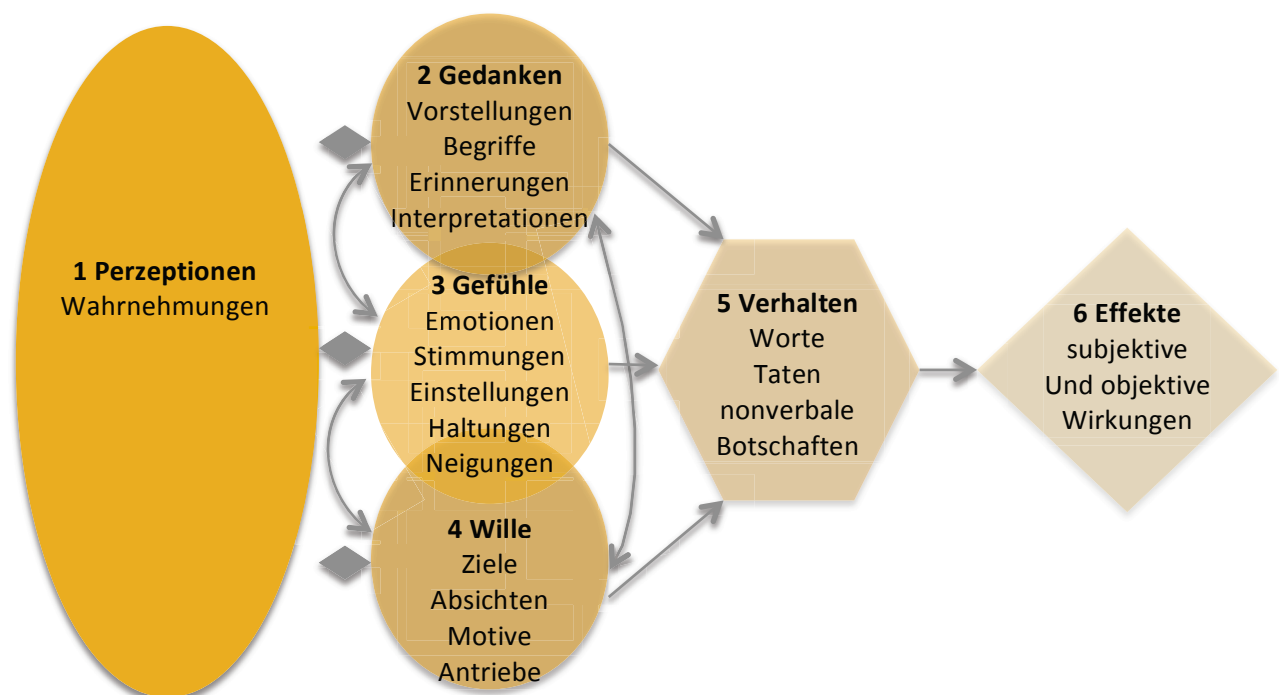
Es sind zum Beispiel gerade die Situationen an Arbeitsplätzen, welche per se ein Konfliktpotential in sich tragen, da Arbeitsbeziehungen grundsätzlich zweckbestimmt und leistungsorientiert organisiert sind.

Aktuelle Konflikte zeigen sich darin, dass objektive Konflikte zwar schon bestehen, sie subjektiv aber noch nicht wahrgenommen werden.

Wenn Gegensätze existieren und bewusst wahrgenommen werden und der Konflikt bereits ausgetragen wird, spricht Ruschel von einem manifesten Konflikt (vgl. Ruschel, 2006, S. 3). Das Bewusstsein über den Stand des Konfliktes kann bei den Konfliktparteien unterschiedlich sein; wenn die eine Partei den Konflikt als manifest wahrnimmt, heisst das noch lange nicht, dass die andere dasselbe tut. Ruschel weist darauf hin, dass bei einer Konfliktanalyse der Unterschied bzw. die Interdependenz zwischen Konfliktursache und Konfliktgegenstand zentral ist. Der Konfliktgegenstand kann trivial sein (z. B. Fehler in der Zeitabrechnung) und zu einem manifesten Konflikt führen, wenn die latenten Konfliktursachen (Antipathie, Stigmatisierung) darin Bestätigung finden (vgl. ebd., S. 4). Speziell hervorzuheben ist, dass es sich bei Konflikten zwischen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten und Vorgesetzten um asymmetrische Konflikte handelt, die durch eine Ungleichheit in der Machtverteilung geprägt sind (vgl. Glasl, 2010, S. 57). Menschen mit psychischen Auffälligkeiten sind grundsätzlich in dieser hierarchischen Beziehungen immer benachteiligt.

Die seelischen Funktionen, die sich in einem Konflikt zeigen (nicht primär dazu führen!), lassen sich nach Glasl als Ansatzpunkte für Konfliktmanagement heranziehen. In der Folge werden diese seelischen Funktionen genauer beschrieben.

Abbildung 7: Seelische Funktionen im Konflikt



Quelle: Glasl (2010, S. 40)

Die ersten vier Funktionen: Perzeptionen, Gedanken, Gefühle und der Wille, wirken innerlich und werden verbal oder nonverbal als Verhalten an den/die Interaktionspartner_in herangetragen. Die Wirkung dieses verbalen und nonverbalen Verhaltens wird durch unseren/unsere Interaktionspartner_in so als Effekt erfahrbar (vgl. Glasl, 2010, S. 40). Im Laufe des Konflikts kommt es zu starken Verzerrungen der Perzeptionen und des Denk- und Vorstellungsvermögens. „Wir simplifizieren und reduzieren die Wirklichkeit zu einer einfachen und überschaubaren Konstruktion unserer Wirklichkeit. Diese legen wir uns zurecht, weil sie uns weniger verunsichert als die bestehende, vielschichtige Wirklichkeit“ (Glasl, 2010, S. 41). Am schwersten wiegt aber die Verzerrung des Selbst- und Fremdbildes. Gerade wenn es sich um einen eskalierenden Konflikt handelt, sehen wir uns selbst als die Guten und die Gegner_innen als die aggressiven, unzuverlässigen, schwierigen. Diese Verzerrungen führen dazu, dass nur noch das wahrgenommen wird, was den vorgefassten Meinungen entspricht. Diese fixierten Bilder versperren den Blick auf die tatsächliche Situation und die andere Persönlichkeit, wie sie real ist (vgl. ebd., S. 41f.). Die Veränderungen im Wahrnehmen, Denken und Fühlen haben laut der aktuellen Gehirnforschung den Ursprung im Erleben von Stress (vgl. ebd., S. 42). So tritt in Stresssituationen eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber dem Verhalten des/der Anderen ein, welches letztlich zu Überempfindlichkeit wird und sich in einem gegenseitigen Abkapseln der Parteien manifestiert. Gefühle helfen uns so nicht mehr einen Zugang zu anderen zu schaffen, wir verlieren unsere Empathiefähigkeit (vgl. ebd., S. 43). Glasl spricht dann von der Entwicklung eines „sozialen Autismus“ (Glasl, 2010, S. 43). Wenn wir uns von der Aussenwelt abkapseln, verlieren wir so uns selbst, da wir nur durch den Kontakt mit der Aussenwelt unser Selbst verwirklichen können. Diese Polarisierung zwischen den Polen Aussenwelt und Innenwelt führt nach Glasl zu Rigidität, Intoleranz, Starrheit, egozentrischen Einstellungen bis zu Kampf und Zerstörung (vgl. ebd., S. 44). In Konflikten ist unser Verhalten so sehr eingeschränkt, dass wir die sonst vorhandene Vielfalt der Verhaltensmuster nicht mehr einsetzen können. Als Akteur_innen in Konflikten verlieren wir den Blick für die Auswirkungen auf unsere Gegner_innen, da wir viel zu sehr mit uns selbst beschäftigt sind. Unser Innenleben (Perzeptionen, Gefühle, Gedanken, Absichten) lenkt uns davon ab, die Wirkungen unseres Tuns zu sehen. Die Absicht hinter dem Tun ist meist nicht identisch mit der Wirkung. Ein_e Vorgesetzte_r will mit der Versetzung eines/einer Mitarbeiter_in ja nur bewirken, dass Ruhe einkehrt. Es kann aber sein, dass durch diese Handlung der/die Mitarbeiter_in zutiefst gekränkt ist und sich entsprechend widerständig gegenüber dem/der Vorgesetzten verhält. Es wächst ein Bereich des Handelns und der Wirkungen, der ausser Kontrolle gerät und nichts mehr mit dem ursprünglichen Problem zu tun hat (vgl. ebd., S. 51).

Der Verhaltensstil in Konflikten kann von Person zu Person sehr unterschiedlich sein, dies zeigt sich in heissen bzw. kalten Konflikten. Heisse Konflikte sind geprägt durch Überempfindlichkeit und Überaktivität, Angriff und Verteidigung sind für alle klar sichtbar. Kalte Konflikte zeichnen sich hingegen durch eine zunehmende Lähmung der Aktivitäten aus. Negative Gefühle werden hinuntergeschluckt, destruktive Gedanken bleiben aufrecht (vgl. ebd., S. 76 ff.).

In Bezug auf die Thematik der Thesis sind vor allem kalte Konflikte interessant, da in den meisten Fällen, in denen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten involviert sind, keine offensichtlich spektakulären Konfliktformen angenommen werden, sondern Konflikte im Stillen ausgetragen werden. Kalte Konflikte zeichnen sich dadurch aus, dass die Konfliktparteien desillusioniert und frustriert sind. Den Parteien fehlt ein positives Selbstbild. Kalte Konflikte kommen vor allem dann vor, wenn ein Führungsvakuum besteht, also keine klare Ansprechperson da ist. Als Folge kommt es zum Erliegen der direkten Kommunikation. Nach Glasl wird in kalten Konflikten viel darin investiert, Ausweich-Prozeduren und Kontaktvermeidungs-Verfahren zu konstruieren (vgl. ebd., S. 82). Die Folge ist soziale Erosion, also dass die Beziehungen zwischen den einzelnen Personen zum Erliegen kommen.

Durch die Angst vor der Allmacht der Gegenpartei sind Einzelpersonen in kalten Konflikten auf sich selbst zurückgeworfen. Die illusorische und verzerrte Vorstellung der Auswirkungen des eigenen Verhaltens auf die Gesamtsituation führt dazu, dass Feedback-Bemühungen von Kolleg_innen oder Aussenstehenden abgewiesen werden. Dadurch, dass das Bild der Situation von den beteiligten Konfliktparteien so verzerrt ist, ist es einer Drittpartei kaum möglich, den Parteien die Situation zu spiegeln (vgl. ebd., S. 83 f.).

Erwähnenswert ist, dass Konfliktparteien unterschiedliche Verhaltensstile haben können, sich aber durch eine länger andauernde Konfrontation die Verhaltensstile angleichen und sich somit ein einheitliches Verhaltensklima einstellt (vgl. ebd., S. 77). Kalte Konflikte sind keine latenten Konflikte, denn sie werden ausgetragen, auch wenn das im Gegensatz zu heißen Konflikten mit weniger offen sichtbaren und vielmehr indirekten Mitteln stattfindet. Im Gegensatz zu heißen Konflikten, bei denen es zu Explosionen kommt, kommt es in kalten Konflikten vielmehr zu „Implosionen“ (Glasl, 2010, S. 84). Letztlich führen die Entwicklungen in kalten Konflikten zu Selbstzweifeln, selbstzerstörerischen Auswirkungen und Eigenhass (vgl. Glasl, 2010, S. 84).

2. 3. 2. Verhaltensmerkmale der Konfliktparteien

Auffällig ist, dass der seelische Prozess in Konflikten, welcher sich durch eine verzerrte Wahrnehmung und Veränderungen in Gefühlen und Wille zeigt, Parallelen zu den Wahrnehmungen aufweist, welche durch Betroffene selbst als auch in anerkannten Klassifikationssystemen als Symptome mit psychischen Auffälligkeiten in Zusammenhang gebracht werden. Auch da werden Beeinträchtigungen der Emotionen und Kognitionen als Merkmale psychischer Störungen wahrgenommen (vgl. ICD-10, 2014; Master-Thesis, Kapitel 3. 2.). Das heisst also, dass beide Konfliktpartner_innen, der/die offiziell nicht-Kranke und der/die wahrnehmbar psychisch Auffällige, in Konfliktsituationen ähnliches empfinden und auf gleicher Ebene stehen, mindestens, was das Erleben im Bereich Emotionen und Kognitionen anbelangt. Die Konsequenzen, die sich daraus zum Beispiel für Interventionsstrategien des Konfliktmanagements ergeben, könnten wegweisend sein. Wenn es tatsächlich so ist, dass beide Parteien in einem Konflikt ähnliche seelische Empfindungen erleben, sollte auf beide Parteien in gleichem Masse Rücksicht genommen werden. Eine Gleichbehandlung der Konfliktparteien würde zum angestrebten Paradigmenwechsel führen; Im Zentrum

des Konfliktmanagements würde nicht mehr nur das fehlangepasste und auffällige Subjekt stehen, sondern gleichberechtigt beide oder alle am Konflikt beteiligten Parteien. Die Feststellung der Ähnlichkeit der seelischen Prozesse im Konflikt bei allen Konfliktparteien stellt grundsätzlich nur eine theoretische Vorannahme der Autorin dar und müsste empirisch überprüft werden.

Die Konsequenzen dieses seelischen Prozesses, welche sich im Verhalten von Vorgesetzten und Teammitgliedern zeigen, wurden in der Studie des BSV über „*schwierige*“ Mitarbeitende untersucht.

Der Betroffenen-Typologie wurde eine Typologie des Verhaltens der Vorgesetzten gegenüber den schwierigen Mitarbeitenden entgegengesetzt:

- Interventions-Typ 1 (15 % der Fälle): Aktivismus
- Interventions-Typ 2 (24 % der Fälle): Zuwarten
- Interventions-Typ 3 (47 % der Fälle): Leistung einfordern
- Interventions-Typ 4 (14 % der Fälle): Professionelle Hilfe (BSV, 2011, S. XIV)

Laut diesem Forschungsbericht können Vorgesetzte Probleme zwar mehr oder weniger differenziert wahrnehmen, grosse Schwierigkeiten zeigen sich aber in der Art und Weise, wie sie auf die Probleme reagieren und intervenieren. Sie tun dies meistens unspezifisch, unreflektiert und so, wie sie sich in anderen, „normalen“ Belangen verhalten (Leistung einfordern oder zuwarten). Die Untersuchung zeigt weiter, dass die Reaktionen der Vorgesetzten nicht nur durch die spezifische Problematik der auffälligen Mitarbeitenden bedingt ist, sondern viel mehr von der persönlichen Haltung, der einschlägigen Vorerfahrung und von eigenen emotionalen Reaktionen gesteuert wird. Es gibt zwischen der Art der Auffälligkeiten der „schwierigen“ Mitarbeiter_innen und der Intervention der Vorgesetzten keinerlei Zusammenhänge. Vielmehr verhalten letztere sich in schwierigen Situationen genauso, wie sie sich generell verhalten (vgl. BSV, 2011, S. 132 f.).

Teams hingegen reagieren auf die jeweilige Art der Auffälligkeit sehr unterschiedlich. Bei persönlichkeitsbedingten Auffälligkeiten reagieren sie mit wenig Mitgefühl und Hilfsbereitschaft, bei depressiven Ausprägungen bei Mitarbeitenden reagieren sie mit deutlich erhöhtem Mitgefühl sowie reduziertem Ärger. Da depressive Erkrankungen deutlicher einer psychischen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können, hingegen Persönlichkeitsstörungen oft nicht als psychische Krankheiten erkannt werden, kann der Schluss gezogen werden, dass je offensichtlicher das psychische Problem eines/r Mitarbeiter_in ist, desto grösser die Hilfsbereitschaft des Teams ist (vgl. ebd., S. 103).

Aus den verschiedenen Teamreaktionen konnte auch eine Typologie errechnet werden, welche drei Team-Reaktionstypen ergab:

- Reaktions-Typ 1 (33 % der Fälle): Hilfsbereitschaft
- Reaktions-Typ 2 (21 % der Fälle): Ambivalenz, Verunsicherung, Stress
- Reaktions-Typ 3 (46 % der Fälle): Ablehnung, Ärger, Wut (BSV, 2011, S. XV)

Bemerkenswert ist, dass in fast der Hälfte der Fälle die Teammitglieder mit Ablehnung, Wut und Ärger auf die Betroffenen reagieren.

Ergänzend dazu wird im Forschungsbericht festgehalten, dass sich im Verlauf der Problemsituation mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden in einem Drittel aller Fälle der Zusammenhalt im Team verschlechtert hat. Bei Mitarbeitenden mit persönlichkeitsbedingten Merkmalen wie den In Kapitel 2. 2. 5. beschriebenen Charakterproblemen kam es in bis zu 50 % der Fälle zu einer Klimaverschlechterung im Team. In einem Team mit einer/m auffälligen Mitarbeiter_in, der/die sich durch narzisstisches, entwertendes und aggressives Verhalten auszeichnete, hat sich das Teamklima am häufigsten verschlechtert (vgl. BSV, 2011, S. XV f.).

Explizit wird im Bericht erwähnt, dass auch diese Ebene in einem reziproken Verhältnis steht: Wenn Teams einen offenen Umgang mit Fehlern pflegen, können sie deutlich besser mit den schwierigen Mitarbeitenden umgehen, als wenn Teams Fehler eher verheimlichen (vgl. ebd., S. XVI). Der Zusammenhang zwischen dem Führungsstil der vorgesetzten Person und dem Reaktionsverhalten des Teams ist evident. „Besonders verunsicherte, gestresste und ambivalente Teams haben überdurchschnittlich häufig Vorgesetzte, die mit ungerichtetem Aktivismus auf die Problemsituation reagieren“ (BSV, 2011, S. XVI). Dieses Verhalten wirkt sich negativ auf den Problemverlauf aus. Deutlich unterstützender wirkt sich ein Vorgesetztenverhalten aus, welches professionelle Hilfe hinzuzieht, sei es für sich selbst oder den/betreffende/n Mitarbeiter_in (vgl. ebd., S. 13 f.). Als hilfreich für die Problemlösung werden von den befragten Vorgesetzten in erster Linie ihr eigenes Führungsverhalten genannt, gefolgt von der Offenheit der betroffenen Mitarbeiter_innen und der Offenheit des involvierten Teams.

Die erwartete Rolle der/des Vorgesetzten kann in solch stressbeladenen Situationen und Beziehungen in vielen Fällen ebenso wenig wahrgenommen werden wie die Rolle der/des untergebenen Mitarbeiter_in. Glasl spricht bei Arbeitsbeziehungen vom Vorhandensein eines ungeschriebenen Rollenvertrags, der Zwangscharakter besitzt und bei dessen Nichteinhaltung Rollenträger_innen sanktioniert werden (vgl. Glasl, 2010, S. 121), wobei die Sanktionierung aufgrund der asymmetrischen Machtverteilung sich immer auf Betroffene richtet. Die Einhaltung eines solchen Vertrages setzt immer eine relative Konstanz der Persönlichkeit voraus, welche Menschen mit psychischen Auffälligkeiten in der Regel nicht erfüllen können. Die individuelle Ausstattung der Betroffenen birgt Konfliktpotential und kann zu Austausch- und Machtproblemen führen. Silvia Staub-Bernasconi schenkt im Konzept der Problemdimension diesen Interdependenzen besondere Aufmerksamkeit.

2. 3. 3. Verortung des Konfliktes anhand der Problemdimensionen nach Staub-Bernasconi

Durch Staub-Bernasconis Analyseinstrument zur Beschreibung sozialer Probleme durch vier Problemdimensionen können alle ausgewählten Theoriebezüge in einem Modell vereint werden. Die genaue Problemanalyse ist in diesem Sinne wichtig, als dass die anschließende Lösungskonstruktion erst möglich ist, wenn das soziale Problem zugeordnet werden kann. Wie bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben, geht auch Staub-Bernasconi davon aus, dass soziale Probleme „...sowohl Probleme von Individuen als auch Probleme einer Sozialstruktur und Kultur in ihrer Beziehung zueinander sind“ (Schmocker, 2013, S. 13). Dabei sind aus bedürfnistheoretischer und systemtheoretischer Sicht soziale Probleme real, egal ob sie individuell oder gesellschaftlich bewusst wahrgenommen und anerkannt werden. „Als soziales Problem wird somit jenes Bündel von praktischen Problemen verstanden, die sich für ein Individuum im Zusammenhang mit der Befriedigung seiner Bedürfnisse nach einer befriedigenden Form der Einbindung in die soziale Systeme seiner Umwelt ergeben“ (Schmocker, 2013, S. 13). Für die Befriedigung der Bedürfnisse in Bezug auf Nahrung, Sexualität, Arbeit, Kleidung, Wohnung, Bildung, psychische und soziale Sicherheit, medizinische Versorgung, aber auch in Bezug auf alle anderen psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse ist ein Mensch existentiell auf andere angewiesen (vgl. Staub-Bernasconi, 1995a, S. 20). Somit sind für die Entwicklung sozialer Probleme die individuelle Ausstattung, die Interaktionsstruktur (Austausch) und die Positionsstruktur (Macht) gleichermaßen mitverantwortlich. Dabei handelt es sich um ein reziprokes Beziehungsmuster, welches zu kumulativen Problemlagen führen kann (vgl. Schmocker, 2013, S. 13 ff.).

Tabelle 2: Problemdimensionen

Ausstattungsprobleme Erkenntniskompetenz Gesundheit Ausstattung mit Wissensformen Handlungskompetenzen Sozioökonomische Ausstattung Soziale Mitgliedschaften	Austauschprobleme Physisch Sozioökonomisch Ebene des Erlebens/Erkennens Ebene des Wissens Vermittlung von Handlungskompetenzen
Machtprobleme Körperliche Macht Sozioökonomische Macht Artikulationsmacht Definitionsmacht Autorität und Positionsmacht Organisationsmacht	Kriterien-Wertprobleme „ungerechte“ soziale Regeln in Bezug auf: Ressourcenverteilung Arbeitsteilung Kontrolle und Erzwingung der Einhaltung der aufgeführten sozialen Regeln (Macht) Willkürliche oder fehlende Kriterien

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Staub-Bernasconi (1995a, S. 15 ff.)

Psychisch auffällige Menschen bringen in den meisten Fällen über kurze oder längere Zeit mehrfache Defizite¹² im Bereich der Ausstattung mit. So kann eine problematische Ausstattung der psychischen Gesundheit und der Einschränkungen im Empfinden, Fühlen, Wahrnehmen, Denken und Lernen (Erkenntniskompetenz) zu eingeschränkten Handlungskompetenzen und in eingeschränkter sozioökonomischer Ausstattung (gesellschaftliche Position, Arbeit, Einkommen, Bildung) führen. Letztlich haben diese kumulierten Defizite auch Auswirkungen auf soziale Beziehungen und Mitgliedschaften. (vgl. Staub-Bernasconi, 1995a, S. 15 ff.)

Bezogen auf Austauschprobleme, werden nach Staub-Bernasconi Ausstattungsmerkmale und die damit zusammenhängenden Ressourcen zu Tauschmedien (vgl. ebd., S. 21). Austauschbeziehungen bilden die Quelle für Kooperation und Solidarität, aber auch für Konflikte und Instrumentalisierungen (vgl. ebd., S. 21). Gerade Menschen mit psychischen Auffälligkeiten, welche über vielschichtige Defizite in der Ausstattung verfügen, sind in Austauschbeziehungen benachteiligt und unattraktiv (vgl. ebd., S. 23). Bei Interaktionsmustern (Austausch) steht die Gegenseitigkeits- und Gleichwertigkeitsnorm im Zentrum. Sobald dieses Reziprozitätsprinzip gestört ist, kommt es zu einem Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage. Die Folge davon ist, dass der/die eine Partner_in immer weniger und die andere Seite immer mehr hat (materielle und immaterielle Güter). Solche Asymmetrien lokalisiert Staub-Bernasconi in verschiedenen Bereichen: wenn körperliche oder sozioökonomische Bedürfnisse nicht befriedigt werden, beim Erlernen von emotionalen, normativen und kognitiven Erlebnisweisen, wo es um Austausch von Wissen, Einsichten, Theorien, Plänen und Wünschen geht oder wenn es um die gegenseitige Vermittlung von Handlungskompetenzen geht. Diese asymmetrischen Interaktionsgebilde verfestigen sich und Interaktionspartner_innen mit defizitärer Ausstattung werden im Rahmen solcher Beziehungen immer wieder den Kürzeren ziehen (vgl. ebd., S. 23). Je mehr Macht und Autonomie die Gegenpartei durch den Ressourcenvorsprung bekommt, desto weniger ist sie auf die Leistungen und Angebote der anderen angewiesen. Damit sind bereits schon Machtprobleme im weitesten Sinne angesprochen. Vereinfacht kann man sagen: Wer über eine bessere Ausstattung verfügt, hat Macht über die andere Person (dies können auch Organisationen/Institutionen sein). Im Zusammenhang mit den asymmetrischen Machtbeziehungen, denen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten gegenüberstehen, sind vor allem die Autorität/Positionsmacht (Vorgesetzten-Untergebenenhierarchie) und die Organisationsmacht (Beziehungen) wichtig. Die Verfügbarkeit machthaltiger Ressourcen entscheidet zusammen mit den gesellschaftlichen Rollen und Positionen darüber, ob ein Mensch sich in der Macht- oder Ohnmachtsposition befindet (vgl. Schmocker, 2013, S. 14). Diese Machtebenen können bei missbräuchlicher Anwendung Partizipation verhindern und zu sozialer und beruflicher Exklusion führen.

Im Zusammenhang mit der Machtproblematik entwickelt sich ein Werte/Normen- und Kriteriensystem, das für die gemeinsame gesellschaftliche Vorstellung einer gerechten und guten Welt steht. Werte und

¹² Mit dem Terminus Defizit ist keine Wertung oder gar Stigmatisierung impliziert. Es geht bei der Anwendung des Begriffs darum, die soziale Realität der Ungleichverteilung aufzuzeigen.

Kriterien sind von der Gesellschaft vorgegeben und bestimmen die Kultur. Probleme entstehen dann, wenn in einer Gesellschaft Kriterien für bestimmte Bereiche fehlen oder willkürlich oder nicht angewendet werden (vgl. Staub-Bernasconi, 1995a, S. 41 ff.).

Somit lässt sich ein Bogen zu den vorgelagerten Kapiteln dieses Beitrages spannen. Psychische Auffälligkeiten/Probleme bei Arbeitnehmer_innen existieren trotz der „positiven“ Zahlen des in Kapitel 2. 2. 1. dargestellten Obsan-Berichtes. Das zeigt die Befragung von rund 1000 Vorgesetzten in Basel-Stadt und Baselland sehr deutlich, welche ergab, dass rund 25 % der Belegschaft unter psychischen Problemen leiden oder gelitten haben, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken. In kleineren Betrieben wird der Anteil jemals relevant psychisch belasteter Mitarbeiter_innen gar auf 50 % geschätzt. Psychische Probleme mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen in Betrieben demnach ein Massenphänomen dar (vgl. BSV, 2011, S. XIV ff.). Dieses problematische Massenphänomen führt zu oder ergibt sich offensichtlich aus interpersonalen Dynamiken/Prozessen, welche einem Machtgefälle unterliegen. Solange die Gesellschaft keine verbindlichen Werte für den Umgang mit diesen sozialen Problemen schafft, ist es den Interaktionspartner_innen selbst überlassen, Entscheidungen in diesen problematischen Situationen zu fällen und die Bedingungen für Inklusion und Exklusion festzulegen. Die Frage, die sich nun stellt, ist, wie Akteur_innen der einzelnen Funktionssysteme und insbesondere des Systems Ökonomie diese schwierige Aufgabe bewältigen können.

2. 4. Lösungsstrategien

Die Verantwortung der Arbeitgeber_innen wird im schweizerischen Arbeitsgesetz folgendermassen festgehalten: „Der Arbeitgeber ist verpflichtet, zum Schutze der Gesundheit der Arbeitnehmer alle Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den Verhältnissen des Betriebes angemessen sind. Er hat im Weiteren die erforderlichen Massnahmen zum Schutze der persönlichen Integrität der Arbeitnehmer vorzusehen“ (ArG, 2014, Art. 6, Abs. 1). Verfügbare Daten zeigen, dass Arbeitgebende den psychologischen Risiken am Arbeitsplatz weniger Bedeutung beimessen als in anderen Ländern, da hierzulande der Druck durch das Arbeitsinspektorat als weniger stark empfunden wird (vgl. OECD, 2013, 16 f.). Die 194 Arbeitsinspektor_innen, welche von den Kantonen angestellt sind, sollen Gesundheitsrisikofaktoren in Firmen erkennen und bei Arbeitsbedingungen mit nachweislich negativen Auswirkungen auf die Gesundheit eine Konsultation einer Präventivfachperson verlangen (vgl. ebd., 2013, S. 41). Diese Unterstützung wäre sinnvoll, da Vorgesetzte und Team im Umgang mit Mitarbeitenden, bei denen psychische Probleme vermutet werden könnten, oft ratlos sind. In seltenen Fällen wird in solch schwierigen Situationen externe Hilfe beigezogen, die Problemlösung erfolgt meist intern und führt in 90 % der Fälle zu einer Kündigung (vgl. BSV, 2011, S. 1). Daraus resultiert die Erkenntnis, dass nicht nur Menschen mit psychischen Auffälligkeiten Unterstützung brauchen, sondern dass, um andere Resultate zu erzeugen, auch Teammitglieder und in erster Linie Vorgesetzte unterstützt werden sollen.

2. 4. 1. Forschungsgestützte Empfehlungen

Aus den Forschungsberichten der WHO (2006), OECD (2013) und dem BSV (2009, 2010, 2011) lassen sich folgende für die Thematik dieser Arbeit relevante Empfehlungen für den Umgang mit Problemsituationen, in denen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten beteiligt sind, zusammenfassen:

Tabelle 3: Forschungsgestützte Empfehlungen

WHO	<ul style="list-style-type: none"> • Das Bewusstsein von der Bedeutung psychischen Wohlbefindens fördern. • Gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ungleichbehandlung vorgehen. • Umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme implementieren. • Kompetente und leistungsfähige Mitarbeitende einsetzen. • Die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden/Angehörigen in die Planung und Entwicklung einbeziehen. (vgl. WHO, 2006, S. 11 ff.)
OECD	<ul style="list-style-type: none"> • Den Arbeitgebenden adäquate Instrumente und Unterstützung zur Verfügung stellen, damit psychische Risiken am Arbeitsplatz angegangen werden können. • Anstrengungen unternehmen, um sicherzustellen, dass mehr Arbeitgebende sich bei psychischen Problemen der Angestellten an die IV wenden. • Arbeitsplatzbezogene Frühinterventionsmassnahmen auf reguläre Arbeitsplätze ausdehnen und Frühinterventionen vermehrt auf psychisch Erkrankte anwenden. • Vermehrt erwerbstätigkeitsbezogene Module in der Grundausbildung von Ärzt_innen miteinbeziehen. • Einführung von arbeitsbezogenen Richtlinien zur Behandlung von psychischen Problemen und verstärkte Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden. (vgl. OECD, 2013 S. 21)
BSV (2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von diagnosespezifischen Interventionskonzepten (andere Massnahmen für Menschen mit Schmerzstörungen/Depressionen als für Menschen mit schwierigen Persönlichkeiten). • Langfristige Betreuung über das Kindes- und Jugendalter hinaus auch im Erwerbsleben (viele Menschen, die in der Kindheit/Jugend unterstützt wurden, melden sich mit 30–40 Jahren wieder bei der IV). • Frühinterventionsmassnahmen im betrieblichen Kontext mit Unterstützung und Berücksichtigung der Bedürfnisse der Vorgesetzten (da in ca. 50 % der Fälle noch ein ungekündigtes Arbeitsverhältnis vorhanden ist). (vgl. BSV, 2009, S. XXIV & S. 226 ff.)

BSV (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Information und Sensibilisierung von Betrieben zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung und psychische Erkrankungen. • Zentrale Anlaufstellen zur Beantwortung aller Fragen zu den Themen Arbeit, Gesundheit und IV. • Konzipieren, Durchführen und Evaluieren von Projekten. • Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch, die von Betrieben genutzt werden können. • Weiterbildungsseminare für Führungskräfte. (vgl. BSV, 2010, S. 75)
BSV (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beteiligten Akteur_innen – Invalidenversicherung, Arbeitgebende, Gewerkschaften, Privatversicherungen, Rehabilitation, Ärzteschaft, Sozialversicherungsgerichte sowie Politik – sollten eine öffentliche und nicht stigmatisierende Diskussion zur Wertung dieses Phänomens und zur Haltung gegenüber psychischen Problemen am Arbeitsplatz initiieren. • Durch professionelle Akteur_innen sollen fachlich fundierte und hinreichend differenzierte Massnahmen, Abläufe und Settings entwickelt werden, durch welche die Betriebe Belastungsresistenter werden. (vgl. BSV, 2011, S. XXII)

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: WHO (2006), OECD (2013), BSV (2009, 2010, 2011)

Für die Problemlösung werden also unter anderem Massnahmen, die früh und am Arbeitsplatz ansetzen, genannt. Es handelt sich um Massnahmen der Gesundheitsförderung, Früherkennung und Prävention mit besonderem Blick auf die Verhältnisprävention¹³. Sofern ein Problem manifest ist, sind nach Hafén kurative Massnahmen notwendig, die mit dem Begriff Behandlung definiert werden können (vgl. Hafén, 2007, S. 84). In Hinblick auf die hinlänglich beschriebenen komplexen Wirkmechanismen, die sich im Zusammenhang mit psychisch auffälligem Verhalten am Arbeitsplatz zeigen, ist weder nur ein gesundheitsförderliches oder präventives noch kuratives Vorgehen angemessen, um den Paradigmenwechsel von der subjektorientierten Integration zur systemorientierten Inklusion (vgl. Kapitel 2. 1.) zu vollziehen. Entsprechend wird im folgenden Kapitel ein Vorgehen beschrieben, welches sich am Ziel eines inkludierenden Arbeitsmarktes orientiert, und Interventionen, die sich auf die Gesundheitsförderung bzw. Prävention des ganzen Systems richten sollen.

¹³ Terminologie: Gesundheitsförderung: bezweckt den Schutz und die Unterstützung von Gesundheit, die Massnahmen sind breit und unspezifisch ausgelegt. Prävention: ist darauf angelegt, bestimmten Krankheiten vorzubeugen und Gesundheitsrisiken zu senken; wirkt spezifisch auf ein vordefiniertes Risiko ein (vgl. ISPM, 2012, S. 7). Verhältnisprävention: meint den Einbezug der sozialen Systeme (Arbeitsplatz), um Risikofaktoren zu vermindern und Schutzfaktoren zu fördern (vgl. Hafén, 2007, S. 201 f.). Früherkennung: Probleme oder Anzeichen von Problemen in einem frühen Stadium beobachten und systematisieren (vgl. Hafén, 2007, S. 84).

2. 4. 2. Diversität – Entstigmatisierung – Normalisierung

Die Terminologie Diversity Management wird implizit mit einer neoliberalen Zuschreibung verbunden, die sich vor allem in der Nutzbarmachung der Unterschiede für eine bessere Reputation oder Gewinnmaximierung des Unternehmens zeigt (vgl. Petersen & Dietz, 2008, S. 311). Das mag eine Seite dieses Konzeptes darstellen und sicherlich nach wie vor eine gewisse Gültigkeit in Anspruch nehmen. Andererseits geht es bei Diversity Management auch darum, Stereotypen und Vorurteile gegenüber gewissen Merkmalsträger_innen (Menschen mit psychischen Auffälligkeiten) abzubauen (Petersen & Dietz, 2008, S. 314 f.). Da die Auseinandersetzung mit Vielfalt und Diversität auch die Gefahr mit sich bringt, dass Angehörige unterschiedlicher Gruppen (z. B. die psychisch Nicht-Auffälligen und die psychisch Auffälligen) nicht reibungslos miteinander interagieren und dabei Stereotypen, Vorurteile und Stigmas entwickeln, bezeichnen die Autoren in ihrem Beitrag Diversity Management als „...Management von Stereotypen und Vorurteilen“ (Petersen & Dietz, 2008, S. 311).

Stephanie Schür hat sich mit diversen Beiträgen zum Umgang mit Vielfalt, zur integrativen und inklusiven als auch interkulturellen Pädagogik und Diversity Management auseinandergesetzt und festgestellt, dass sich die Diversity-Management-Literatur kaum mit dem Merkmal Behinderung als Diversity-Dimension auseinandersetzt, obschon in zahlreichen Definitionen des Begriffs Diversity auf das Unterscheidungsmerkmal „ability“ hingewiesen wird (vgl. Schür, 2013, S. 111 ff.). Eine Ausnahme stellt ein Artikel von Braun (2007) dar, der sich zwar mit dem Thema Behinderung in Zusammenhang mit Diversity Management auseinandersetzt, aber kritisch zur Diskussion stellt, welchen Nutzen Unternehmen davon haben, Arbeitnehmer_innen mit Behinderungen einzustellen (vgl. Schür, 2013, S. 113). Der Nutzen wird laut Braun vor allem in personalpolitischen Effekten sichtbar, indem „...die Loyalität gefördert wird und bei allen Mitarbeiter_innen die Bereitschaft steigen kann, sich für das Unternehmen zu engagieren“ (Braun, 2007; zitiert nach Schür, 2013, S. 113). Darüberhinaus erwartet er, dass die Beschäftigung von beeinträchtigten Arbeitnehmer_innen zu erhöhter Sensibilität und Empathie innerhalb des Unternehmens führen kann, was sich wiederum positiv auf andere Konflikte und Problemlösungskapazitäten auswirken kann (vgl. Schür, 2013, S. 113). Aus dieser Grundhaltung können laut Schür spezifische Anforderungen an alle Beteiligten abgeleitet werden. Sie unterscheidet klar zwischen Aufgaben, welche den Führungskräften, und Aufgaben, welche den Mitarbeiter_innen zukommen. Vorgesetzte sollen als Vorbilder agieren und zentrale Veränderungen anstossen, wenn es um den Umgang mit Vielfalt geht. Sie benötigen das dafür notwendige Wissen (vgl. Schür, 2013, S. 174). Neben Einstellungsänderungen können auch Massnahmen auf der Ebene des praktischen Handelns herangezogen werden. Diese Massnahmen richten sich in erster Linie an Führungskräfte, welche unter anderem die Kommunikationsstrukturen in Unternehmen verbessern, ihre Mitarbeitenden befähigen, ihre Arbeit (besser) zu verrichten, zu deren persönlichen Weiterentwicklung beitragen und das Organisationsklima verändern (vgl. Schür, 2013, S. 14).

Präventive Massnahmen zum Abbau von stigmatisierendem und diskriminierendem Verhalten richten sich aber in erster Linie an die Einstellung von Vorgesetzten und Mitarbeitenden gegenüber Menschen mit psychisch auffälligem Verhalten. Diese sollten ihre Kompetenzen erweitern und ihre Geisteshaltung verändern, um Stereotypen und Vorurteile abzubauen zu können. Die aus der Einstellungsforschung entstandenen Massnahmen, welche sich auf die Einstellungsänderung einzelner Gruppen oder Individuen (z. B. Arbeitgebende) konzentriert, erzielen laut Grausgruber nur beschränkt die erwünschte Wirkung. Die intensive Schulung und Information von Arbeitgebenden kann zwar zu einer vorübergehenden Einstellungsänderung und Verhaltensänderung führen, ohne die Möglichkeiten einer Unterstützung bei Schwierigkeiten oder Krisen werden sich diese Einstellungsänderungen aber mit der Zeit verflüchtigen (vgl. Grausgruber, 2005, S. 34 ff.). Grausgruber empfiehlt erstens, dass bei Interventionen die vielfältigen Facetten der Stereotypen bzw. des Diskriminierungsprozesses berücksichtigt und kommuniziert werden. Zweitens sind Massnahmen nicht nur auf der individuellen Ebene, sondern auch auf der gesellschaftlichen Ebene gefordert (vgl. ebd., S. 35 f.). Eine sehr brauchbare Übersicht über Stigmatisierungsprozesse und Interventionsmöglichkeiten bietet das von der WPA (world psychiatric association) entwickelte Stufenkonzept:

Tabelle 4: Interventionsmöglichkeiten zur Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch kranken Menschen

„normaler“ Interaktionsprozess	„Stigmatisierungsprozess“	Interventionsmöglichkeiten
Kein Unterschied festgestellt	Feststellung eines Unterschieds	z. B. Reduzierung sichtbarer Unterschiede
Keine Verknüpfung	Verknüpfung mit negativen Stereotypen	Information, Aufklärung insbesondere an Arbeitsplätzen und in Massenmedien
Akzeptanz, Integration	Abgrenzung, Ausgrenzung	z. B. Ermöglichung von eigenständigen Erfahrungen im Umgang mit Auffälligen oder Kranken
Akzeptanz, Unterstützung	Diskriminierung in interaktiven und gesellschaftlichen Strukturen	z. B. Empowerment zur Vermeidung von Selbststigmatisierung, z. B. Vermeidung von stigmatisierenden Versorgungsstrukturen und -prozessen, z. B. qualitative und quantitative Verbesserung der psychosozialen Versorgung

Quelle: Grausgruber (2005, S. 36)

Die erste Spalte zeigt einen Interaktionsprozess ohne Stigmatisierung auf. Die zweite Spalte beschreibt den Stigmatisierungsprozess, wie er zum Beispiel bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten vorkommt. In der rechten Spalte werden die realen und möglichen Interventionsstrategien dargestellt. In der ersten Phase des Erkennens des Unterschieds bieten sich Massnahmen an, welche die sichtbaren Unterschiede reduzieren. Das können zum Beispiel die Vermeidung von Nebenwirkungen von Psychopharmaka sein oder die Reduzierung von stigmatisierenden Effekten durch die Offenlegung psychiatrischer Diagnosen. In der zweiten Phase geht es um die Information und Aufklärung über anderes Verhalten, dies insbesondere bei Arbeitgebenden und über Massenmedien, was ebenso umfassend wie schwer zu realisieren ist (vgl. Grausgruber, 2005, S. 36 f.). Wenn dann in der nächsten Phase bereits schon Formen der Diskriminierung wie Ab- oder Ausgrenzung dazukommen, gilt es hier, Interaktionen zwischen Betroffenen und dem Umfeld zu ermöglichen, damit Arbeitgebende und Teammitglieder eigenständige Erfahrungen mit Menschen mit psychischen Auffälligkeiten machen können. Auch bestände hier die Möglichkeit z. B. für Professionelle der Sozialen Arbeit, unterstützend einzugreifen und Methoden des Konfliktmanagements anzuwenden (vgl. hierzu ausführlich Glasl, 2010). In der letzten Stufe, der Diskriminierung in interaktiven und gesellschaftlichen Strukturen, gilt es, Betroffene durch Empowerment-Strategien zu stärken, so dass Selbststigmatisierungen abgeschwächt werden können, des Weiteren geht es um die Verbesserung von Versorgungsstrukturen (vgl. Grausgruber, 2005, S. 36 f.).

Die Steigerung der Empathiefähigkeit gilt als erfolgversprechende Massnahme, wenn es darum geht, Vorurteile gegenüber Betroffenen abzubauen (vgl. Wagner & Farthan, 2008, S. 276). Ein Zusammenhang kann also auch zwischen der Betroffenheit der beteiligten Personen und der entstigmatisierenden Wirkung gemacht werden. Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich hält in seinem Bericht fest, dass das Wissen und Verständnis der Bevölkerung über psychische Krankheit und Gesundheit einen massgeblich entstigmatisierenden Charakter aufweist (vgl. ISPM, 2012, S. 35). Die Verbesserung des Wissenstandes der Bevölkerung sollte dabei zu einer Versachlichung des Umgangs mit psychischen Krankheiten führen. Die Versachlichung führt weiter dazu, dass betroffene Personen, als auch Interaktionspartner_innen wenig zögern, rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. ISPM, 2012, S. 35 f.). Das Ziel von Entstigmatisierungsmassnahmen ist also, dass psychisch auffällige Menschen sozial und als „normale Kranke“ akzeptiert werden (vgl. ebd., S. 37).¹⁴ Nach Schür reicht der Kontakt der verschiedenen Mitarbeitenden untereinander nicht aus, um Vorurteile abzubauen. Dafür brauche es zusätzlich bestimmte Massnahmen und Trainings. So gilt es zum Beispiel, sensibler im Umgang mit Sprache zu werden und den Umgang mit Konflikten, die in Zusammenhang mit dem „anderen“ Verhalten auftauchen, bewusst zu lernen (vgl. Schür, 2013, S. 175).

¹⁴ Eine Übersicht über Entstigmatisierungsmassnahmen auf nationaler und internationaler Ebene ist zu finden unter: ISPM, 2012, S. 37.

Entstigmatisierungsmassnahmen können also gut als Diversity-Strategien oder Inklusionsstrategien anerkannt werden und entsprechend direkt an bereits bestehende Diversity-Konzepte von Unternehmen anknüpfen. Mit dem Abbau stigmatisierender und diskriminierender Mechanismen gegenüber Menschen mit psychischen Auffälligkeiten ist das Problem noch nicht gelöst, mindestens aber kann durch diesen Ansatz ein Schwerpunkt für Interventionsstrategien in Arbeitsbeziehungen gelegt werden.

2. 4. 3. Synthese und Konsequenzen des Fachdiskurses auf das Forschungsdesign

Im Fachdiskurs ist man sich einig, dass psychische Auffälligkeiten/Störungen/Krankheiten ein ernsthaftes Problem darstellen und Massnahmen auf verschiedenen Ebenen getroffen werden müssen, um dieses Problem angehen zu können. Da es sich mitunter auch um ein strukturelles Integrationsproblem handelt (vgl. Kapitel 2. 1.), müssen Interventionen in allen gesellschaftlichen Funktionssystemen ansetzen (Politik, Recht, Wirtschaft, Bildung). Psychische Auffälligkeiten als Funktionseinschränkungen zeigen sich gerade im leistungsorientierten Referenzrahmen Arbeitsplatz sehr deutlich. Ohne dass involvierte Teammitglieder und Vorgesetzte wissen und erkennen, dass es sich beim auffälligen Verhalten um psychische Beeinträchtigungen handelt, führt diese interpersonale Dynamik in vielen Fällen zu Stigmatisierungen und Diskriminierungen als auch interpersonalem Konflikten. Mitarbeitende und Vorgesetzte empfinden in diesen Konfliktsituationen ähnliche seelische Beeinträchtigungen wie Menschen mit psychischen Auffälligkeiten und sind entsprechend mit der Situation überfordert. Da Vorgesetzte in diesen Austauschbeziehungen über einen asymmetrischen Machtvorteil verfügen, führt die Zusammenarbeit zum Schluss in den meisten Fällen zu einer Kündigung.

Auf der Grundlage eines biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses werden diese Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit als wechselwirksame Prozesse verstanden, in denen nicht nur das betroffene Subjekt Verantwortung über die berufliche Exklusion trägt, sondern mindestens in gleicher Weise alle am Prozess beteiligten Systeme. So also auch das Arbeitssystem und ihre Akteur_innen.

Um eine umfassende Perspektive des sozialen Problems zu erhalten, bedarf es nebst der bereits durchgeführten Befragung von Arbeitgebenden (vgl. BSV, 2011), die Sicht der Betroffenen auf diese interpersonalem Prozesse. Als Expert_innen erster Ordnung wird ihrer Sicht und Deutung der Problemsituationen in dieser Arbeit eine hohe Bedeutung beigemessen. Der Einbezug Betroffener wird im Kapitel 2. 4. 1. auch von der WHO als wichtige Lösungsstrategie für die Zukunft gefordert. Es gibt eben nicht nur eine Wirklichkeit. „Das Wissen eines Kriminellen ist anders als das eines Kriminologen“ (Lamnek, 2010, S. 38).

3. Empirischer Teil

Einleitend werden die Grundsätze des methodischen Vorgehens und die einzelnen methodischen Schritte eingehend erklärt, damit das empirische Vorgehen für Aussenstehende überprüfbar und nachvollziehbar wird. Anschliessend werden die aus der qualitativen Befragung gewonnenen Erkenntnisse kategorienweise dargestellt.

3. 1. Methodisches Vorgehen/ Forschungsdesign

3. 1. 1. Methodologie

Die Beschreibung und Deutung der interpersonalen Dynamik in Arbeitsbeziehungen bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten durch Betroffene wurde nach Wissen der Autorin noch nicht explizit untersucht. Zur Ergänzung und aufbauend auf den theoretischen Grundlagen wird in diesem Kapitel versucht, diese Erkenntnislücke durch qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung zu füllen. Interessant für die Arbeit ist nicht das Nachzeichnen von Selbstverständlichkeiten und dem grossen Ganzen, sondern die jeweils spezifische Erklärung der Variation sozialer Praxis. Es geht also darum, die Vielfalt der Muster und Differenzierungen in ihrer Entstehungs- und Verlaufslogik zu rekonstruieren (vgl. Strübing, 2013, S. 23. f.). Dabei muss man immer bedenken, dass alltägliche Prozesse und Entscheidungen auch anders verlaufen könnten, sie entsprechend nicht alternativlos oder selbstverständlich sind. Der kanadische Soziologe Everett C. Hughes bringt es auf den Punkt, wenn er meint, dass Wirklichkeit subjektiv ist: „It could have been otherwise“ (Strübing, 2013, S.23). Es geht dabei nicht um ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber dem Wahrheitsgehalt der Aussagen von Proband_innen. Vielmehr zeigt Hughes damit auf, dass Menschen in ihrem Handeln nicht determiniert sind, sondern sich aus einer offenen Vielfalt von Handlungsmöglichkeiten für eine bestimmte entscheiden. Die Aufgabe der qualitativen Sozialforschung besteht darin, zu rekonstruieren, „...wie und warum die Handelnden im untersuchten Feld so und nicht anders gehandelt haben“ (Strübing, 2013, S.23 f.). Somit bezeichnet die Auswahl der Stichprobe als auch der Ergebnisse einen Ausschnitt einer grossen, unüberschaubaren Population, die nicht in einem statistischen Sinne repräsentativ ist, deren Verläufe aber als beispielhaft dargestellt werden können.

Da der normgebende Rahmen für Inklusion bzw. Exklusion im ersten Teil der Arbeit hinlänglich beschrieben wurde, interessiert für die empirische Aufbereitung des Themas nun die konkrete Sicht und Deutung der Prozesse durch Betroffene. Die Studie orientiert sich demzufolge am interpretativen Paradigma, welches die soziale Wirklichkeit als durch Interpretationshandeln konstituierte Realität begreift. Gesellschaftliche Zusammenhänge wie im Falle des Themas dieser Master-Thesis, dass die interpersonale Dynamik einen Einfluss auf die berufliche Inklusion hat, unterliegen demnach nicht objektiv vorgegebenen und deduktiv erklärbaren sozialen Tatbeständen, sondern sie sind das Resultat eines interpretationsgeleiteten Interaktionsprozesses zwischen Gesellschaftsmitgliedern (vgl. Lamnek, 2010, S. 32).

Der handelnde Mensch deutet Handlungen anderer, an denen er sich orientiert, und schafft sich somit einen sozio-kulturell normierten Bezugsrahmen, innerhalb dessen er sich sinnvoll und sicher bewegen kann. Die Betrachtung sozialer Phänomene durch sozialwissenschaftliche Forscher_innen soll sich demnach an der inneren Perspektive der Handelnden orientieren. Gefühle, Deutungen und Wahrnehmungen Betroffener in Bezug auf erlebte Prozesse stehen demzufolge im Fokus der empirischen Untersuchung.

Diekmann unterscheidet explorative, deskriptive, hypothesentestende Studien und Evaluationsstudien (2011, S. 33 ff.). Obschon die Auseinandersetzung mit Wissensbeständen aus Theorie und Forschung einen deduktiven Ausgangspunkt für die empirische Untersuchung darstellt, handelt es sich hierbei nicht um eine hypothesentestende Studie. Vielmehr geht diese Arbeit von einem explorativen Ansatz aus, da nach Wissen der Autorin noch wenig erforschte Zusammenhänge behandelt werden und im besten Falle neue Erkenntnisse exploriert werden können. Lamnek weist darauf hin, dass durch qualitative Forschungsmethoden Hypothesen nicht hinreichend geprüft werden können. Er deklariert, dass die mangelnde Eindeutigkeit empirischer Prüfkriterien für aufgestellte Hypothesen ein grundsätzliches Problem qualitativer Sozialforschung darstellt. Die meist bemühte Induktion scheine dabei für die Datengewinnung angemessen, nicht jedoch für die Hypothesenprüfung (vgl. Lamnek, 2010, S. 81 ff.). Das theoretische Vorwissen, welches zu der Bildung von Forschungsfragestellungen und Vorannahmen geführt hat, dient in erster Linie als Anhaltspunkt für die vorab gebildeten Auswertungskategorien, ist aber dem empirischen Material nachgeordnet (vgl. Strübing, 2013, S. 6 f.). Ziel ist, dass es durch den ständigen Austausch zwischen den erhobenen Daten und dem theoretischen Vorverständnis zu einer fortwährenden Präzisierung, Modifizierung und Revision von den beigezogenen Theorien und vorab aufgestellten (Arbeits-)Hypothesen kommt (vgl. Lamnek, 2010, S. 80).

3. 1. 2. Gütekriterien

Philipp Mayring betont, dass sich jede sozialwissenschaftliche Forschungsmethode Gütekriterien stellen muss, auch wenn sich die klassischen, quantitativ geprägten Gütekriterien Reliabilität, interne/externe Validität und Objektivität nur begrenzt auf inhaltsanalytische Forschung übertragen lassen (vgl. Mayring, 2010, S. 116 f.; Lamnek, 2010, S. 130 ff.). Strübing präzisiert und meint, dass wenn der empirische Zugang nicht als objektivistischer Messvorgang angelegt ist, messtheoretisch fundierte Kriterien nicht angemessen sind und die Repräsentativität nicht gegeben ist, wenn die Konstruktion des Samples nicht an Zufallsauswahlen orientiert ist (vgl. Strübing, 2013, S. 191). Dennoch fügt er hinzu, dass auch qualitativ-interpretative Verfahren reliabel, objektiv und valide sind, die Kriterien müssten entsprechend reformuliert werden. Die Diskussion um angemessene Gütekriterien für die qualitative Sozialforschung sei aber noch nicht zufriedenstellend abgeschlossen (vgl. Strübing, 2013, 191 ff.). Nach Sichtung verschiedener Positionen orientiert sich diese Forschungsarbeit an den von Udo Kukartz aufgestellten Gütekriterien der internen und ansatzweise externen Studiengüte. Die interne Studiengüte umfasst die Kriterien Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit, welche als Gütekriterien für das gesamte Forschungsprojekt

gelten (vgl. Kuckartz, 2014, S. 167). Mit Offenlegung des Forschungsprozesses durch die Beschreibung des Vorgehens, die strenge Einhaltung des Ablaufmodells nach Mayring (vgl. Mayring, 2010, S. 60 f.), die Reflexion der Forschungsphasen und die Darlegung der erhobenen Daten können die von Kuckartz in einer Checkliste aufgestellten Fragen durch Gutachter_innen beantwortet werden (vgl. Kuckartz, 2012, S. 167 f.). Die externe Studiengüte betreffend merkt Kuckartz kritisch an, dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse aus qualitativer Forschung eingeschränkt ist. „Wie kann man sicherstellen, dass die Resultate der Analyse über die eigene Studie hinaus Bedeutung haben, dass sie nicht nur situationsbedingt Gültigkeit besitzen, sondern sich verallgemeinern lassen?“ (Kuckartz, 2014, S. 168)

Ergänzend zu den genannten Gütekriterien gelten für den gesamten empirischen Forschungsprozess die von Strübing zusammengefassten Grundsätze des qualitativ-interpretativen Forschens:

Tabelle 5: Grundsätze des qualitativ-interpretativen Forschens

Prinzip	Bedeutung
Gegenstandsangemessenheit	Anpassung des Forschungsdesigns und der Methoden an die spezifischen Gegebenheiten des Forschungsfeldes.
Offenheit	Öffnung des Forschungsprozesses gegenüber dem vorhandenen Wissen des Forschungsfeldes und Verzicht auf definitive Vorannahmen.
Kommunikation	Der Kontakt mit dem Forschungsfeld wird konsequent als Prozess der Kommunikation und Interaktion und unsere Informant_innen als deutmächtige Akteur_innen aufgefasst.
Prozesshaftigkeit	Empirisches Feld, gegenstandsbezogene Theorien und empirische Forschung stellen aufeinander verweisende, handelnd realisierte Prozesse dar.
Reflexivität	Es besteht ein reziprokes Verhältnis zwischen Objekt, Äusserung und Kontext; Forschungsfrage und Forschungsgegenstand formen einander wechselseitig.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Strübing (2013, S. 22)

3. 1. 3. Auswahl und Eingrenzung der Stichprobe/Untersuchungsgruppe

Die Auswahl der Stichprobe aus der Grundgesamtheit der psychisch auffälligen, berufstätigen Menschen wird bewusst vorgenommen („judgment sample“) (Diekmann, 2013, S. 378). Dabei werden bestimmte Kennwerte festgelegt, die zu einer möglichst hohen Kontrastierung der Fälle führt. Ziel ist es, dadurch eine angemessene Repräsentativität zu erreichen. Es müssen also für die Fragestellung relevante Fälle einbezogen werden, damit das Ergebnis nicht verzerrt wird. Gezielt ausgewählte Personen sollen möglichst wertvolle Informationen zum gewählten Thema liefern.

Wichtig im sogenannten selektiven Sampling sind die relevanten Merkmale, ihre Ausprägung und die Samplegrösse (vgl. Lamnek, 2010, S. 167 ff.). Gesamthaft werden sechs Personen befragt, welche sich selber als psychisch auffällig bezeichnen und Erfahrungen als angestellte Mitarbeitende im regulären Arbeitsmarkt aufweisen können. Es wird eine möglichst heterogene Stichproben-Auswahl angestrebt, um eine möglichst grosse Varianz an Personenmerkmalen abzubilden. Das relevante Kriterium dieser selektiven Stichprobenauswahl ist aber nicht die Repräsentativität im statistischen Sinne, sondern „eine bestimmte Bandbreite soziokultureller Einflüsse zu erfassen, indem theoretisch relevant erscheinende Merkmale in der qualitativen Stichprobe in ausreichendem Umfang durch Einzelfälle vertreten sind“ (Lamnek, 2010, S. 172).

Bezogen auf das Untersuchungsthema erfüllt die Stichprobe folgende selektiven Merkmale:

Tabelle 6: Selektive Merkmale der Stichprobe

Merkmal	Ausprägung/Sample
Frauen	2
Männer	4
Alter	Zwischen 34- und 67-jährig
Diagnosen ¹⁵	1 histrionisch-narzisstische Persönlichkeitsstörung, 1 ADS ¹⁶ , 2 Schizophrenie, 1 mittelgradige Depression, 1 Erschöpfungsdepression
Einschätzung psychische Gesundheit, Integration in Arbeit	1 fühlt sich schlecht und ist arbeitslos, 1 fühlt sich schlecht und ist berufstätig, 1 fühlt sich gut und ist arbeitslos, 3 fühlen sich gut und sind berufstätig oder pensioniert
Positive und negative Arbeitserfahrungen im 1. Arbeitsmarkt	Alle 6 Befragten weisen beide Erfahrungen auf.
Konflikte vor Stellenantritt	4 Personen haben psychische Auffälligkeiten vor Stellenantritt bemerkt.
Konflikte durch Stelle ausgelöst	2 haben durch die Voraussetzungen an der Stelle psychische Auffälligkeiten entwickelt.
Möglichkeit der retrospektiven, reflektierten Auskunft	Allen 6 ist es möglich Situationen retrospektiv und situationsgerecht zu reflektieren.

Quelle: eigene Darstellung

¹⁵ Die spezifische Beschreibung der Diagnosen durch das Klassifikationssystem der ICD ist auf www.icd-code.de auffindbar. Zu erwähnen ist, dass im Rahmen der Persönlichkeitsstörungen die narzisstische Persönlichkeitsstörung nicht detailliert beschrieben wird und dass die Erschöpfungsdepression oder das sogenannte Burn-out unter Z73: „Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen“ aufzufinden ist (ICD, 2014).

¹⁶ Mit ADS wird die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bezeichnet (vgl. ICD, 2014).

Da aktuell Betroffene aufgrund der Stigmatisierungsgefahr und des erschwerten Zugangs schlecht befragt werden können, werden Proband_innen befragt, welche Erfahrungen von sozialem und beruflichem Ausschluss bereits gemacht haben und mit der IV in Kontakt sind oder waren. Die Erzählungen setzen einen hohen Reflexions- und Rekonstruktionsgrad der Betroffenen voraus. Diese Reflexions- und Verbalisierungsfähigkeiten bilden in der Auswahl der Stichprobe implizite Einschlusskriterien für die Projektteilnahme. Ein wichtiger Aspekt gerade bei psychischen Auffälligkeiten ist, ob ein Mensch sein psychisches Problem wahrnehmen und identifizieren kann. Gerade Menschen, die von ihrer Persönlichkeit, von ihrem Krankheitsverständnis oder von ihrer Erkrankung bei der Identifizierung ihres Problems beeinträchtigt sind, nehmen das Problem als nicht zu sich selbst zugehörig wahr. Oftmals sehen solche Menschen das Problem in der Umwelt liegend. Ein hoher Reflexionsgrad setzt also voraus, dass Interviewpartner_innen in der Lage sind, alle Anteile, welche zu beruflichem Ausschluss geführt haben zu erkennen und anzuerkennen. Die einheitliche Verteilung der Geschlechter konnte bei der Stichprobenziehung nicht erfüllt werden. Da aber laut dem Forschungsbericht des BSV der typische „schwierige“ Mitarbeiter als männlich (60.4%) definiert wird, entspricht die Stichprobe annähernd diesem Schnitt (vgl. BSV, 2011, S. 19).

3. 1. 4. Feldzugang

Profil Arbeit & Handicap ist eine Organisation, die sich für die berufliche Integration von Menschen mit Beeinträchtigungen einsetzt. Als Gatekeeper verschafft sie den Zugang zu möglichen Interviewpartner_innen, welche die Berater_innen der Stiftung schon auf die genannten Kriterien hin überprüft haben.

Da die Autorin selbst in diesem Feld gearbeitet hat, ist es ihr möglich, vier von sechs Interviewpartner_innen selbst zu rekrutieren. Flick benennt die Kommunikation des/der Forscher_in als explizites Instrument der Erhebung und Bestandteil der Erkenntnis. Die Forscherin ist entsprechend gleichermaßen am interaktiven Vorgang des Interviews beteiligt und nimmt mit ihrer Rolle und Haltung Einfluss auf die Informationsgewinnung und den Zugang zu den Beforschten (vgl. Flick, 2012, S. 142 f.). Dadurch, dass sich vier der Proband_innen und die Forscherin schon kennen, muss die Vertrauensbasis nicht erst aufgebaut werden. Da die Forscherin eine zeitliche und themenbezogene Distanz zu den Befragten aufweisen kann, besteht die Gefahr einer Vermischung der Rollen (Beraterin, Forscherin) nicht, so dass eine objektive Herangehensweise an die Interviewsituation gegeben ist. Potentielle Proband_innen werden mit einer schriftlichen, unverbindlichen Anfrage mittels Berater_in der Stiftung oder direkt von der Forscherin angefragt.

3. 1. 5. Erhebungsmethode – das problemzentrierte Interview PCI

Da die theoriegeleiteten Fragestellungen einen deduktiven Ausgangspunkt bilden und trotzdem eine grösstmögliche Erzähloffenhheit erreicht werden soll, eignet sich zur Befragung Betroffener das problemzentrierte Interview (PCI) nach Witzel.

Diese Methode kann den angeblichen Gegensatz der Theoriegeleitetheit und Offenheit durch ein induktiv-deduktives Wechselspiel aufheben (vgl. Witzel, 2000, Kapitel 2). Ein Tabula-rasa-Denken, also sich ganz ohne Vorwissen einem Forschungsgegenstand zuwenden zu können, ist reine Fiktion (vgl. Kukartz, 2014, S.22). Die Problemzentrierung hingegen kennzeichnet den Ausgangspunkt einer von der Forscherin wahrgenommenen gesellschaftlichen Problemstellung (vgl. Kapitel 1. 2.), welche zunächst empirisch und theoretisch untersucht werden soll (vgl. Witzel, 1982, S. 68 ff.). Das PCI beinhaltet einen offenen Umgang mit dieser Tatsache, indem theoretisch-wissenschaftliches Vorwissen akzeptiert wird und aus diesen gesammelten Informationen die relevant erscheinenden Aspekte des Problembereichs herausgefiltert und zu einem theoretischen Konzept verdichtet werden (vgl. Lamnek, 2010, S. 333). Dennoch wird beim PCI kein sogenanntes „methodisches Filtersystem“ angewendet. Lamnek bezeichnet damit Verfahren, welche mit Batterien von geschlossenen Fragen und vordefinierten inhaltsanalytischen Kategoriensystemen nur überprüfen, was vorab bereits gewusst oder theoretisch begründet oder vermutet wurde (vgl. Lamnek, 2010, S. 22).

Um eine möglichst unverfälschte Wirklichkeit der Betroffenen zu erhalten und Unerwartetem oder Überraschendem Raum bieten zu können, braucht es einen Spielraum für narrative Erzählpassagen. Ergänzend dazu werden verständnisgenerierende Kommunikationsformen in einer wechselseitigen Beziehung verschränkt. Dieser wechselseitige Prozess stellt Witzel in fünf zentralen Phasen dar:

Tabelle 7: Interviewphasen PCI

1. Einleitung: Zu Beginn des Gesprächs werden die erzählende Gesprächsstruktur und der Problembereich vorgestellt und das Thema des Interviews festgelegt.

2. Allgemeine Sondierung: In dieser Phase stimuliert die Interviewerin durch ein Erzählbeispiel die narrative Phase. Die befragte Person soll durch die Aufnahme von Alltagselementen des/der Proband_in in die Erzählsituation zu möglichst detaillierten Erzählungen angeregt werden. So sollen emotionale Vorbehalte der befragten Person abgebaut werden.

3. Spezifische Sondierung: In dieser Phase versucht die Interviewerin verständnisgenerierend die Erzählsequenzen und Darstellungsvarianten der befragten Person nachzuvollziehen. Dafür stehen drei Varianten für die Verständnisgenerierung zur Verfügung: *Zurückspiegelung*. In dieser Form macht die Interviewerin der befragten Person ein Interpretationsangebot der gemachten Äusserung. Der/die Proband_in hat so die Möglichkeit die Deutungen der Forscherin zu kontrollieren, korrigieren oder modifizieren. *Verständnisfrage*. Diese Strategie dient dazu, widersprüchliche Antworten oder ausweichende Äusserungen zu thematisieren, um so zu einer gültigeren Interpretation zu gelangen. *Konfrontation*. Die dritte Möglichkeit besteht darin, den/die Proband_in mit Widersprüchlichkeiten zu konfrontieren. Diese Variante ist sehr vorsichtig zu handhaben, kann es doch passieren, dass sich die Befragten unverstanden fühlen.

4. Direkte Fragen/Ad-hoc-Fragen: Nachdem in den ersten Phasen des PCI die Interviewten mit Erzählsequenzen auf die Stimuli der Interviewerin antworten konnten, sind in dieser Phase ad-hoc Fragen möglich, um ungenannte, unangesprochene und wichtige Themen aufzudecken.

5. Kurzfragebogen: Diese Phase kann der ersten Phase vorgelagert werden. Es handelt sich um das Ausfüllen eines Kurzfragebogens. Die Interviewerin könnte aus diesen Angaben bereits schon Alltagselemente der interviewten Person zur Stimulierung von Erzählungen verwenden.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Lamnek (2010, S. 334)

Durch den konsequenten Einbezug der hier dargestellten Kommunikationsformen gelingt es, das Frageverhalten an die Darstellungslogik der Befragten anzupassen und sich daran zu orientieren, damit subjektive Relevanzsetzungen nicht verdeckt werden. Ergänzend dazu kann durch die spezifische Sondierung und durch direktes Fragen der fortschreitende Lernprozess der Forscherin vorangetrieben und die Gesprächsbereitschaft der Befragten positiv aufgegriffen werden (vgl. Witzel, 1982, S. 92 ff.). Wichtig in diesem Wechselspiel zwischen narrativen und verständnisgenerierenden Kommunikationspassagen ist, dass die Forscherin eine methodische und problemzentrierte Sensibilität entwickelt, damit sie sich nicht durch einen vorgefassten Blickwinkel die Deutungsstruktur der Interviewten versperren lässt und nachfolgend Fragen stellt, welche die Problemsicht der Interviewten nicht ernst nimmt, und entsprechend den Erzählfluss stört (vgl. ebd. 1982, S. 93).

3. 1. 6. Interviewleitfaden

Mit Offenheit und Kommunikation soll eine maximale Ausschöpfung des Informationspotentials erreicht werden, um die Tiefgründigkeit des in dieser Arbeit behandelten Phänomens erreichen zu können (vgl. Strübing, 2013, S. 20). Dabei wird die Datengewinnung als kommunikative Leistung anerkannt, in welcher ein offenes Spektrum kontextreicher Informationen angestrebt wird und „...der Kontakt mit dem Forschungsfeld konsequent als sozialen Prozess der Kommunikation und Interaktion...“ (ebd., S. 20) aufgefasst wird. Schliesslich konstatiert Schütze, dass unsere Informant_innen im Feld orientierungs-, deutungs-, und theoriemächtige Subjekte sind und nicht zu Fällen degradiert werden dürfen, an welchen nicht die Person, sondern allein die Ausprägung definierter Variablen interessiert (vgl. Schütze, 1978; zitiert nach Strübing, 2013, S. 20).

Wie in den Grundsätzen des Punktes 3. 1. 2. dargestellt, entstehen die Daten erst im Zusammenspiel des Forschungsfeldes und der Forschungsfrage, welche in einer reziproken Beziehung zueinander stehen. Strübing empfiehlt, die Fragen nicht zu eng zu fassen, um sich dem Grundsatz der Offenheit zu verpflichten (vgl. Strübing, 2013, S. 20 ff.). Dennoch organisiert der Interviewleitfaden des PCIs das Hintergrundwissen der Forschenden, um kontrolliert und in einer vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen (vgl. Witzel & Reiter, 2012, S. 51).

So wird geprüft, ob alle für die Erkenntnisgewinnung relevanten Themenbereiche ausreichend behandelt wurden. Zudem dienen Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen dazu, ad hoc fruchtbare Erzählungen anzustossen und anzuregen, wenn Erzählpassagen ins Stocken kommen oder sich als unergiebig erweisen (vgl. Witzel, 1982, S. 90). Um ein Gespräch in Gang zu bringen, werden explizit offene Fragen gewählt, so dass die Befragten aufgefordert werden, eine kontextreiche Darstellung zu präsentieren, die auch zum Nachfragen anregt (vgl. Strübing, 2013, S. 87).

Da die Interviewpartner_innen uns ihre subjektive Perspektive auf die Problematik zeigen und dies vielschichtig in narrativen, argumentativen und anekdotischen Textsorten darstellen, ist eine angemessene Form des Fragens zentral in der interpretativen und rekonstruktiven Sozialforschung (vgl. Strübing, 2013, S. 86 f.). Entsprechend werden Begrifflichkeiten, welche zu Missverständnissen führen könnten, dem Sprachgebrauch der Befragten angepasst. Damit Suggestivfragen vermieden werden können, wird darauf geachtet, dass das zu Grunde liegende theoretische Konzept und die darauf aufbauende Arbeitshypothese nicht ersichtlich werden. Ebenso wird darauf verzichtet, den Arbeitstitel zu nennen. Die Forscherin verhält sich eher „rezeptiv-stimulierend als suggestiv-determinierend“ (Lamnek, 2010, S. 231).¹⁷

3. 1. 7. Durchführung der Interviews

Es ist wichtig, sich nochmals die Interviewsituation vor Augen zu führen und sich zu vergegenwärtigen, dass es sich hierbei nicht um eine natürliche Alltagskommunikation handelt. Zwischen der Interviewerin und des/der Proband_in besteht ein asymmetrisches Handlungsschema, in dem die Interviewerin in erster Linie Regie führt und die Kontrolle über das Handlungsschema innehat (vgl. Strübing, 2013, S. 87 f.). Die Datenerhebung fällt deutlich leichter, wenn dem/der Interviewpartner_in schnell suggeriert wird, dass er oder sie Expert_in des Themenbereichs ist und somit während des Interviews einen höheren sozialen Status innehat. Das Interview soll, wenn möglich, in der gewohnten Umgebung der/des Befragten stattfinden, zumindest soll die befragte Person selbst zwischen einer Befragung Zuhause, im Restaurant oder einem zur Verfügung gestellten Büroraum entscheiden. Im Falle der vorliegenden Erhebung haben sich alle Befragten auf ein Interview in neutralen Büroräumlichkeiten der Stiftung Profil Arbeit & Handicap entschieden.

Die Datenerfassung erfolgt durch ein Audio-Aufnahmegerät, wodurch sich die Forscherin voll und ganz auf die Interviewsituation konzentrieren kann. In einem anschliessend erfassten Postskriptum werden auch Daten erfasst, die nicht aufgezeichnet wurden, aber der Forscherin allenfalls wichtige Zusatzinformationen liefern können. Das Gesamtbild der Problematik kann so abgerundet werden. Ein weiterer positiver Effekt des Postskripts ist die Reflexion des Gesprächsablaufs und der Rahmenbedingungen, welche von der Forscherin gesetzt werden. So kann der kommunikative Prozess zwischen dem/der Proband_in und der Forscherin nochmals kritisch hinterfragt werden (vgl. Witzel, 1982, S. 91 f.).

¹⁷ Der Interviewleitfaden befindet sich im Anhang.

3. 1. 8. Auswertungsmethode

Da mit der theoretischen Grundlage eine vordefinierte und zentrale Thematik für diese Forschungsaufgabe behandelt wird, werden nur Aussagen transkribiert, welche einen direkten Bezug zur Thematik und den Fragestellungen aufweisen. Aussagen werden nicht verschriftlicht, wenn sie inhaltlich keinen Erkenntnisgewinn im Zusammenhang mit der Forschungsthematik bringen. Als für diese Forschungsarbeit nicht relevant eingestufte Aussagen gelten zum Beispiel Erzählungen zu Erfahrungen aus der Kindheit als auch zu sozialen Beziehungen ausserhalb des Arbeitssystems. Flick erwähnt dazu, dass gerade bei psychologischen oder soziologischen Fragestellungen übertriebene Genauigkeitsstandards nur in Sonderfällen angemessen sind. Sinnvoll erscheint ihm, nur so viel und so genau zu transkribieren, wie die Fragestellung erfordert (vgl. Flick, 2012, S. 380). Die Transkription wird nach den von Udo Kukartz aufgestellten Regeln vollzogen (vgl. Kukartz, 2014, S. 136). Einige zentrale Regeln seien hier genannt:

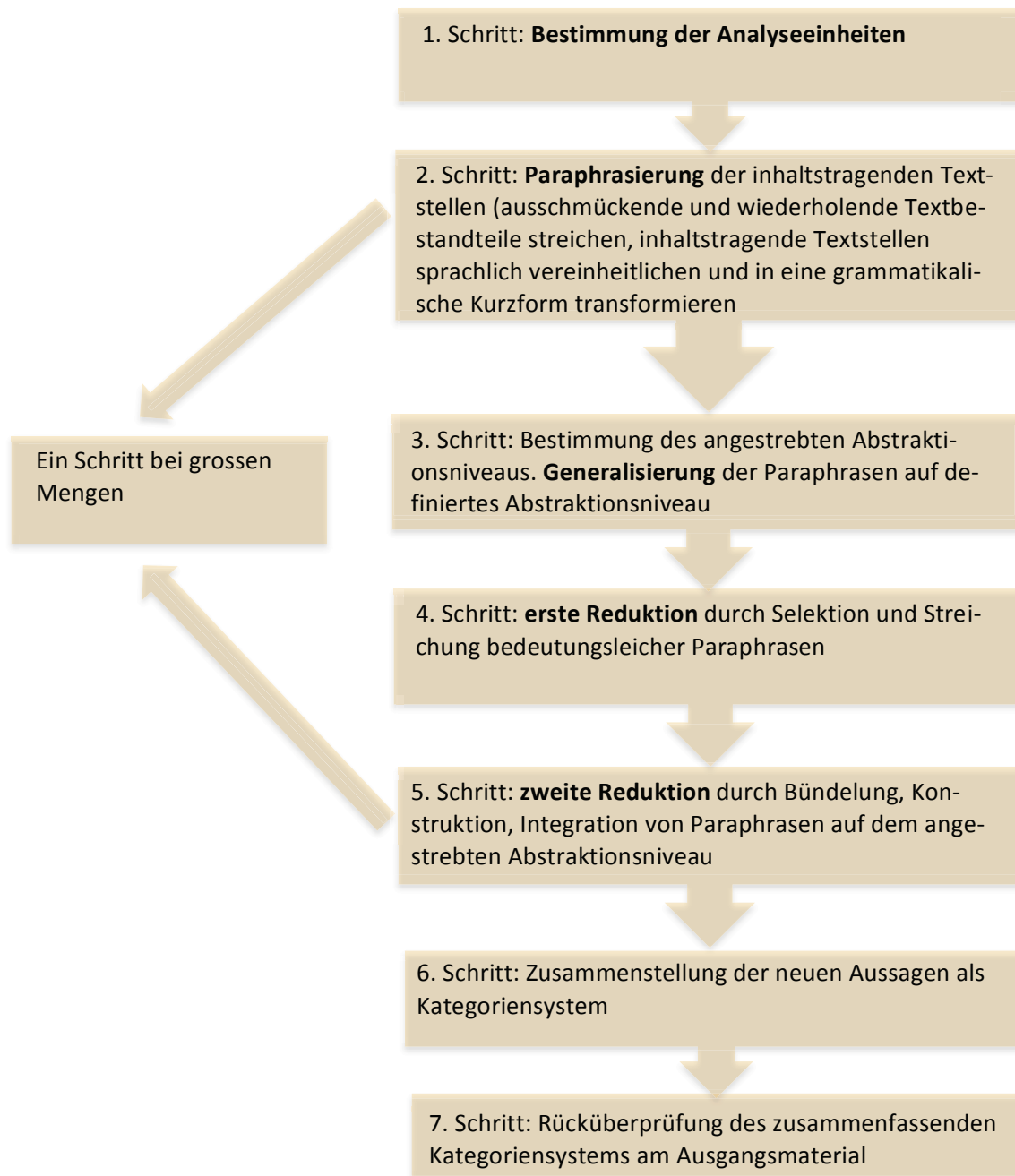
- Inhaltstragende Äusserungen werden Wort für Wort transkribiert.
- Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet und an das Schriftdeutsch angepasst.
- Deutlich längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert.
- Lautäusserungen (wie mhm, aha etc.) werden nicht mittranskribiert.
- Einwürfe der jeweiligen anderen Person werden in Klammern gesetzt.
- Markante Lautäusserungen (wie Lachen) werden in Klammern gesetzt. (vgl. Kukartz, 2014, S. 136)

Die Auswertung der transkribierten Textstellen erfolgt mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, welche im Sinne der Hermeneutik menschliches Verhalten verstehen und nicht erklären will. Die Hermeneutik schliesst unmittelbar an die Grundannahmen des interpretativen Paradigmas an. Demzufolge stellt die qualitative Inhaltsanalyse ein adäquates Instrument für die Datenauswertung dar. Ebenso wichtig ist, dass diese Auswertungsmethode mit der Erhebungsmethode des Problemzentrierten Interviews konform geht, da sie Rücksicht auf die Theoriegeleitetheit als auch die Offenheit des PCIs nimmt (vgl. Lamnek, 2010, S. 434 ff.). Sowohl die vollständige Transkription als auch die Auswertung der Textstellen nach dem Ablaufschema von Philipp Mayring erfolgen manuell durch die Forscherin selbst. Die Nähe zum Gegenstand ist somit gewährleistet und ermöglicht einen tiefen und dennoch allumfassenden Blick auf wichtige Aussagen der Betroffenen. Das Analyseverfahren nach Mayring wird in Interpretationsschritte zerlegt, welche vorher festgelegt werden. Dadurch wird diese Methode für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar (vgl. Mayring, 2010, S. 59). Mayring unterscheidet drei voneinander unabhängige Analysetechniken, welche Grundformen des Interpretierens darstellen: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung (vgl. ebd., S. 64 f.). Da, wie bereits schon beschrieben, theoriegeleitete Fragestellungen und erste Zuordnungskriterien gebildet werden, wird das induktive Vorgehen der Zusammenfassung als geeignetes Analyseverfahren gewählt.

In dieser Analyseform wird das Material soweit reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch die Abstraktion ein überschaubarerer Corpus geschaffen wird, welcher aber immer noch Abbild des Gesamtmaterials ist (vgl. Mayring, 2010, S. 65). Durch die induktive Kategorienbildung besteht weniger die Gefahr, sich gegenüber wichtigen und überraschenden Inhalten zu verschliessen, wie das allenthalben bei der deduktiven Kategorienbildung der Fall ist. Die Kategorien sollen eine möglichst gegenstandsnahe Abbildung des Materials ohne Verzerrungen und Vorannahmen der Forscherin darstellen (vgl. Mayring, 2010, S. 83 f.).

Somit werden die Hauptkategorien vorab aufgrund der Fragestellungen gebildet und mit einer induktiven Bildung der Unterkategorien aus dem Text heraus verändert und vervollständigt. Dafür werden die Analyseeinheiten aufgrund der festgelegten Fragestellungen definiert. In der zusammenfassenden Inhaltsanalyse fallen die Auswertungs- und Kontexteinheiten zusammen. Im vorliegenden Beispiel ist das in einem ersten Durchgang der einzelne Fall und in einem zweiten Durchgang das gesamte Material der transkribierten sechs Fälle. Als Kodiereinheiten werden alle vollständigen Aussagen festgelegt, welche sich auf die Fragestellungen zu den Erfahrungen mit interpersonaler Dynamik in Arbeitsbeziehungen, zu den typischen Verläufen, welche zu Inklusion oder Exklusion führen, und zu den als förderlich wahrgenommenen Unterstützungen beziehen. Die kleinste Einheit bildet ein Satz und die grösste Einheit ein Abschnitt. Diese Einheiten werden fortan paraphrasiert, generalisiert und reduziert. Eine detaillierte Beschreibung der Ablaufschritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zeigt folgendes von Mayring (2010, S. 93 & S. 99) konzipierte Ablaufmodell:

Abbildung 8: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse



Quelle eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring (2010, S. 68 ff.)

In der vorliegenden Arbeit werden in einem ersten Durchgang pro Fall inhaltstragende Textstellen vorab definierten Auswertungskategorien zugeordnet. Diese Auswertungskategorien fungieren als eine Art Suchraster, woraufhin das Material grob zugeordnet werden kann (vgl. Kukartz, 2014, S. 69). In einem zweiten Durchgang werden fallübergreifend Generalisierungen weiter gestrichen, gebündelt und daraus induktiv Unterkategorien herausgebildet, welche in weiteren Durchgängen so angepasst werden, dass das angestrebte Abstraktionsniveau erreicht ist, die Kategorien aber immer noch das Ausgangsmaterial repräsentieren (vgl. Mayring, 2010, S. 69 f.).

Die vorab aufgestellten Auswertungskategorien bzw. Hauptkategorien werden in der Folge so weiterentwickelt, bis das ganze Kategoriensystem die vorher festgelegte Analyserichtung (vgl. Kukartz, 2014, S. 63) erfüllt und alle inhaltstragenden Textstellen widerspiegelt.

Ziel der qualitativen Auswertung der Daten ist nach Lamnek, grundlegende Muster eines Einzelinterviews zu rekonstruieren und davon verallgemeinerungsfähige Aussagen abzuleiten (vgl. Lamnek, 2010, S. 178). Entsprechend werden in der Darstellung der Ergebnisse Antworten, die in allen oder den meisten Interviews vorkommen, speziell hervorgehoben. Ebenso wichtig sind für die Interpretation des Materials aber auch die Darstellung sich stark kontrastierender Antworten, welche zum Beispiel auf spezielle Umstände des Arbeitsumfeldes oder auf die Art der psychischen Auffälligkeit zurückzuführen sind.

3. 2. Ergebnisse

Das Kategoriensystem, welches sich aus den verschiedenen Reduktionsschritten ergeben hat und am Ausgangsmaterial rücküberprüft wurde, kann folgendermassen dargestellt werden:

Tabelle 8: Kategoriensystem

Hauptkategorien	1. Ausstattung Betroffene	2. Ausstattung Arbeitsstelle	3. Konfliktverhalten Betroffene	4. Konfliktverhalten Team/ Vorgesetzte	5. Problemlösungsvorschläge
Unterkategorien	a) Diagnose b) Körperliche & psychosoziale Beschwerden d) Leistungsfähigkeit	a) Tätigkeit b) Arbeitsplatz c) Soziale Bedingungen	a) Anerkennung b) Widerstand c) Selbststigmatisierung d) Anpassungsleistung	a) Anerkennung – in Kontakt treten b) Überforderung – Kontakt vermeiden	a) Eigene Interventionen b) Soziale, strukturelle Bedingungen c) Externe Unterstützung
	Voraussetzungen		Erlebtes		Gewünschtes

Quelle: eigene Darstellung

Übergeordnet lässt sich festhalten, dass es sich bei den Beschreibungen der interpersonalen Prozesse in den meisten Deutungen um eine Dichotomie handelt, welche sich in förderlichen und hinderlichen Verhaltensmustern als auch dem Unterschied zwischen den Voraussetzungen und dem Verhalten der anderen und den eigenen Voraussetzungen und dem eigenen Verhalten zeigt.

Entsprechend dieser starken Positionierung können Unterkategorien, welche diese Dichotomie widerspiegeln, aus allen inhaltstragenden Textstellen gebildet und den Hauptkategorien zugeordnet werden. Die interpersonalen Prozesse finden in der Realität selbstverständlich nicht so wie dargestellt linear statt, dennoch werden sie in den nächsten Kapiteln getrennt voneinander dargestellt und im Schlussteil kann ein übergeordneter Bogen zu den Fragestellungen und theoretischen Bezügen geschlagen werden. Direkte Zitate aus den Transkripten sind jeweils in kursiver Schrift dargestellt.

3. 2. 1. Ausstattung Betroffene

Die Ausstattung der Betroffenen beschreibt die gesundheitlichen Grundvoraussetzungen, welche Betroffene mitbringen, bevor sie sich in einen interpersonalen Prozess am Arbeitsplatz involvieren. Dabei wird vor allem die problematische gesundheitliche Ausstattung mit Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit beschrieben. Die Individuelle Ausstattung bezogen auf psychische und körperliche Ressourcen wird in allen sechs Fällen von den Betroffenen sehr unterschiedlich beschrieben.

3. 2. 1. 1. Diagnose

Klare Unterschiede zeigen sich in der Diagnosestellung. Betroffene, die an einer (Erschöpfungs-)Depression erkranken, weisen vor Stellenantritt keine eindeutigen psychischen Auffälligkeiten auf. Sie bezeichnen sich zwar rückblickend als anfällig oder "*sensibel*" (Transkript B4, Z. 438), klare psychiatrische Diagnosestellungen kennen sie aber nicht. Auch wird der Verlauf der Erkrankung bzw. das Bewusstwerden über die Erkrankung unterschiedlich schnell wahrgenommen, von plötzlichem Ausbruch zu einem langwierigen Prozess des Krank-Werdens. Der lange Prozess des Krank-Werdens ohne klare Diagnosestellung wird von den Betroffenen als sehr schwierig dargestellt. Entsprechend wird die Rückbindung des auffälligen Verhaltens auf eine psychische Diagnose mehrheitlich als entlastend und hilfreich empfunden:

Aber dort bin ich auch immer mit den Leuten ein wenig in Konflikt gekommen, ich wusste nicht genau warum, ich bin ein wenig hässig geworden. Heute weiss ich, ich habe ADS, ich wusste das aber nie. (Transkript B1, Z. 43–46)

Eine Diagnose zu haben, hilft, das auffällige Verhalten anzunehmen, und gibt Ansatzpunkte, um einen Umgang damit zu finden (mehr dazu in Kapitel 3. 2. 3. 1.). Die unterschiedlichen Diagnosen und die damit verbundenen Gefühls- und Verhaltensmuster bestimmen in einigen Fällen die Wahl der Tätigkeit und die Art der Beteiligung am Arbeitsmarkt:

Von der Diagnose her finde ich das manchmal auch interessant. Leute mit Persönlichkeitsstörung oder auch mit mittleren bis leichten Depressionen, die fallen dann nicht ganz raus, dort kann man dann eher noch überbrücken mit Krankschreiben oder so. Und Menschen mit einer Schizophrenie, die eine schwere Psychose haben, die sind dann wirklich wieder für eine Zeit draussen. (Transkript B2, Z. 228–233)

Nebst diesen zeitlich langen Abwesenheiten, die den Wiedereinstieg in die Arbeit erschweren, verorten alle Betroffenen (ausser Personen mit Depression) beim Berufseinstieg den Ausbruch der Krankheit.

Bei näherer Betrachtung und rückblickenden Erzählungen zeigen sich bei einigen Befragten psychische Auffälligkeiten und interpersonale Problemsituationen aber auch schon im Kindesalter.

3. 2. 1. 2. Körperliche und psychosoziale Beschwerden

In allen Fällen werden als Früherkennungsmerkmale körperliche Symptome genannt. Diese können von Betroffenen klar beschrieben und lokalisiert werden:

Es war mir einfach jeden Tag schlecht... Das wurde immer schlimmer, ich konnte nach dem Aufstehen kaum Zähne putzen, so schlecht war mir. (Transkript B4, Z. 193–197)

...ich hatte eine komplette Appetitlosigkeit...kaum habe ich etwas Kleines gegessen, egal was, da wurde es mir schlecht und dann hat man mir eine Entschlackungs-, Entgiftungskur empfohlen, das war auch gut, da war ich einen Monat weg. (Transkript B1, Z. 373–376)

...ich hatte ab und zu mit Hautausschlägen Probleme...wenn ich zurückblicke, muss ich sagen, der Körper hat auch reagiert, es ist klar, man realisiert das schon, aber gesteht sich das nicht ein. (Transkript B5, Z. 323–326)

Somatische Beschwerden werden dann auch bei allfälligen Krankheitsabwesenheiten als Grund gegenüber Vorgesetzten genannt und von diesen nicht weiter hinterfragt. Das Erkennen erster psychischer Auffälligkeiten bereitet hingegen mehr Mühe. Beschrieben werden in erster Linie Störungen in Wahrnehmung und Gefühlen, aber auch bereits schon in interaktiven Prozessen.

Mein Mitarbeiter fand dann eben, ich werde immer ekliger, ich rufe immer mehr aus...ich werde immer negativer, rufe immer mehr aus...hat er gesagt. (Transkript B4, Z. 43–45)

Aussenstehende fungieren dann als Spiegel der eigenen psychischen Verfasstheit. Die verunsichernden psychischen Gefühle führen zu einer Abhängigkeit von anderen:

Ich habe nie gelernt auf mein Gefühl zu hören, weil ich, wenn ich's gemacht habe, hatte ich das Gefühl, jetzt geht's wieder drunter und drüber. Also ich wurde immer je mehr abhängig von anderen und unselbständiger. (Transkript B1, Z. 532–534)

Der Arbeitsplatz als Referenzrahmen zeigt die Wirkung der psychischen Auffälligkeiten in der Art und Weise, wie Interaktionen ablaufen. Als sekundäre Krankheitssymptome werden diese Auswirkungen als fast ebenso belastend empfunden, wie die Krankheitssymptome selbst:

Ich musste vor allem mit Leuten zusammen sein, was total unangenehm war für mich. Ich hatte damals schon wirklich Verfolgungswahn, ich konnte Zugfahren, irgendwohin gehen, ich hatte immer das Gefühl, mich verfolgen Polizisten. (Transkript B6, Z. 233–236)

Gefühls- und Kognitionsstörungen, Instabilitäten und Verhaltensauffälligkeiten führen dazu, dass Betroffene sich ausser Stande fühlen, Beziehungen aufzubauen oder einen Einfluss auf die intrapersonale wie auch interpersonale Dynamik nehmen zu können. Sie fühlen sich den Symptomen und der Umwelt ausgeliefert.

3. 2. 1. 3. Leistungsfähigkeit

Fehlzeiten sind vor allem bei Ausbruch erster Symptome eher selten. Mit aller Kraft versuchen Betroffene diese zu vermeiden. Bei (Erschöpfungs-)Depressionen zeigen Betroffene eine lückenlose Präsenz am Arbeitsplatz bis zum totalen Zusammenbruch. Es wird ersichtlich mehr Aufwand (Zeit und Engagement) geleistet, um dieselben Leistungen erbringen zu können wie vor Ausbruch der Erkrankung. Grundsätzlich verfügen die meisten Betroffenen über gute fachliche und intellektuelle Kompetenzen, welche sie aber aufgrund der eigenen Vorbehalte gegenüber den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit nur selten einsetzen können. Bereits in der Jobsuche wird darauf geachtet, dass die Arbeit im niederschweligen Bereich angesiedelt ist:

Menschen mit einer Beeinträchtigung bewerben sich häufig auf Stellen, an denen sie vom Intellekt her eher unterfordert sind, aber irgendwie im Wissen, dass vieles andere sie überfordert hat, kann es sein, dass man sich als Lagermitarbeiter oder als Hilfspfleger versucht zu bewerben. (Transkript B2, Z. 184–187)

Und je mehr Kündigungserfahrungen eine Person macht, desto eher ist sie bereit, bei der Wahl der Tätigkeit als auch beim Lohn Abstriche zu machen:

In meinem Fall wäre ich einfach froh, ich würde meine 2500 Fr. verdienen mit einer 50%- oder 60%-Stelle. Es ist mir fast egal was...die Tätigkeit bestand darin, Gestelle aufzufüllen, mit dem hätte ich aber schon ein Jahr lang leben können, ich glaube, es wäre gegangen, es wäre nicht befriedigend gewesen und ich hätte lieber Leute beraten. (Transkript B6, Z.778–779 & Z. 551–553)

Mitunter diese Diskrepanz zwischen den fachlich-intellektuellen Voraussetzungen und der gerade in psychischen Krisensituationen eingeschränkten Leistungsfähigkeit machen eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit für Betroffene als auch Vorgesetzte sehr schwer. Vielfach können Einschränkungen in der Konzentrationsfähigkeit verdeckt werden. Dennoch zeigt sich vor allem bei einer betroffenen Person auch ein sichtbarer Einbruch der Leistungsfähigkeit im Arbeitstempo:

Ich habe immer gehört, ich sei sehr langsam, und ich konnte das nie nachvollziehen, was da langsam sei an mir. (Transkript, B1, Z. 21–22)

Das Leiden auf intrapersonaler Ebene und die sekundären Folgen in zwischenmenschlichen Bereichen führen zu häufigen Stellenwechseln, welche sich wiederum nachteilig auf die Arbeitsstellensuche auswirken.

3. 2. 2. Ausstattung Arbeitsstelle

Mit der Ausstattung der Arbeitsstelle sind in erster Linie die grundsätzlichen Bedingungen zu Beginn einer Anstellung gemeint. Betrachtet wird hier noch nicht die zwischenmenschliche Dynamik zwischen den Betroffenen und dem Team bzw. den Vorgesetzten in schwierigen Situationen. Es geht um die in den Interviews beschriebenen Arbeitsbedingungen der Ausstattung des Arbeitsplatzes, welche in der Interaktion auf die Ausstattung des betroffenen Menschen treffen. Grundsätzlich wird das Tätigsein von allen Befragten als gesundheitsförderlich und erstrebenswert beschrieben:

Die Tatsache dass ich in diesem ersten Arbeitsmarkt arbeiten konnte, ich war ja am Anfang auch unsicher, ob das jetzt funktioniert und wie sich das entwickelt, und ich habe einfach nach einer gewissen Zeit nach der Einführungszeit gemerkt, ja das geht doch, und das hat meinem Gesundheitsprozess noch einen Schub gegeben. Im Sinne von: es geht, ich habe zwar mit 50 % nicht so viel Präsenzzeit wie die anderen, aber die Arbeit, die ich mache, das mache ich gut, und ich erhalte auch das Feedback und es funktioniert. Das hat mir persönlich einfach auch nochmal so ein Selbstvertrauen gegeben und so eine Sicherheit. Das war sicher wichtig. (Transkript B2, Z. 422–430)

3. 2. 2. 1. Tätigkeit

Wie bereits unter 3. 2. 1. 3. beschrieben, bildet die Art der Tätigkeit eine zentrale Ausgangslage für einen nachhaltigen Verbleib der Betroffenen an der jeweiligen Arbeitsstelle. Tätigkeiten, welche Betroffene ausgeführt haben, entsprechen in vielen Fällen nicht den Wunschvorstellungen und je nach Krankheitsverlauf auch nicht den Kompetenzen. Dies erscheint auf einen ersten Blick nicht schwerwiegend, wirkt sich aber auch auf die Dauer des Verbleibs an einer Arbeitsstelle aus:

Bei diesem Job musste ich einfach die Dokumente ausdrucken und einscannen und ablegen, das war eigentlich meine Haupttätigkeit, nichts anderes. Und ja es war halt mit der Zeit so, dass ich das Gefühl hatte, ich will mehr, und dann (..) habe ich, zwar schon mit der Bewilligung von der Vorgesetzten mit der IT...weil ich das Gefühl hatte, man hätte es auch ein wenig anders machen können, anders ablegen und dies und das. Es kam mehr aus einem Gefühl heraus, dass ich noch etwas mehr machen wollte. Und dann gab es noch ein wenig Konflikte mit langjährigen Mitarbeitern, die das immer schon so gemacht haben, und ich habe mit dem nicht so umgehen können, es war recht schwierig für mich. Ich habe gemerkt, dass da plötzlich fast feindselige Sachen kamen, ich habe das damals irgendwie wie nicht verstanden und konnte damit nicht umgehen. (Transkript B2, S. 189–199)

Dann hat er gesagt, du sorry, M., aber (..) die Lösung sieht etwa so aus, ich stelle mir das und das so vor, ich würde gerne den J. an deine Stelle setzen, ich hätte einen anderen Teil, den ich dir geben könnte (...) und dann habe ich gemerkt, nein, das passt mir eigentlich nicht, und ich habe ihm das auch so kommuniziert. (Transkript B5, Z. 272–276)

Betroffene haben die Erfahrung gemacht, dass auf längere Sicht die Tätigkeit interessant sein muss und den Kompetenzen entsprechen soll, damit eine nachhaltige Inklusion am Arbeitsplatz gewährleistet sein kann. Ebenso wichtig empfinden sie eine gute Balance zwischen Unter- und Überforderung.

3. 2. 2. 2. Arbeitsplatz

In kleineren, übersichtlicheren Firmenstrukturen fühlen sich alle Befragten wohl. Wenn es sich dabei noch um eine längere, unbefristete Anstellung handelt, ist es Betroffenen möglich, sich mit der Firma zu identifizieren und eine Bindung zum Arbeitsplatz und -umfeld aufzubauen:

Ich habe dann zugesagt als Betriebsleiter einer kleinen Weberei mit 25 Personen, ein kleiner familiärer Betrieb, es war sehr angenehm zum Arbeiten. (Transkript B5, Z. 89–90)

Ja und was ich jetzt immer mehr merke, darum bin ich so froh, dass ich solange dort bin, ich merk, wenn man so ein bisschen länger an einem Ort ist, so vier, fünf Jahre, und ich bin jetzt doch 39 und habe das noch nie erlebt. Dass man wie ein Teil der Firma wird und dass man so ein wenig die Kultur mitgestalten kann, man ist einfach ein Teil davon, man spürt ein bisschen, wie es sich entwickelt, und das ist schon noch schön zu erleben, das habe ich eben noch nie erlebt. Ich bin nur so gekommen und dann wieder gegangen und jetzt bin ich wie ein Teil von dem und kann das so ein wenig mitgestalten, wie sich das weiter entwickelt. (Transkript B2, Z. 439–446)

Bedingungen des Arbeitsumfeldes wie kein Tageslicht, Lärm, Schmutz und lange Arbeitswege werden als exklusionsförderliche Faktoren genannt.

Nach zwei drei Jahren, es war relativ laut, dreckig, ölig... habe ich auch gemerkt, ja jetzt habe ich das gesehen. (Transkript B5, Z. 6 & Z. 9–10)

Die ist finster im Loch ohne Tageslicht...obwohl das auch nicht ganz korrekt ist, weil Sie müssen nach Gesetz 20 Minuten immer wieder Tageslicht haben, was wir alles nicht hatten. (Transkript B6, Z. 550–552)

3. 2. 2. 3. Soziale Bedingungen

Mit den sozialen Bedingungen sind die zwischenmenschlichen Grundvoraussetzungen gemeint, auf die ein_e Arbeitnehmer_in bei Stellenantritt trifft. Als wichtigste Erfahrung wird bei allen Befragten die Möglichkeit des Austausches und des Kontaktes zu Mitarbeitenden oder Vorgesetzten ins Feld geführt. Erfahrungen mit vielen Wechseln in der Belegschaft, mit schwierigen Vorgesetzten oder einer zu selbständigen Arbeit, bei der Kontaktmöglichkeiten fehlen, werden als hinderlich beschrieben:

Das hat mir natürlich auch noch gefehlt, ich konnte mich nicht mehr gross mit jemandem beraten. So auf gleicher Ebene hatte es nicht mehr viele bei dieser Firma. (Transkript B4, Z. 162–164)

Einer der wichtigsten Gründe war, die Filiale war wie führungslos. (Transkript B6, 205–206)

Gerade wenn die sozialen Bedingungen durch Umstrukturierungen oder wirtschaftlichen Druck belastet sind und sich der Fokus von Vorgesetzten auf den Umsatz anstatt auf die Mitarbeitenden richtet, sind psychisch vorbelastete Menschen rasch überfordert. Sie erleben das Gefühl, den veränderten Strukturen ausgeliefert zu sein und keine Macht gegenüber diesen zu haben:

Als immer wieder Zeugs geändert wurde und ich mich nicht wehren konnte dagegen. Also nicht wehren, ich musste gewisse Ungerechtigkeiten schlucken, und das hat mich krank gemacht, ja, der ganze Prozess. (Transkript B4, Z. 259–261)

Wichtig in solch schwierigen Arbeitsbedingungen sind vertrauensvolle Bezugspersonen:

Die, die noch ein wenig Gegensteuer gegeben hatte, war die Personalchefin, die Buchhaltungschefin, die hat dann irgendwann gesagt, für mich stimmt das nicht mehr, sie hat dann gekündigt und ging dann. Und dann wurde es eigentlich noch schlimmer. Weil dann hat niemand mehr Gegensteuer gegeben. (Transkript B4, Z. 85–88)

Dem Führungsstil von Vorgesetzten wird viel Gewicht beigemessen. Befragte haben gute Erfahrungen gemacht, wenn Vorgesetzte grundsätzlich sozialkompetent sind und stringent oder konsequent führen. Dies in Hinblick auf alle Mitarbeitenden.

Es war ein kleines Team von vier Leuten, meine Vorgesetzte war noch eine Sozialpädagogin, eine gelernte. Ja und sie hat das gut gemacht. (Transkript B2, 132–133)

Die Herausforderungen vor allem in zwischenmenschlichen Bereichen sind für Menschen mit psychischen Auffälligkeiten besser bewältigbar, wenn die grundsätzlichen Bedingungen eines Arbeitsumfeldes bei Stellenantritt gesundheitsförderlich sind. Im Falle von Menschen mit (Erschöpfungs-)Depressionen sind es mitunter diese grundsätzlichen und sozialen Bedingungen am Arbeitsplatz, welche psychische Krisen auslösen können:

Bei der Firma L. habe ich gemerkt, so jetzt kommt der Druck nur auf mich, deine Zahlen, ja, so viele Mitarbeiter hast du, 24 musst du abbauen, ganz knallhart, damit die Zahl unten wieder stimmt. (Transkript B5, Z. 335–337)

3. 2. 3. Konfliktverhalten Betroffene

In diesem Abschnitt geht es einerseits um das direkte Verhalten Betroffener in interpersonalen Prozessen und um die Einstellungsleistungen, welche hinter diesem Verhalten stehen. Dabei ist nicht relevant bzw. kann aus den Reflexionen nicht immer herausgefiltert werden, ob das Verhalten als Reaktion auf das Verhalten von Vorgesetzten oder Teammitgliedern zu verstehen ist, oder ob es sich um proaktives Verhalten der Betroffenen handelt.

3. 2. 3. 1. Anerkennung

Wie unter Punkt 3. 2. 1. 1. dargestellt, bilden das Erfahren und die Anerkennung der psychischen Beeinträchtigung in Form einer Diagnose einen zentralen Prozess, der die Möglichkeiten, in einem Konflikt zu agieren, massgeblich beeinflusst. Dieser Prozess ist in den meisten Fällen sehr langwierig. Betroffenen fällt es schwer, das eigene Verhalten auf eine psychische Beeinträchtigung zurückzuführen. Dieser Prozess der Anerkennung der Beeinträchtigung wird gleichzeitig als schmerzhaft, aber für den weiteren positiven Verlauf der Krankheits- und Berufsbiografie als unabdingbar anerkannt:

Einen Namen dafür haben, dass ich es einordnen kann, und vor allem dass ich das annehmen kann wie einen Freund, auch wenn's halt manchmal lästig ist (lacht). Ja also weil wenn ich's nicht annehme, habe ich das Gefühl, da leidet man das Leben lang nachher und es bringt einen nicht weiter. (Transkript B1, Z. 97–100)

Damit in Zusammenhang steht auch das Anerkennen der eigenen Leistungsfähigkeit. Der Druck, sich ständig beweisen zu müssen, kann durch ein transparentes, proaktives Informieren abnehmen und der Möglichkeit weichen, für die eigenen Bedürfnisse kämpfen zu können. Ein Betroffener spricht sich in diesem Zusammenhang für eine eingeschränkte Transparenz aus, damit Chancen erhalten bleiben und die Stigmatisierungsgefahr gemindert werden kann:

Transparent, also begrenzt, transparent im Sinne von, ich hab gesagt, dass ich eine halbe IV-Rente wegen psychischen Beeinträchtigungen habe, das hat sie gewusst, genau. Details oder irgendwie wann wie was, das nicht, da hat sie auch nicht gefragt... die psychische Krankheit, dass man das so ein wenig abgrenzt, dass das einmal war. Dass wirklich das Gegenüber das Gefühl bekommt, ok, das ist jetzt ein Mensch, der mal hatte, und ich finde, da muss man wirklich selbstbewusst sein, und jetzt bin ich da und 50 % kann ich die Leistung bringen. Weil, wenn irgendwie ein Rückfall passiert, und das kann immer passieren, das kann auch einer gesunden Person passieren, vielleicht ist die Wahrscheinlichkeit ein bisschen grösser, aber wenn's dann passiert, dann passiert's. (Transkript B2, Z. 146–149 & 156–162)

Oft wird der wahre Grund für die Probleme am Arbeitsplatz erst durch einen Arzt oder eine Ärztin erkannt. Diese reagieren schnell mit einer Krankschreibung zum Schutz Betroffener. Vielfach führt der Gang zum Hausarzt, zur Hausärztin und die darauffolgende Überweisung zu einem/einer Psychiater_in erstmals zu einer Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit:

Ja dann ging ich eben zum Hausarzt...der hat gesagt, du, jetzt müssen wir sofort schauen, Antidepressiva ist eine Möglichkeit, das kann ich dir empfehlen, du brauchst psychiatrische Betreuung. (Transkript B5, Z. 307–311)

Eine intensive psychotherapeutische Behandlung wird zwar zu gewissen Zeitpunkten und vor allem von einer Person als Rückschritt empfunden – *"Ich war dort gerade in einer intensiven Therapie, die mich recht beansprucht hat und mich ein bisschen destabilisiert hat"* (Transkript B2, Z. 182–183) –, dennoch betonen alle Befragten, dass nur durch die Begleitung durch eine Psychotherapie eine gewisse Stabilisation möglich war.

3. 2. 3. 2. Widerstand

Als kongruentes fallübergreifendes Reaktionsmuster kann bei ersten Anzeichen einer psychischen Auffälligkeit der Rückzug gezählt werden. Betroffene sind so überfordert mit sich, den eigenen Gefühlen und mit den interaktiven Prozessen, denen sie sich stellen müssen, dass sie sich bevorzugt zurückziehen. Sei das durch Kontaktvermeidung – *„...und von da an habe ich nichts mehr gesagt und ein halbes Jahr später hatte ich den Zusammenbruch"* (Transkript B4, Z. 46–47) – oder durch Fernbleiben von der Arbeit. Betroffenen ist bewusst, dass ein Gespräch mit verantwortlichen Personen hilfreich wäre, es ist aber für sie in dem Moment nicht möglich, einen Schritt auf Vorgesetzte zuzugehen und das Gespräch zu suchen. Sie versuchen meist selber das Problem in den Griff zu bekommen, allenthalben werden auch Psychotherapien abgebrochen:

Also ich bin ein Mensch, ich muss immer alles selber machen, das ist eben so schwierig. Ich habe immer das Gefühl, ich nehme zum Teil schlecht Hilfe an, und das ist sicher nicht gut. (Transkript B3, Z. 142–144)

...und es hat dann so angefangen mit meiner Krankheit, ich habe mich immer mehr zurückgezogen, das war sicher ein Symptom. (Transkript B2, Z. 317–319)

Die Kontaktverweigerung hat auch mit der Angst vor Machtausübung seitens Vorgesetzten zu tun.

Betroffene haben Angst vor einer Kündigung, wenn sie mit offenen Karten spielen. Nebst dem Rückzugsverhalten zeigen sich Menschen mit psychischen Auffälligkeiten gegenüber Interventionen oder Reaktionen von Teammitgliedern oder Vorgesetzten widerständig, wütend oder geduldlos. Vorgesetzte werden zuweilen in ihrem Verhalten vor dem Team diskreditiert oder abgewertet: „...und ich habe dann halt vor der ganzen Gruppe den Gutschein abgelehnt, gedacht, du kannst mich mal da“ (Transkript B1, 465–466). Exklusionsförderliches Verhalten zeigt sich also im vermeidenden und aggressiv konfrontierenden Widerstand. Auch hierbei lässt sich zwischen verschiedenen psychiatrischen Diagnosen unterscheiden. Befragte mit (Erschöpfungs-)Depressionen und Schizophrenie agieren eher mit Rückzug, Interviewte mit Persönlichkeitsstörung und ADS eher mit aggressivem Widerstand.

3. 2. 3. 3. Selbststigmatisierung

Allen Interviewten ist gemein, dass sie lange versucht haben, die psychischen Probleme vor sich selber und vor anderen am Arbeitsprozess Beteiligten zu verbergen, um so das Gesicht zu wahren. Die eigenen Normalitätsvorstellungen führen dazu, dass die Beschwerden nicht als psychische Beschwerden anerkannt werden können und man sich selber belügt. Man will und sollte im Leben ja schliesslich etwas erreichen: „Eben Betriebsleiter, ja 90 Personen, da bist du jemand, da kannst du dich zeigen, kannst dich präsentieren“ (Transkript B5, Z. 127–128). Hingegen bedeutet die Hinnahme der Beeinträchtigung, dass man Unfähigkeiten zugesteht, die dann dazu führen, dass man sich wenig zutraut und eine Stelle wählt, die unter den Kompetenzen der betroffenen Person liegt. Nachfolgende Antwort auf die Frage, ob der Befragte gespürt habe, dass es ihm nicht gut gehe, veranschaulicht diese Tatsache: „Ja wahrscheinlich schon ja oder. Aber man möchte das ja auch nicht wahrhaben“ (Transkript B4, Z. 138). Betroffene verurteilen die eigenen Einschränkungen und trauen sich selbst immer weniger zu. Die Verantwortung für die zwischenmenschlichen Probleme am Arbeitsplatz wird in den meisten Fällen vollständig übernommen, da man selbst sich als unfähig für Beziehungspflege einstuft:

Also ich nehme die Schuld ja meistens auf mich, und fand natürlich, ich bin schuld, ich kann ja nicht mit ihm umgehen und ich habe ja meine dissoziativen Störungen, wenn ich ihn sehe, es ist ja wirklich kein Wunder, dass es nicht geht, wenn ich ja mit ihm komisch umgehe. (Transkript B6, Z. 598–601)

Entsprechend dieser Haltung wird der Kontaktabbruch, das leistungsefordernde Verhalten von Vorgesetzten und Mitarbeitenden als auch eine Kündigung tendenziell akzeptiert und als stimmig empfunden:

Ich habe mich sogar bedankt für die Kündigung. Also der Personalleiter war noch dabei und der Filialleiter und die waren beide überrascht, wieso bedankt sie sich jetzt bei uns...ich bin froh, haben sie sich so entschieden, und ich könne es völlig nachvollziehen. (Transkript B1, Z. 597–602)

Aber dort habe ich gemerkt, dass der R. wirklich auch sehr fordernd war und Druck aufgesetzt hat, verständlicherweise, weil er hatte den Druck vom Chef unten, das ist klar. (Transkript B5, Z. 208–210)

Mit dem Chef hatte ich keine Probleme (I: Also keine Probleme gehabt aber es war auch nicht so, dass er sich mit Ihnen auseinandergesetzt hat?) Nein. Also seine Aufgabe war ja quasi mit der Konzernleitung zusammen zu schauen, was sind die Gesetze und Projekte und was muss man prüfen (I: das waren seine Aufgaben?) Ja. (Transkript B6, Z. 405–408)

Psychische Beeinträchtigungen werden tabuisiert und das Thema ist immer noch sehr mit Scham behaftet, entsprechend gehört es zum Verhaltenskonzept von Betroffenen, somatische Beschwerden vorzuschieben, um den wahren Problemgrund zu verheimlichen:

Also zuerst war's eine Erkältung, eine Grippe, man lügt dann natürlich auch, das muss ich offen eingestehen, weil das gibt man ja nicht zu. (Transkript B5, Z. 281–283)

Es ist ein langer Weg zur Anerkennung und Krankheitseinsicht. Die Anmeldung bei der IV und Unterstützung durch Integrationsfachpersonen werden zum Teil als hilfreich anerkannt. Gerade im Zusammenhang mit (Erschöpfungs-)Depressionen wird der unfreiwillige Kontakt mit der IV aber auch als entwürdigend und stigmatisierend empfunden:

Die haben sich direkt telefonisch gemeldet. Dort war auch die Frage, was meinen Sie, wie lange geht es noch, und dann musste ich sogar noch etwas unterschreiben, eben dass sie alle Informationen einholen können. Dann habe ich auch gedacht, wieso muss ich das unterschreiben, ich meine, ich bin doch noch nicht ein IV-Fall, für mich ist das hart rübergekommen. (Transkript B5, Z. 379–383)

Betroffene wenden viel Kraft dafür auf, dass das psychisch auffällige Verhalten oder die psychischen Probleme am Arbeitsplatz nicht auffallen.

3. 2. 3. 4. Anpassungsleistung

Einerseits werden hier die Anpassungsleistungen beschrieben, welche mit den von sich selbst oder von anderen geforderten Zielen zusammenhängen:

Ich habe dann immer mehr gearbeitet, immer bis abends um sieben, habe immer versucht alles unter einen Hut zu bringen und zuerst habe ich ausgerufen und dann habe ich nichts mehr gesagt, ein halbes Jahr lang nichts mehr gesagt und einfach versucht zu funktionieren. Deckel zu. (Transkript B4, Z. 101–104)

Ich habe immer gesagt, was die anderen können, kann ich auch. Und habe mir auch dementsprechend einen Druck aufgebaut (.). Ich kann das auch, was die anderen können, und wenn ich es noch nicht kann, dann werde ich es noch schaffen. (Transkript B1, Z. 46–49)

Andererseits geht es auch um Anpassungsleistungen in Bezug auf die Energie, die aufgewendet wird, um die psychischen Probleme zu verheimlichen:

Ich spalte wie zwei Persönlichkeiten über. In eine, die aussen funktioniert, und eine, die innen total am Durchdrehen ist, und das Schlimme ist, die, die innen am Durchdrehen ist, muss noch die steuern, die aussen ist, damit ja niemand etwas merkt. Also ich muss ja quasi aussen weiterhin funktionieren. (Transkript B6, Z. 229–232)

Je besser es den Betroffenen gelingt, die von sich selbst und anderen geforderten Leistungen zu bringen, desto besser gelingt es ihnen, ihre psychischen Schwierigkeiten zu verdecken. Nebst der Leistung versuchen Betroffene Fehlzeiten zu vermeiden, da Fehlzeiten für sich gesprochen bereits schon ein Indiz für Schwäche und Fehlleistung sind. „*Ich war ein ganz Braver, alles voll durchgezogen, ganz brav*“ (Transkript B6, Z. 351–352).

Betroffenen fällt es auch nach positiven Erfahrungen mit der Offenlegung der psychischen Probleme schwer, an neuen Arbeitsstellen anders zu agieren; meist fallen sie aus Angst, stigmatisiert und diskriminiert zu werden, wieder in dasselbe Verhaltensmuster:

Nein, ich muss sagen, so offiziell das Thema Erschöpfungsdepression, Burnout habe ich nie in den Mund genommen, bei keinem Vorstellungsgespräch (I: Und auch nachher nicht, als Sie dort gearbeitet haben?) Nein, auch nachher nicht. Auch bei meiner jetzigen Anstellung habe ich es nur dem Vertrauensarzt gesagt bei der ärztlichen Untersuchung für die Einstellung, dort musste ich es auch angeben. (Transkript B6, Z. 514–518)

Es zeigt sich bei allen Proband_innen, dass es, wenn überhaupt, erst nach vielen negativen und positiven Erfahrungen in Arbeitsbeziehungen und nur durch die Unterstützung von Aussenstehenden möglich ist, die psychischen Auffälligkeiten als auch eine allfällige Leistungseinschränkung zu akzeptieren und gegenüber den Akteur_innen des Arbeitsmarktes offen zu kommunizieren.

Um das Bild aufrecht zu erhalten, dem Betroffene entsprechen wollen, wird viel investiert, wenn aber alle Anpassungsbemühungen nichts bringen, bleibt zum Schluss in vielen Fällen nur noch die eigene Kündigung.

3. 2. 4. Konfliktverhalten Team/Vorgesetzte

In diesem Kapitel wird das Verhalten von Teammitgliedern und in erster Linie Vorgesetzten in problematischen Situationen mit Betroffenen beschrieben. Interessant ist, dass Betroffene den Fokus vor allem auf ihr eigenes Verhalten richten und dieses bewerten. Es fällt ihnen merklich schwerer, das ihnen entgegengebrachte Verhalten der Arbeitskolleg_innen zu beschreiben.

3. 2. 4. 1. Anerkennung – in Kontakt treten

Grundsätzlich fällt es Teammitgliedern auf gleicher Stufe leichter, sich auf Betroffene und deren Probleme einzulassen. Sie zeigen in einigen Fällen, gerade wenn es vordergründig um somatische Beschwerden geht, Verständnis und bieten formell und informell schon einmal ein offenes Ohr oder Unterstützung an: „*Also so, also wirklich mega Verständnis, ja, ja also von den Mitarbeitern. Filialleiter, Chefs, die haben sich mehr ein bisschen zurückgehalten*“ (Transkript B1, Z. 235–236). In einigen Fällen entstehen aber genau in der Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden auf gleicher Ebene Probleme, die durch Vorgesetzte gelöst werden müssen. Trotz der Verdeckungsversuche stufen Befragte das Aufdecken der Problematik und das anschliessende Annehmen dieser als hilfreich für einen inklusionsförderlichen Prozess ein:

Ja, der Brief hat mich eigentlich gespiegelt, der hat mich gespiegelt, hey R., da stimmt etwas mit dir nicht, und da musste ich einfach sagen, da hat er recht, das stimmt. Ich habe seit einem Jahr versucht, dass es mir wieder besser geht, und er hat mir wirklich vor Augen geführt R. (...) also mit meinen Worten jetzt gesagt, du drehst dich in einem Hamsterrad und merkst nicht, dass du nicht weiterkommst, also es geht dir nicht gut, ja. (Transkript B1, Z. 485–489)

Sofern Vorgesetzte und das Team die psychischen Auffälligkeiten anerkennen und nicht stigmatisieren, ist es ihnen möglich, offen, unterstützend, schützend und interessiert auf Betroffene zuzugehen. Dabei gibt es unterschiedliche Verhaltensweisen, die von Betroffenen als förderlich eingestuft werden. Eine davon ist, die Beeinträchtigung anzuerkennen aber nicht zu stigmatisieren:

Es ist eben keine Naivität, es ist so ein bisschen, ja da steht ein Mensch vor mir und der ist mir sympathisch, den stellen wir ein. Aber ich hätte irgendwelche Vergangenheit haben können, es wäre ihr wie egal gewesen... oder sie hat sich vielleicht auch nicht so viele Gedanken gemacht, was heisst das eigentlich, psychische Beeinträchtigung, oder was könnte da auf mich zukommen, diese Gedanken sind ihr gar nicht gekommen, wenn's dann soweit ist, dann kann man dann schauen. (Transkript B2, Z. 248–251 & 252–255)

In gewissen Fällen ist der Wunsch nach Gleichbehandlung gross, schliesslich wollen psychisch auffällige Menschen nicht auffallen. In anderen Fällen kann eine Andersbehandlung sehr hilfreich sein und zur Entlastung führen. Dies geschieht dann, wenn die Beeinträchtigung anerkannt und positiv diskriminiert wird:

Die haben geschaut, also die Chefs haben geschaut, dass sie mich entlasten können. Indem dass sie mich in eine andere Fachabteilung getan haben, weil dort arbeite ich mit weniger Druck. Da haben sie geschaut. Da waren sie fürsorglich, ja. Wirklich sehr. (Transkript B1, Z. 378–381)

Als wertvoll und wichtig empfinden Befragte die sozialen Kompetenzen von Vorgesetzten. So ist es möglich, individuell richtig zu reagieren, Vertrauen und Verantwortung zu übergeben und Betroffene dabei nicht zu über- oder unterfordern:

Eben auf der einen Seite hatte ich freie Hand, ich konnte recht viel entscheiden, ich konnte auch Zeug einkaufen und so. Ich musste einfach eine plausible Erklärung bringen, dass man das und das und diese Maschine braucht, und dann hat er unterschrieben, er war froh, wenn er nichts damit zu tun hatte und sich nicht auch noch damit befassen musste. Also es hatte zwei Seiten. Auf der einen Seite hat man sich im Stich gelassen gefühlt und auf der anderen Seite hatte man gewisse Freiheiten. (Transkript B4, Z. 153–158)

Wenn Vorgesetzte greif- und spürbar sind und ihre Rolle aktiv wahrnehmen – ob das nun einfühlsam und verständnisvoll ist oder aber eher klar, konsequent und fordernd –, dann fühlen sich Betroffene wertgeschätzt und unterstützt. Sie erhalten dadurch einen stützenden Rahmen, auf den sie sich verlassen können.

3. 2. 4. 2. Überforderung – Kontakt vermeiden

Viele interpersonale Erfahrungen in Arbeitsbeziehungen sind davon geprägt, dass sich Mitarbeitende und in erster Linie Vorgesetzte zurückziehen, wenn es schwierig wird:

Ich hatte das Gefühl, sie sind mir dort eigentlich mehr ein bisschen aus dem Weg gegangen. Also aus dem Weg, nicht negativ gemeint, also wir lassen die R. ein bisschen in Ruhe, ich glaube, sie braucht diese Ruhe. (Transkript B1, Z. 196–198)

Man konnte wirklich mit ihm Gespräche führen und es kam wirklich nichts von ihm. Also er war wie ein verschlossenes Buch mit zehn Siegeln, nicht mit sieben Siegeln. Er hat wirklich nichts gesagt, man konnte teilweise mit ihm reden und es kam nichts. (Transkript B6, Z. 392–394)

Dabei werden die psychischen Symptome verharmlost oder ignoriert:

Nein, der hat nichts mitbekommen, der hatte selber Angst um seinen Job und konnte nicht mehr schlafen, wenn er nach England musste. Nein, der wollte auch nichts mitbekommen, also nicht wollen, ja. (Transkript B4, Z. 109–111)

Arbeitgebenden fällt es leichter, somatische Beschwerden zu akzeptieren. Gerade bei einer Persönlichkeitsstörung wird die Erfahrung gemacht, dass das Verhalten auf einen Charakterzug zurückgeführt wird und dieses "Fehlverhalten" mit einer Verhaltensanpassung seitens Betroffene behoben werden kann:

Also ich habe das Gefühl, man hat das wahrscheinlich als Charakterzug von mir abgetan, dass ich entweder nicht konzentriert bin oder dass ich...ich glaube schon, dass man das irgendwie gemerkt hat, aber man hat wahrscheinlich nicht an psychische Probleme gedacht, wahrscheinlich, sondern an einen Charakterzug gedacht, glaube ich jetzt, wenn ich das so anschau. (Transkript B6, Z. 252–256)

Schau, R., du warst früher so humorvoll, eine lustige Person, hast immer gelacht, wir wünschen dich zurück mit dieser Person. (Transkript B1, Z. 468–469)

Betroffene nehmen bei Vorgesetzten vielfach Überforderungstendenzen wahr, wenn sie sich zum Beispiel nicht mit der Problematik auseinandersetzen und bisher keinen Kontakt zu Menschen mit psychischen Auffälligkeiten hatten „*Er hatte ein bisschen wenig Erfahrung*“ (Transkript B2, Z. 106). In der Folge verhalten sich diese gegenüber dem Team unklar und intransparent. Diese Intransparenz gegenüber dem restlichen Team wird vor allem in einem Fall als kontraproduktiv beschrieben, da zwar Unterschiede im Verhalten und der Stellung des Betroffenen im Betrieb wahrgenommen werden, dies aber nicht offen kommuniziert wird. Dies führt dann wiederum dazu, dass Teammitglieder den Kontakt meiden. „*Ich war da ein wenig ein Spezialfall und hatte keinen Kontakt zu Lehrlingen oder irgendwie so, die auch in einer Ausbildung waren*“ (Transkript B2, Z. 107–108).

Nebst dem Rückzug wird in einigen Fällen festgestellt, dass Leistung eingefordert und weiter Druck aufgesetzt wird, vor allem wenn es um Stellen mit viel Verantwortung geht:

...der dann ab und zu in der Tür stand und sagte: Du, wie sieht es mit dem Projekt so und so aus, wie weit bist du da. Ich habe dann oft sagen müssen, du, ich bin noch nicht so weit, weisst du, ich habe noch das und das und dieses zu tun, und er, ja du musst dich halt ein bisschen anders organisieren, und er war dann relativ fordernd, er kam oft und wir hatten Sitzungen, regelmässig, und ich habe dann gemerkt, also das kann ich nicht alles bewältigen in der Zeit, in der er es gerne hätte, weiss er überhaupt, wie viel Aufwand das ist. Er war sehr fordernd oder er hatte klare Ziele, aber in meinen Augen wollte er viel zu viel in kurzer Zeit. (Transkript B5, Z. 173–180)

Wenn diese Leistungsvorgaben nicht erfüllt werden, ist es Vorgesetzten kaum möglich, betriebsintern eine Alternative anzubieten:

Herr D. hat gesagt, wenn er das nicht schafft, dann habe ich kein anderes Angebot. Er hat gesagt, nein, diesen Mann kann ich nicht brauchen, wenn der weg geht und etwas Neues findet, womit er zufrieden ist, dann ist das die bessere Lösung. (Transkript B5, Z. 476–479)

Aus den Erzählungen geht hervor, dass es in vielen Arbeitsbeziehungen darum geht, die Unternehmenskultur, die betriebsinternen Ziele und Problemlösungsmuster den Betroffenen überzustülpen. Normalitätsvorstellungen der Arbeitgebenden führen dazu, dass ein Eingehen auf die spezifische Problematik der Betroffenen wenig möglich ist. Der normale Ablauf des Betriebes soll nicht gestört werden. Tipps und Interventionsideen beziehen sich in erster Linie auf Änderungen in der Arbeitsorganisation oder in der Einstellung zu Gesundheit/Arbeit:

Ja also ich habe schon Tipps bekommen von den Arbeitskollegen auch vom Chef, ich habe es immer probiert umzusetzen, ich habe einfach gemerkt, ich habe wahnsinnig Mühe, das umzusetzen. Dann hiess es einfach vom Chef her, dass es vielleicht für mich gut ist, wenn ich mehr ans Arbeiten denk als an das, wie's mir geht, gesundheitlich. (Transkript B1, Z. 72–74 & Z. 395–396)

Aufgrund der für Arbeitgebende nicht klar zuordnungsbaaren Verhaltensmuster der Betroffenen wird es schwierig, die Leistungsfähigkeit klar einzuschätzen und Tätigkeiten darauf abzustimmen. Vielfach machen Betroffene die Erfahrung, dass man sie entweder über- oder unterschätzt:

I: Das heisst jetzt aber eigentlich, sie haben zwar gewusst, dass Sie einen Zusammenbruch hatten, sie sind aber nicht darauf eingegangen, sie haben Sie also nicht speziell geschont, oder?

B4: Nein, nichts. Ich habe zwar nur 80 % gearbeitet dort, aber ich habe eigentlich praktisch die ganze Verantwortung wieder gehabt, das was ich eigentlich nicht mehr wollte. (Transkript B4, Z. 334–339)

Ich denke, der Vorgesetzte war im Nachhinein wie überfordert damit, was er mir zutrauen kann und was nicht, und vielleicht durch mein Auftreten hatte er das Gefühl, ich könne das schon und so, aber das war dann doch recht schwierig und darum war es auch eine recht schwierige Zeit dort, ja. (Transkript B2, Z. 69–73)

Transparenz gerade bezogen auf schriftliche Stellenbewerbungen führt in den meisten Fällen zu Stigmatisierungen und Vorbehalten von Arbeitgebenden gegenüber Betroffenen. Nach Offenlegung der Beeinträchtigung ist der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt sehr schwierig: „Es nimmt mich einfach niemand, es nimmt mich einfach niemand, das ist einfach so“ (Transkript B6, Z. 485–486).

3. 2. 5. Problemlösungsvorschläge

In diesem Kapitel wird die Frage beantwortet, was hilfreich gewesen wäre oder für die Zukunft ist, wenn es darum geht, Exklusion aus dem Arbeitsmarkt zu verhindern. Es werden inklusionsförderliche Prozesse aufgezeigt, welche von den Interviewten erlebt wurden oder gewünscht werden.

3. 2. 5. 1. Eigenes Verhalten

Das eigene Verhalten bei psychischen Problemen und den damit verbundenen interpersonalen Konflikten, wird rückblickend von allen Interviewten verurteilt. Es wird konstatiert, dass in problematischen Situationen ein Gespräch mit Vorgesetzten oder internen Vertrauenspersonen gesucht werden müsste. Ein Verhalten, das den Betroffenen aufgrund der psychischen Beeinträchtigung nicht möglich ist und auch in Zukunft nicht möglich sein wird:

Damals war ich noch nicht fähig, ihm das zu sagen so, was ich jetzt da erlebe und so. Es war auch von mir aus, ich hatte nie ein Gespräch gesucht, es war auch von mir aus recht schwierig, was soll ich ihm jetzt da sagen und so weiter. (Transkript, Z. 78–81)

Inklusionsförderliches Verhalten heisst für Betroffene, die eigenen Gefühle und Grenzen wahrzunehmen und anzuerkennen und sich für den Umgang damit Zeit zu lassen. In diesem Zusammenhang wird von den meisten Proband_innen die Zeit, welche sie temporär psychiatrisch hospitalisiert waren, im Nachhinein als wertvoll für den Anerkennungs- und Genesungsprozess beurteilt. Auch wird die eigene Kündigung als Druckentlastung empfunden, obschon das Ziel in den meisten Fällen der Stellenerhalt ist: „*Nein, ich hätte natürlich die Stelle wechseln müssen*“ (Transkript B4, Z. 285). In allen Fällen wird eine rechtzeitige Kündigung im Nachhinein als positive Intervention empfunden.

3. 2. 5. 2. Soziale, strukturelle Bedingungen

In den Interviews wird klar hervorgehoben, dass an einer Stelle die Möglichkeit bestehen muss, zwischenmenschliche Kontakte zu pflegen. Gesprächspartner_innen für einen informellen Austausch als auch Vorgesetzte, welche präsent sind und beratend zur Seite stehen, wären hilfreich:

Dort wäre ich froh gewesen, ich hätte mit jemandem reden können, also mit jemandem, der ausserhalb oder innerhalb des Teams gewesen wäre. (Transkript B3, Z. 155–156)

Wahrscheinlich klappt es dann zwischenmenschlich, wenn die Abteilung von einer starken Person geführt wird. So würde es für mich stimmen, dann würde es funktionieren. (Transkript B6, Z. 483–484)

Wie in den Kapiteln 3. 2. 1. 3. und 3. 2. 2. 1. beschrieben, ist eine den Ressourcen und Kompetenzen angepasste Stelle von grosser Wichtigkeit, damit interpersonale Konflikte vermieden und ein möglicher beruflicher Ausschluss verhindert werden kann:

Man kann bei mir wie die These aufstellen, dass unter Umständen, wenn ich an einer Arbeitsstelle arbeiten könnte, die anspruchsvoll ist von der Tätigkeit her, unter Umständen alle Symptome und Probleme in den Hintergrund treten und ich wie gesund wäre, könnte man. (Transkript B6, Z. 769–772)

3. 2. 5. 3. Externe Unterstützung

Obschon der Erstkontakt mit der IV als entwürdigend beschrieben wird, sind sich alle Interviewpartner_innen einig, dass externe Unterstützung notwendig und hilfreich ist.

Also ich habe das Gefühl, bei der Firma A. wäre es toll gewesen, wenn so eine Drittperson aussenstehend geschaut hätte. Ich weiss nicht, ob es intern gut gewesen wäre. (Transkript B1, Z. 396–397)

Auch der Hinweis auf psychotherapeutische Unterstützung von Arbeitgeberseite wird vor allem in einem Interview als hilfreich empfunden.

Wenn das jemand gesagt hätte, aber auch mir erklärt hätte, was das heisst, was ein Psychologe wirklich ist, was er wirklich macht. Weil das ist für mich, wenn es hiess Psychologe, dachte ich, ja was will ich dort, der kann mir nicht helfen, aber wenn man das aufklärt irgendwie, dann wäre das Verständnis sicher schneller dagewesen, ja. (Transkript B1, Z. 539–532)

Die Aufklärung über die Art der Hilfeleistungen durch den oder die Vorgesetzte_n reduziert die Angst und Vorbehalte gegenüber psychotherapeutischer oder beraterischer Unterstützung. Auch führt die Auseinandersetzung seitens Vorgesetzter mit der psychischen Problematik der Betroffenen zu Wertschätzung gegenüber den Vorgesetzten.

Ich würde mich auch ernst genommen fühlen und ich hätte dann auch das Gefühl, der Chef hat eine gewisse Wertschätzung mir gegenüber, weil sonst wäre ihm das schnurzegal, dann hätte er mir einfach gekündigt und ich hätte dann auch das Gefühl, doch, er ist auch menschlich (.) also er zeigt einfach, dass ihm die Mitarbeiter nicht völlig egal sind. Dass er ein Herz hat, und das ist bei vielen Vorgesetzten oft nicht so sichtbar, und ich habe dann auch das Gefühl, dass eigentlich ich dann ihn als Person oder als Chef dann noch mehr ernst nehmen könnte, also oder nicht als völliger Drachen anschauen. Doch, ich denke, das hätte mir schon geholfen, ja. (Transkript B1, Z. 572–580)

Nach Meinung aller Befragten sollte die externe Unterstützung ihre Interventionen nicht nur auf das Verhalten der Betroffenen, sondern auch auf das der Vorgesetzten und evtl. auf Teammitglieder richten:

Mein Vorgesetzter, er hat das schon gut gemeint, er wollte auch, dass das funktioniert, ich werfe ihm das auch nicht vor, er hatte keine Erfahrung mit solchen Situationen, er hatte eben eine Unsicherheit, da hätte er auch eine Unterstützung brauchen können. (Transkript B2, Z. 397–400)

Es gab ja danach wie immer Hilfe von verschiedenen Orten, wo man mir wie helfen will, also wie wenn ich etwas falsch machen würde, also es geht ein bisschen in die Richtung. (Transkript B6, Z. 421–423)

Ideen gehen auch dahin, dass man präventiv ansetzen müsste. In den Beschreibungen wird allerdings nicht klar ersichtlich, wer wie und wann intervenieren sollte:

Ich denke, man hätte vieles schon vorher erkennen können. Das kommt nicht heute auf morgen, zack, sondern das kommt schleichend. Also die komischen Gefühle und alles. (Transkript B4, Z. 502–504)

Mich dünkt, es gibt nur Angebote für dann, wenn man am Boden ist, und präventiv, vorher gibt's irgendwie nichts, so kommt es mir vor. (Transkript B6, Z. 759–761)

Implizit tendieren alle Befragten zu der Haltung, dass es möglich sein muss, trotz und mit psychischen Auffälligkeiten am Arbeitsprozess teilzunehmen. Dabei wird nicht nur die Möglichkeit, selbst Erfahrungen in "realen" Arbeitswelten machen zu können, ins Feld geführt. Arbeitgebende sollen auch die Möglichkeit erhalten, Erfahrungen mit psychisch auffälligen Menschen machen zu können. Ein Befragter bringt es durch eine Aussage nach Abschalten des Aufnahmegerätes auf den Punkt:

Indem man durch Exklusion eine Parallelgesellschaft schafft, entzieht man den Arbeitgebenden die Möglichkeit, einen Umgang mit psychisch Auffälligen zu finden. (Persönliche Kommunikation, 16. September 2014)

4. Diskussion der Ergebnisse

Die inhaltlich analysierten Ergebnisse werden in diesem Kapitel zusammengefasst, interpretiert und mit verschiedenen Bezügen aus Theorie und Forschung in Verbindung gesetzt. Zunächst stellt die Autorin die wichtigsten Aussagen in Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zusammenfassend dar, woraufhin die Forschungsfragestellungen beantwortet werden.

4. 1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Grundsätzlich fällt auf, dass sich zwischen den Aussagen von Betroffenen mit Depression und Erschöpfungsdepression, welche nach eigenen Aussagen erst im Verlauf und durch die Berufstätigkeit erkrankten, und den Aussagen von Befragten mit der Diagnose Schizophrenie, ADS und Persönlichkeitsstörung, welche den Krankheitsausbruch schon früh lokalisieren, grosse Unterschiede in folgenden Bereichen zeigen:

Tabelle 9: Unterschiede Diagnosen

Thema	Depression/Erschöpfungsdepression	Schizophrenie, ADS, Persönlichkeitsstörung
Zeitpunkt und Verlauf psychischer Auffälligkeit	Ausbruch erst spät im (Berufs)Leben. Psychische Symptome entwickeln sich durch und im Arbeitsprozess.	Früher Krankheitsbeginn, meist schon im Kindesalter oder bei Einstieg ins Berufsleben. Psychische Symptome werden in den Arbeitsprozess eingebracht.
Berufserfahrung und Qualifikation	Ununterbrochene Berufserfahrung bis zum Ausbruch der psychischen Symptome. Qualifikation: Mehrere Abschlüsse und Führungserfahrung.	Viele Unterbrüche von Beginn des Ausbildungs- und Arbeitsprozesses an. Qualifikation: sehr unterschiedlich, von keinem Ausbildungsabschluss bis zu akademischen Abschluss.
Symptome	Zeigen sich vor allem intrapersonal.	Zeigen sich intra- und interpersonal.
Inklusion/Exklusion	Lange, aber vorübergehende Exklusion mit anschliessender Rückkehr meist in einen anderen Arbeitsbereich.	Kurze, aber sich wiederholende Exklusionen (ausser bei Schizophrenie, hier meist lange Exklusionen). Nachhaltige Rückkehr in Arbeitsprozess erst, wenn überhaupt, nach einigen Exklusionserfahrungen möglich.

Quelle: eigene Darstellung

Das Wissen über die in Kapitel 2. 2. 5. beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale und die hier zusammengestellten Unterschiede der Art der Auffälligkeit ist insofern wichtig, als dass im Erkennen der Symptome als auch der Entwicklung symptomspezifischer Unterstützung Rücksicht auf die Unterschiede genommen werden muss. Das methodische Vorgehen vor allem bei der Information über psychische Auffälligkeiten als auch die Entwicklung subjektorientierter Ansätze soll sich auf dieses Wissen und diese Erkenntnisse stützen.

Da Menschen mit Persönlichkeitsstörungen besonders in interpersonalen Prozessen auffallen, sind diese ganz besonders von sozialem und beruflichem Ausschluss bedroht. Persönlichkeitsstörungen, welche für Interaktionspartner_innen meist unspezifisch, unklar und als nicht wirkliche Störungen anerkannt werden, bilden nach Einschätzung der IV die dominierende Kategorie bei den Renten selber als auch bei den funktionellen Aussenwirkungen. Diese zeigen unflexible und andauernd unangepasste Verhaltensmuster, welche zu schwerwiegenden zwischenmenschlichen Konflikten führen können (vgl. BSV, 2009, S. 105 f.). Im Gegensatz dazu verhalten sich die Befragten mit (Erschöpfungs-)Depression eher zurückhaltend, relativ angepasst, Konflikte werden eher intrapersonal ausgetragen, so dass diese im Umgang als nicht unangenehm auffällig empfunden werden. Die Art der psychischen Auffälligkeit kann die Art der Reaktion der Vorgesetzten und Teammitglieder beeinflussen und den weiteren Verlauf der sozialen und beruflichen Teilhabe bestimmen. So zeigt sich, dass Befragte mit Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie und ADS wiederholte Exklusionserfahrungen machen. Interviewte mit (Erschöpfungs-)Depression verzeichnen nur eine, aber dafür eine lange Exklusionserfahrung.

Trotz den sichtbaren Unterschieden zwischen den unterschiedlichen Diagnosestellungen können einige überschneidende Erfahrungen in interpersonalen Prozessen in Arbeitsbeziehungen ausgemacht werden. In der Folge werden die Ergebnisse auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten des Konfliktverhaltens von allen Befragten gegenüber den Vorgesetzten/Teams hin überprüft. Es zeigen sich verschiedene, sich gegenseitig verstärkende Verhaltensmuster, welche entweder inklusionsförderlich oder -hinderlich sind.

Abbildung 9: Gegenüberstellung förderlicher und hinderlicher Verhaltensmuster Team/Vorgesetzte und Betroffene



Quelle: eigene Darstellung

Interessant zu sehen ist, dass nach Ansicht der Befragten Betroffene im Gegensatz zu Mitarbeitenden und Vorgesetzten nur wenige Mittel zur Verfügung haben, um sich inklusionsförderlich zu verhalten. Dies zeigt sich eindrücklich in den Beschreibungen über die Einschränkungen in zwischenmenschlichen Bereichen und Abhängigkeiten von anderen Menschen, die sich aufgrund der veränderten Wahrnehmung, Emotionen und Kognition ergeben. In diesen Austauschbeziehungen oder interpersonalen Prozessen ist die unzureichende psychische Ausstattung Grund für das Ungleichgewicht der Beziehung oder aber die ungleiche Machtverteilung fördert die unzureichende psychische Ausstattung zusätzlich. Die Ergebnisse der Forschung weisen darauf hin, dass es durch positive Erfahrung

mit Arbeitgebenden und dem damit verbundenen Ausgleich des Machtverhältnisses Betroffenen möglich ist, die eigene Ausstattung zu stärken und psychische Ressourcen zu entwickeln. Entsprechend kann die These aufgestellt werden, dass bei interpersonalen Prozessen Interdependenzen in beide Richtungen stattfinden.

Positive Erfahrungen mit Arbeitgebenden sind vor allem dann gemacht worden, wenn Betroffene selbst eine Krankheitseinsicht entwickelt haben und diese und die damit verbundenen Leistungseinschränkungen anerkennen. In der unteren Hälfte der Handlungsmuster zeigen sich einige Überschneidungen der Haltung und des Verhaltens. Drei solche Überschneidungen sollen hier kurz genannt werden: Betroffene und Vorgesetzte zeigen in den meisten Konfliktsituationen ein Rückzugsverhalten, das mit Kontaktabbruch beginnt und in einer Kündigung endet. Ähnlichkeiten zeigen sich auch in den Normalitätsvorstellungen; Vorgesetzte als auch Betroffene intervenieren im Leistungsverhalten und setzen entsprechend Druck auf. So schwierig es für Betroffene ist, die eigenen psychischen Probleme anzuerkennen, so schwer fällt es auch Vorgesetzten. Beide reagieren zunächst mit Negation, Verharmlosung und Tabuisierung. Es zeigen sich im Verhalten insgesamt ähnliche Muster, welche sich gegenseitig negativ beeinflussen und zu einem Teufelskreis führen. Diese Verhaltensweisen werden in den Kapiteln 3. 2. 3. Und 3. 2. 4. eingehend beschrieben und können entsprechend dem von Glasl beschriebenen Ablauf in einem kalten Konflikt gleichgestellt werden.

4. 2. Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen und den Fachdiskurs

Anhand der in Kapitel drei dargestellten Ergebnisse können nun die in Kapitel 1. 4. generierten Fragestellungen mit Bezug zur dargestellten Theorie beantwortet und im Sinne einer Zusammenfassung des analysierten Materials dargestellt werden. Dabei wird ein Schwerpunkt darauf gelegt, ob sich die Forschungsergebnisse mit den Bezügen aus Theorie und bestehender Forschung überschneiden und wo aus dem jeweiligen Bereich Unterschiede oder Ergänzungen ausgemacht werden können.

A Welche Erfahrungen mit interpersonalen Prozessen in Arbeitsbeziehungen haben Menschen mit psychischen Auffälligkeiten gemacht?

Mit Bezug auf die in Kapitel 4. 1. dargestellten Unterschiede der Diagnosestellungen soll an dieser Stelle nochmals erwähnt sein, dass Betroffene aufgrund der verschiedenen Symptome unterschiedliche Erfahrungen in interpersonalen Prozessen gemacht haben. Vor allem die in den Kapiteln 3. 2. 3. Und 3. 2. 4. dargestellten Kategorien Konfliktverhalten Betroffene und Konfliktverhalten Team/Vorgesetzte zeigen dies auf und beantworten diese Frage weitgehend. Erwähnenswert ist, dass es allen Betroffenen leichter fällt, über ihr eigenes Verhalten zu sprechen, dieses wird von ihnen auch für den Konflikt und die Probleme verantwortlich gemacht. Diese Erkenntnis steht im Widerspruch zu den Ergebnissen aus dem Forschungsbericht *Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen*.

Dort wird festgehalten, dass Betroffene im Unterschied zu den befragten Betreuungspersonen die Problemursachen fehlattribuieren und die Ursachen externalisiert werden, dass das Problem nicht aufgrund der Eigenschaften der Person selber entsteht, sondern aufgrund der Situationseigenschaften. Dieser Umstand wird laut Forschungsbericht als allgemeines sozialpsychologisches Phänomen beschrieben (vgl. BSV, 2010, S. 70). Bei den Interviewten der vorliegenden Studie musste mehrmals nach dem Verhalten des Teams und Vorgesetzten gefragt werden. Zum Teil wichen Befragte aus und erzählten wieder von ihren eigenen Unfähigkeiten. Die Wahrnehmung der Konfliktsituation ist, wie im Kapitel 2. 3. 1. durch Friedrich Glasl beschrieben, klar verzerrt und sehr einseitig. Aufgrund des in Theorie und den dargestellten Ergebnissen beschriebenen Prozesses der Selbststigmatisierung kann diese Haltung diesem Prozess untergeordnet werden. Konflikte und soziale Probleme werden dem eigenen, unfähigen Verhalten zugeschrieben, das (negative) Verhalten der anderen wird mehrheitlich weder verurteilt noch hinterfragt. Betroffene mit Depression und Erschöpfungsdepression suchen die Ursachen für die psychischen Probleme zwar bei der Ausstattung der Arbeitsstelle (Möglichkeit zu zwischenmenschlichen Kontakten und stabile wirtschaftliche Lage des Unternehmens), die Konfliktlösung schreiben sie sich aber auch selber zu. Verschiedene Einflussfaktoren spielen bei dieser Entwicklung eine Rolle. Wie in der Zusammenfassung im Kapitel 4. 1. aufgezeigt, zeigen sich je nach Kumulation der Faktoren verschiedene Verläufe, welche zu beruflicher Inklusion oder Exklusion führen.

B Gibt es typische Verläufe, die zu beruflicher Inklusion oder Exklusion führen?

Vor allem Betroffene mit den Diagnosen Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie und ADS verfügen in erster Linie über Arbeitserfahrungen, die negativ geprägt sind und in den meisten Fällen in einer Kündigung münden. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Forschungsergebnissen der Studie „*schwierige*“ Mitarbeiter (BSV, 2011). Dennoch können aufgrund der Interviewauswertung drei unterschiedliche Fallverläufe aufgezeigt werden, die von der Autorin als typisch eingestuft werden:

1. Gerade die erste Zeit, in der sich psychisch auffällige Symptome zeigen, aber noch nicht als solche wahrgenommen werden, wird in den Interviews als exklusionsförderliche Phase empfunden. Auffälliges Verhalten wird dann von aussen keiner Krankheit zugeordnet, sondern als Charakterzug abgetan, den es mit einfachen Mitteln zu beheben gilt. Nach Glasl kann von einer „Simplifizierung“ der komplexen Situation gesprochen werden, welche allzu oft in sozialem Autismus und Ausschluss mündet (vgl. Glasl, 2010, S. 39 ff.). Betroffene sind durch die asymmetrische Machtverteilung in diesen Austauschbeziehungen unterlegen und haben keine Möglichkeit, steuernd einzugreifen.

Die interpersonale Dynamik in Arbeitsbeziehungen bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten ist davon geprägt, dass in den meisten Fällen beide Seiten sich eher zurückziehen oder Leistungsdruck aufsetzen, und das vor allem dann, wenn weder für Betroffene noch für das Arbeitsumfeld klar ist, dass psychische Probleme in der Konfliktsituation mitspielen.

2. Sofern eine Diagnose bekannt ist, kann das Verhalten zwar zugeordnet werden, und dies wird von den Betroffenen als erlösend empfunden. Aufgrund der Zuweisung einer Diagnose ist es Betroffenen möglich, psychiatrisch-therapeutische Massnahmen in Anspruch zu nehmen. Die daraus resultierenden Stigmatisierungen, die sich zum Beispiel darin zeigen, dass Betroffenen wenig zugetraut wird oder dass Betroffene überhaupt die Chance auf Teilnahme am Arbeitsprozess versperrt wird, zeigt die Kehrseite der Diagnosestellung auf. Die Vorstellung darüber, was ein Mensch mit einer psychiatrischen Diagnose kann und ist, verhindert in vielen Fällen die Möglichkeit, unvoreingenommen auf Betroffene zuzugehen. Wenn die Diagnose nach ICD-10 gestellt ist, ist der Prozess der Exklusion schon so weit fortgeschritten, dass Stigma und Selbststigma sich bereits vollends entwickelt haben und Betroffene in ihren Funktionsfähigkeiten erheblich behindert sind.

3. Ein dritter Verlauf, der sich durch die Interviews herauskristallisiert hat, ist ein positiver Verlauf durch die Anerkennung der Diversität und der darauf bezogenen Normalisierung. Vorgesetzte wissen von der psychischen Problematik, möchten aber nicht mehr dazu wissen, so dass ihre Interaktion mit dem Betroffenen unvoreingenommen und vorurteilsfrei geschehen kann. Diese Dynamik zeigt sich insbesondere in einem Fall mit einer Schizophrenie-Diagnose. Der Betroffene verfügt über eine langjährige Leidensgeschichte und hat sich durch intensive Auseinandersetzung mit seiner Situation im Sinne des Recovery-Ansatzes von der Vorstellung der Unheilbarkeit der Krankheit lösen können. Der Recovery-Ansatz nimmt Bezug auf die Funktionsfähigkeiten und besagt, dass durch die Stärkung der Resilienz¹⁸ ein neuer Umgang mit dem Leiden möglich wird, der zwar nicht unbedingt zur absoluten Heilung der Beeinträchtigung führt, sondern vielmehr eine „Wiedergesundung“ der Funktionsfähigkeiten meint, bezogen auf Hoffnung, zwischenmenschliche Beziehungen, soziale und berufliche Integration und Selbstbestimmung (vgl. Amering & Schmolke, 2007, S. 94 ff.).

C Welche Art der Unterstützung erleben Betroffene als förderlich?

Zunächst muss festgehalten werden, dass viel Zeit vergeht, bis Betroffene erkennen, dass sie psychisch belastet sind und in einen intrapersonalen Konflikt geraten, der die interpersonale Dynamik im Arbeitsprozess beeinflusst. In der Phase des „Unwissens“ ist es kaum möglich Hilfe in Anspruch zu nehmen.

¹⁸ Resilienz wird in einem Beispiel als psychische Widerstandskraft oder als Anpassungsprozess angesichts einer Belastung, Tragödie oder eines hohen Stressniveaus definiert (vgl. Amering & Schmolke, 2007, S.112).

In einer späteren Phase wird eine zeitlich begrenzte Auszeit in Form einer Hospitalisation oder Krankenschreibung, in welcher Betroffene die schwierige Situation reflektieren können, im Nachhinein als inklusionsförderlich eingeschätzt. Im Zusammenhang mit den in Kapitel 2. 1. von Luhmann beschriebenen devianten oder kranken Menschen kann eine temporäre Exklusion aus dem Arbeitssystem auch positive Entwicklungen anstossen. Denn es ist für ein Individuum nicht immer und ausschliesslich vorteilhaft, wenn es vollständig integriert ist. Die Auswirkungen des Präsentismus trotz Krankheit an Arbeitsstellen wurde in Kapitel 2. 2. 1. aufgezeigt. Ein zeitlich begrenzter Ausschluss aus dem Arbeitssystem kann für Betroffene eine Druckentlastung bedeuten. Dies unter dem Umstand, dass die Integration in dasselbe System ohne Zweifel wieder möglich ist (vgl. Grunder, 2009, S. 172). Die Kehrseite einer temporären Exklusion wird von einem Betroffenen passend beschrieben: Durch die Schaffung einer Parallelgesellschaft wird den Arbeitgebenden die Möglichkeit genommen, einen Umgang mit psychisch Auffälligen zu finden. In Hinblick auf die in der Literatur beschriebenen Kontakthypothese, welche die optimalen Bedingungen für eine Vorurteilsreduktion durch direkten Kontakt postuliert (vgl. Kapitel 2. 4. 2.; Petersen, 2008; ISPM, 2012), ist diese Aussage ernst zu nehmen. Die Druckentlastung bei Betroffenen durch temporäre Exklusion wirkt sich zwar positiv auf die Betroffenen selber aus, dennoch sollte die Gefahr eines Prozesses des sozialen und beruflichen Ausschlusses nicht ausser Acht gelassen werden. Damit kann der Bezug zu den gesellschaftlichen Bedingungen für Inklusion und Exklusion hergestellt werden, denn dieses strukturelle Inklusionsproblem kann nur auf der gesellschaftlichen und sozialpolitischen Ebene gelöst werden.

Unterstützung soll laut Betroffenen zwar früh einsetzen und alle in das Problem involvierten Personen und Systeme miteinbeziehen, doch konstatieren Betroffene, dass es ihnen in einer frühen Phase des Problems selber kaum möglich ist, dieses anzuerkennen und gar das Gespräch zu suchen oder Hilfe zu holen. Die Aussage, dass eine empathische Früherkennung und Spiegelung des Verhaltens durch Vorgesetzte zu Vertrauen und Wertschätzung führen kann, kann in die Richtung interpretiert werden, dass die Konfrontation mit der Thematik der Abgrenzung und dem Rückzug durchaus vorgezogen wird, auch wenn dieser Weg für Betroffene als auch Mitarbeitende und Vorgesetzte als schwieriger empfunden wird.

Mit der Beantwortung der drei Forschungsfragestellungen ist die Hauptfragestellung weitgehend beantwortet. Die Essenz der Ergebnisse wird nachfolgend zusammenfassend auf die Hauptfragestellung hin dargestellt:

Welchen Einfluss hat die interpersonale Dynamik am Arbeitsplatz auf die berufliche Inklusion bzw. Exklusion bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten?

Bestehende Forschungsergebnisse und theoretische Bezüge unterstützen die Erkenntnisse der in dieser Arbeit durchgeführten qualitativen Forschung, dass Kontextfaktoren nicht nur in Hinblick auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit, sondern auch massgeblich in der Entwicklung der Funktionsfähigkeiten eines Individuums und ihrer sozialen Umwelt entscheidend sind. Auch wird durch alle in dieser Arbeit

aufgezeigten Bezüge ersichtlich, dass für den Verbleib an einem Arbeitsplatz leistungsorientierte Variablen zwar wichtig sind, letztlich aber interpersonale Prozesse darüber entscheiden, ob ein Mensch mit all seinen Eigenheiten für ein Team und ein Unternehmen tragbar ist. Aus den generierten Erkenntnissen kann folgende Schlussfolgerung aufgestellt werden:

Die interpersonale Dynamik in Arbeitsbeziehungen ist die entscheidende Einflussgrösse in Bezug auf die berufliche Inklusion oder Exklusion von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten.

Von der Autorin wird anerkannt, dass diese Dynamik und die Ausschlussmechanismen durch Normalitätsvorstellungen und Versorgungsstrukturen einer Gesellschaft geprägt sind, entsprechend schwierig ist es, diese eingespielten Mechanismen zu durchbrechen und verändern.

Erfreulich ist, dass in den Empfehlungen der relevanten Forschungsberichte Massnahmen nicht mehr nur auf die Heilung und Anpassung des Subjekts zielen, sondern ein Schwerpunkt auf Interventionen am Arbeitsplatz und die Unterstützung von Arbeitgebenden gelegt wird. Auch werden systemorientierte Massnahmen empfohlen, die sowohl auf gesellschaftlicher Ebene als auch auf der Ebene von Organisationen eine Haltungsänderung der beteiligten Akteur_innen propagiert (vgl. Kapitel 2. 4. 1.).

Auf der Grundlage der Empfehlungen und in Anbetracht der im ersten Kapitel geforderten Inklusion sind gerade systemorientierte Ansätze wichtig, um den geforderten Paradigmenwechsel herbeizuführen und ein Massnahmenpaket zu schnüren, welches dann einsetzen kann, wenn das psychisch andere Verhalten noch nicht manifest, stigmatisiert und diskriminiert ist. Im letzten Kapitel Schlussfolgerungen und Ausblick präsentiert die Autorin ein solches Massnahmenpaket, welches explizit früh und am Arbeitsplatz einsetzt und eine systemische Ausrichtung beinhaltet.

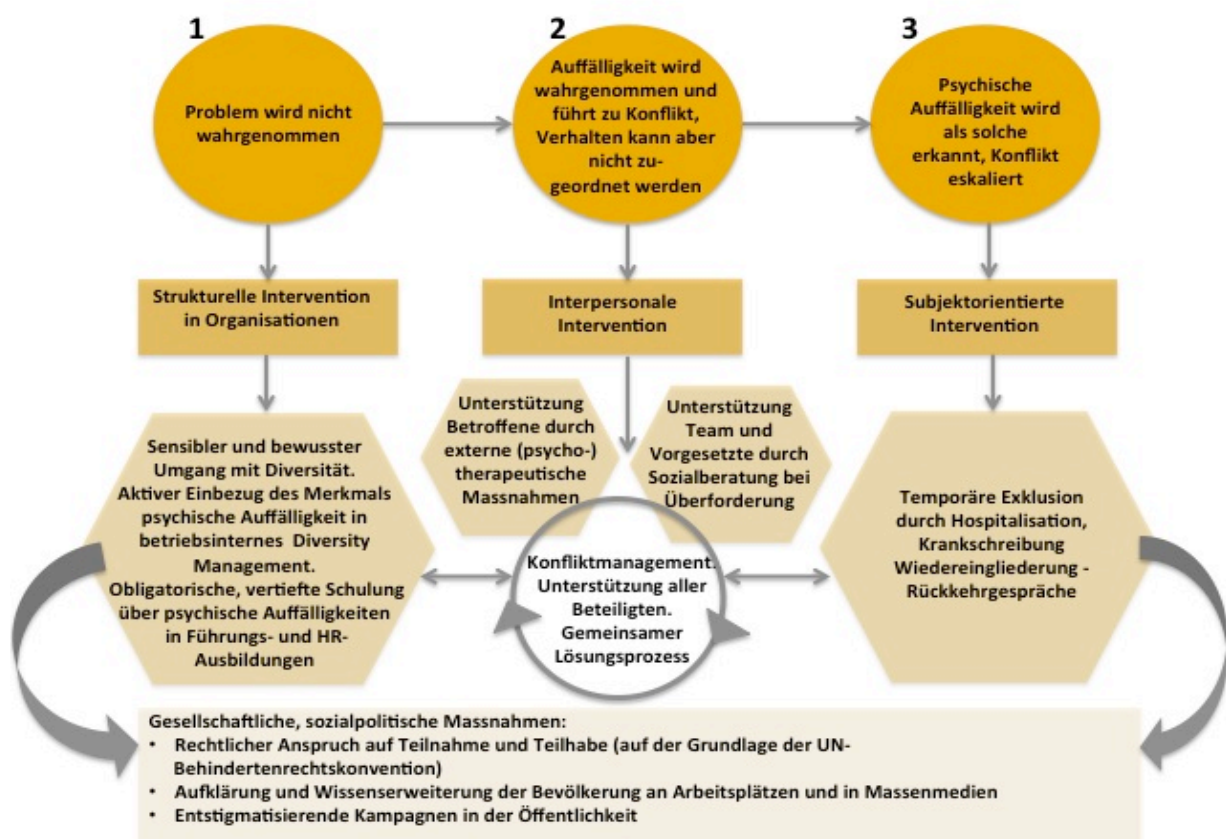
5. Schlussfolgerungen und Ausblick

Es wird in der vorliegenden Arbeit hinlänglich darauf hingewiesen, dass aufgrund der Komplexität des Problems und der schweren Erreichbarkeit der Menschen mit psychischen Auffälligkeiten als auch der Mitarbeitenden und Vorgesetzten an Arbeitsplätzen eine rein subjektorientierte Behandlung und Prävention unangemessen und nicht mehr haltbar ist. Entsprechend richtet sich die nachfolgend vorgestellte Lösungsstrategie daran aus.

5. 1. Empfehlungen für die Praxis

Wie deutlich wurde, sind nebst präventiven, systemorientierten Massnahmen, welche vor allem auf Entstigmatisierung und Normalisierung zielen, bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten auch behandlungsspezifische Massnahmen notwendig, um Arbeitgebende und Betroffene in Konflikt- und Krisensituationen vor Ort zu unterstützen (vgl. Kapitel 2. 4. 2.). Auch geht aus den Ausführungen hervor, dass einerseits die Art der Auffälligkeit als auch die zeitliche Dimension bei der Konzipierung von Massnahmen berücksichtigt werden soll. In Anlehnung an die Forschungsergebnisse und kombiniert mit den in Kapitel 2. 4. 2. dargestellten Massnahmen zur Entstigmatisierung empfiehlt die Autorin folgende Interventionsstrategien:

Abbildung 10: Interventionsstrategien



Quelle: eigene Darstellung

Selbstverständlich beansprucht dieser Vorschlag keine Vollständigkeit, vielmehr möchte die Verfasserin Ansatzpunkte aufzeigen, die durch weitere Forschungen und Konzeptualisierungen konkretisiert werden können.

Die Aussagen der Befragten zeigen auf, dass in der heutigen Praxis Interventionen vor allem in der dritten Phase ansetzen, wenn die psychische Auffälligkeit diagnostisch zugeordnet werden kann und der Konflikt bereits eskaliert ist. Die 5. Und 6. IVG¹⁹-Revisionen haben dazu geführt, dass Bemühungen der involvierten Zusammenarbeitspartner_innen in Richtung Frühintervention zielen und in der zweiten oben vorgestellten Phase den Konflikt zu managen versuchen, um den Arbeitsplatzverlust zu verhindern. Die vorgestellten Forschungsberichte des BSV weisen aber darauf hin, dass gängige Massnahmen der Wiedereingliederung und Frühintervention das Problem vor allem auf struktureller Ebene nicht lösen können (vgl. BSV, 2009, 2010, 2011). Entsprechend wichtig sind Interventionen in der ersten vorgestellten Phase auf struktureller Ebene.

Da, wie in Kapitel 2. 3. 3. beschrieben, psychisch auffälliges Verhalten in Arbeitsbeziehungen ein Massenphänomen darstellt, müssen Arbeitgebende damit rechnen, im Verlauf ihrer Tätigkeit wiederholt mit diesem Phänomen konfrontiert zu werden. Somit obliegt es der Verantwortung von Arbeitgebenden, einen Umgang mit dieser Thematik in Zusammenarbeit mit Fachpersonen zu finden. Denn ein neu festgestelltes Massenphänomen führt zu einer Verschiebung der Grenzen von Normalität. Wenn 25–50 % aller Arbeitnehmenden im Rahmen ihrer Anstellung an psychischen Problemen leiden (vgl. BSV, 2011, S. XIV ff.), so bildet diese Tatsache nicht mehr eine Ausnahme, sondern kann als neuer, normativer Massstab in der Beurteilung über normales und auffälliges Verhalten in Arbeitsbeziehungen anerkannt werden. Somit muss dieses Phänomen in die Ausbildung von Führungskräften und die Schulung von Arbeitnehmenden miteinbezogen werden.

Geprüft werden muss, ob in dieser Phase, in der weder ein Konflikt besteht noch ein Verhalten nach ICD-10 klassifiziert und pathologisiert werden kann, die Invalidenversicherung der geeignete Zusammenarbeitspartner darstellt. Auch stellt sich die Frage, ob für die zweite Phase, in der zwar ein Konflikt besteht, eine Diagnose aber (noch) nicht gestellt ist, andere bzw. zusätzliche Interventionen und Interventionspartner_innen gefragt sind. Wie durch die Ergebnisse der Studie und der Forschungsberichte des BSV und Obsan ersichtlich wird, nehmen psychisch belastete Menschen und überforderte und belastete Arbeitgebende selten oder erst spät Hilfe in Anspruch. Auch wird durch behandelnde Ärzt_innen der Erwerbsbiografie nicht viel Bedeutung beigemessen, so dass der Kontakt zwischen Psychiater_innen und Vorgesetzte selten stattfindet. Betroffene und Vorgesetzte bzw. Mitarbeitende können demzufolge durch gängige Interventionspartner_innen wie Ärzt_innen oder Case Manager_innen der Krankentaggeldversicherungen oder IV schlecht erreicht werden, wenn es darum geht, die Problematik früh und bevor sich ein chronischer Verlauf entwickelt, welcher zu Ausschluss führt, zu beeinflussen. Entsprechend sollten andere

¹⁹ Die wichtigsten Änderungen des Invalidengesetzes IVG sind einzusehen unter: <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/03189/?lang=de>

Interventionspartner_innen beigezogen werden, die direkt im Kontakt mit den am Problemprozess beteiligten Akteur_innen stehen.

5. 2. Bedeutung der Erkenntnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit

An den strukturellen Bedingungen auf gesellschaftlicher Ebene kann die Soziale Arbeit unmittelbar nichts ändern. Bleibt also die Frage, auf welcher Ebene angesetzt werden kann, um das strukturell geprägte Integrationsproblem lösen zu können. Da die Thematik ein Verständnis für den gesellschaftlichen Prozess für Inklusion und Exklusion als auch über intrapersonale und interpersonale Konflikte voraussetzt, eignet sich die Soziale Arbeit als psychosoziale Vermittlerin, welche sich sozialräumlich direkt im Arbeitssystem bewegt, besonders gut als Zusammenarbeitspartnerin für Betroffene und Beteiligte. Die Soziale Arbeit hat sich für Gerechtigkeit einzusetzen und dafür, dass soziale Ungleichheiten ausgeglichen werden (vgl. Avenir Social, 2014). Entsprechend wichtig ist die Förderung der Teilnahme und Teilhabe benachteiligter Menschen mit psychischen Auffälligkeiten im Arbeitsprozess. Wie im vorhergehenden Kapitel aufgezeigt, ist es wichtig, diese Chancen durch den Einbezug von Arbeitgebenden und Mitarbeitenden zu verbessern, und zwar nicht nur unter dem Aspekt der Verhinderung eines beruflichen Ausschlusses von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten, sondern auch zur Verhinderung negativer und verzerrter seelischer Prozesse bei Mitarbeitenden und Vorgesetzten (vgl. Kapitel 2. 3. 1.), die sich durch sich wiederholende Konflikte manifestieren und in verändertem negativen Verhalten äussern. Die in Abbildung 10 dargestellten Interventionen in Phase 1 auf organisatorischer Ebene werden dem Ziel der inklusiven Arbeitsstellen gerecht. Denn sie zielen darauf, dass Individuen nicht angeglichen werden, sondern die Akzeptanz des Anderssein der Individuen in diesen sozialen Strukturen gefördert wird (vgl. Zenkert, 2012, S. 142). Soziale Arbeit hat sich dafür einzusetzen, dass Diversität und Andersheit in der Masse anerkannt wird, indem Individualität nicht vergesellschaftet wird und Teilnahme trotzdem möglich ist. Sommerfeld et al. betonen, dass sich aufgrund der prekären Integrationsbedingungen der modernen Gesellschaft die Funktion der Sozialen Arbeit mindestens in präventiver Hinsicht auf alle die Integration gefährdenden Problemlagen ausweitet, auch wenn noch keine randständigen oder unterprivilegierten Lebenslagen eingetreten sind (vgl. Sommerfeld et al. 2011, S. 271 f.). Implizit ist damit ein präventives und systemorientiertes Vorgehen gemeint. Überdies kann die Soziale Arbeit auch in der zweiten und dritten Phase der in Abbildung 10 vorgestellten Interventionsebenen durch Unterstützung, Mediation, Vermittlung, Begleitung und Beratung Einfluss auf interpersonale Konflikte nehmen. Gerade die betriebliche Sozialarbeit²⁰ kann ihre Interventionsstrategien diesbezüglich ausweiten, da es ihr (zumindest in einigen Grossbetrieben) gelungen ist, einen von der Wirtschaft anerkannten Beitrag zur Problemlösung auf individueller Ebene beizutragen.

²⁰ Das Leitbild über die betriebliche Sozialarbeit ist einzusehen unter:
<http://www.avenirsocial.ch/de/p42012896.html>

Die Ausweitung des Angebotes auf strukturelle, systemische und präventive Massnahmen in Betrieben aufgrund des forschungsgestützten selbstdefinierten Auftrags ist die logische Fortsetzung einer Menschenrechtsprofession, welche sich der in der Sozialarbeitsliteratur beschriebenen Fremdbestimmtheit entziehen möchte (vgl. Staub-Bernasconi, 1995b, S. 66 f.).

5. 3. Reflexion des methodischen Vorgehens

Die Auseinandersetzung mit der relevanten Fachliteratur und den bestehenden Forschungsergebnissen war ein sehr aufwendiger Prozess des Herantastens an die komplexen Interdependenzen dieser Thematik. Erst durch die deduktiv-induktive Vorgehensweise der eigenen Studie und der vorhandenen Theorien haben sich die wichtigsten Bezüge und die Forschungsfragen herauskristallisiert. Insofern hat sich die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring für den gewählten explorativen Ansatz als geeignet erwiesen. Statt der ursprünglich geplanten Anwendung eines Modells zur Problem- und Lösungskonstruktion konnte durch das Erkennen der Forschungslücke bezogen auf die interpersonalen Prozesse in Arbeitsbeziehungen aus Sicht der Betroffenen ein explorativer Ansatz gewählt werden. Dieser Ansatz hat sich als geeignet erwiesen, um die Bedeutung interpersonaler Prozesse in Arbeitsbeziehungen aufzuzeigen und einen möglichen Forschungs- und Interventionsschwerpunkt zu explorieren.

Eine Schwierigkeit zeigte sich, wie im Kapitel 3. 2. erwähnt, darin, die Interviewten dazu zu bringen, das Verhalten der damaligen Vorgesetzten und Mitarbeitenden zu reflektieren. Um diese Schwierigkeit zu überwinden, hat sich das PCI als geeignete Erhebungsmethode ausgezeichnet, da es für solche Schwierigkeiten die so genannten Ad-hoc-Fragen vorsieht (vgl. Kapitel 3. 1. 5.). Dennoch hat sich gezeigt, dass die Reflexion über das eigene Verhalten leichter fällt als die Reflexion über das Verhalten der anderen am Konflikt Beteiligten. Für präzisere Ergebnisse zur interpersonalen Dynamik und vor allem zur Rolle der Arbeitgebenden sollten weitere Forschungen betrieben und die dafür geeigneten Methoden sorgfältig ausgewählt werden. In Hinblick auf die Erarbeitung konkreter methodischer Massnahmen empfiehlt die Autorin des Weiteren begleitete Fokusgruppen, die aus Betroffenen, Arbeitgebenden, Professionellen und allenfalls Vertreter_innen der Politik bestehen. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sollten diese Massnahmen im besten Falle sozialpolitisch reglementiert und abgesichert werden.

5. 4. Ausblick

Die Bedeutung der beruflichen Inklusion von Menschen, die psychisch auffallen, hat vor dem Hintergrund des beschriebenen Massenphänomens erhebliche Auswirkungen auf die schweizerische Volkswirtschaft. Denn in Anbetracht des in der Tagespresse viel beschriebenen bestehenden und bevorstehenden Fachkräftemangels erhalten alle in der Schweiz lebenden potentiellen Arbeitnehmer_innen eine hohe Bedeutung; Unternehmen sind, um die ökonomischen Ziele zu erreichen, vermehrt vom bestehenden Humankapital abhängig und müssen dieses entsprechend fördern.

Somit ist nicht nur eine Legitimationsgrundlage im Sinne der Herstellung von sozialer Gerechtigkeit gegeben. Die in dieser Arbeit weitgehend vernachlässigte ökonomische Sicht auf die Thematik ist ebenso zentral. Weitere Forschungsbemühungen können sich dahingehend richten, die ökonomische Notwendigkeit der beruflichen Inklusion von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten auf eine funktionierende Volkswirtschaft aufzuzeigen.

Literaturverzeichnis

- Amering, M. & Schmolke, M. (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Arbeitsgesetz ArG (2014). *Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel*. Zugriff am 4. 9. 2014. Verfügbar unter: <http://www.admin.ch/opc/de/classifiedcompilation/19640049/index.htm>
- Avenir Social (2014). *Berufscodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Zugriff am 9. 12. 2014. Verfügbar unter: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf
- Baer, N. (2013). „Schwierige“ Mitarbeiter. Zugriff am 16.10.2014. Verfügbar unter: http://sph12.organizers-congress.ch/downloads/presentations/A4_Baer.pdf
- Balz, H.-J., Benz, B. & Kuhlmann, C. (Hrsg.), (2012). *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: Springer.
- Berger, R. (2003). *Intrapersonale Konflikte bei Depressiven. Eine konsistenztheoretische Studie*. Zugriff am 29. 10. 2014. Verfügbar unter: http://archiv.ub.uniheidelberg.de/volltextserver/4458/1/Dissertation_Ruth_Berger.pdf
- Bohn, C. (2006). *Inklusion, Exklusion und die Person*. Konstanz: UVK.
- Bottlender, R. & Möller, H.-J. (2005). Psychische Störungen und ihre sozialen Folgen. In W. Gaebel, H.-J. Möller & W. Rössler (Hrsg.) *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 7 – 18). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Bundesamt für Sozialversicherungen, BSV (2009). *Beiträge zur sozialen Sicherheit. Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Forschungsbericht Nr. 06/09. Bern: BBL.
- Bundesamt für Sozialversicherungen, BSV (2010). *Beiträge zur sozialen Sicherheit. Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen*. Forschungsbericht Nr. 05/10. Bern: BBL.
- Bundesamt für Sozialversicherungen, BSV (2011). *Beiträge zur sozialen Sicherheit. „Schwierige“ Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*. Forschungsbericht Nr. 01/11. Bern: BBL.
- Diekmann, A. (2011). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Egger, W. J. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In *Zeitschrift Psychologische Medizin* 16. Jahrgang 2005, Nummer 2, S. 3 – 12.
- Engel, G. L. & Heim, E. (1970). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit: ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Studenten*. Bern: Huber.

- Esser, H. (2000). *Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 2: Die Konstruktion der Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Campus.
- Exklusion – Segregation – Integration – Inklusion (2012). Zugriff am 7. 12. 2014. Verfügbar unter: <http://vonexklusionzuinklusion.blogspot.ch/>
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Gazareth, P., Juhasz, A. & Magnin, C. (Hrsg.) (2007). *Neue soziale Ungleichheit in der Arbeitswelt*. Konstanz: UVK.
- Gender Institut Bremen (2013). *Gender Gap*. Zugriff am 21. 5. 2014. Verfügbar unter: <http://www.genderinstitut-bremen.de/glossar/gender-gap.html>
- Glasl, F. (2010). *Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater*. 9., aktualisierte und ergänzte Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Goffman, E. (1967). *Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Grausgruber, A. (2005). Formen und Entstehungsmodelle. In W. Gaebel, H.-J. Möller, W. Rössler(Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 18 – 40). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grunder, H.-U. (Hrsg.) (2009). *Dynamiken von Integration und Ausschluss in der Schweiz*. Zürich: Seismo.
- Hafen, M. (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Luzern: Interact Verlag.
- Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren Im Lebenslauf. Grundlagentexte Soziologie*. München: Juventa.
- ICD-Code (2012). Zugriff am 27. 10. 2014. Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/ICD-10-GM-2014.html>
- Institut für Menschenrechte. *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006*. Zugriff am 13. 6. 2014. Verfügbar unter: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_b_de.pdf
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPM) (Hrsg.) (2012). *Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich*. Zürich: ISPM.
- Kambartel, F. (1997). Unterscheidungen und normative Bemerkungen zum Grundrecht auf Arbeit. In H. Holzhüter et al. (Hrsg.), *Arbeit und Arbeitslosigkeit. Die gesellschaftliche Herausforderung unserer Zeit* (S. 223 – 226). Bremen: Kooperation Universität – Arbeiterkammer – Bremen.
- Krebs, A. (2002). *Arbeit und Liebe. Die philosophischen Grundlagen sozialer Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Juventa Verlag.

- Kuhlmann, C. (2012). Der Begriff der Inklusion im Armuts- und Menschenrechtsdiskurs der Theorien Sozialer Arbeit – eine historisch-kritische Annäherung. In H.-J. Balz, B. Benz, C. Kuhlmann (Hrsg.), *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit* (S. 13 – 35). Wiesbaden: Springer.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Luhmann, N. (1995). *Soziologische Aufklärung. Die Soziologie und der Mensch*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mehring, R. (Hrsg.) (2012). *Inklusion und Individualität*. Heidelberg: Mattes Verlag.
- OECD, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2013). *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*. Bern: BBL
- Petersen L.-E. & Dietz, J. (2008). Diversity Management. In L.-E. Petersen, B. Six (Hrsg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (S. 311 – 316). Weinheim, Basel: Beltz
- Pieper, M. & Mohammadi, J. H. (2014). Partizipation mehrfach diskriminierter Menschen am Arbeitsmarkt. Ableism und Rassismus – Barrieren des Zugangs. In G. Wansing & M. Westphal (Hrsg.), *Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität* (S. 221 – 252). Wiesbaden: Springer.
- Ruschel, A. (2006). *Umgang mit personalen Konflikten in der Ausbildung*. Zugriff am 29. 10. 2014. Verfügbar unter: <http://www.adalbert-ruschel.de/downloads/umgang%20mit%20konflikten.pdf>
- Schmocker, B. (2013). *Theoriebildung zur Sozialen Arbeit – die Konzeption von Silvia Staub-Bernasconi*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Master Soziale Arbeit.
- Schultheis, F. (2007). Der Lohn der Angst. In P. Gazareth, A. Juhasz, C. Hagnin (Hrsg.), *Neue soziale Ungleichheit in der Arbeitswelt*. Konstanz: UVK.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schulze, B. (2005). Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews. In W. Gaebel, H.-J. Möller, W. Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 122 – 145). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schuntermann, F. M. (2005). *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. Zugriff am 27. 10. 2014. Verfügbar unter: http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf

- Schür, S. (2013). *Umgang mit Vielfalt. Integrative und Inklusive Pädagogik, Interkulturelle Pädagogik und Diversity Management im Vergleich*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Sommerfeld, P. & Hierlemann, F. (2004). Soziale Arbeit in der Psychiatrie und im Rehabilitationsprozess. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 326 – 332). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Calzaferri, R. (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Stallmach, L. (2013). *Normal oder gestört – wo verläuft die Grenze?* Zugriff am 27. 10. 2014.
Verfügbar unter: <http://www.nzz.ch/wissen/wissenschaft/normal-oder-gestoert--wo-verlaeuft-die-grenze-1.18065478>
- Staub-Bernasconi, S. (1995a). Soziale Probleme – Soziale Berufe – Soziale Praxis. In Heiner M., Meinhold M., von Spiegel H., Staub-Bernasconi S., *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (S. 11 – 73). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Staub-Bernasconi, S. (1995b). Das fachliche Selbstverständnis Sozialer Arbeit – Wege aus der Bescheidenheit. Soziale Arbeit als „Human Rights Profession“. In W. R. Wendt, *Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses* (S. 57 – 104). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik (2014). Zugriff am 14. 10. 2014.
Verfügbar unter: <http://www.szh.ch/de/Infoplattform-zur-Heil-und-Sonderpaedagogik-in-der-Schweiz/Schulische-Heilpaedagogik/Schulische-Integration/Antwort-2/page34011.aspx>
- Strübing, J. (2013). *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung für Studierende*. München: Oldenbourg Verlag.
- Universität Münster (2014). *Funktionale Differenzierung. Systemtheorie (Luhmann, Parsons)*. Zugriff am 14. 10. 2014. Verfügbar unter:
<http://www.uni-muenster.de/FNZOnline/theorien/modernisierung/unterpunkte/differenz.htm>
- Wagner, U. & Farhan, T. (2008). Prävention und Intervention. In L.-E. Petersen, B. Six (Hrsg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung* (S. 273 – 283). Weinheim, Basel: Beltz
- Weltgesundheitsorganisation, WHO (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Zugriff am 2. 9. 2014. Verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf?ua=1
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt a. Main/New York: Campus Verlag.
- Witzel, A. (2000). *Das problemzentrierte Interview*. Zugriff am 21. 5. 2014. Verfügbar unter:
<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519.%5D>
- Witzel, A. & Reiter, H. (2012). *The problem-centred interview. Principles and practice*. Los Angeles: Sage.

- Zäske, H., Baumann, A. & Gaebel, W. (2005). Das Bild des psychisch Kranken und der psychiatrischen Behandlung in der Bevölkerung. In W. Gaebel, H.-J. Möller, W. Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 56 – 83). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zenkert, G. (2012). Inklusion und Individualität. In R. Mehring (Hrsg.) *Inklusion und Individualität* (S.123 – 145). Heidelberg: Mattes.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 0: Titelbild: Alexandre Moreau/Getty Images	0
Abbildung 1: Inklusion/Integration/Exklusion/Segregation	8
Abbildung 2: Stigmatisierungsprozess	14
Abbildung 3: Ranking Arbeitgebende	15
Abbildung 4: Ranking Betroffene	17
Abbildung 5: Originäres biopsychosoziales Modell nach Engel	22
Abbildung 6: Das biopsychosoziale Modell der ICF	25
Abbildung 7: Seelische Funktionen im Konflikt	29
Abbildung 8: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse	53
Abbildung 9: Gegenüberstellung förderlicher und hinderlicher Verhaltensmuster Team/Vorgesetzte und Betroffene	73
Abbildung 10: Interventionsstrategien	79
Tabelle 1: Soziale Integration	12
Tabelle 2: Problemdimensionen	34
Tabelle 3: Forschungsgestützte Empfehlungen	37
Tabelle 4: Interventionsmöglichkeiten zur Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch kranken Menschen	40
Tabelle 5: Grundsätze des qualitativ-interpretativen Forschens	45
Tabelle 6: Selektive Merkmale der Stichprobe	46
Tabelle 7: Interviewphasen PCI	48
Tabelle 8: Kategoriensystem	54
Tabelle 9: Unterschiede Diagnosen	71

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Übersicht der psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10	XIV
Anhang 2: Informed consent	XX
Anhang 3: Interviewleitfaden	XXI
Anhang 4: Persönliche Erklärung Einzelarbeit	XXIII

Anhang 1: Übersicht der psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10

F00-F99

Kapitel V

Psychische Verhaltensstörungen

Inkl: Störungen der psychischen Entwicklung.

Exkl.: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79 Intelligenzstörung

F80-F89 Entwicklungsstörungen

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Dieses Kapitel enthält die folgenden Sternschlüsselnummern:

F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit

F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Übersicht Gruppen:

F00 - F09: Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen

Info.:

Dieser Abschnitt umfasst eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.

Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

Info.:

Soll eine zugrunde liegende Krankheit angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen.

Info.:

F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-+)

F01.- Vaskuläre Demenz

F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

F03 Nicht näher bezeichnete Demenz

F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt

F05.- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt

F06.- Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit

F07.- Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

F09 Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung

F10 – F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**Info.:**

Dieser Abschnitt enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung). Die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle, die klinischen Erscheinungsbilder durch die vierte Stelle kodiert; diese können je nach Bedarf allen psychotropen Substanzen zugeordnet werden. Es muss aber berücksichtigt werden, dass nicht alle Kodierungen der vierten Stelle für alle Substanzen sinnvoll anzuwenden sind. Die Identifikation der psychotropen Stoffe soll auf der Grundlage möglichst vieler Informationsquellen erfolgen, wie die eigenen Angaben des Patienten, die Analyse von Blutproben oder von anderen Körperflüssigkeiten, charakteristische körperliche oder psychische Symptome, klinische Merkmale und Verhalten sowie andere Befunde, wie die im Besitz des Patienten befindlichen Substanzen oder fremdanamnestic Angaben. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Die Hauptdiagnose soll möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im Wesentlichen dazu beigetragen hat. Zusatzdiagnosen sollen kodiert werden, wenn andere Substanzen oder Substanzklassen aufgenommen wurden und Intoxikationen (vierte Stelle .0), schädlichen Gebrauch (vierte Stelle .1), Abhängigkeit (vierte Stelle .2) und andere Störungen (vierte Stelle .3-.9) verursacht haben. Nur wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft, oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, soll mit „Störung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.-)“ kodiert werden.

Exkl.:

Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55.-).

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen. Der Beginn dieser Störung sollte in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gebrauch der psychotropen Substanz stehen. Beginnt das Zustandsbild nach dem Substanzgebrauch, ist ein sicherer und genauer Nachweis notwendig, dass der Zustand auf Effekte der psychotropen Substanz zurückzuführen ist. Nachhallphänomene (Flashbacks) unterscheiden sich von einem psychotischen Zustandsbild durch ihr episodisches Auftreten, durch ihre meist kurze Dauer und das Wiederholen kürzlich erlebter alkohol- oder substanzbedingter Erlebnisse.

Info:

- F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
- F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschliesslich Koffein
- F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
- F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
- F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen.

F20 – F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen**Info.:**

In diesem Abschnitt finden sich die Schizophrenie als das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe, die schizotype Störung, die anhaltenden wahnhaften Störungen und eine größere Gruppe akuter vorübergehender psychotischer Störungen. Schizoaffective Störungen werden trotz ihrer umstrittenen Natur weiterhin hier aufgeführt.

Info:

- F20.- Schizophrenie
- F21 Schizotype Störung
- F22.- Anhaltende wahnhaftige Störungen
- F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen
- F24 Induzierte wahnhaftige Störung
- F25.- Schizoaffective Störungen
- F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
- F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

F30 – F39: Affektive Störungen**Info.:**

Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

Info.:

- F30.- Manische Episode
- F31.- Bipolare affektive Störung
- F32.- Depressive Episode
- F33.- Rezidivierende depressive Störung
- F34.- Anhaltende affektive Störungen

F38.- Andere affektive Störungen

F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung

F40 – F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Exkl.:

In Verbindung mit einer Störung des Sozialverhaltens (F91.-, F92.8)

Info.:

F40.- Phobische Störungen

F41.- Andere Angststörungen

F42.- Zwangsstörung

F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

F44.- Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]

F45.- Somatoforme Störungen

F48.- Andere neurotische Störungen

F50 – F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Info.:

F50.- Essstörungen

F51.- Nichtorganische Schlafstörungen

F52.- Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit

F53.- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert

F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

F55.- Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen

F59 Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren

F60 – F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Info.:

Dieser Abschnitt enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

Info.:

F60.- Spezifische Persönlichkeitsstörungen

F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen

F62.- Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns

F63.- Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

F64.- Störungen der Geschlechtsidentität

F65.- Störungen der Sexualpräferenz

F66.- Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung

F68.- Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F69 Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung

F70 – F79: Intelligenzstörung

Info.:

Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. Der Schweregrad einer Intelligenzstörung wird übereinstimmungsgemäß anhand standardisierter Intelligenztests festgestellt. Diese können durch Skalen zur Einschätzung der sozialen Anpassung in der jeweiligen Umgebung erweitert werden. Diese Messmethoden erlauben eine ziemlich genaue Beurteilung der Intelligenzstörung. Die Diagnose hängt aber auch von der Beurteilung der allgemeinen intellektuellen Funktionsfähigkeit durch einen erfahrenen Diagnostiker ab. Intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung können sich verändern. Sie können sich, wenn auch nur in geringem Maße, durch Übung und Rehabilitation verbessern. Die Diagnose sollte sich immer auf das gegenwärtige Funktionsniveau beziehen.

Info.:

Sollen begleitende Zustandsbilder, wie Autismus, andere Entwicklungsstörungen, Epilepsie, Störungen des Sozialverhaltens oder schwere körperliche Behinderung angegeben werden, sind zusätzliche Schlüsselnummern zu benutzen.

Info.:

F70.- Leichte Intelligenzminderung

F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung

F72.- Schwere Intelligenzminderung

F73.- Schwerste Intelligenzminderung

F74.- Dissoziierte Intelligenz

F78.- Andere Intelligenzminderung

F79.- Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

F80 – F89: Entwicklungsstörungen

Info.:

Die in diesem Abschnitt zusammengefassten Störungen haben folgende Gemeinsamkeiten:

- a) Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit;
- b) eine Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind;
- c) stetiger Verlauf ohne Remissionen und Rezidive.

In den meisten Fällen sind unter anderem die Sprache, die visuellräumlichen Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen. In der Regel bestand die Verzögerung oder Schwäche vom frühestmöglichen Erkennungszeitpunkt an. Mit dem Älterwerden der Kinder vermindern sich die Störungen zunehmend, wenn auch geringere Defizite oft im Erwachsenenalter zurückbleiben.

Info.:

F80.- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

F81.- Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

F82.- Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen

F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen

F84.- Tief greifende Entwicklungsstörungen

F88 Andere Entwicklungsstörungen

F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

F90 – F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Info.:

F90.- Hyperkinetische Störungen

F91.- Störungen des Sozialverhaltens

F92.- Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

F93.- Emotionale Störungen des Kindesalters

F94.- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F95.- Ticstörungen

F98.- Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F99 – F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Info.:

F99 Psychische Störung ohne nähere Angabe

Anhang 2: Informed Consent

Forschungsprojekt Master-Thesis:

Interpersonale Dynamik in Arbeitsbeziehungen bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten

Einwilligungserklärung

Ich, _____ wurde über das Vorgehen des Forschungsprojekts informiert und weiss, dass die Teilnahme an den Interviews freiwillig erfolgt. Zudem wurde mir das vertrauliche Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen Interviews durch ein Informationsblatt mitgeteilt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Inhalte des Interviews in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke der Master-Thesis genutzt werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es mit einem Digitalgerät aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Kontakt:

Beatrice Brühlhart

beatrice.bruehlhart@stud.hslu.ch

Anhang 3: Interviewleitfaden

Einführung

- Warming-up, Begrüßung, Dank für die Teilnahmebereitschaft
- Vorstellung Person und Projekt (Masterarbeit in Sozialer Arbeit, Untersuchungszweck: Wahrnehmung der Arbeitsbeziehungen durch Betroffene)
- Vorgehen erklären: Gesprächsdauer ca. 1h, Erzählungen sind wichtig, kein Frage-Antwort-Frage-Antwort-Interview, keine falschen Antworten, Aussagen werden nicht gewertet, Notizen werden allenfalls gemacht
- Vertraulichkeit und Datenschutz zusichern
- Aufnahmegerät zeigen, Aufnahmegerät einschalten und Hinweis, dass es ab jetzt läuft
- Informed consent einholen
- Fragen der interviewten Person
- Kurzfragebogen ausfüllen

Kurzfragebogen, soziodemografische Daten

Fragen	Antworten
Alter	
Geschlecht	
Nationalität	
Zivilstand	
Wohnform	
Beruf	
Aktuelle Tätigkeit	
Wieviele Arbeitsstellen bis heute	
Wie schätzen Sie ihre psychische Gesundheit heute ein. In einer Skala von 1 - 10	
Psychiatrische Diagnose (wenn vorhanden)	

Leitfrage	Unterfragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen	Notizen
<p>A) Einstieg: Sie haben ja bereits erzählt, dass Sie an verschiedenen Arbeitsstellen gearbeitet haben. Mich interessiert nun, was Sie inhaltlich beruflich gemacht haben und heute sind?</p>	<p>Von der Berufswahl, der Ausbildung/Lehre bis zu ihrer heutigen Tätigkeit. Wie ist es zu den Stellenwechseln gekommen?</p>	<p>Falls Proband_In schon von Krankheitsausbruch erzählt, auffordern, dass sie erstmal nur ihre berufliche Biografie erzählen soll.</p>	
<p>B) Lokalisieren: Versuchen Sie sich nun zurück zu erinnern. Wann haben Sie sich das erste Mal unwohl gefühlt bei der Arbeit? Und wie hat sich das gezeigt?</p>	<p>- wie haben Sie sich gefühlt? - wie war ihr Verhalten? - wie haben sich Vorgesetzte und das Team Ihnen gegenüber Verhalten? - welche Entwicklung hat diese Zusammenarbeit genommen?</p>	<p>Bei fehlender Retrospektive: denken Sie zurück an den Anfang Ihres Berufseinstiegs. - erzählen Sie ruhig ein ganz konkretes Beispiel, was waren typische Aussagen oder Verhaltensweisen</p>	
<p>C) Verlauf: Gab es in Ihrer Berufsbiografie weitere wichtige Erlebnisse? Schlüsselerlebnisse, an die Sie sich erinnern?</p>	<p>- hat sich diese Situation wiederholt? - gab es Schlüsselerlebnisse (auch positive), die für Sie sehr wichtig sind?</p>	<p>- wie haben Sie diese Situationen erlebt?</p>	
<p>D) Lösungskonstruktion: Was wurde damals unternommen. Was haben Sie gemacht, um die Situation zu verbessern? Haben Sie Hilfestellungen von aussen wahrgenommen?</p>	<p>- wer hat was zur Lösung des Problems beigetragen? - was wäre aus Ihrer Sicht hilfreich gewesen?</p>	<p>- denken Sie an alle Beteiligten, auch die ausserhalb der Arbeitsstellen. - auch positive Einflüsse nennen.</p>	
<p>E) Ergänzungen: Haben Sie wichtige Ergänzungen, die jetzt noch nicht angesprochen wurden?</p>			

Abschluss

- Dank für die Teilnahme- und Auskunftsbereitschaft
- Haben Sie noch Fragen
- Präsent übergeben

Anhang 4: Persönliche Erklärung Einzelarbeit**Erklärung der Studierenden zur Master-Thesis-Arbeit**

Studierende:

(Name, Vorname)

Beatrice Brühlhart

Master-Thesis-Arbeit:

(Titel)

Interpersonale Dynamik in Arbeitsbeziehungen bei Menschen

mit psychischen Auffälligkeiten

Abgabe:

(Tag, Monat, Jahr)

5. Januar 2015

Fachbegleitung:

(Dozent)

Prof. Daniel Iseli

Ich, obengenannte Studierende, habe die obengenannte Master-Thesis-Arbeit selbständig verfasst. Wo ich in der Master-Thesis-Arbeit aus Literatur oder Dokumenten *zitiere*, habe ich dies als Zitat kenntlich gemacht. Wo ich von anderen Autoren oder Autorinnen verfassten Text *referiere*, habe ich dies reglementskonform angegeben.

Ort, Datum:

Zürich, 5.1.2015

Unterschrift:

