

# Was macht krank? Zwischen Stuhl und Bank!

## Oder: der pathogene Einfluss der Strukturen

Von Andreas Burri, Dr. med. FMH für Psychiatrie und Psychotherapie Luzern

(Leicht ergänzter Nachdruck eines im „Luzerner Arzt“ erschienen Artikels)

Nachdem mein erster Bericht (s. LAZ Nr. 82, 83) die Arzt-Patienten Beziehung im Fokus hatte, möchte ich heute ein Fallbeispiel vorstellen, das zeigt, wie - aus systemischer Sicht - die Persönlichkeitszüge einer an sich gesunden Person in ihrer Wechselwirkung mit der - hier ungünstigen – Umwelt zu einem Reaktions- und Erscheinungsbild führen, das so „auffällig“ ist, dass es den Professionellen – den Ärzten und Psychiatern – erlaubt, eine (auch von den Verwaltern und Versicherungen so sehr begehrte) **Individualdiagnose** zu stellen.

### Zusammenfassung

Nach 17 Jahren Tätigkeit als rechte Hand des Leiters einer sozialen Institution kam die damals 54-jährige Frau nach einem unerwarteten Vorgesetztenwechsel mit den Arbeitsplatzverhältnissen nicht mehr zurecht. Sie dekompenzierte ein Jahr später unter dem Bild eines physisch-psychischen Erschöpfungszustandes, geprägt durch vegetative und dissoziativ-paranoide Symptome. Entsprechend ihrer Persönlichkeit als „Selfmadewoman“ und durch den Wegfall der Unterstützung durch ihren bisherigen Chef reagierte sie auch nach Ausbruch der Krise wie gewohnt selbständig, aber auch zunehmend eigensinnig auf die plötzlich vorgefundenen Realitäten innerhalb der Institution wie auch der aktuellen Arbeitswelt im allgemeinen.

Im August 2004 kam sie notfallmässig zu mir in Integrierte Psychiatrisch Psychotherapeutische Behandlung (IPPB). Diese bestand schwerpunktmässig darin, die Funktion eines Casemanagers zu übernehmen, der, mit dem Ziel der Wiedereingliederung, zwischen ihrer Person **mit all ihren Symptomen** und den Institutionen und Einzelpersonen des Helfersystems vermittelte.

Auf diesem Wege ergaben sich seit dem Vorgesetztenwechsel bis zum Abschluss der Behandlung im Sommer 2009 zirka 15 negative, stressauslösende Ereignisse, die die Symptome der Patientin mitbegründeten, aufrechterhielten oder gar verstärkten.

Dafür, nämlich wie in dieser Situation vorzugehen ist, findet der Arzt–Coach keine „evidenzbasierten Guidelines“. Er ist auf seine Fachkenntnisse, allgemeine Erfahrung und den gesunden Menschenverstand angewiesen. Der Fallschilderung folgen deshalb Überlegungen zum Krankheits- und Behandlungsparadigma sowie Vorschläge zur Verbesserung der aktuellen Situation bezüglich der Eingliederung bzw. der Nichtausgliederung von potentiell „chronischen“ Patienten.

## Leseempfehlung

Die Fallschilderung stellt den Verlauf dieser Ereignisse und deren Wechselwirkungen ausführlich dar. Der Leser sollte sich deshalb genügend Zeit nehmen und versuchen, sich während der Lektüre in die Person der „Patientin“ einzufühlen, um ein eigenes inneres Bild entstehen zu lassen. Dies ermöglicht erst, die Dimension zu erfassen, um die es hier geht. Dies auch im Falle, dass aus redaktionellen Gründen der Beitrag zweigeteilt erscheint.

## 1. Theoretische Überlegungen und Hypothese

Währenddem lange Zeit jede Kultur- und Sprachregion ihre eigene Psychopathologie pflegte, bei der oft Verifizierbares mit spekulativ Erklärendem wild gemischt war, („Herr Kollege, sehen Sie bei diesem Neurotiker den Oedipuskomplex?“), haben seither die Bemühungen internationaler Fachgremien dazu geführt, dass jetzt Klassifikationssysteme zur Verfügung stehen, die das Spekulative, aber leider auch das Pathogenetische und „Syngenetische“ (das sich in Wechselwirkung Entwickelnde) weitgehend weglassen. So gesehen handelt es sich bei den Kategorien in den berühmten ICD-10 und DSM-IV Verzeichnissen nicht um **Diagnosen** (Hindurchsehen, Verlaufsverstehen, der wirklich objektiv existierenden \*Wahrheit“ möglichst nahekommendes Wissen), sondern um **Klassifikationen**. Das heisst, die unendlich vielen individuellen Erscheinungsbilder, Vorgeschichten und Persönlichkeitseigenschaften von (möglicherweise) psychisch „Kranken“ wurden unter bewusster Reduktion in möglichst klare und weltweit verstehbare Kategorien eingeteilt. Währenddem die WHO in der ICD-10 korrekterweise von „Klassifikation“ redet, machen die Amerikaner in der DSM-IV keinen Unterschied und sprechen ungeniert von „Diagnosen“.

Man sollte nun meinen, diese Unterscheidung sei banal! - Um dem individuellen Patienten gerecht zu werden, ist es jedoch gar nicht banal: Währenddem der menschlich engagierte Arzt und Psychiater sich der epistemologischen Differenz zumindest gefühlsmässig bewusst ist, kommt es beim Dialog über die Berufsgrenzen hinaus regelmässig zu Kollisionen. Die in Versicherungen, Krankenkassen, Rechtsregulierungsinstituten und vor allem in der Politik tätigen Menschen haben überwiegend ein reduktionistisches, auf Normierung und Abgrenzung bedachtes, kategorisierendes, Weltverständnis und dementsprechend ein kontrollierendes Handlungsbedürfnis.

In der Behandlungspraxis ergeben sich daraus - bei einem umfassenden, den Menschen als Organismus in seiner Umwelt betrachtenden, Weltverständnis - verschiedene Probleme:

- Die Frage der Schnittstellen (Kompetenzabgrenzung, Hierarchie, Art der Kommunikation)
- Der Reduktionismus (Wenige Faktoren, d.h. Indikatoren, werden den Tatsachen gleichgestellt.)
- Der Zeitfaktor (Es wird nicht genügend berücksichtigt, wie sich Krankheits- bzw. Heilungszustand in Funktion von Zeit und Ereignissen verändert.)

Durch die immer einflussreichere „wissenschaftliche“ (vor allem Pharma-) Forschung - die eben Symptomkategorien als in natura gegebene Einheiten betrachtet - ergeben sich aber auch **Rückkoppelungen zwischen den Klassifikationen und der Denk- und Handlungsweise der Psychiater und Ärzte**. Die von atypischen, multimorbiden Probanden gereinigten Krankenkollektive, die in Doppelblindstudien untersucht wurden, haben klare und suggestiv wirkende „Richtlinien“ ergeben. Diese stimmen eigentlich nur für einen hypothetischen Durchschnittskranken. Ein solcher kommt jedoch äusserst selten in die Sprechstunde des Psychiaters! - Ist es diesem nun zu verübeln, wenn er sich bei seiner Suche nach Diagnose (Verstehen!) und bestmöglicher Behandlung trotzdem und immer mehr an diesen Kategorien orientiert? Und dabei vielleicht bei den semiquantitativen Items auch ein bisschen „nachhilft“, damit der reale Patient in eine virtuelle Einheit hineinpasst? Besonders wenn zunehmend Versicherungen nach „genauer Diagnose“ fragen - wobei eine saubere Einpassung in die vereinfachenden Kategorien gemeint ist - und zudem die Gefahr in der Luft schwebt, im Falle einer Abweichung von einer Guideline einem Juristen, der die Welt ja eben vereinfacht sehen und gestalten will, Rede und Antwort stehen zu müssen.

Die Klassifikationssysteme enthalten aber ihrerseits logische Mängel. So sind insbesondere die „Persönlichkeitsstörungen“ in der gleichen logischen Klasse aufgeführt wie die Krankheiten (in der gültigen Sprachregelungen „Störungen“) von offenbar gesunden Persönlichkeiten. Die Persönlichkeitsmerkmale werden also erst in Betracht gezogen, wenn diese als solche Krankheitswert haben. **Dass sich erst in der Wechselwirkung zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Umwelt überhaupt eine Individualpathologie (also eine Krankheit, die zur Behandlung führt) entwickelt, ist nicht vorgesehen.** (In sog. Z-Kategorien gibt es zwar Formulierungen wie „ausgeprägte Persönlichkeitszüge“ oder „Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit“. Diese sind aber der Haupt- oder eben Individualdiagnose untergeordnet und als solche nicht versicherungswürdig.) **Dass dies ein Mangel ist, der nach Verbesserungen ruft, die auch real möglich sind, soll mit diesem Fallbeispiel im Sinne einer Hypothese dargelegt werden.**

## **2. Fallgeschichte**

Der folgende „Fall“, also **die Geschichte des individuellen Menschen in seiner Umwelt**, soll zeigen, was gemeint ist.

## 2.1. Vorgeschichte

Frau H.S. kam 1950 nach normaler Schwangerschaft und Geburt gesund zur Welt, entwickelte sich unauffällig und wuchs bei einer Pflegemutter auf, wo sie sich sehr wohl und glücklich fühlte. Als ihre zuvor ledige Mutter heiratete, nahm diese die nun 10jährige zu sich und dem jüngeren Halbbruder. In den nun folgenden Jahren bei der leiblichen Mutter fühlte sich die Patientin sehr unglücklich. Nach Schulabschluss strebte sie deshalb die kürzestmögliche Berufsausbildung an, so dass sie bereits im 18. Lebensjahr mit einem Abschluss als Verkäuferin das elterliche Haus verlassen konnte.

Sie arbeitete dann jeweils für mehrere Jahre an verschiedenen Stellen in verschiedenen Kantonen auf ihrem Beruf, vor ihrer Übersiedelung in den Kanton Luzern zuletzt in der Romandie während 7 Jahren in einer Bijouterie, als Disponentin und Sachbearbeiterin

1977 heiratete sie, gebar 1983 ihre einzige Tochter und liess sich zwei Jahre später wegen zunehmender Suchtkrankheit ihres Ehemannes scheiden. 1985 trat sie die Stelle in einem Luzerner Kinderheim an, zuerst als Hauswirtschafterin, später schliesslich als Sekretärin und rechte Hand des Heimleiters. Dieser pflegte einen offenen, kollegialen Führungsstil. Frau S. war im Betrieb auch die beratende und vermittelnde Ansprechperson. Sie genoss ebenso das volle Vertrauen der Mitarbeiter wie des zuständigen Stiftungsratspräsidenten. Von ihm und dem Heimleiter erhielt sie jeweils entsprechend gute Qualifikationen.

## 2.2. Jetziges Leiden

(Es folgt ein längeres Zitat aus dem Bericht von Frau S.)

*„Dies bis im Frühjahr 2003, als mein Chef kurzfristig eine ihm wider Erwarten angebotene neue Aufgabe annahm. Er erschien nur noch stundenweise im Betrieb, die pädagogische Leitung wurde der bisherigen stellvertretenden Leiterin übertragen, die Personaladministration und die Buchhaltung mir. Im Personal wuchs eine Stimmung von Unsicherheit und Spannung heran. Anfangs Juli stellten sich zwei Nachfolgekandidaten in Anwesenheit des Stiftungsrates, der Heimkommission und des Personals vor. Ich wurde gefragt, ob ich mir eine Mitarbeit mit den Bewerbern vorstellen könne.....*

*Zur gleichen Zeit entdeckte ich in meiner Brust einen Knoten. Die Ärzte empfahlen mir eine operative Entfernung. Starke Ängste überfielen mich. Ich lernte eine neue Art von Angst kennen. Ich zögerte die Operation hinaus und verschanzte mich in der Arbeit. Ich schlief nicht mehr viel, musste mich zwingen zu essen und hatte oft Mühe mit der Atmung.....*

*Der neugewählte Heimleiter begann seine Arbeit am 1. November. Einige Tage vorher hatte ich mich der Operation unterzogen. Der Befund war gutartig. Nach einer Woche war ich wieder am Arbeitsplatz, jetzt unter dem neuen Leiter. Von einer mei-*

ner Hauptaufgaben, Lohn- und Betriebsbuchhaltung, sagte er, verstehe er nichts, sie interessiere ihn auch nicht, er gedenke sie auszulagern.

*Im Januar (2004) war mein erstes Mitarbeitergespräch. Er fragte mich geradeheraus, wie lange ich noch gedenke, im Kinderheim zu arbeiten. – Bestimmt noch ein paar Jahre, ich hätte nicht im Sinn zu kündigen. - Wie ich mir das vorstelle, ich hätte ja keinen KV-Abschluss!...*

*Im Februar kam der Jahresabschluss. Wie andere Jahre erledigte ich diesen selbständig, nur dass der neue Chef, nicht mehr wie der frühere, mit mir die Konten und Bilanzen durchgehen wollte, bevor der Revisor kam. So nahm dieser die Buchhaltung nun eben von mir alleine ab. Alles war in Ordnung.*

*Das Mobbing hatte mit dem Mitarbeitergespräch angefangen und sich durch Verweigerung des Gesprächs betreffs Zusammenarbeit, Führung und Zukunftsgestaltung fortgesetzt. Beim früheren Chef hatten alle Zugang zu meinem Büro, den Schränken und Ordnern gehabt. Der Umgang war offen und vertrauensvoll, und ich hatte intensiven menschlichen Kontakt mit vielen Mitarbeitern, die oft bei mir vorbeikamen, um Rat oder Trost zu holen. Jetzt waren alle Schränke und Türen abgeschlossen. Die Kommunikation brach ab.“*

Frau R. hatte sich nun ihrerseits eher in sich gekehrt, und wie es ihrer Art entspricht, die Arbeit nach den bisherigen Regeln mit Fleiss und Ausdauer alleine erledigt. Dabei hatte sie aber offensichtlich innere Signale, die ihr angezeigt hätten, dass sie unter immer grössere innere Spannung und Erschöpfung geriet, nicht bemerkt.

*„Mittwoch. 14. April 2004 war mein letzter Arbeitstag. Ich räumte meinen Arbeitsplatz, verschloss die Türe hinter mir und trat vor das Gebäude. Da traf mich als, wäre ein Blitz vom Himmel geschossen, eine unbeschreibliche Angst, (macht mit beiden Armen eine ausholende Bewegung vom Bauch über Brust und Schultern) eine panische Todesangst. Diese Angst war ganz anders als die Angst vor der Diagnose Brustkrebs! Ich war nicht in der Lage, wie geplant ans Meer in die Ferien zu fliegen. Darauf meldete ich mich bei meiner HMO, um ein Zeugnis für die Annullationsversicherung zu erhalten. (!) Bei einer späteren Konsultation empfahl mir die zuständige Ärztin, einen Psychiater zu konsultieren, was ich klar ablehnte. Ich bin ein kontrollierter Mensch, ich wollte selber durchbeissen. Dies gelang mir aber wegen den Symptomen (Nervenschmerz, Unruhe, reduziertes Kurzzeitgedächtnis) nur mit eiserner Disziplin“.*

In ihrem Bestreben, alleine (bzw. ohne Psychiater) durchzubeissen, sei sie Ende Mai in einen von Esoterikern geleiteten einwöchigen „Quadrinity“-Workshop „hineingelaufen“. Danach sei es ihr massiv schlechter gegangen. Ihr Geist sei wie vom Körper abgespalten gewesen. Die Ohrgeräusche und die Lärmüberempfindlichkeit seien massiv störender geworden. Sechs Nächte lang hätten in der Wohnung komische Lichter geleuchtet und sie habe nachts unter eindrücklichen Gefühlen und Vorstellungen von Herzversagen, „Streifungen“, „Voodootod“ gelitten.

Im Juni fand wegen ihres Zustandes und der Frage, wie man mit dem neuen Heimleiter auskomme, eine Unterredung des Stiftungsratspräsidenten mit den Mitarbeiterinnen statt. Vom Team habe niemand gewagt, sich bezüglich der gespannten Lage klar zu äussern.

Bis im Juli war Frau S. etwa sechsmal in Konsultation bei der HMO Assistenzärztin. Diese habe wohl realisiert, dass sie in ihrem Zustand nicht arbeiten können und habe sie deshalb immer wieder krankgeschrieben, jedoch nie eine Behandlung gemacht, obschon die Symptome immer unerträglicher geworden seien. Schliesslich habe die Patientin in ihrer Not ohne formelle Ermächtigung durch die HMO im August einen andern Hausarzt konsultiert, mit dessen Unterstützung schliesslich ein Konsilium bei einer ORL Ärztin realisiert werden konnte. Diese diagnostizierte einen Tinnitus und verschrieb Betaserc, worauf die Intensität der Symptomwahrnehmung etwas verbessert worden sei. (Der Hausarzt berichtete mir später, die Patientin sei mit der Klage zu ihm gekommen, die Wohnung werde mit Laserstrahlen beschossen, die ihr die Empfindung von Schlägen auf den Kopf und Nervensurren in den Händen ausgelöst hätten.)

### **2.3. Grund der Zuweisung**

Wie aber der Tag der vorgesehenen Aussprache vom 24. August zwischen dem Stiftungsrat, dem neuen Heimleiter und ihr näher gekommen sei, hätten Ihre Symptome und Ängste wieder massiv zugenommen. Als man ihr deshalb erneut den Beizug eines Psychiaters empfohlen habe und dabei im Zusammenhang mit einer andern Person auch mein Geschlechtsname gefallen sei, habe sie sich plötzlich erinnert, dass sie vor 19 Jahren während der Scheidung mit ihrem Mann bei mir in Paarberatung gewesen war. Nur in extremer Not habe sie so schliesslich ihre Abneigung gegen Psychiater ablegen können.

Am 23. August 2004, einen Tag vor der vorgesehenen Aussprache, meldete sie sich bei mir als Notfall zum Erstgespräch.

### **2.4. Eigene Feststellungen und Interventionen**

#### 2.4.1. Erstinterview und Sofortmassnahmen

Ihr Zustand war geprägt durch Spannung, Unruhe, Verunsicherung einerseits, einer unter gepresster Aussprache erstaunlich geordneter Schilderung ihrer Leidensgeschichte andererseits. Ihre Klagen waren: Nervenschmerzen, Stechen hinter den Augen, Muskelzuckungen, Schmerzen am ganzen Körper und: „Ich kann unmöglich wieder schaffen in diesem Büro“.

Von psychischen Symptomen sagte sie nichts. Die weiter oben erwähnten dissoziativen und paranoiden Phänomene schilderte sie wie äussere Tatsachen, die nur körperliche Auswirkungen auf sie hatten. Die Kontrolle funktionierte also noch!

Als provisorische Beurteilung (ich hüte mich vor voreiligen „Diagnosen“) notierte ich nach 2 Stunden:

- „Dulderpersönlichkeit“
- Erschöpfungszustand mit Schlafstörung, Panik, paranoiden Reaktionen
- Fehlbehandlung (Reizüberflutung, zu abwartendes Vorgehen der HMO)
- Mobbing am Arbeitsplatz

Zum Prozedere bestimmte ich folgende Sofortmassnahmen:

- Morgige Sitzung absagen, Stiftungsratspräsident soll mich anrufen
- Arztwechsel zu Dr. W. bekräftigen. Patientin soll für Termin bei mir anrufen, wenn sie Dr. W. orientiert hat.
- Patientenberatungsstelle, evtl. Anwalt beiziehen

Drei Tage später Telefon von Dr. W. an mich. Er habe Untersuchungen (Tinnitus und Schilddrüsenparameter) eingeleitet. Im Gespräch habe die Patientin paranoid gewirkt. Wie wohl die Diagnose laute. Ich betätige, dass ein Paranoid auch reaktiv möglich sei. Wir wollen uns gegenseitig weiter informieren.

#### 2.4.2. Verstehen was abläuft

Am nächsten Tag erscheint sie aufgeregt zur 2. Sitzung, mit einem dicken Internet Ausdruck über eine internationale Mikrowellen–Bestrahlungsorganisation von Geheimdiensten in ihren Händen. Jetzt wisse sie, worunter sie leide! Gegen meine spontane Rückweisung dieser Erklärung verteidigte sie sich vorerst heftig. Erst als ich eindringlich ihre Wahrnehmungen als gültig anerkannte, ihr Erklärungsmodell jedoch klar ablehnte, liess sie diese Theorie und die begleitende Besessenheit rasch fallen. Sie wurde jetzt ruhiger und erzählte weitere Details zu ihrer Vorgeschichte. Dies sei das erste Mal in ihrem Leben, dass sie nicht selber durchkomme.

Meine Beurteilung blieb dieselbe: Das dysfunktionale Verhalten bestätigte sich klar als reaktiv. Die Persönlichkeitsbeschreibung präziserte ich jetzt im Sinne von „starke Persönlichkeit, hohe Selbstansprüche, hohe Selbstkontrolle, Zeichen von Dyslexithymie, unter Stress ungenügendes Konfliktmanagement.“

Als Prozedere galt jetzt: „Neuanfang einfädeln“, wenn möglich mit Hilfe des Stiftungsratspräsidenten, Möglichkeiten: Stellenvermittlung, aber auch via ALV, IV.

Am 3. September fand die 3. Sitzung statt. Im Psychostatus wirkte die Patientin nun weitgehend adäquat. Im Leitungsgremium hatte es offensichtlich gebrodelt. Einerseits hatte der neue Heimleiter dem Personal von sich aus eröffnet, Frau S. werde wahrscheinlich nicht mehr zurückkommen, andererseits hatte ich vom Hausarzt vernommen, es werde davon gesprochen, den Heimleiter zu entlassen. Für den 14. Sept. war jetzt die im August abgesagte Sitzung mit dem Stiftungsratspräsidenten, der Präsidentin der Heimkommission, dem Heimleiter, Frau S. und neu mit mir selber angesagt.

Hierzu ist ein vertrauliches Protokoll vorhanden. Der Heimleiter widersetzte sich offen der Weisung des Präsidenten, wonach für Frau S. die Stelle bis im Frühjahr offen gehalten werden sollte, um ihr einen fairen Wiedereinstieg zu ermöglichen. In

der Folge verweigerte der Stiftungsrat ihrem Präsidenten aber die Unterstützung. Darauf trat dieser sofort zurück.

An einer weiteren Sitzung mit zwei Mitgliedern des Stiftungsrates, jedoch ohne deren Präsidenten, wurde der Patientin in meiner Gegenwart mitgeteilt, dass man sich von ihr zu trennen gedenke. Als seit dem 25. Mai unter Taggeldbezug krank Geschriebene sei ihre 180-tägige Kündigungssperrfrist per 1. Dez. abgelaufen. Man werde ihr „als Wertschätzung für die geleisteten Dienste“(!) ein externes Outplacement finanzieren. Dagegen wurden weder mein Appell, betreffs der Entlassung von der medizinisch erforderlichen Erholungszeit aus zu gehen, noch die Forderung von Frau S., im Kinderheim einen würdevollen Abgang zu erhalten (nämlich nicht einfach „als Kranke abschleichen zu müssen“ sondern unter der Begründung, die neue Heimleitung wolle sie nicht mehr), berücksichtigt.

#### 2.4.3. Einflussnahme und Auseinandersetzungen mit Versicherungen beginnen

Bereits im November 04 verlangte die Taggeldversicherung ein „ausführliches“ Zeugnis betreffs Arbeitsunfähigkeit und Prognose. Im Januar 2005 wurde die Patientin von deren Vertrauenspsychiaterin begutachtet. Ihre Beurteilung entsprach grundsätzlich der meinen. Wie ich sprach auch sie von einer zu jener Zeit vollen Arbeitsunfähigkeit, und wie ich ging sie prognostisch von einer zu raschen Erholung mit Wiedererlangen von 100% Arbeitsfähigkeit bereits in drei Monaten aus. Entsprechend diesem Gutachten, (von dem ich erst auf Verlangen hin am 26.04. eine Kopie erhielt,) wurde der Patientin mit Brief vom 08.04.05 die Einstellung der Taggeldzahlungen auf 1. Mai mitgeteilt. Erwartungsgemäss reagierte sie heftig, einerseits mit Wut und Kampfparolen, andererseits mit vermehrten Körpersymptomen und Zerstreuung, zu der sich vorübergehend auch eine gedankliche Fixierung auf Existenzängste gesellt hatte.

Bei einem persönlichen Telefonat vom 2. Mai mit dem Vertrauensarzt erfuhr ich, dass der Entscheid betreffs Einstellung der Taggeldzahlungen offenbar „um ihn herum gelaufen“ sei. Er werde der Versicherung beantragen, von mir ein Zwischenzeugnis zu verlangen. Er sehe die Sache positiv.

Die Patientin erhielt jedoch am 09.05.05 einen Brief der Versicherung mit der Aufforderung, sich bei der IV anzumelden, da die Voraussetzungen dazu nach 360 Tagen Krankschreibung gegeben seien. Dies mit der - offenbar üblich gewordenen - Androhung, dass die Taggeldleistungen bei Nichtbefolgung nach 365 gekürzt würden. Andererseits hatte mein Zwischenzeugnis, das ich mit Datum vom 18.05.05 an den Vertrauensarzt persönlich gesandt hatte, doch bewirkt, dass meine nun gegenüber November 2004 differenziertere Prognose, ab Juni 2005 sei mit 25 bis 30%, ab ca. August mit 50% Arbeitsfähigkeit zu rechnen, Berücksichtigung fand.

Nun gab es aber eine neue Komplikation: Nachdem ich in der Zwischenzeit mit Datum vom 13.07.05 in meinem Bericht an die IV „für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sekretärin“ eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, bestehend seit dem 15.04.04, at-

testiert hatte, hatte ich der Patientin auf der von derselben Taggeldversicherung jeweils vorgelegten „Krankenkarte“ ebenfalls 100% AUF bestätigt. Sofort wurde ich zu einer „ausführlichen“ Begründung dieser Differenz aufgefordert.

In meiner Antwort erläuterte ich den Unterschied zwischen der effektiv in der jetzigen Tätigkeit erzielbaren Erwerbsfähigkeit (als zu deren Bescheinigung gedacht, ich die Krankenkarte - wie auch das IV Zeugnis – betrachtete) und der prognostizierten Arbeitsunfähigkeit, als „medizinisch – theoretischer Begriff“ wie es in der IV - Gesetzgebung definiert ist. Die Versicherte habe nun in Ermangelung einer Antwort der IV begonnen, an zwei Tagen der Woche aus eigener Initiative eine Ausbildung zu machen, brauche aber die übrigen Arbeitsstunden der Woche, um sich zu erholen. Im weiteren betonte ich den Zusammenhang zwischen dem Stress, der aus Finanzengpässen, Forderungen von Versicherungen, zeitlicher Ungewissheit einerseits und dem Gang der Genesung andererseits, bestehe: „Es wäre nun fatal, wenn hier die Arbeitsfähigkeit der Erwerbsfähigkeit gleichgestellt würde, die Versicherung eine Reduktion der Taggelder vornehmen würde, was die Versicherte zwingen würde, Arbeitslosengelder zu beziehen und sie derart unter Druck brächte, dass innert Kürze die Symptome wieder zunehmen, die Leistungsfähigkeit abnehmen und die langfristige Genesung und Wiedereingliederung gefährdet würden.

Obschon Frau S. mit ernsthaftem Einsatz und der Hilfe des professionellen Coaches sich um mehrere Arbeitsstellen bemühte, musste dieser im April attestieren, dass die Patientin nicht vermittelbar sei und empfahl ihrerseits die IV-Anmeldung.

#### 2.4.4. Die Patientin fängt sich auf

Stimmungsmässig ging es Frau S. seit Anfang Jahr laufend besser. Im Jan. 2005 sagte sie, sie empfinde seit dem 14.04.04 zum ersten Mal wieder das Gefühl von Freude, im April, dass sie als erste Schreibearbeit seit ihrer Entlassung die Maturitätsarbeit ihrer Tochter innert kurzer Zeit geschrieben habe. Sowohl nach dieser Parforceleistung wie auch nach dem Verdikt der Job-Vermittlerin, nicht vermittelbar zu sein, reagierte sie wieder mit verstärkten Symptomen. Auch der Job-Vermittler hatte ihr erklärt, „sie habe wohl den Körper von Seele und Geist abgetrennt“, was mit Aussagen der Patientin: „wie hinter einer Wand“, „vom realen Geschehen weit weg“ gut übereinstimmte.

Nach einem selber organisierten Erholungsaufenthalt begann sie nun, sich um Weiterbildungen zu bemühen, da sie auf Grund wiederholter Absagen hatte einsehen müssen, dass ohne Diplom keine angemessene Anstellung im KV Bereich mehr in Frage kam. So wollte sie es in ihrem früheren Bereich, der Hauswirtschaft und Betreuung versuchen. Sie meldete sich in einem Rotkreuzhelferinnen Kurs an und organisierte sich selbständig eine Ausbildung zur diplomierten Haushaltleiterin in Zürich. Beide Kurse besuchte sie ab August 2005 je einen Tag in der Woche, obschon sie diese, wie auch den eigenen Unterhalt, vorerst aus dem Ersparten finanzieren musste. Um 14 Uhr der Schultage war sie jeweils erschöpft, die übrigen Tage reich-

ten gerade zum Selbststudium und zur Erholung aus. Im September orientierte ich die IV schriftlich über diese Initiative und bat um finanzielle Unterstützung. Ich erhielt nie eine Antwort oder Empfangsbestätigung. Im Dezember schloss Frau S. den Rotkreuzkurs ab.

#### 2.4.5. Wechselspiel zwischen Gemütszustand und Kommunikation mit der IV

Das Jahr 2006 begann für Frau S. nicht gut. Nachdem am 5. Januar ein erstes Orientierungsgespräch bei der IV stattgefunden hatte, kam am 3. Februar der Bericht, eine Arbeitsvermittlung sei nicht möglich bzw. werde abgeschlossen, „weil sie sich beruflich ja erst einmal umorientieren wolle“. (!) Betreffs Rente werde sie eine separate Verfügung erhalten. An der Sitzung bei mir vom 10.02.06. zeigte sie sich verzweifelt depressiv. Sie hatte bisher keinerlei Leistung der IV erhalten und wollte gar keine Rente haben! Sie wurde jedoch zu einer Besprechung beim Regionalen Ärztlichen Dienst, RAD, für den 29. März eingeladen. Durch frühere Fälle gewitzigt, (Patienten waren frustriert von den Arztbesprechungen zurückgekommen; auch waren mir von RAD Kollegen(!) Auskünfte verweigert worden mit dem Hinweis, die Versicherten hätten keine Entbindungserklärung unterschrieben..!) ging ich mit zur Besprechung. Die Berufsberaterin, der Arzt und sein Assistent waren sehr nett. Sie erklärten jedoch:

- im Alter von 56 Jahren wird keine Umschulung mehr bezahlt,
- der Haushaltleiterinnenkurs kann nicht unter Sekretärinnenberuf laufen; eine Kostenübernahme ist nicht gerechtfertigt,
- wenn Sie eine Ausbildung von z.B. 50 % machen können, können Sie ja stattdessen auch zum RAV gehen. (Lernen ist also eingliederungswidrig!)
- eine Rente kann erst gesprochen werden wenn das Eingliederungsverfahren abgeschlossen ist.

Die Patientin war perplex und liess ihrem Frust über die IV und die Gerechtigkeit im allgemeinen noch an der Sitzung freien Lauf. Sie liess sich von mir kaum beruhigen, obschon ich ihr versprach, beim IV-Direktor zu intervenieren.

An der Sitzung vom 6. April 06 ist sie „leer, traurig, hoffnungslos, enttäuscht über die Welt und die Ungerechtigkeit im Sozial- und Versicherungs-Wesen.“ Wörtlich: „Wenn man betrügt, übertreibt, jammert, kommt man durch, wenn man ehrlich und bemüht ist, ist man die Dumme...!“

In persönlichen Gesprächen mit dem IV-Direktor konnten wir eine Lösung finden. Er hatte sich der Sache persönlich angenommen. Das Team sei eben noch unerfahren. Es handle sich um einen klaren Fall von Eingliederung, die Ausbildung werde rückwirkend bezahlt, Frau S. werde zum Berufsberater aufgeboten.

Dieses Treffen fand am 31.05.06 statt: Der Herr sei sehr nett und alles komme, wie von mir vorausgesagt: Kursgeld, Spesen, Taggeld bis zum Schulabschluss im Oktober. Die schriftliche Bestätigung kam am 15.06.06.

Entsprechend hellte sich ihr Gemütszustand signifikant auf, in der Schule lief es gut, sie lernte viel, stiess gelegentlich an ihre Grenzen, hatte aber nie mehr wirkliche Zweifel. Sie begann jetzt, sich an den Gesprächen mit mir wirklich zu öffnen und tiefer über sich selber zu reflektieren.

#### 2.4.6. Frau S. ist jetzt bereit, Persönliches zu erzählen

In der Sitzung vom 24. Juli 2006 erzählte sie spontan und selbstkritisch und beschrieb ihre Verhaltensmuster gleich selber, ohne mein Dazutun. Ich notierte dazu: „Gerade mal zehn Tage alt, kam ich zu einer Pflegemutter in Basel, die meine Grossmutter hätte sein können. Bis 10-jährig lebte ich glücklich und behütet in diesem Zweierhaushalt. Eines Tages, als ich vom Ferienlager zurückkam, wurde ich statt von der „Grossmutter“ von einem fremden Ehepaar abgeholt. Es war meine leibliche Mutter und mein zukünftiger Stiefvater mit einem kleinen gemeinsamen Kind. Es folgte eine 8-jährige Leidenszeit. Der Kontakt zur „Grossmutter“ wurde von Behördenseite her weitgehend blockiert. Die Mutter war streng und tyrannisch. Jedes Aufbegehren oder Entgegenen wurde mit Schlägen gestoppt. Ich entwickelte dann eine andere Methode des Aufbegehrens: Mit Mienenspiel, Gesten und Gebärden. In dieser Zeit lernte ich auch das Nonverbale genau zu beobachten und wie man damit umgehen kann. **Nie jedoch hatte ich gelernt, Konflikte auf Erwachsenenart zu lösen.**

Mit 18 ging ich dann von zuhause weg, hatte drei Anstellungen mit jeweils demselben **Chef – Untergebenen Muster: Die Chefs schätzten mich sehr, schonten und bevorzugten mich, stärkten mir den Rücken, vor allem an der letzten Stelle.** Bei Konfliktsituationen waren meine Chefs stets zu Stelle und nahmen meinen Part wahr. Es fehlte mir die positive Streitkultur, die ich nie erlernt hatte. Auch in Auseinandersetzungen mit meinem Partner reagiere ich mit Rückzug oder kindlichem Trotz. Deshalb bemerkte ich lange nicht, dass das Verhältnis mit dem neuen Heimleiter, das heisst das gegenseitige Verhalten, ganz anders hätte ablaufen müssen!

In meinem neuen Beruf als Haushaltleiterin wird es nun ganz anders sein. Ich muss selbst hin stehen und Aufträge delegieren. Leider aber musste ich feststellen, dass auch in sozialen Institutionen entgegen dem, was jeweils so schön in den Jahresberichten geschrieben steht, nicht die Menschlichkeit sondern die Machtausübung im Vordergrund stehen kann.“

#### 2.4.7. Trotz Ausbildungserfolg gehen die strukturellen Schwierigkeiten weiter

Mit dem Lernen und den Vorbereitungen für die Prüfung kam Frau S. nun gut voran. Sie litt zwar unter entsprechender Prüfungsnervosität und Ungewissheit, bestand jedoch am 30. Oktober 2006 mit der Note 4,8. Das Revisionsgesuch der IV vom 01.09.06 beantwortete ich deshalb erst an diesem Tag, denn man hatte mich nach weiteren Abklärungsschritten und Prognose gefragt. Ich empfahl einen Berufsein-

stieg mit Teilfinanzierung durch die IV. Dies fand jedoch keine Gnade, und die Patientin musste sich auf der RAV, bzw. bei der Arbeitslosenkasse melden. Es begann ein neues Kapitel des Hindernislaufs. Am 30.11.06. hatte sie einen Termin bei einem RAV Mitarbeiter, der laut ihr „die totale Katastrophe“ war, aber auch bei ihrer IV-Berufsberaterin als „sehr schwierig“ bekannt war! Frau S. rekurrierte sofort bei dessen Chefin. Sie erhielt einen Termin bei einer anderen RAV-Beraterin.

In der Zwischenzeit hatte ihr aber die ALV fälschlicherweise für den Monat Dezember einen falschen Betrag angekündigt. Erneut wurde erst nach Einspruch der Patientin die Rechnung korrigiert.

Nach dieser falschen Abrechnung hatte sie wieder eine Krise, funktionierte aber genügend gut, um ihr Recht zu fordern. Zudem hatte ihr aber jetzt der emeritierte Stiftungsratspräsident **im Namen des früheren Arbeitgebers ein exzellentes Arbeitszeugnis zukommen lassen.**

Auf 01.01.07 schrieb ich sie der ALV gegenüber für einen 80%-Job als voll arbeits- resp. vermittlungsfähig. Beim RAV hatte sie nun eine höfliche und engagierte Sachbearbeiterin und begann, sich voll für die Stellensuche einzusetzen und durchschnittlich drei Stunden täglich Bewerbungen zu schreiben. Mehrmals wurde sie zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen. Im Februar wurde ihr nach einer provisorischen Zusage abgesagt. Nur kurz traten Symptome auf, sie suchte unvermindert weiter. Sie begann, einen Leitfaden für Arbeitslose und auf Geld wartende Versicherte zu verfassen mit der Zielsetzung „Wie komme ich mit möglichst wenig Geld durch?“

#### 2.4.8. Erneutes Mobbing – Trauma und Schritt in die Erwerbstätigkeit

Im Rahmen eines SAH Einsatzes (Schweizerisches Arbeiterhilfswerk) nahm sie in einer sozialen Institution am 14.04.07 eine auf sechs Monate befristete Stelle als Sachbearbeiterin an. Noch vor Ablauf der Frist konnte sie sich jedoch in einem Altersheim bei einem ihr von ihrer früheren Arbeit her bekannten Heimleiter vorstellen. Der Arbeitgeber des SAH-Einsatzes bedauerte den vorzeitigen Austritt, war er doch sehr zufrieden mit den Leistungen von Frau S.

Am 2. Juli 2007 trat sie die Stelle als Mitarbeiterin Administration an. Im Heim herrschte eine gespannte Atmosphäre. Die Vorgängerin, welche wegen der Unstimmigkeiten am Arbeitsplatz gekündigt hatte, musste Frau S. noch in ihre Arbeit einführen. Sie setzte sich voll ein und versuchte auf diplomatische Art, den Chef zu unterstützen. Es galt, vieles zu reorganisieren.

Sie bestand die Probezeit ohne jeden Vorbehalt, arbeitete „mit 90% Einsatz an dieser 70%-Stelle“ und erhielt noch im November gute Rückmeldungen vom Chef. **Unvermittelt erhielt sie dann aber die Kündigung** auf den 28. Feb. 2008. Dies zum vollen Erstaunen der Patientin und der sie begleitenden RAV-Mitarbeiterin. Die explizite Begründung war absolut fadenscheinig. Frau S. hatte sich aber zu Gunsten einer langjährigen Krankenschwester eingesetzt, die von der Leitung gemobbt und später entlassen wurde.

Natürlich war Frau S. wegen des gebrochenen Vertrauensverhältnisses die Arbeit an der aktuellen Stelle nicht mehr zumutbar. Obschon sie selber wegen ihrem Harmoniebedürfnis diesbezüglich ambivalent war, musste ich sie zur Vermeidung eines Rückfalls in das Mobbing-Muster krankschreiben.

Nach einer zweimonatigen Phase von Enttäuschung und heftigen Symptomen begann Frau S. im Februar eine neue Stelle zu suchen. Anfangs Mai 2008 trat sie eine neue Stelle in einem Team von vier Frauen an, welche ein hochbetagtes Ehepaar rund um die Uhr betreuten. Diese Arbeit entsprach nun ihren Berufswünschen und bereitete ihr Freude, zudem war ihre Existenz wieder gesichert. Leider gab es, mangels Führungserfahrung der Haushaltsleiterin, im Team Hierarchieprobleme und Rivalitäten. Zu Beginn 2009 wurde Frau S. vom Arbeitgeber **zur neuen Haushaltsleiterin befördert**. Ohne zu zögern nahm sie diese neue Herausforderung an. Sie fühlte sich so gut wie vor der Krise, gestärkt und selbstbewusst.

## 2.5. Abschluss und Katamnese

Ich beurteilte nun die Eingliederungsphase als beendet und schloss die Therapie im Sommer 2009 nach insgesamt 86 Sitzungen ab. Die Sitzungen dauerten jeweils zwischen 20 Min. und 2 Std.30 Min. Dazu kamen viele Telefone und mehrere Besprechungen. An Medikamenten setzte ich lediglich einen Tranquilizer nach Bedarf ein. In den 5 Jahren erhielt sie total 8 OPs Lexotanil 1,5 mg à 30 Tabletten, nicht ganz eine Tablette pro Woche.

Parallel zu den erwähnten Vorgängen fanden in den vier Jahren auch verschiedene Gespräche im Zusammenhang mit der Ablösung der 1983 geborenen Tochter statt, zuletzt auch mit der Tochter allein. Auch diese Phase des Lebensprozesses ging etwa zur selben Zeit erfolgreich zu Ende.

Im Hinblick auf diesen Artikel schrieb mir meine ehemalige Patientin, Frau S, im Herbst 2010:

„Unglücklicherweise starb einer meiner hochbetagten Arbeitgeber. Das hatte zur Folge, dass der auch schon etwas ältere Sohn wieder in sein Elternhaus einzog. Das Arbeitsverhältnis in Anwesenheit des Sohnes wurde zunehmend schwierig, und nach einem Jahr für alle Angestellten unzumutbar. Ich bemühte mich deshalb bald breitgefächert um eine neue Stelle. Zur Überbrückung meldete ich mich wieder bei der RAV. Bald schon wurden mir interessante Stellen angeboten, jedoch kein 80%-Pensum. Ich entschied mich für zwei Arbeitgeber, welche mir je eine 20%-Stelle anboten, welche meinen Fähigkeiten und Berufswünschen entsprachen.

Nun erfuhr ich von der RAV, dass, wenn ich eine 80%-Stelle in Aussicht hätte, ich diese antreten und die andern beiden kündigen müsste. Dies erzeugte einen enormen Druck und ich kam in eine Gewissensnot gegenüber meinen beiden Arbeitgebern. Die RAV ermöglichte mir dann die Teilnahme an einem Workshop für Selbständigerwerbende. Das war in jeder Hinsicht positiv. Meine Entscheidung fiel sofort. Ich

gab bei der RAV meinen Austritt und bin heute nebst meinem Festeinkommen von 40% zu 10% selbständig tätig. Der Druck ist nun weg! Der Druck war so schlimm, er nahm mir die ganze Kraft. Wäre ich nicht ausgestiegen, würde mir von der ALV ein Einkommen von Fr. 3700.- brutto für eine 70%-Anstellung zustehen. Jetzt lebe ich unter dem Existenzminimum mit Fr. 2400.- netto. **Jedoch: Ich bin frei! Lieber ein Leben ohne Druck – meiner Gesundheit zuliebe! Nach fast fünf Jahren ist nun durch die Krise und die Umschulung mein Selbstvertrauen gestärkt. Ich bin lockerer und beziehungsfähiger geworden. Im Beruf bin ich voll eigenverantwortlich tätig. Ich brauche keinen beschützenden Chef mehr! Mein Alter spielt keine Rolle. Ich erhalte noch als 60-jährige Anfragen für Haushaltbetreuungen.“**

### 3. Diskussion

**Zusammengefasst** zeigt die sorgfältige Lektüre dieser Geschichte folgendes:

- die friedliche, wohlbehütete Entwicklung als Säugling, Kleinkind und Kind,
- die Traumatisierung als 10-jährige und das dauernde geplagt werden während der Pubertät durch die Mutter („Mobbing“),
- wie sich trotzdem durch die schon erworbenen Charakterstärken eine eigenständige Persönlichkeit entwickeln konnte,
- wie Frau S. trotz ihrer mangelhaften Konfliktlösungsfähigkeit in einer gerechten Umgebung und mit adäquater Unterstützung 35 Jahre lang symptomfrei lebte,
- wie sich in den letzten 20 Jahren ihrer beruflichen Tätigkeit in einem beschützenden Milieu die Realität der Berufswelt in vielem grundlegend geändert hatte, so dass ein Vorgesetztenwechsel von einem kooperativ-teamorientierten zu einem hierarchisch-autoritär orientierten Chef ihre Copingfähigkeit überforderte,
- wie die sich in der Folge entwickelnden Symptome weder durch sie selber, noch durch die real existierenden oder durch sie genutzten medizinischen und anderen helfenden Kräfte, begriffen wurden,
- wie seit dem Chefwechsel total eher 20 als nur 15 **Stressereignisse das biopsychosoziale Gleichgewicht herausforderten und dadurch drohten, die durch die Krise erhöhten Verunsicherungen, Verletzlichkeiten und Symptome zu verstärken und in Richtung Chronifizierung zu ziehen.** (Von den 20 Episoden waren 4 Life-events, 2 Fehlinterventionen, 2 unterlassene Hilfe, 6 Disqualifikationen durch Chefs oder Beamte, 6 falsche Auskünfte oder Fehler der Instanzen. Diesen standen 9 aufstellende Ereignisse gegenüber, 6 durch Eigenleistung der „Patientin“, 3 durch positive Interventionen der Instanzen).
- wie nach Wegfallen ihres Beziehungsnetzes – ihr Arbeitsplatz war ihre Familie – und des gesicherten Einkommens der **Neuaufbau eines gut funktionierenden Systems** von einer subtilen Wechselwirkung zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen einerseits und den neu auf sie einwirkenden Kräfte andererseits geprägt war.

### **Erkenntnisse:**

Erstens: Um diese subtile Balance des bio-psycho-sozialen Gleichgewichts in die gute Richtung – Krankheitsabwehr, Symptombefreiheit, Gesundheit, Selbständigkeit, „Heilung“ – zu steuern, ist eine enge Verwebung der beteiligten Kräfte notwendig. Diese Verwebung wird am besten realisiert, indem sie in einer Person vereinigt ist. Hier konnte also **Psychiater** (Erkennen, Bewerten, evtl. direktes Behandeln der Psychopathologie), **Coach** (Vermitteln und Begleiten durch die Instanzen) und **Systemtherapeut** („therapeutischer“ Umgang mit den Bezugspersonen, hier eben den Mitarbeitern dieser Instanzen!) **in Personalunion als Case Manager** (1) handeln. Er blieb laufend und ohne Schnittstellenkomplikationen nahe am „Patienten“, konnte durch Support, Rückmeldung, sofortiges Reagieren und Korrigieren von Fehlern bei sich selber, bei der Patientin und bei den Instanzen grössere Rückschläge vermeiden und stattdessen den **salutogenetischen Kräften** (2, S. 2638) zum Durchbruch verhelfen.

Zweitens: In der heutigen Zeit, welche Reglementierungen, Abgrenzungen und Kategorien liebt und damit Schnittstellen und Polarisierung fördert, ist es häufig, dass eine zeitgerechte, genügend koordinierte Zusammenarbeit nicht gewährleistet werden kann. Dies nicht zuletzt auch aus Ermangelung einer brauchbaren ideell-theoretischen Übereinstimmung zwischen dem Arzt/Case Manager einerseits und den Autoritätsinstanzen andererseits. Nebst diesen unterschiedlichen Menschenbildern (3), besteht der Mangel also in den rigiden Grenzziehungen mit ungenügender oder gar fehlender Kommunikation über die Schnittstellen hinweg, sowie der durch Widersprüchlichkeiten und Kompliziertheit **verzögerten Durchführung** der notwendigen Interventionen (4). Dies wiederum wirkt **Symptom verstärkend** und, wenn der Zeitverlauf des pathogenen Geschehens zuwenig beachtet wird, **chronifizierend**. So gesehen sind diese Mängel selber ein wichtiger Faktor steigender Rentenzahlen!

Drittens: Mit der beruflichen Wiedereingliederung kann nicht zugewartet werden bis die Behandlung der Störung bzw. die medizinische Rehabilitation beendet ist. Sie sollte im Gegenteil so früh als möglich beginnen und durch die allenfalls (noch) bestehenden Symptome nicht mehr als notwendig verzögert werden. (5)

Viertens: Durch den abrupten Chefwechsel kamen erst die **dysfunktionalen Persönlichkeitszüge** zum Vorschein: -zu gutgläubiges Vertrauen auf korrekte, supportive Vorgesetzte, -zu selbstüberzeugtes Festhalten an gewohnten Abläufen und Meinungen, -mangelhafte Selbstwahrnehmung bzw. Interpretation von leibseelischen Signalen und Symptomen (Dyslexithymie), -inadäquate Konfliktlösungsstrategien. Diese waren vor der Krise dank ihrer **positiven Persönlichkeitszüge** unerkant geblieben: -Eigeninitiative, -Schaffenskraft, -praktische Intelligenz und Selbstorganisationsfähigkeit, -Freiheitsdrang, -Bescheidenheit, -Teamfähigkeit, -Selbstzufriedenheit, etc.

Durch **Lerneffekte während der Krise** (z.B. bessere Einschätzung eigener Stärken und Schwächen) ist nun nach der Krise das Gleichgewicht zwischen all ihren Persönlichkeitseigenschaften ohne Symptome und Pathologie wiederhergestellt, und zwar mit mehr Resistenz gegenüber Stressoren unserer Zeit.

**Die Hypothese**, dass die Individualpathologie nur ein vorübergehendes Phänomen im Geschehen zwischen den (nicht einmal wirklich ausgeprägten) Persönlichkeitstzügen und den Widerwärtigkeiten des Umfeldes gewesen ist, wird durch den Ausgang der Krisenphase bei Frau S. **eindrücklich belegt**. Weit darüber hinausgehend hat sie dank der Krise einen grossen persönlichen Gewinn erfahren und an Autonomie und Lebensfreude gewonnen – auch wenn dies alles ausserhalb der administrativen Kategorien und Zeitgeistwerten liegt!

#### **Weiterführende Gedanken:**

Persönliche Voraussetzungen dafür, dass der Arzt/Casemanager bei seiner Tätigkeit in der real existierenden Gesundheitsorganisation Erfolg hat, sind:

- 1. gute Kenntnisse in seinem Fachgebiet Psychiatrie und viel Erfahrung als Arzt und Kommunikator,
- 2. eine ausgeprägte Fähigkeit, vernetzt, kybernetisch (Regeln der gegenseitigen Steuerung) und diachron (im Zeitablauf) zu denken (Pensée Systémique),
- 3. eine Vorstellung über Krankheit und Gesundheit, die neben dem heutigen „*nahezu ausschliesslich pathogenetischen Gedankenmodell in Form eines gigantischen Komplexes akademisch-wissenschaftlichen Wissens und damit eng verbunden einer entsprechenden industriell-kommerziellen Produktion...*“ (2, S 2639) ein übergeordnetes, „Gesundheit schaffendes“ eben **salutogenetisches Modell** kennt, dieses begreift und danach handeln kann,
- 4. eine Einstellung, die minutiöse, zeitaufwendige Kleinarbeit, die die Verbindungen aber erst schafft, nicht als minderwertig oder „unakademisch“ betrachtet und dem Arzt nur Zeitverlust bringt; denn für den Patienten führt deren Unterlassung immer wieder zu Zeitverzögerungen und Komplikationen.

Voraussetzungen des Suprasystems (hier des Versicherungs- und Verwaltungssystems dafür, dass sich deren WZW = Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern können, sind:

- 1. Auswahl - nicht nur bei der IV - persönlich und fachlich besser geeigneter Mitarbeiter (Sachbearbeiter, Führungspersonen aber auch RAD-Ärzte); aktuell zeigen diese ein qualitativ sehr unterschiedliches Niveau und sind teilweise überfordert,
- 2. gezielte Schulung nach systemischen Grundsätzen; hierzu gibt es einzelne positive Beispiele (5); leider behindert die föderalistische Administration eine schweizweite Verbreitung von Ideen,

- 3. enge Begleitung und Führung durch kompetente Vorgesetzte bei flacher Hierarchie und niedriger Schwelle zu gegenseitiger Kommunikation und Kritik,
- 4. Vereinfachung der administrativen Dienstwege zwischen den verschiedenen Institutionen zu Gunsten von direkten Absprachen der verantwortlichen Chefs auf ideeller, konzeptueller und operativer Ebene,
- 5. Mitsprache- und Eingriffsmöglichkeiten (vor allem bei der IV), um bei komplexen Fällen und schleppendem Verlauf die Progression der Behinderung bremsen zu können, denn die heutige Gewohnheit, dass erst nach Abschluss des Verfahrens gegen die Verfügung vor Gericht geklagt und oft erst nach Jahren mittels finanzieller Entschädigung (die dann oft an das Sozialamt, das den Vorschuss geleistet hat, weitergegeben werden muss) „Gerechtigkeit“ geschafft werden kann, ist in höchstem Mass unproduktiv.

Dazu kämen auf höherer Systemebene noch einige Desiderata:

- In Ausbildung und Erziehung der Ärzte und Psychiaterinnen sollte die Idee des Systemischen Denkens systematisch gefördert werden (2 Seite 2641),
- Es sollte endlich ein funktionales, nicht politisches, Krankheit-Gesundheits-Modell mit entsprechenden Empfehlungen erarbeitet werden, z.B. durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

**Dem interessierten Leser sei die sorgfältige Lektüre und das intensive Nachdenken über den untenstehenden Artikel von Prof. Pauli empfohlen!**

#### **4. Literatur**

- (1) Schmidt H. Reintegration statt vorzeitig invalid-pensionieren. SAeZ Schweizerische Aerztezeitung) 2004;85(16)830
- (2) Pauli H.G. et al. Inwieweit umfasst die medizinische Wissenschaft die medizinische Wirklichkeit? SAeZ 2002;83(48)2633-2643**
- (3) Michel K. Unterschiedliche Menschenbilder. SAeZ 2010;91(47)1876;
- (4) Tapernoux F. Die Zusammenarbeit mit der IV wird immer problematischer. SAeZ 2011;92(3)87-88
- (5) Cuonz N. Case Management und Systemische Beratung, in: die IV: Eingliederung praxisnah. Präsentation an der 6. Schweizer Tagung für Systemische Therapie und Beratung, Luzern 11.03.11

09.06.11 A. Burri