



Medinfo
Mitteilungen zu
Themen der
Privatversicherer

Infoméd
Bulletin des assureurs
privés

Psychiatrie und Reintegration

Psychiatrie et réintégration

2015 / 1

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Herausgeber

Schweizerischer Versicherungsverband SVV
Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14
Postfach
CH-8022 Zürich
info@svv.ch
www.svv.ch

Redaktionsmitglieder

Dr. med. Bruno Soltermann, SVV, Vorsitz
Dr. sc. nat. ETH Beatrice Baldinger Pirotta, Swiss Re
Dr. med. Susanne Habicht, CSS Versicherung
Thomas Lack, Basler Versicherungen
Dr. med. Thomas Mall, Basler Versicherungen
Ingrid Schnitzer-Brotschi, Zurich Schweiz
Peter A. Suter, AXA Versicherungen AG
Dr. med. Urs Widmer, Swiss Re
Anton Zumstein, Helvetia Versicherungen

Download

[www.svv.ch / Publikationen / Versicherungsmedizin](http://www.svv.ch/Publikationen/Versicherungsmedizin)

Joyce Vink

Psychiatric disorders and Disability Income Cover: (im)possible? 6

Renato Marelli, Niklas Baer, Neisa Cuonz

Die erfolgreiche Wiedereingliederung von Personen mit psychischen
Störungen aus psychiatrischer, rehabilitativer und praktischer Sicht 16

Andrea Faes

Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung:
ein Einblick in den Arbeitsalltag eines Case Managers 34

Meinrad Ryffel Fakten statt Mythen zur ADHS 46

Beatrice Baldinger, Urs Widmer

Risikoabschätzung der ADHS für die private Lebens- und Invaliditätsversicherung 56

F. Rota, J.-D. Sauvant, R. Marelli, O. Ducarre, T. Lack, B. Soltermann

Zusammenarbeit zwischen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
und Case Managern der Privatversicherer 60

Coopération entre médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie
et case managers des assureurs privés 68

Collaborazione tra medici specialisti in psichiatria e psicoterapia e
case manager degli assicuratori privati 76

Bruno Soltermann

Die heilende Kraft des Wochenendes oder der Montagseffekt 84

Week-end propice à la guérison ou «effet du lundi» 86

Liebe Leserinnen und Leser

Psychische Krankheiten haben in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit in der Gesellschaft mehr und mehr gewonnen.

Diesem Trend hat sich auch die Versicherungswirtschaft nicht verschlossen, sowohl im Rahmen der Anerkennung von Versicherungsanträgen wie auch bei der Fallführung von Personen mit psychischen Krankheiten.

Die aktuelle Ausgabe des Medinfo zeigt Ihnen zum einen auf, was die Versicherer alles unternehmen, damit auch Personen mit psychischen Problemen zu risikoadäquatem Versicherungsschutz im Lebensversicherungsbereich und bei der Erwerbsunfähigkeit kommen. Zum andern wird dargelegt, wie die Versicherer mit ihren Case Managern in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und den Arbeitgebern bestrebt sind, bei drohender oder bereits bestehender Arbeitsunfähigkeit der Versicherten/Patienten/Arbeitnehmenden, diese dem Krankheitszustand angemessen wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren.

Der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung wird ein besonderes Augenmerk zuteil, indem mit Mythen aufgeräumt und stattdessen Fakten aufgezeigt werden. Zum Schluss wird noch dargelegt, wie man dem Montageseffekt mit der differenzierten Arbeitsfähigkeitsbeurteilung begegnen kann.

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre.

Bruno Soltermann

Chères lectrices, chers lecteurs

Les maladies psychiques occupent depuis quelques années une place grandissante dans la société.

Cette tendance touche également les compagnies d'assurances tant dans le cadre de la reconnaissance des demandes d'assurance que dans la gestion des personnes souffrant de maladies psychiques.

L'édition actuelle d'Infoméd vous montre d'une part ce que les assureurs entreprennent pour que les personnes souffrant de problèmes psychiques puissent bénéficier d'une couverture d'assurance adaptée aux risques qu'elles présentent dans le domaine de l'assurance vie et dans le cadre d'une incapacité de gain. D'autre part, vous découvrirez comment les assureurs et leurs Case Managers, en collaboration avec le corps médical et les employeurs, s'efforcent, en cas d'incapacité de travail de l'assuré/du patient/de l'employé existante ou susceptible d'intervenir, de réinsérer ces derniers dans le processus de travail en tenant compte de leur état de santé.

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité fait l'objet d'une attention toute particulière: il s'agit ici de mettre un terme au mythe et de laisser place aux faits. Enfin pour conclure, il vous sera montré comment le syndrome du lundi matin peut être combattu à l'aide de l'évaluation d'incapacité de travail différenciée.

Je vous souhaite une bonne lecture.

Bruno Soltermann

Psychiatric disorders and Disability Income Cover: (im)possible?

Joyce Vink

Senior Medical Officer, Vice President,
Life & Health, Swiss Re

Abstract

Disability Income policies are products of close collaboration between several departments including Underwriting and Claims. In order to develop a good product, Underwriting needs to understand claims processes and vice versa. Within Swiss Re the combination of information gathered from the literature together with the experiences from experts at Claims and Underwriters have led to the development of a guideline for underwriting Disability Income cover regarding people with a mental health disorder. At the moment this is mainly used for mood disorders, anxiety and stress. Disorders like attention deficit/hyperactivity disorder and the autism spectrum disorders were not discussed in this article. These groups contain people with an adequate ability to work but are highly dependent on certain specific work circumstances. Possibilities during claims handling (for example early intervention) will have their influence on the Disability Income cover being offered to this group. This group

of disorders is an interesting and open field for further exploration.

In summary, it can be concluded that, underwriting a Disability Income policy is completely different from underwriting life insurance cover. Furthermore, biopsychosocial factors play an important role in the ability to predict Disability Income. A medical diagnosis alone is not sufficient to predict sick leave in the future. Finally, in the insurance industry it is of utmost importance that developing Disability Income products (and not only for mental health) requires input from multiple stakeholders, not in the least Underwriters and Claims.

Zusammenfassung

Freiwillige Invaliditätsversicherungen sind Produkte aus enger Zusammenarbeit verschiedener Abteilungen, darunter Underwriting und Schadenbearbeitung. Um ein gutes Produkt zu entwickeln, muss das Underwriting die Prozesse der Schadenbearbeitung verstehen und umgekehrt. Die Richtlinie zur Versicherung von Invalidität für Personen mit einer psychischen Störung wurde von Swiss Re durch eine Kombination der aus der Literatur gesammelten Informationen und den Erfahrungen der

Experten der Abteilungen Claims und Underwriting ausgearbeitet. Derzeit betrifft das vor allem affektive Störungen, Angststörungen und Stress. Störungen wie das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom und Störungsbilder des autistischen Spektrums werden in diesem Artikel nicht behandelt. Diesen Gruppen gehören Personen mit hinreichender Arbeitsfähigkeit an, die jedoch stark von besonderen Umständen am Arbeitsplatz abhängig sind. Möglichkeiten während der Schadenbearbeitung (zum Beispiel frühzeitige Intervention) werden den Deckungsbetrag der Arbeitsunfähigkeitsversicherung für diese Personengruppe beeinflussen. Diese Störungen stellen ein interessantes und weites Feld für weitere Forschung dar. Zusammengefasst kann daraus geschlossen werden, dass sich der Abschluss einer Invaliditätsversicherung grundlegend vom Abschluss einer Lebensversicherung unterscheidet. Darüber hinaus spielen biopsychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle für die Möglichkeiten zur Einschätzung der Invaliditätsversicherung. Eine medizinische Diagnose allein ist nicht ausreichend, um die zukünftige Arbeitsunfähigkeit vorauszusagen. Schlussendlich ist es für

die Versicherungsbranche äusserst wichtig, dass für die Entwicklung von Invaliditätsversicherungsprodukten (und nicht allein für psychische Störungen) zahlreiche betroffene Akteure hinzugezogen werden. Dies betrifft nicht zuletzt Underwriter und Schadenbearbeiter.

Résumé

Les polices incapacité de gain sont des produits qui demandent une étroite collaboration entre plusieurs services, dont l'Underwriting (sélection des risques) et les sinistres. Pour développer un bon produit, l'Underwriting doit comprendre les processus de traitement des sinistres, et viceversa. Swiss Re a combiné les informations collectées à partir de la documentation aux expériences des spécialistes des sinistres et des tarificateurs pour élaborer des directives permettant d'évaluer les risques que représentent des personnes souffrant d'un trouble psychique pour la couverture incapacité de gain. Actuellement, ces règles sont principalement utilisées pour l'évaluation des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et du stress. L'article n'aborde pas les troubles tels que le déficit d'attention/hyperactivité et les

troubles du spectre autistique. On retrouve dans ces groupes des personnes qui sont aptes à travailler mais dont l'aptitude dépend fortement d'un contexte de travail spécifique. Les possibilités offertes par la gestion des sinistres (telle que l'intervention précoce) joueront un rôle dans la conception de la couverture incapacité de gain destinée à ce groupe. Ce groupe de troubles est un champ d'exploration intéressant à approfondir.

On peut conclure en résumé que le processus de souscription impliqué dans le cas d'une police incapacité de gain est totalement différent par rapport à une couverture d'assurance décès. Les facteurs biopsychosociaux ont de plus une valeur prédictive importante dans la survenue de l'incapacité. Le diagnostic médical ne suffit pas à prédire un arrêt de travail futur. Le secteur de l'assurance doit absolument veiller à ce que le développement des produits couvrant l'incapacité de gain (pas seulement pour les troubles psychiques) repose sur la contribution de multiples parties prenantes, en particulier l'Underwriting et les sinistres.

Introduction

In Western Europe the possibility for a person to obtain a life or disability income

(DI) insurance is increasingly seen as a basic civil right. The dialogue regarding accessibility to insurances, the selection procedures used by private insurers, motivation of the applied premium and claims handling, involves many stakeholders. Patient organizations, Ombudsmen and politicians are becoming increasingly engaged with the debate concerning right for access to insurance cover. In some countries these developments have even led to law change (Parityka law in Belgium). In a recent edition of «the Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde», Sorgdrager and Blijleven discussed the (im)possibilities for selfemployed people to obtain a DI insurance and the implications this might have for their working abilities.

The WHO (2012) is estimating that 83 million people in Europe are affected by mental and behavioral problems at any time. This reflects about 27% of the adult population (aged between 18 and 65 years). General practitioners (GP) play a major role in identification and diagnosis of and the referral for mental disorders. Furthermore, they provide support for patients being treated by a specialist. Not all companies currently cover mental

disorders in their DI portfolio. Mental disorders are being excluded or only paid for during a limited period of time. However, due to reduced stigma and discrimination, more public awareness as well as better tools and assessment, an extended number of cases is being identified and disclosed. This is seen both in the private practice of the GPs, as well as at the underwriting (UW) stage when people apply for insurance. In a study done by SwissRe in London, it was found that disclosure of a mental health condition at the UW stage increased from 6.7% in 2010 to 9.1% 2014. These arguments elicit the discussion about whether or not DI insurance should become wider available for people with a mental disorder. Such discussions also include a debate around which diagnoses should be paid for, and the duration of such payments. Instead of excluding most psychiatric disorders, there is a shift seen towards diversification of diagnosis in relation to claims payment. Mild psychiatric disorders and frequently seen diagnoses (i.e. burn out, stress) or more controversial diagnoses like Chronic Fatigue Syndrome / Fibromyalgia are more frequently eligible for payment for a limited period of time. Claims

for severe mental illnesses are often paid out without any restrictions.

Discussing the possibilities for people obtaining a DI insurance implies that we have to be aware that it refers to the working population (aged between 18 and 65 years) rather than the general population. About 5% of the workingage population suffer from a severe mental disorder and are therefore regularly in a position where they are unable to obtain or perform salaried employment. Hence, they will not apply for a DI policy. Approximately 15% of the workingage population is diagnosed with a common mental condition, such as mood disorders, anxiety and substance misuse. Employment rates for people with a mental health problem range between 55% and 70% in Europe, which is about 10 to 15 percentage points lower than for people without psychological diseases. Switzerland is showing a higher employment percentage of around 66% to 75% (OECD, 2011). Studies confirm that chances of presenteeism (being at work but not performing according to expectations, leading to productivity loss) and more and longer absenteeism are higher in a group with a mental disorder compared to those without (OECD, 2011).

Difference between life and DI insurance in general

Both during the process of underwriting and claims assessment it is essential to evaluate the medical symptoms and diagnoses needed to adjudicate a policy. Symptoms indicative for a certain diagnosis (i.e. sleeplessness, low mood, weight change and inactivity are suspicious for depression) can be experienced as insignificant individual symptoms rather than a disease as a whole, and hence do not bother the applicant during the underwriting process. However, those same symptoms will have confirmed the diagnosis of depression at the time the insured is claiming for DI benefits.

Assessing the eligibility for a DI insurance (in both UW and Claims) implies not only a decision on the medical diagnosis, but also a judgment on the relation between medical symptoms and work demands. A specific diagnosis does not automatically translate into an (in)ability to work. It is important to always consider the question: «what can someone not do, and due to which medical condition?» In other words: which functional requirements needed to perform a specific job are in conflict with the (remaining) abilities of this person?

Underwriting someone who would like to obtain a DI cover requires the underwriter and medical officer to make a judgment on the ability of the applicant to work in the next few decennia. Besides medical information, it is important to consider specific work demands, social context and other biopsychosocial factors. The biopsychosocial model (Engel, 1977) explains that the experience of health is not only affected by the disease itself. Psychological factors (i.e. beliefs, lifestyle, behaviour) and environmental circumstances (i.e. socioeconomic status, work circumstances) have a great impact on health attitude. This model explains why two people with the exact same medical condition can have completely different outcomes in their abilities to work.

Underwriting DI differs from underwriting life insurance. In some countries DI is applied for in combination with a life cover but we tend to underestimate the various requirements needed for DI. There are some important differences between the two:

Life insurance is based on mortality, whereas DI is based on morbidity.

- An extensive amount of literature is available concerning mortality. This data facilitates the estimation of survival times while we do not have comparable granular data regarding the chances of being affected by a certain disease. Literature concerning DI and return to work has seen an increase in publications recently, this will help to develop consistency and transparency in premium calculations for DI applications.
- As mentioned before life insurance refers to the whole population and DI only to the working population.
- Occupation is not as important for a life cover as for DI, where knowledge about occupation is pertinent. Important factors include job description, actual working conditions, as well as abilities and requirements needed to perform a specific job.

- The outcome of the insurance is clear for life cover: the claim will be paid when the applicant is deceased and the money will go to the beneficiary. DI policies have different outcomes varying from disability for own, similar or every occupation. Underwriting for own occupation requires different demands than for every occupation. The insurance reimbursement serves as income replacement for the claimant.
- In life insurance the outcome is exclusively health related which is not the case in DI. Referring to the biopsychosocial model, the experience of health is not only affected by the disorder but also by the psychological and environmental circumstances.

Factors to consider when underwriting DI in people with a mental disorder

In order to make consistent and fair offers to applicants, the availability of data derived from evidence based medicine is essential in offering transparency in the rates we can propose to the applicant. As mentioned before, for life cover these tables and frameworks are available, but for DI this proves to be more challenging. Extensive information re-

garding work circumstances and socio-economic situation is often not available to the underwriting department although this would supplement the available medical information.

Some guidance concerning the medical situation for people suffering from a mental illness can be found in the International Classification of Diseases (ICD) of the WHO, currently in its 10th edition and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) of the American Psychiatric Association. The DSM 5 is the most current version, published in 2013. There have been extensive discussions about DSM 5 with psychiatrists like Allen Frances (4), chairing the task force of DSM IV manual, expressing concerns that normal cultural and psychological reactions are being medicalised, while severe psychiatric diseases are not getting the attention they should. Without opinionating on these discussions, some consequences of the new DSM are relevant for the private insurance industry. An applicable example is grief. The DSM originally considered bereavement as a severe depression after a period of one year, which was changed to two weeks in DSM 5. If no other circumstances are taken into

account, this change can have consequences for both UW and claims. Refusing a DI cover to someone who suffered from a grieving period of 6 weeks is unfair when considering this as a severe depression. On the other hand, a claimant with a period of bereavement should not receive a DI benefit for an infinite period of time solely on the fact that grief can be considered as a severe depression.

An increasing amount of studies are being published in which factors are identified that predict sick leave for people with a common mental disorder. Results of those studies can assist the creation of a framework and provide more transparency when underwriting for DI cover.

A DI framework for underwriting people with a mental health disorder

For a fair and proper underwriting procedure regarding people with a mental disorder, the application should ideally contain the following information:

- 1) Diagnosis of a common mental health disorder. In addition, information regarding recurrences, treatment and follow up is needed. The severity of the disease is an indicator for future sick leave.

- 2) Time since last symptoms. An increased duration of the absence of symptoms or recurrences increases the likelihood to offer cover.
 - 3) Biopsychosocial factors. Converting these factors into tangible items is challenging. A number of studies confirm that the number of GP visits and history of absence due to sickness are related to long term disability and DI benefits (Whittaker et al, 2010; Wallman et al, 2009; von Celsing et al, 2012). Of course biopsychosocial factors encompass more than GP visits and numbers of days on sick leave over the last 12 months alone. However, research indicates that these items could be measures of resilience and, therefore, reflect how individuals are affected by a mental health condition (Swiss Re; Garcia, 2013).
 - 4) Additional factors. Consider inpatient admission, suicide attempts, substance abuse and comorbidity. Cases of multiple additional factors should be declined due to the risk of sick leave in the future being considerably higher.
 - 5) Age. Young applicants with a history of mental problems should be rated a bit different than older ones due to longer duration of the policy.
 - 6) Job description. A detailed description is often not available. However, common sense and general knowledge can be of help. Applicants with jobs that require high social skills or are prone to stress, in combination with a history of burn out or severe depression should be reviewed cautiously.
- Within Swiss Re the above mentioned items have been combined and led to a table that makes it possible to offer DI cover to people with a history of a mental health disorder.
- For example: A 40-year-old woman, who, more than a year ago, had been off work for several weeks due to a mild depression. Since return to work she has had no sick leave days and no other negative additional factors. She should be able to get cover against reasonable rates and not be declined solely based on a previous mental health issue. On the other hand, a 45-year-old man, with multiple episodes of severe depression, inpatient treatment or suicide attempts with several sick leave days in the last 12 months is more prone to a decline.

Exclusions instead of an extra rating will have to be discussed on a case to case basis. Several positive and negative factors related to the items discussed above, in combination with the wording of the product will lead to this decision.

References:

WHO 2012 <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/noncommunicablediseases/mentalhealth/dataandstatistics>

1. Sorgdrager B, Blijleven R. ZP'er onverzekerder beter? Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde 22; 8; Oktober 2014, 351–52.
2. OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health at work 2011. <http://www.oecd.org/els/emp/sickonthejob2011.htm>
3. Frances A, Raven M. Two views on the DMS 5: the need for caution and diagnosing and treating mental health disorders. Am Fam Physician. 2013 Oct 15;88(8): online.
4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 8, April 1977: Vol 196 no 428; 129–136
5. Wallman T et al. Sickleave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years. BMC Public Health, 9:104
6. Whittaker W et al. Predicting which people with psychosocial distress are at risk of becoming dependent on state benefits: analysis of routinely available data. BMJ, 2010, 341: c3838

7. Von Celsing et al. Determinants for return to work among sickness certified patients in general practice. *BMC Public Health*, 12:1077.
8. Garcia M. The Biopsychosocial model and its applications to risk selection in Income Protection/Disability products. Swiss Re (2013)
9. Global Life and Health Underwriting team, Swiss Reinsurance Company, London, United Kingdom

Die erfolgreiche Wiedereingliederung von Personen mit psychischen Störungen aus psychiatrischer, rehabilitativer und praktischer Sicht

Dr. med. Renato Marelli,
Dr. phil. Niklas Baer,
Neisa Cuonz, Psychologin FH

Die Autoren bilden seit Jahren Eingliederungsverantwortliche von Versicherungen im Umgang mit Personen mit psychischen Störungen im Bereich der beruflichen Eingliederung aus. Seit 2014 werden diese Kurse auch vom SVV für seine Mitglieder angeboten und erfreuen sich reger Teilnahme. Im folgenden Beitrag wird das Vorgehen aus psychiatrischer, rehabilitativer und auch aus ganz praktischer Sicht erläutert.

Zusammenfassung

In dieser Übersichtsarbeit werden die entscheidenden Faktoren für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung von Personen mit psychischen Störungen erläutert.

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht wird ein Beitrag für eine erfolgreiche berufliche Eingliederung in drei Schritten vorgeschlagen:

1) Es soll eine Diagnose mit exakten Befunden gestellt werden. Dadurch wird ermöglicht, einzelne Befunde als

Funktionsstörungen zu erkennen und zu beurteilen.

2) In einem zweiten Schritt wird die berufliche Eingliederung als Teilziel in das eigene therapeutische Konzept bei der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung einbezogen.

3) In einem letzten Schritt wird beurteilt, inwiefern sich die Funktionsstörungen in Aktivitäts- und Partizipationsstörungen niederschlagen und welche psychischen Ressourcen auf der anderen Seite der Person dennoch zur Verfügung stehen. Dies soll den Verantwortlichen für die berufliche Eingliederung die Möglichkeit eröffnen, das Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes auf die medizinischen Gegebenheiten abzustimmen.

Aus rehabilitativer Sicht werden spezifische Erfolgsfaktoren der beruflichen Integration bei Personen mit psychischen Störungen vorgestellt. Zudem werden Hinweise gegeben, wie auf diese typischen Probleme reagiert werden kann. Die relevanten Probleme und Handlungsfelder lassen sich in drei – gegenseitig voneinander abhängige – Kategorien aufteilen:

- 1) *Krankheitsbezogene Faktoren: «Un-sichtbarkeit» psychischer Behinderungen, sehr früher Beginn, häufige Komorbidität und oft chronischer oder wiederkehrender Verlauf psychischer Störungen.*
 - 2) *Personenbezogene Faktoren: mangelnde Sozialkompetenz, Unausgeglichenheit, passives Bewältigungsverhalten, keine Übernahme von Verantwortung und akzentuierte Persönlichkeit des Patienten respektive Versicherten.*
 - 3) *Umfeldbezogene Faktoren: Stigma gegenüber psychischen Krankheiten, gehemmtes Führungsverhalten der Arbeitgeber, mangelnder Fokus auf die Arbeitssituation in der ärztlichen Behandlung, zu wenig systematische Kontakte zwischen behandelndem Arzt, Arbeitgeber und Case Manager.*
- 1) *Die berufliche Wiedereingliederung ist ein Prozess, der sich einestells nach störungsspezifischen Gesetzmässigkeiten richtet, andererseits aber auch individuelle Merkmale trägt, vor allem eine individuelle zeitliche Dimension.*
 - 2) *Die Gestaltung des Prozesses wird auf die individuellen Bedürfnisse in jedem Einzelfall zugeschnitten und fordert von allen Beteiligten Offenheit und eine Zusage an ein gemeinsam erarbeitetes Ziel.*
 - 3) *Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung mit der betroffenen Person und mit den wichtigsten Akteuren im Rehabilitationsprozess ist entscheidend, um das gemeinsame Ziel erfolgreich anzusteuern.*

Résumé

Dans cette analyse, les facteurs déterminants d'une réinsertion professionnelle réussie pour les personnes souffrant de troubles psychiques vous sont expliqués.

D'un point de vue psychiatrique et psychothérapeutique, il est conseillé de procéder par étapes pour parvenir à une contribution à une réadaptation professionnelle réussie:

Aus praktischer Erfahrung lässt sich ableiten, dass es sich bei der Wiedereingliederung grundsätzlich um einen persönlichen Entwicklungs- und Gestaltungsprozess handelt, bei dem die versicherte Person lernt, mit ihren krankheitsbedingten Grenzen und Restriktionen umzugehen. Drei wesentliche Faktoren sind dabei zu beachten:

- 1) *Il faut tout d'abord établir un diagnostic avec des symptômes exacts. De cette manière, différents symptômes peuvent être identifiés et évalués comme troubles fonctionnels.*
 - 2) *Dans un deuxième temps, la réadaptation professionnelle est introduite, en tant qu'objectif partiel, dans le concept thérapeutique propre dans le cadre du traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré.*
 - 3) *Enfin, dernière étape, on évalue dans quelle mesure les troubles fonctionnels ont un impact dans les troubles de participation et d'activité et de quelles ressources psychiques la personne dispose encore en dehors de cela. Cela doit permettre aux responsables de la réadaptation professionnelle d'adapter le profil d'exigence du poste de travail aux données médicales.*
- peuvent être répartis en trois catégories dépendant les unes des autres:*
- 1) *Facteurs liés à la maladie: «invisibilité» des incapacités psychiques, début très précoce, comorbidité fréquente et souvent évolution vers des troubles psychiques chroniques ou récurrents.*
 - 2) *Facteurs liés à la personne: manque de compétence sociale, manque d'équilibre, comportement de maîtrise passif, pas de prise de responsabilités et personnalité marquée du patient/de l'assuré.*
 - 3) *Facteurs liés à l'environnement: stigmatisation des maladies psychiques, gêne dans le comportement de direction de l'employeur, manque de focalisation sur la situation sur le lieu de travail lors du traitement médical, trop peu de contacts réguliers entre le médecin traitant, l'employeur et le Case Manager.*

Les facteurs de réussite spécifiques de l'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques sont présentés d'un point de vue de la réhabilitation. Par ailleurs, on donne des indications sur la manière de réagir face à ce type de problèmes. Les problèmes en question et les champs d'action

Si l'on se base sur l'expérience pratique, on peut dire que la réinsertion constitue en général un processus d'évolution et d'aménagement personnel durant lequel la personne assurée doit apprendre à gérer les limites et restrictions imposées par sa maladie. Il convient ici de retenir trois facteurs principaux:

- 1) *La réinsertion professionnelle est un processus qui d'une part est fonction des règles propres aux troubles, et d'autre part inclut des caractéristiques personnelles, notamment une dimension temporelle individuelle.*
- 2) *L'aménagement du processus est adapté aux besoins individuels de chaque cas particulier et requiert l'ouverture de tous les protagonistes et un engagement pour un objectif élaboré en commun.*
- 3) *La construction d'une relation solide avec la personne concernée et avec les principaux acteurs du processus de réadaptation est primordiale pour atteindre le but que l'on a fixé ensemble.*

Der psychiatrisch-psychotherapeutische Beitrag zu einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung

Dr. med. Renato Marelli

Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie FMH, Basel
Past-Präsident SGVP

Immerhin erkranken im Verlaufe eines Jahres ca. ein Viertel aller Menschen an irgendeiner psychischen Erkrankung, welche in leichter Ausprägung oft zu Einschränkungen der Produktivität führt, in schwererer Ausprägung aber zu Arbeitsausfällen und bei lang anhaltender Dauer auch zum Verlust des Arbeitsplatzes führen kann. Der psychiatrischen Beurteilung kommt deshalb im Rahmen der beruflichen Eingliederung entscheidende Bedeutung zu.

Gemäss einem 2014 publizierten Bericht der OECD, «Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz», verfügt die Schweiz über eine hohe Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern und eine gute Gesundheitsversorgung. Dennoch fehle es am Bewusstsein, Probleme am Arbeitsplatz resp. bei der Wiedereingliederung in die Behandlung einzubeziehen. Zu bedenken ist aber, dass Psychiaterinnen und Psychiater in der Schweiz über eine hohe Fachkompetenz verfügen und der Doppeltitel von Psychiatrie und Psychotherapie sie indessen durchaus

befähigt, auch arbeitsplatzbezogene Probleme aus medizinischer Sicht zu erkennen und anzugehen respektive gemeinsam mit anderen Fachleuten auf dem Gebiet aktive Anstrengungen zur Wiedereingliederung ihrer Patientinnen und Patienten zu unternehmen.

Das Vorgehen im Rahmen einer beruflichen Eingliederung

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht soll an dieser Stelle ein Vorgehen in drei Schritten für eine berufliche Wiedereingliederung aufgezeigt werden.

1. Diagnostik

Voraussetzung für eine korrekte Therapie, aber auch für eine Beurteilung im Hinblick auf die berufliche Reintegration ist eine korrekte Diagnosestellung, bei der sämtliche Daten aus Anamnese, Befund und Zusatzbefunden erhoben und ausgewertet werden. Die kriteriengeleitete Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung dafür, dass andere Verantwortliche im Bereich der beruflichen Eingliederung die psychische Störung verstehen und die betroffene Person in einer der Störung angepassten Weise begleiten können. Entsprechend den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten der Schweiz-

rischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie von 2012 gehören dazu auch die Berücksichtigung dynamischer Prozesse im Krankheitsverlauf der psychischen Störung und die Kontextabhängigkeit von Befunden. Typisches Merkmal praktisch aller psychischen Störungen ist ein dynamischer Verlauf mit qualitativ oder quantitativ sich ändernden Befunden. Aus diesem Grund erscheint es wichtig, dass die Psychiaterin oder der Psychiater Erfahrungen aus dem bisherigen Verlauf und auch mögliche Hinweise auf die Prognose in die medizinische Beurteilung einbezieht.

2. Therapeutisches Konzept

Die berufliche Eingliederung soll als Teilziel in das therapeutische Konzept miteinbezogen werden. Ist ein Case Management im Einzelfall vorgesehen, geht es letztlich darum, Therapie und Case Management mit ihren unterschiedlichen und unabhängigen Aufträgen im Interesse der versicherten Person für das gemeinsame Ziel zusammenzuführen. Es sei dies bezüglich auf das Konsenspapier des Schweiz. Versicherungsverbandes SVV, der Föderation der Schweizer Psychiater und Psychiaterinnen und Psychotherapeuten FMPP und der Schweizeri-

rischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP verwiesen. Wenn die medizinische Situation eine berufliche Eingliederung zulässt, ist im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der Wiedereinstieg ins Erwerbsleben zu thematisieren.

Zur sozialen Teilhabe einer Person gehört auch die berufliche Partizipation. Oft wird aufgrund der Komplexität der gesundheitlichen, beruflichen, sozialen und finanziellen Situation der betroffenen Person auf eine geeignete interdisziplinäre, also fachpsychiatrische und eingliederungsbezogene Unterstützung zurückgegriffen werden müssen, um bedarfsgerechte Massnahmen einzuleiten. Für den Psychiater respektive die Psychiaterin bedeutet dies, darauf im Rahmen der biopsychosozialen Aspekte des therapeutischen Konzeptes Rücksicht zu nehmen. Aus biologischer Sicht ist die allfällige psychopharmakologische Behandlung zum Beispiel unter dem Gesichtspunkt der Aufrechterhaltung der kognitiven Funktionen zu evaluieren, gegebenenfalls zu adaptieren. Auf die Wirkungs- respektive Nebenwirkungsprofile einzelner Medikamentengruppen kann an dieser Stelle nicht weiter einge-

gangen werden, aber sie sind entsprechend zu berücksichtigen.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Interventionen sind auftretende Fragen oder auch Belastungen in Zusammenhang mit der Wiedereingliederung respektive der Wiederaufnahme einer Arbeit zu thematisieren und in den geeigneten psychotherapeutischen Kontext zu stellen. In diesem Zusammenhang können zum Beispiel Persönlichkeitsaspekte, insbesondere die Berücksichtigung struktureller Faktoren von Bedeutung sein. Persönlichkeitsfaktoren können allenfalls Einschränkungen bewirken, andererseits können allenfalls auch Ressourcen in der Persönlichkeit entwickelt werden. Eine biografisch und am aktuellen Erleben und Verhalten orientierte Diagnostik der Persönlichkeit kann den Eingliederungsverantwortlichen wertvolle Hinweise über beschränkte oder verbliebene Fähigkeiten einer Person liefern.

Die konkrete Nutzung der Ressourcen ist wesentlicher Stützpfiler der soziotherapeutischen Anteile einer integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Ein medizinisch zumutbarer, gegebenenfalls entspre-

chend adaptierter Arbeitsplatz stellt nicht so sehr eine Belastung für die versicherte Person dar, sondern vielmehr auch eine Stütze.

3. Aktivitäts- und Partizipationsstörungen

In einem dritten Schritt werden die Aktivitäts- und Partizipationsstörungen der betroffenen Person beurteilt und beschrieben. Dabei wird auf die zuvor im Rahmen der diagnostischen Abklärungen erhobenen Befunde abgestellt. Es wird dargestellt, wie sich diese Befunde auf die psychischen Funktionen auswirken. Die Diagnose ist Referenz für die allfälligen Funktionseinschränkungen. So sind zum Beispiel Störungen der Konzentration oder der Nachweis eines verminderten Denkvermögens nicht nur häufig auftretende Symptome einer depressiven Störung, sie sind als kognitive Funktionsstörungen, die sich im Berufsleben einschränkend auswirken, von erheblicher Bedeutung. Ein anderes häufiges Beispiel sind Denkstörungen bei schizophren erkrankten Personen, die sich vor allem in Form von Störungen der exekutiven Funktionen äussern. Zusammengefasst ist jede Diagnose respektive jedes Symptom einer

Diagnose unter dem Aspekt einer möglichen Funktionsstörung zu prüfen.

Sind die Funktionsstörungen bekannt, können daraus allfällig vorliegende Aktivitätsstörungen abgeleitet werden. Dies kann zum Beispiel mit dem Mini-ICF-APP von Linden und Mitarbeitern geschehen, handelt es sich doch dabei um ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. Dieses Instrument ermöglicht, dreizehn verschiedene Aktivitäten, die für das Erwerbsleben von entscheidender Bedeutung sind, semiquantitativ einzuschätzen. Im Rahmen der individuellen Kontextfaktoren einer Person, insbesondere des Anforderungsprofils einer Arbeit, können verbliebene Möglichkeiten der Aktivitäten in Beziehung gesetzt werden zum entsprechenden Arbeitsplatzprofil, womit dann deutlich wird, ob die betreffende Person für diese Tätigkeit geeignet ist oder nicht. Entscheidend ist aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit, dass an die Möglichkeit der Beurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen gedacht wird

und mit entsprechenden Instrumenten zum Nutzen anderer verantwortlicher Personen im beruflichen Eingliederungsprozess und letztlich zum Wohle der betroffenen Person gearbeitet wird.

Erfolgsfaktoren für Arbeitsplatzergänzung und Wiedereingliederung bei psychisch kranken Versicherten

Dr. phil. Niklas Baer

Leiter Fachstelle für Psychiatrische
Rehabilitation, Psychiatrie Baselland

Den behandelnden Ärzten kommt bei psychisch bedingten Arbeitsproblemen eine besonders wichtige Rolle zu, auch wenn weitere Fachpersonen wie z. B. Case Manager involviert sind. Die ärztlichen Interventionen bei Patienten mit psychischen Problemen sind deshalb so wichtig, weil psychisch bedingte Arbeitsprobleme oft eine komplexe Dynamik entfalten, die das Arbeitsumfeld und die Beratenden überfordert und die Lösungsfindung verhindern kann.

Psychisch bedingte Arbeitsprobleme unterscheiden sich dabei deutlich von körperlichen Erkrankungen oder unfallbedingten Beeinträchtigungen. Psychische Krankheiten sind «unsichtbar» und in Bezug auf ihre resultierenden Funktionsdefizite nur schwer einschätzbar. Sie führen wegen ihrer «Unklarheiten» («Will er nicht oder kann er nicht?») zu Irritationen bis hin zu reduzierter sozialer Unterstützung in der Arbeitsumgebung, welche die Rückkehr an den Arbeitsplatz gefährden kann.

Zudem sind psychische Krankheiten enorm vorurteilsbelastet – kaum ein Ar-

beitgeber würde eine Person anstellen, die früher schon bekanntermassen psychisch bedingte Arbeitsprobleme hatte. Diese Tatsache wiederum führt dazu, dass psychisch kranke Arbeitnehmende selten bereit sind, ihre Probleme am Arbeitsplatz zu offenbaren – obwohl sich die meisten Führungskräfte genau dies wünschen würden. Führungskräfte haben zudem oft eine Hemmung, psychisch bedingte Auffälligkeiten am Arbeitsplatz anzusprechen. Bis sie es dann explizit und klar tun – was oft erst nach Monaten oder Jahren der Fall ist – hat sich die Arbeitsproblematik fixiert und ist die Geduld im Team erschöpft. Die diffus bleibende Problematik psychisch kranker Mitarbeitender und die Überforderungsreaktionen im Umfeld führen in schwereren Fällen über kurz oder lang zu einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses.

Gleichzeitig ist es nicht sinnvoll, alle Probleme der Stigmatisierung psychischer Störungen zuzuschieben – es ist nicht alles Stigma. Je nach Schweregrad der psychischen Störungen sind 70–90% der betreffenden Mitarbeitenden, die am Arbeitsplatz präsent sind, nicht voll produktiv. Bei psychisch gesunden Mitarbeitenden beträgt der Anteil nur 25%.

Zudem können sich psychische Probleme auch im Arbeitsverhalten und in Beziehungsproblemen niederschlagen und zu relevanten Belastungen im Umfeld führen. Daran ist zu denken, wenn Patienten von «Mobbing» am Arbeitsplatz berichten.

Case Manager von Privatversicherern – wie auch Berater von Sozialversicherungen, Sozialhilfe oder rehabilitativen Einrichtungen – sind oft vor die Aufgabe gestellt, mit begrenzten Informationen Entscheide über Interventionen zum Arbeitsplatz zu treffen, zu einer möglichst raschen und nachhaltigen Rückkehr an den Arbeitsplatz oder zur (je nachdem langfristigen) Integration an einen neuen Arbeitsplatz zu treffen. Solche Entscheidungen sind gerade bei psychisch erkrankten Versicherten nicht einfach – und ohne ärztliche Informationen oft gar nicht möglich.

Typische Probleme und Potenziale bei Arbeitsproblemen

Im Folgenden werden basierend auf Forschungsergebnissen und praktischer Erfahrung einige relevante Faktoren (Hindernisse und Möglichkeiten) bei der Lösung psychisch bedingter Arbeitsprobleme geschildert.

1. Krankheitsbezogene Faktoren

Wenn es zu psychischen Auffälligkeiten oder Konflikten am Arbeitsplatz oder zu längeren Arbeitsabsenzen kommt, handelt es sich dabei meist um das vorläufige Ende einer vorbestehenden Problematik. 75% aller psychischen Störungen beginnen vor dem 25. Altersjahr, 50% gar vor dem 14. Altersjahr. Der sehr frühe Störungsbeginn ist einer der Hauptunterschiede zu vielen somatischen Erkrankungen und Schmerzstörungen, und er bringt oft negative Konsequenzen für die schulische und berufliche Laufbahn mit sich (Verhaltensauffälligkeiten, Abbrüche etc.). Zudem führt er oft zu einer tiefgreifenden Verunsicherung und zu einem reduzierten Selbstwertgefühl der Betroffenen.

Neben dem Erkrankungsalter spielt auch die Diagnose eine grosse Rolle: Speziell häufig von Arbeitsproblemen betroffen sind naturgemäss die schweren Störungen wie Schizophrenie und bipolare affektive Erkrankungen – aber vor allem auch die Persönlichkeitsstörungen. Diese sind in der Schweiz mit Abstand der häufigste Grund für eine Invalidisierung aus psychischen Gründen. Bei den Depressionen ist der Schweregrad entscheidend für die Prognose, vor allem

die Schwere der ersten depressiven Episode. Klingt die depressive Symptomatik ab, verschwinden normalerweise auch die Funktionsdefizite. Allerdings zeigt ein Grossteil der Depressionen einen wiederkehrenden Verlauf.

Bedeutsam sind schliesslich auch das Ausmass der Komorbidität, z. B. mit Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung, und Merkmale des Verlaufes. Zum Verlauf psychischer Störungen muss man sich bewusst sein, dass es sich nahezu immer um wiederkehrende oder anhaltende Zustände handelt – dies ist bei einer Jahresprävalenz von 25% und einer Lebenszeitprävalenz von 50% gegeben. Dies bedeutet nicht, dass all diese Personen arbeitsunfähig wären, im Gegenteil: Die Erwerbsquote von Personen mit einer psychischen Störung ist in der Schweiz zwar gegenüber den Gesunden um 10–15% reduziert, beträgt aber immer noch rund 70%. Dennoch muss man sich bewusst sein, dass psychische Störungen/Verletzlichkeiten immer wieder dekomensieren und zu Arbeitsproblemen führen können, und dass isolierte Interventionen noch keine nachhaltige Lösung sein können.

2. Personbezogene Faktoren

Merkmale der Person beeinflussen den Verlauf der Arbeitsprobleme entscheidend mit, insbesondere die Persönlichkeit und – teils in Zusammenhang damit – die sozialen Kompetenzen sowie das Krankheits- und Problembewältigungsverhalten.

Für die Lösung psychisch bedingter Arbeitsprobleme ist die Persönlichkeit des Patienten/Versicherten von ebenso grosser Bedeutung wie die psychiatrische Symptomatik. Dies gilt nicht nur bei Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, sondern auch bei akzentuierten («schwierigen») Persönlichkeiten, deren Einsicht in die eigenen Probleme reduziert ist und die wenig Verantwortung übernehmen für das eigene Handeln. Am Arbeitsplatz führt solches Verhalten relativ rasch zu Konflikten. Krankschreibungen sind in solchen Situationen häufig und können bei «unreifen» Persönlichkeiten zu einem zunehmenden Vermeidungsverhalten führen (sie vermeiden einen frühen Wiedereinstieg wegen der Konflikte, wegen Versagensängsten etc.).

Grundsätzlich zeigen sowohl Forschung wie auch praktische Erfahrung, dass

gute soziale Kompetenzen – Freundlichkeit, Empathie, Hilfsbereitschaft gegenüber Kollegen etc. – einer der wichtigsten Prognosefaktoren ist. Umgekehrt stellen Launenhaftigkeit, aggressives, ausbeuterisches, undiszipliniertes und externalisierendes Verhalten die Arbeitsumgebung vor speziell hohe Herausforderungen und führen ohne professionelle Intervention letztlich zur Kündigung. Gerade bei diesen Personen ist eine aktive Zusammenarbeit zwischen Arzt und Arbeitgeber unumgänglich, da der Arbeitgeber dieses Verhalten nicht als psychische Störung oder Charaktereigenschaft, sondern als kontrollierbares moralisches Fehlverhalten wahrnimmt und entsprechend wenig Geduld zeigt.

Entscheidend ist auch das Problemewältigungsverhalten: Patienten/Versicherte, die professionelle Hilfe aufsuchen, ihr Problem am Arbeitsplatz adäquat offenlegen und aktiv eine Problemlösung anstreben, haben bessere Chancen als passive, gekränkte, klagende, vermeidende oder verheimlichende Patienten/Versicherte. In solchen Fällen kann sich bei längerer oder wiederholter Krankenschreibung je nachdem auch rasch eine Entlastungs- oder

Rentenperspektive entwickeln, welche die Wiedereingliederung sehr erschwert. Bei derartigen persönlichkeitsbedingten Problemen reichen individuelle patientenbezogene Interventionen nicht aus. Vielmehr kann der Arzt in diesen Situationen versuchen, das Umfeld zu stärken (die Führungskraft z. B.), gemeinsam mit Patient, Arbeitgeber, Case Manager sinnvolle «Spielregeln», Arbeitsanpassungen und Vorgaben zu entwerfen und im Kontakt mit dem Arbeitgeber zu bleiben.

3. Umfeldbezogene Faktoren

Wichtige umfeldbezogene Faktoren betreffen z. B. die familiäre Situation des Patienten/Versicherten, die Reaktionen der Arbeitsumgebung und das Verhalten der Behandelnden und Versicherungsfachleute.

Während oft vom psychischen Arbeitsstress die Rede ist, wird zum einen übersehen, dass eine vorhandene Erwerbstätigkeit einer der wichtigsten psychischen Schutzfaktoren ist, und dass zum anderen oft Spannungen in Partnerschaft und Familie zu Problemen am Arbeitsplatz führen. Gerade bei Patienten/Versicherten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline) stehen solche

Konflikte oder Beziehungsabbrüche oft am Beginn von Eskalationen am Arbeitsplatz.

In Bezug auf die Betriebe spielt z. B. nicht nur das Führungsverhalten eine entscheidende Rolle (frühes Ansprechen des auffälligen Verhaltens, Unterstützung verknüpft mit klaren Vorgaben etc.), sondern auch die Betriebskultur: Dürfen psychische Probleme sein oder sind sie ein Zeichen von «Schwäche» und müssen verheimlicht werden? Wird der Kontakt zu krankgeschriebenen Mitarbeitenden aktiv aufrechterhalten, werden Absenzen erfasst und analysiert und ist man für psychosoziale Risikofaktoren sensibel?

Die Behandelnden schliesslich können entscheidend zu einem günstigen Verlauf beitragen, indem sie bei erwerbstätigen Patienten mit psychischen Problemen die Arbeitssituation in der Behandlung immer wieder fokussieren, Routinefragen stellen (Wie geht es bei der Arbeit?), mit den Patienten die Optionen bezüglich Offenlegung der Probleme gegenüber der Führungskraft diskutieren, in spezifischen Situationen gar nicht oder nur kurz krankschreiben (z. B. wenn ein Konflikt am Arbeitsplatz im

Vordergrund steht) oder den Kontakt zum Arbeitgeber suchen.

Zu den ärztlichen Informationen, die für die Lösung von psychisch bedingten Arbeitsproblemen benötigt werden, gehören:

- die wesentlichen krankheitsbedingten Funktionsdefizite (was kann der Patient nicht – und was darf man aber durchaus von ihm verlangen?)
- Angaben darüber, wie weit diese Einschränkungen überhaupt direkt veränderbar sind respektive mit welchen konkreten Arbeitsanpassungen diese besser kompensiert werden können
- Hinweise zum Führungsumgang mit dem Patienten
- Hinweise für sinnvolle Vorgaben bezüglich Leistung und Verhalten
- Hinweise, ob und gegebenenfalls wie das Team informiert werden könnte.

Erfahrungen aus der Praxis der Wiedereingliederung von psychisch kranken Versicherten – ein Prozess zu einer den Einschränkungen angepassten Arbeits- und Lebensgestaltung

Neisa Cuonz

Psychologin FH, Berufsberaterin SBAP,
SVA Zürich

Wiedereingliederungsprozesse sind sehr komplex und vielschichtig. Als Berufsberaterin und Psychologin in der IV-Stelle Zürich erarbeite ich mit meinen Kunden einen solchen Wiedereingliederungsprozess und begleite sie auf diesem Weg.

Wie bereits in der Überschrift erwähnt, geht es bei der Wiedereingliederung grundsätzlich um einen Prozess – genauer gesagt um einen Entwicklungs- und Gestaltungsprozess, bei dem oft schmerzhaft Grenzen und Begrenzungen meinen Kunden bewusst werden. Der alte Beruf geht nicht mehr, die Arbeitsstelle ist verloren, es ist nicht klar, ob die Stelle doch noch erhalten bleibt, nach Monaten in der psychiatrischen Klinik endlich wieder normal sein und eine Arbeit haben, selbständig werden und ohne Rente leben können, mit den Medikamenten lernen zu leben, Stigma und Ausgrenzung erlebt haben, sich wieder als zugehörig fühlen, psychische Unstabilität wieder etwas stabiler erleben ... Dies herausgepickt nur einige As-

pekte, die ich im Erstgespräch von meinen Kunden mitgeteilt bekomme.

Nur bereits in die IV-Stelle zu kommen, ist oft ein Schritt, den es zu überwinden gilt, da es ein Eingeständnis ist, dass es allein nicht mehr geht, und dass bei der Wiedereingliederung Unterstützung nötig ist. Vor dem Erstgespräch in der IV-Stelle fängt bereits der Prozess in Form vom Aktenstudium an. Die bereits vorhandenen Akten (medizinischen Berichte, Arbeitgeberfragebögen, Berichte von der psychiatrischen Klinik, Auszug aus dem individuellen Konto, beruflicher Lebenslauf usw.) werden genau studiert und analysiert. Langsam ergibt sich daraus ein Bild im Sinne einer Landkarte, in der Muster und Wiederholungen deutlicher werden. Dabei ist es sehr wertvoll, wenn die ärztlichen Berichte sowohl die Diagnostik enthalten wie auch klar umrissene ergonomische Vorgaben und Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und zur Prognose. In der beruflichen Rehabilitation geht es darum, die krankheitsbedingten Einschränkungen mit der Arbeit und dem Beruf zu verbinden. Das Studium der Akten ist also ein erster Schritt, den Prozess der Wiedereingliederung zu strukturieren und zu steuern.

Aber eigentlich fängt die Arbeit bereits vorher an. Es ist als Eingliederungsfachperson wichtig, ein fundiertes Wissen über psychische Krankheiten und deren Auswirkungen zu haben. Da meine Handlungen und Interventionen auf der Grundlage von einem störungsspezifischen Vorgehen basieren, ist es nötig zu wissen, wie sich die jeweilige psychische Krankheit an der Arbeit konkret auswirkt, und was für arbeitsbezogene Anpassungen bei der jeweiligen Krankheit eingliederungswirksam sind. Neben diesem Wissensteil darf auch ein emotionaler Teil, der die Wiedereingliederungsperson betrifft, nicht vergessen werden. Es braucht ein echtes Interesse und ein Verstehenwollen, was beim jeweiligen Kunden das Rehabilitationsproblem ist, und auf welche Art sich dieses Problem zeigt. So ist auch die innere Haltung gegenüber den Kunden von grosser Bedeutung, um schliesslich und endlich aus dieser Haltung heraus eine tragfähige Beziehung aufzubauen.

Im Erstgespräch mit dem Kunden gestalte ich nun weiter an der Landkarte, die ich mit dem Aktenstudium begonnen habe zu zeichnen.

Die subjektive Welt des Kunden – das subjektive Erleben der Situation – ist der

zweite Teil der Dynamik neben den objektiven Befunden und Diagnosen. Um das Rehabilitationsproblem genau zu verstehen, braucht es sowohl das Hintergrundwissen zur psychischen Krankheit und deren Auswirkungen wie auch die subjektive Sicht und das subjektive Erleben des Kunden. Das vertiefte Durchgehen der Berufsbiografie zusammen mit dem Kunden ist ein wichtiges Instrument, um das Rehabilitationsproblem zu erfassen und zu verstehen, d.h. welche Spuren die psychische Krankheit in der Berufsbiografie zurückgelassen hat (Kündigungen, Stellenverluste, Probleme mit den Vorgesetzten und mit dem Team etc.).

Eine tragfähige Beziehung mit dem Kunden ermöglicht, einen Zutritt zu haben zu seiner subjektiven Welt und zu seiner Berufsbiografie und so zur Erkennung vom Rehabilitationsproblem. Damit kann der Wiedereingliederungsprozess gestaltet und strukturiert werden.

Neben der Beziehung zum Kunden gilt es nun auch noch im oftmals komplexen Umfeld des Kunden die jeweils wichtigsten Akteure, wie z. B. der behandelnde Arzt und der Arbeitgeber, zu identifizieren und allenfalls zu kontaktieren. Dabei ist meistens eine Kontaktnahme mit dem

behandelnden Psychiater nötig und sinnvoll. Bei dieser Kontaktnahme geht es um die Koordination des therapeutischen Konzepts mit dem Konzept der beruflichen Rehabilitation. So kann sowohl der Behandler mit seinem therapeutischen Konzept wie auch die Wiedereingliederungsperson mit ihrem rehabilitativen Konzept sich für eine gemeinsame Zielsetzung einsetzen und können sich somit gegenseitig befruchten und unterstützen.

Die beruflichen Massnahmen der IV sind mein Werkzeugkoffer. Nachdem die versicherungsmässigen Voraussetzungen und der Anspruch auf Leistungen geklärt sind, setze ich nun gezielt die jeweilige Massnahme in Zusammenarbeit mit dem Kunden und allenfalls dem behandelnden Arzt ein.

Dabei möchte ich aber betonen, dass der erste Schritt immer das Erkennen des Problems und der Aufbau einer tragfähigen Beziehung ist. Erst als zweiten Schritt kann die massgeschneiderte Massnahme aus dem Werkzeugkoffer gewählt werden. Mögliche Massnahmen für die berufliche Rehabilitation sind z. B. Integrationsmassnahmen, Arbeitsversuch, Einarbeitungszuschuss, Stellensuche, Umschulungsmassnahmen, erstmalige

berufliche Ausbildungen, Jobcoaching, Arbeitstraining etc. (Auswahl).

Nachdem nun die Massnahme gewählt wurde, kann ein Eingliederungsplan zusammengestellt werden. Dieser Plan enthält sowohl die Massnahmen wie auch den zeitlichen Ablauf des Wiedereingliederungsprozesses. Mit jeder zugesprochenen Massnahme wird eine Zielvereinbarung mit dem Kunden und allenfalls mit den weiteren Akteuren gemacht. Diese Zielvereinbarung ist gleichzeitig eine Vereinbarung zu einem gemeinsamen Vorgehen und zu einer gemeinsamen Sprache.

Nach der Erstellung des Eingliederungsplans geht es nun um die Prozessbegleitung und Prozesssteuerung und allenfalls um die Prozessneustrukturierung. Da psychische Krankheiten oft einen nicht stabilen Verlauf haben, ist auch die Prozessbegleitung dementsprechend intensiv und oft von Rückfällen oder Neudefinitionen geprägt.

Im Erkennen des Rehabilitationsproblems, und im Wissen um den anzunehmenden Verlauf der psychischen Krankheit ist der Umstand der labilen Stabilität bereits zu Beginn des Eingliederungsprozesses berücksichtigt. Es braucht oftmals Geduld und Zeit und vielleicht

auch einen Neubeginn mit einer Anpassung der Behandlung und der beruflichen Massnahme, damit der Rehabilitationsprozess erfolgreich verläuft.

Noch einige Sätze zum Abschluss:

Die Wiedereingliederung von psychisch kranken Versicherten ist sehr anspruchsvoll und komplex.

Es geht oft nicht um die Frage der Motivation, da psychisch kranke Kunden wieder arbeiten wollen. Oft geht es um krankheitsbedingte Grenzen und Restriktionen, die nicht so einfach oder gar nicht zu überwinden sind.

Die Wiedereingliederung ist ein Prozess, und dieser Prozess gestaltet sich neben den störungsspezifischen Gesetzmässigkeiten jeweils sehr individuell und in einer individuellen zeitlichen Dimension. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung mit dem Kunden und mit den wichtigsten Akteuren im Rehabilitationsprozess ist entscheidend, da dadurch ein gemeinsames Ziel angesteuert werden kann.

Die Gestaltung von Wiedereingliederungsprozessen ist sehr individuell auf den jeweiligen Kunden zugeschnitten und fordert von allen Beteiligten Offenheit und eine Zusage an ein gemeinsam zu erarbeitendes Ziel.

Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung: ein Einblick in den Arbeitsalltag eines Case Managers

Andrea Faes

lic. phil. Psychologin FSP, Case Managerin
CAS, Case Management Zurich Schweiz

Zusammenfassung

Als Case Manager der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG ist es meine Aufgabe, schwer erkrankte oder verunfallte Personen auf dem Weg der medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration bestmöglich zu unterstützen. Die folgenden zwei Beispiele von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zeigen auf, wie diese Unterstützung konkret aussieht. Während bei Herrn M. vor allem die Stabilisierung nach dem stationären Aufenthalt sowie die Kooperation mit der Invalidenversicherung im Vordergrund stand, lag der Fokus bei Herrn K. in der engmaschigen Begleitung nach dem Rückfall und dem intensiven Austausch mit dem Netzwerk. Es wird deutlich, dass ein Case Manager die Betroffenen stets nach einer klar strukturierten Methode begleitet, in der konkreten Situation aber immer wieder flexibel auf Veränderungen reagieren muss. Der erfolgreiche Verlauf des Case Managements hängt einerseits von der Motivation des Versicherten, anderer-

seits aber auch von der Qualität der Kooperation mit dem Netzwerk (Therapeut, IV, soziales Umfeld etc.) ab. Hier ist es die zentrale Aufgabe des Case Managers, alle involvierten Stellen adäquat in den Reintegrationsprozess miteinzu-beziehen.

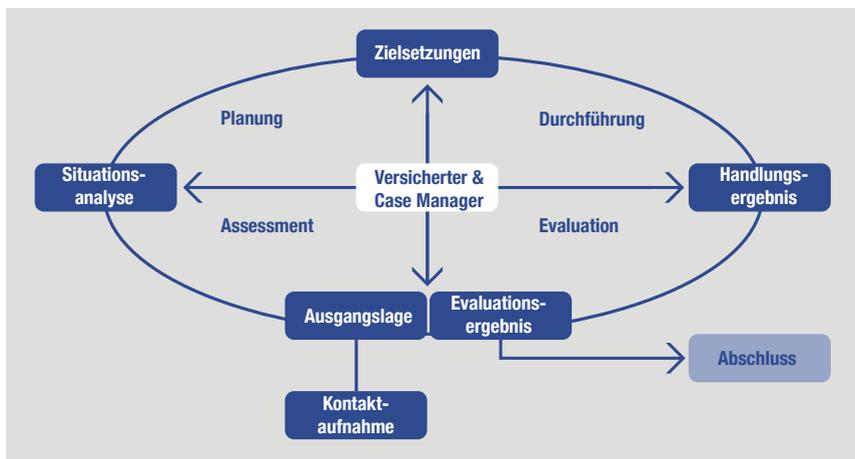
Résumé

En tant que Case Manager de Zurich Compagnie d'Assurances SA, mon rôle consiste à aider autant que possible les personnes gravement malades ou accidentées à retrouver le chemin de la réadaptation médicale et de la réinsertion professionnelle. Les deux exemples suivants concernent des personnes souffrant d'une maladie psychique et montrent comment ce soutien se présente concrètement. Alors que pour Monsieur M. l'accent devait être mis sur la stabilisation de son état suite à un séjour hospitalier stationnaire et sur la coopération avec l'assurance invalidité, il fallait pour Monsieur K. se focaliser sur un suivi étroit suite à une récurrence et un échange intense avec le réseau. Il apparaît alors clairement que le Case Manager accompagne toujours les personnes concernées selon une méthode clairement

structurée tout en devant réagir de manière très souple face aux différents changements selon la situation concrète. L'évolution réussie d'un Case Management dépend d'une part de la motivation de l'assuré, et d'autre part également de la qualité de la coopération avec le réseau (thérapeute, AI, environnement social etc.). Ici, la principale mission du Case Manager est d'associer tous les protagonistes impliqués de manière adéquate au processus de réinsertion.

Ausgangslage

Schwere Erkrankungen oder Unfälle können dazu führen, dass Mitarbeitende für lange Zeit arbeitsunfähig werden. Die Case Manager der Zürich Versicherungsgesellschaft AG wirken dem entgegen, indem sie die betroffene Person frühzeitig persönlich begleiten und notwendige Massnahmen sowie die Zusammenarbeit mit Fachpersonen aufgleisen. Dabei gehen sie systematisch nach dem sogenannten Case-Management-Regelkreis vor:



modifiziert

Quelle: Schulungsunterlagen der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit, CAS Case Management, 2007/2008
Im Medinfo Bulletin 2012/1 wurden die einzelnen Handlungsschritte detailliert beschrieben.

Situation 1: Herr M. wird aufgrund seiner Erkrankung arbeitsunfähig und verliert seine Stelle

Anfang 2014 wurde mir das Dossier von Herrn M. vorgelegt. Aus den Akten ging hervor, dass Herr M. aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig war. Das Arbeitsverhältnis wurde nach Ablauf der Sperrfrist seitens Arbeitgeber gekündigt. Herr M. war geschieden und lebte getrennt von seiner Ex-Frau und seinen Kindern; er hatte seit kurzer Zeit eine neue Beziehung. Als Krankentaggeldversicherer des Arbeitgebers von Herrn M. waren wir für die Leistungserbringung im Schadenfall zuständig. In dieser Rolle holten wir – nachdem uns Herr M. dazu bevollmächtigt hatte – bei den zuständigen Ärzten sowie beim Arbeitgeber Informationen ein und erbrachten monatlich Krankentaggeldleistungen basierend auf der attestierten Arbeitsunfähigkeit.

Erstkontakt im stationären Rahmen und Assessment

Aufgrund der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wurde klar, dass sich Herr M. in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik befand. So kontaktierte ich als Erstes die für Herrn M.

zuständige Ärztin, um ihr meine Rolle als Case Manager zu erläutern. Nachdem sie mit Herrn M. Rücksprache genommen hatte, wurde ich zu einem gemeinsamen Gespräch mit dem Versicherten, der Ärztin, der Bezugsperson der Pflege sowie dem Sozialarbeiter eingeladen. Sie informierten mich über den bisherigen Therapieverlauf, das weitere Vorgehen und über Themen, welche es nach dem Klinikaustritt besonders zu beachten galt. Bei diesem Gespräch informierte ich zudem über die Unterstützungsmöglichkeiten des Case Managements. Für Herrn M. war schnell klar, dass er dieses Angebot annehmen wollte. So vereinbarten wir einen weiteren Gesprächstermin bei Herrn M. zu Hause, um das Assessment durchzuführen. In diesem wurde als übergeordnetes Ziel die nachhaltige berufliche Reintegration im ersten Arbeitsmarkt definiert. Um dieses Ziel zu erreichen, formulierten wir folgende Etappenziele:

Medizinisches: Aufgleisen der ambulanten Nachbetreuung beim psychiatrischen Dienst in der Nähe des Wohnortes von Herrn M.

Berufliches: Klären offener Punkte (Arbeitszeugnis, Schlüsselrückgabe etc.)

sowie Planung einer für Herrn M. stimmigen Verabschiedung beim ehemaligen Arbeitgeber.

Soziales: Erarbeiten eines Wochenplans, um den Tagesrhythmus zu optimieren sowie die vorübergehende Anpassung der Kinderbetreuung.

Versicherungsrechtliche Situation: Erreichen der Anmeldung bei der Invalidenversicherung (IV), da von einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden musste.

Umsetzung der Etappenziele

Herr M. fühlte sich bei der neu zuständigen Psychiaterin/Psychotherapeutin von Beginn weg gut aufgehoben. Ich begleitete Herrn M. zu einem Therapiegespräch, um auch die Psychiaterin über die Aufgaben des Case Managers zu informieren und um mit ihr und Herrn M. zu besprechen, welchen Themen es besondere Beachtung zu schenken galt. Herr M. traute sich zu, aus eigener Initiative mit dem ehemaligen Arbeitgeber in Kontakt zu treten und seinen Weggang aus dem Betrieb zu organisieren. Wir besprachen seine Fragen im Zusammenhang mit dem Entwurf des Arbeitszeug-

nisses und erarbeiteten alternative Formulierungsvorschläge, welche er dem Arbeitgeber unterbereitete.

Den Wochenplan konnte Herr M. in den ersten Wochen nach dem Austritt aus der psychiatrischen Klinik gut umsetzen. Dann bekundete er zunehmend Schwierigkeiten. Die Kinderbetreuung bereitete ihm mehr Mühe als gedacht, weil er nach wie vor sehr erschöpft war und Konzentrationsschwierigkeiten hatte. Anlässlich eines kurzfristig vereinbarten Verlaufsgesprächs besprachen wir deshalb kleine Anpassungen (fortan blieben die Kinder am Wochenende beispielsweise nicht mehr über Nacht bei Herrn M.).

Die Eingliederungsfachperson der IV-Stelle lud Herrn M. zu einem Erstgespräch ein. Auf Wunsch des Versicherten begleitete ich ihn zu diesem Termin. Es wurde rasch klar, dass die IV den Versicherten auf dem Weg der beruflichen Wiedereingliederung unterstützen würde. So bot sie Herrn M. an, im Rahmen der Frühintervention ein Belastbarkeitstraining im geschützten Rahmen zu absolvieren. Ziel dieser Massnahme war es, die Präsenzzeit über einen Zeitraum von drei Monaten von zwei auf vier Stunden täglich zu steigern.

Die berufliche Reintegration beginnt

Nachdem Herr M. die Institution besichtigt hatte, war er sehr motiviert, mit dem Belastbarkeitstraining zu beginnen. Auch aus Sicht der Psychiaterin schien der Zeitpunkt für den ersten Schritt der beruflichen Reintegration passend, so dass Herr M. bereits wenige Wochen später mit dieser IV-Massnahme beginnen konnte. Kurz nach dem Start war Herr M. aufgrund privater Probleme (Trennung von der neuen Partnerin sowie Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Organisation der Kinderbetreuung) stark belastet. Auf seinen Wunsch trafen wir uns deshalb weiterhin regelmässig zu persönlichen Gesprächen, welche eine Ergänzung zur Psychotherapie darstellten. Es gelang Herrn M., seine Präsenzzeit am Ende des Belastbarkeitstrainings auf die geforderten vier Stunden pro Tag zu steigern und es zeigte sich, dass dieses Erfolgserlebnis auch für die psychische Stabilität von enormer Bedeutung war. In der Folge fällt die IV den Grundsatzentscheid und verfügte für die kommenden drei Monate ein Aufbautraining, welches die Ziele verfolgte, die Präsenzzeit weiter zu steigern und die Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Zudem wurde vereinbart, dass Herr M. mit Unterstützung

des von der Institution zur Verfügung gestellten Coachs die Bewerbungsunterlagen aktualisieren und konkrete Ideen für mögliche Tätigkeitsfelder entwickeln sollte. Am Schluss des Aufbautrainings erreichte Herr M. regelmässig eine Präsenzzeit von 8 Stunden; seine Leistungsfähigkeit im geschützten Rahmen lag bei 100%.

Stellensuche in der Privatwirtschaft und als Übergangslösung Jobcoaching

Herr M. fühlte sich zu diesem Zeitpunkt wieder stabil genug, um den Schritt in die Privatwirtschaft zu wagen. Er begann mit der Suche nach einer neuen Festanstellung. Als ehemaliger Kadermitarbeiter mit Beratungsfunktion war er für die meisten Vakanzen, auf die er sich gemeldet hatte, deutlich überqualifiziert. Stellen, die seinem Profil eher entsprachen, traute er sich aber nicht mehr zu. Die IV verfügte in dieser Phase ein Jobcoaching, welches vorsah, dass der Versicherte einen Arbeitsversuch in der Privatwirtschaft machen konnte und dabei weiter von seinem Coach begleitet wurde. Anstelle eines Lohns erhielt Herr M. ein IV-Taggeld, sodass zwischen dem Einsatzbetrieb und dem Versicherten kein Arbeitsvertrag abgeschlossen werden

musste. Dank der guten Kontakte des Coachs konnte rasch ein geeigneter Betrieb gefunden werden, welcher dem Versicherten die Möglichkeit für einen Arbeitsversuch im administrativen Bereich bot. Herr M. konnte seine Leistungsfähigkeit bei voller Präsenzzeit kontinuierlich steigern. In dieser Phase blieb ich als Case Manager im Hintergrund. Es zeigte sich, dass der Versicherte immer weniger auf meine Unterstützung angewiesen war.

Abschluss Case Management

Aufgrund seiner grossen Motivation sowie der guten Leistungen im Einsatzbetrieb wurde Herrn M. per 1. Dezember 2014 eine Festanstellung bei einer anderen Filiale der Einsatzfirma angeboten. Obwohl es sich dabei um ein Teilpensum handelte, sagte Herr M. zu, da die Aussicht bestand, das Pensum in absehbarer Zeit steigern zu können. Zudem war es ihm auf diese Weise möglich, weiterhin regelmässig Termine bei der Psychiaterin wahrzunehmen. Zudem war es sein Wunsch, vermehrt wieder Zeit mit den Kindern zu verbringen und genügend Zeit in die Neugestaltung seiner privaten Lebenssituation zu investieren. Die IV schloss das Dossier am Ende des Job-

coachings ab. Ich traf den Versicherten einen Monat nach seinem Stellenantritt zum Abschlussgespräch, bei welchem wir neben der aktuellen Situation auch die Evaluation des Case Managements eingehend besprechen konnten.

Fazit Situation 1:

In diesem Fall war ich als Case Manager vor allem dann aktiv, als es darum ging, die Stabilisierung nach dem stationären Aufenthalt zu erreichen und die Anschlusslösung mit der IV aufzugleisen. In der Folge blieb ich eher im Hintergrund. Für Herrn M. war es aber dennoch wichtig, dass ich als Vertrauensperson weiterhin für persönliche Gespräche zur Verfügung stand und auch an den regelmässigen Standortgesprächen mit der Institution und der IV teilnahm. Insgesamt zeigt dieses Beispiel, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Beteiligten von enormer Bedeutung ist. Als Case Manager war es meine Aufgabe, stets wesentliche Informationen weiterzugeben, sodass alle jederzeit über den aktuellen Stand informiert waren. Mit ihrem raschen Aufgleisen der Frühinterventionsmassnahme leistete die IV einen wesentlichen Beitrag, um den Verlauf in eine positive Rich-

tung zu steuern. Als Case Manager konnte ich hier Einfluss nehmen, indem ich den Versicherten über das IV-Verfahren informierte und ihn ermutigte, die IV-Anmeldung einzureichen. Weiter wurde meine Arbeit in diesem Fall auch durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der zuständigen Psychiaterin erleichtert. Und schliesslich gilt das grösste Verdienst dem Versicherten

selbst. Es ist ihm gelungen, sich auf den Prozess der beruflichen Reintegration einzulassen, realistische Ziele zu setzen und diese trotz kleinerer Rückschläge zu erreichen. Ich denke, dass ich als Case Manager hier eine wichtige Funktion übernehmen konnte, indem ich den Versicherten immer wieder motivierte, auf seinem Weg zu bleiben und den Blick auf seine Ressourcen zu richten.

Fallbeispiel Herr M. in Zahlen:

Treffen mit dem Versicherten	8
Treffen mit dem Versicherten und Netzwerk	7
Telefongespräche mit dem Netzwerk	15
Telefongespräche mit dem Versicherten	12
E-Mail/SMS mit dem Versicherten	> 35
E-Mail mit dem Netzwerk	> 20

Situation 2: Herr K. erleidet einen Rückfall und wird arbeitsunfähig

Nachdem ich mehr als ein Jahr keinen Kontakt zu Herrn K. hatte, erhielt ich einen Anruf von der Personalleiterin seines Arbeitgebers. Sie informierte mich darüber, dass Herr K. erneut arbeitsunfähig geworden war. Auch hier waren wir Krankentaggeldversicherer des Arbeitgebers. Herrn K. hatte ich zweieinhalb Jahre zuvor als Case Manager auf dem Weg der medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration begleitet. Er war damals nach mehreren Monaten Arbeitsunfähigkeit inkl. stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik wieder schrittweise an seinen angestammten Arbeitsplatz zurückgekehrt. In dieser Phase waren neben einer professionellen medizinischen Betreuung auch Anpassungen am Arbeitsplatz sowie Änderungen in der Freizeitgestaltung notwendig, um die erfolgreiche Reintegration erreichen zu können.

Nach dem Telefongespräch mit der Personalleiterin nahm ich direkt mit Herrn K. Kontakt auf und wir vereinbarten einen Termin für ein persönliches Gespräch. Dabei erfuhr ich, dass Herr K. aufgrund von Belastungssituationen im privaten und beruflichen Umfeld in «alte Muster»

verfallen und dekompenziert war. Es gelang ihm nicht mehr, einen regelmässigen Tagesrhythmus aufrechtzuerhalten. Um die wöchentlichen Termine beim Psychiater wahrzunehmen, bedurfte es jeweils mehrerer Stunden Vorbereitung. Es stand erneut ein stationärer Aufenthalt zur Diskussion. In einem gemeinsamen Gespräch mit Herrn K. und seinem Psychiater kamen wir jedoch zum Schluss, vorerst ein ambulantes Setting auszuprobieren. Wir vereinbarten folgende Handlungsfelder:

Medizinisches: Bei seinem Psychiater wollte Herr K. fortan zwar noch regelmässig Termine wahrnehmen, dabei aber vor allem die medikamentöse Einstellung thematisieren. Es war ihm ein Anliegen, neu bei einem Psychotherapeuten eine Gesprächstherapie zu beginnen. So unterstützte ich ihn bei der Suche nach einer geeigneten Fachperson. Nach wenigen Wochen startete er mit der Therapie bei der neuen Fachperson.

Berufliches: In der Anfangsphase war die Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz aufgrund des instabilen Gesundheitszustands nicht möglich. Ich blieb aber mit der Personalleiterin in Kon-

takt, um sie über den aktuellen Stand zu informieren.

Soziales: Wir erstellten einen detaillierten Wochenplan und bezogen dabei die Frau des Versicherten aktiv mit ein.

Versicherungsrechtliche Situation: Da davon ausgegangen werden konnte, dass nach einigen Monaten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit vorliegen würde, war keine IV-Anmeldung angezeigt.

Wir trafen uns fortan wöchentlich zu persönlichen Gesprächen und pflegten zudem regelmässigen E-Mail-Kontakt. In dieser Phase ging es vor allem darum, dass Herr K. seinen Tagesablauf gemäss Plan umsetzen konnte und Frühwarnzeichen besser erkennen konnte, sodass erneute Dekompensationen immer seltener wurden.

Nach sechs Wochen fühlte sich Herr K. bereit, wieder stundenweise in den Arbeitsprozess einzusteigen. In einem gemeinsamen Gespräch mit dem Vorgesetzten und der Personalleiterin verfassten wir eine Zielvereinbarung inkl. Massnahmenplan für die berufliche Reintegration. In den folgenden fünf Mo-

naten konnte Herr K. seine Arbeitsfähigkeit in kleinen Schritten kontinuierlich steigern. Ich blieb in dieser Phase nicht nur mit Herrn K. selbst, sondern auch mit seinen medizinischen Betreuungspersonen, dem Arbeitgeber und seiner Frau in Kontakt. Selbstverständlich erfolgte dieser Austausch stets in Absprache mit Herrn K. Schliesslich gelang es ihm, sein vertragliches Pensum wieder zu erlangen und eine volle Leistungsfähigkeit zu erreichen. Mit dem Arbeitgeber und Herrn K. fanden danach in Abständen von mehreren Monaten noch weitere Gespräche statt, um allfällige Frühwarnzeichen gemeinsam identifizieren zu können. Nachdem Herr K. schliesslich ein volles Jahr wieder voll arbeitsfähig war, wurde das Case Management offiziell abgeschlossen.

Fazit Situation 2:

In diesem Beispiel war es einerseits meine Aufgabe, den Versicherten engmaschig zu begleiten und ihn bei der Stabilisierung/Verbesserung des Gesundheitszustands zu unterstützen. Gleichzeitig war die Koordination mit allen involvierten Stellen bis zum Abschluss des Case Managements von zentraler Bedeutung. Seitens Arbeitgeber war – nach der zweiten

Phase der vollen Arbeitsunfähigkeit innerhalb weniger Jahre – die Angst eines erneuten Ausfalls gross. Deshalb war es auch ein wichtiger Teil meiner Arbeit, den Vorgesetzten (nach Rücksprache mit Herrn K.) über das Krankheitsbild zu informieren und ihn bei der Identifizierung allfälliger Frühwarnzeichen aktiv miteinzubeziehen. Für uns war es sehr wertvoll,

dass sich die Personalleiterin unmittelbar nach dem Eintreten der Arbeitsunfähigkeit meldete. Hätte sie sich bis zum Ablauf der Wartefrist (= 90 Tage) Zeit gelassen, wäre der Einstieg für mich schwieriger gewesen. So konnte ich frühzeitig alle Beteiligten «ins Boot» holen und ihren adäquaten Einbezug während des Case-Management-Prozesses sicherstellen.

Fallbeispiel Herr K. in Zahlen:

Treffen mit dem Versicherten	13
Treffen mit dem Versicherten und Netzwerk	7
Telefongespräche mit dem Netzwerk	13
Telefongespräche mit dem Versicherten	10
E-Mail/SMS mit dem Versicherten	> 40
E-Mail mit dem Netzwerk	10

Abschluss

Diese beiden Situationen machen deutlich, dass ein Case Manager die Betroffenen zwar nach einer klar strukturierten Methode begleitet, dabei aber immer wieder flexibel auf Veränderungen reagieren soll. Der adäquate Einbezug der involvierten Stellen ist dabei ebenso wichtig wie ein sinnvolles Mass an persönlichem Kontakt zur erkrankten Person. Es ist eine Frage der Professionalität, die Intensität der Unterstützung den Umständen anzupassen und gemeinsam mit der erkrankten Person auch den richtigen Moment für den Abschluss des Case Managements zu definieren.

Fakten statt Mythen zur ADHS

Dr.med. Meinrad Ryffel

Kinder- und Jugendarzt FMH,
Praxis psy-bern

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist bezüglich Existenz, Diagnostik und Therapie weiterhin überaus umstritten. Nachfolgend soll versucht werden, das Krankheitsbild aufgrund historischer und sachlicher Fakten darzustellen, in dem die immer wieder dazugehörten Mythen zur ADHS ausführlich diskutiert werden. Naturgemäss nimmt dabei die vor allem kritisierte medikamentöse Unterstützung einen grossen Platz ein. Da das Krankheitsbild heute durch viele weltweit unabhängig voneinander durchgeführte Forschungsarbeiten weitgehend neurobiologisch erklärt werden kann, ist die Pharmakotherapie auch wissenschaftlich belegt ein überaus wichtiger Baustein im therapeutisch multimodalen Behandlungskonzept. Unerkannt und unbehandelt kann eine ADHS vor allem im Jugend- und Erwachsenenalter schwerwiegende Folgen auslösen, indem Betroffene deutlich häufiger an sekundären psychischen Erkrankungen, Sucht- und Abhängigkeitsproblemen

und sozialen Schwierigkeiten bis hin zur Dissozialität leiden.

Für die Zukunft ist es daher unabdingbar dafür zu sorgen, dass die ADHS auch gesellschaftlich vermehrt anerkannt wird und die Bevölkerung durch möglichst sachliche Informationen aufgeklärt werden kann.

Résumé

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) reste très controversé tant sur le plan de son existence, que de son diagnostic et son traitement. Nous allons ici tenter d'établir les symptômes de la maladie sur la base de faits historiques et tangibles en abordant dans le détail tous les mythes qui entourent le TDAH. Naturellement, l'aide médicamenteuse critiquée joue ici un rôle important. Etant donné qu'aujourd'hui, il existe dans le monde plusieurs travaux de recherche indépendants permettant d'expliquer la maladie comme étant d'origine essentiellement neurobiologique, la pharmacothérapie est scientifiquement avérée et constitue un élément important dans le concept de thérapie multimodale. S'il n'est pas dépisté et traité, un TDAH peut, notam-

ment chez les jeunes et à l'âge adulte, avoir des conséquences graves, car les personnes touchées souffrent nettement plus fréquemment de maladies psychiques secondaires, de problèmes de dépendance et d'addiction et de difficultés sociales pouvant aller jusqu'à la désocialisation.

Pour l'avenir, il est donc essentiel de veiller à ce que le TDAH soit plus largement identifié dans la société et d'informer la population en lui donnant des informations le plus factuel possible.

Kaum eine psychiatrische Störung wird auch heute noch so kontrovers beurteilt wie die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Selbsternannte Experten, Medienschaffende, Sektenanhänger, aber auch Politiker verunsichern mit wenig sachlichen Argumenten viele ADHS-betroffene Familien und verhindern dadurch oft eine erfolgversprechende Unterstützung.

Anhand immer wieder vorgebrachter Mythen soll nachfolgend versucht werden, die aktuellen Fakten zu dieser häufigen Störung im Kindes- und Erwachsenenalter darzustellen:

«ADHS ist eine Modeerscheinung unserer modernen hektischen Lebensweise»

Die im aktuellen DSM 5 (= amerik. Diagnosemanual psychischer Störungen) aufgelisteten **klinischen Hauptsymptome** der ADHS, d.h. die je 9 Kriterien der **Aufmerksamkeitsstörung** und/oder der **Hyperaktivität/Impulsivität**, sind bereits im 18. Jahrhundert medizinisch beschrieben und im berühmten «Struwelpeter» aus dem 19. Jahrhundert mit den beiden Figuren Hans-Guck-in-die-Luft und Zappelphilipp treffend charakterisiert worden. 1901 hat der britische Pädiater G. Still im Lancet eine erste umfassende medizinische Beschreibung veröffentlicht. Auch Sigmund Freud beschreibt in der Analyse der Fehlleistungen das Phänomen der Unaufmerksamkeit und Ablenkbarkeit: *«Leichtes Kranksein oder Abänderungen der Blutversorgung im nervösen Zentralorgan können diese Wirkung haben, indem sie die Verteilung der Aufmerksamkeit beeinflussen.»* Punkto Therapie führt er aus: *«Dabei scheint nicht viel für unser psychoanalytisches Interesse herauszuschauen.»* Der Begriff ADHS etablierte sich in der Folge ab 1980 vorerst zunehmend in den USA, hierzulande wurden dafür noch

lange die Namen Minimale Hirnfunktionsstörung, Hyperaktivitätssyndrom oder infantiles POS verwendet.

«Die ADHS ist eine Kinderkrankheit, die sich in der Pubertät auswächst»

Ebenfalls in den USA wurde bereits vor 25 Jahren klar, dass sich die ADHS in ca. 60% der Fälle bis ins Erwachsenenalter fortsetzt, häufig verbunden oder überdeckt mit primär oder sekundär entstandenen **Begleiterkrankungen** wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Die motorische Hyperaktivität nimmt zwar in der Pubertät typischerweise ab, die Probleme der Aufmerksamkeitsstörung und vor allem diejenigen im Bereich der sog. exekutiven Funktionen persistieren aber weiter.

«Das »Zappelphilippsyndrom« beschränkt sich auf Buben»

Die ADHS wird in der Tat im Kindesalter wesentlich häufiger bei Knaben als bei Mädchen diagnostiziert, da für eine Diagnose von vielen Fachpersonen auch heute noch die gemäss DSM 5 **nicht obligate Hyperaktivität** vorausgesetzt wird. Sie stützen sich dabei weiterhin auf die aktuelle Codierung in der ICD 10,

in der die Hyperaktivität immer noch als Voraussetzung gilt. Gerade Mädchen, vom kanadischen Pädiater Falardeau treffend als **«enfants lunatiques»** bezeichnet, zeigen häufig eine «stille» resp. hypoaktive ADHS. Im Vordergrund stehen bei ihnen die **Schwierigkeiten im Bereich der exekutiven Funktionen**. Der bekannte amerikanische ADHS-Kliniker Tom Brown hat diese mit den Defiziten in der Handlungsplanung, Kurz- und Daueraufmerksamkeit, Arbeitsgeschwindigkeit, Leistungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses sowie der emotionalen Labilität in seinen bekannten «ADD-Scales» gut charakterisiert.

«Die Ursachen einer ADHS liegen vor allem in einem Erziehungsversagen der Eltern»

Unnötige und sachlich nicht richtige Schuldzuweisungen wie diese sind auch heute noch häufig zu hören. Dabei zeigen weltweit unabhängig voneinander durchgeführte Untersuchungen ganz klar, dass bei der ADHS in der Mehrheit der Fälle eine häufig **multifaktoriell vererbte andere Funktion im Bereich der Neurotransmittersysteme von Dopamin und Noradrenalin** in den für die exekutiven Funktionen verantwortlichen Hirnregio-

nen wie Stirnhirn, Stammganglien und Kleinhirn ursächlich nachzuweisen ist. Diese Bereiche sind primär unteraktiviert und können zu einem gewissen Grad medikamentös stimuliert werden, entsprechend werden solche Arzneimittel als Stimulanzen bezeichnet.

Fatal ist die Situation allerdings dann, wenn – wie wir es in der Praxis häufig erleben – bisher nicht erkannte ADHS-Betroffene als Eltern Kinder mit einer ADHS bekommen: Hier können sich vererbte und objektiv durch die ADHS ausgelöste ungünstige Erziehungsmethoden gegenseitig verstärken.

«Ritalin® stellt die Kinder ruhig»

Bereits 1937 hat der Kinderpsychiater Bradley seine positiven Erfahrungen mit dem Amphetaminpräparat Bazedrin beschrieben: *«Die auffälligste Verhaltensänderung durch den Einsatz von Bazedrin ist das dramatisch veränderte Lernverhalten bei der Hälfte der Kinder. Das ist umso auffälliger, wenn man bedenkt, dass diese Kinder eine gute Intelligenz besaßen und dass man ihren Verhaltensstörungen grosse therapeutische Aufmerksamkeit widmete, die ihrem schulischen Fortschritt hätte zugute kommen müssen.»*

Als Stimulans normalisiert Amphetamin also in therapeutischen Dosen die bei der ADHS unteraktivierten Hirnregionen. Ab ca. 1960 setzten die Amerikaner Conners und Eisenberg das einige Jahre vorher von der CIBA entwickelte Amphetaminderivat Methylphenidat erstmals bei der ADHS erfolgreich ein. Dieses Präparat war unter dem Namen Ritalin® primär als «mildes Psychostimulans» bei «leichten Erschöpfungszuständen und Verstimmungen» zur «Weckung der Lebensgeister» auf den Markt gekommen und erwies sich rasch als kommerzieller Flop, da «Otto Jedermann» davon kaum profitierte. Bei ADHS-Betroffenen wird jedoch die **zerebrale Informationsverarbeitung verbessert** oder vorübergehend sogar normalisiert. Die Kinder sind somit aufmerksamer und konzentrierter, können dem Unterricht so besser folgen und erscheinen weniger hyperaktiv. **Statt «ruhiggestellt» sind sie aktiviert**, da ja ein unteraktiviertes System normalisiert wird.

«Ritalin® ist ein Betäubungsmittel und macht abhängig»

Wie erwähnt normalisieren Methylphenidat und die auch heute noch verwendeten neueren Amphetaminpräparate in

therapeutischer Dosis die bei der ADHS beeinträchtigten Hirnleistungen. Falls jedoch wie z. B. beim Doping im Leistungssport ein bereits normal aktiviertes System deutlich überstimuliert wird, ist die Situation grundlegend anders und es kann tatsächlich zu einer Abhängigkeit kommen. Deshalb fallen diese Arzneimittel zu Recht unter das Betäubungsmittelgesetz.

Beim therapeutischen Einsatz wird eine Abhängigkeit jedoch nicht beobachtet und weltweit zeigen viele Erfahrungen, dass medikamentös unterstützte ADHS-Betroffene kein höheres Suchtverhalten als die Normalbevölkerung aufweisen. Medikamentös nicht behandelte ADHS-Betroffene leiden hingegen deutlich häufiger an Suchtproblemen (vor allem Nikotin-, Alkohol-, Cannabisabusus usw.)

«ADHS wird heute überdiagnostiziert»

Mit einer weltweit fast überall gleichen Prävalenz von ca. 5% im Kindes- und ca. 3% im Erwachsenenalter **ist die ADHS eine häufige Störung**. Die familiäre Häufigkeit ist dabei charakteristisch. Die Diagnosestellung erfolgt klinisch und ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden: Die klinische Symptomatik muss über mindestens 6 Monate so ausge-

prägt sein, dass diese situationsübergreifend (z. B. in der Familie und in Schule/am Arbeitsplatz) zu einer deutlichen Beeinträchtigung im Alltag führt («impairment»), dh. ein Betroffener muss einen deutlichen Leidensdruck aufweisen und z. B. in der Schule trotz seinem guten Potenzial versagen. Die Schwierigkeit bei der Diagnose liegt darin, dass viele Menschen Probleme mit der Konzentration und Aufmerksamkeit haben oder rastlos sind, entscheidend ist jedoch das Ausmass, die Persistenz und das Auftreten vor dem 12. Lebensjahr. Das Krankheitsbild ist heute wesentlich bekannter und wird so häufiger erkannt. Vor allem im Erwachsenenalter wird aber die Diagnose auch heute noch viel zu wenig gestellt. Man nimmt an, dass sich z. B. unter therapieresistenten depressiv Erkrankten, Personen mit Persönlichkeitsstörungen, Drogenkranken, aber auch unter sozial Ausgegrenzten sowie Gefängnisinsassen immer noch eine grosse Anzahl nicht erkannter ADHS-Betroffene finden lassen.

«ADHS lässt sich durch einen Fragebogen diagnostizieren»

Tatsächlich existieren heute zahlreiche störungsspezifische Fragebogen, die für

ein Screening oder eine klinische Bewertung des Ausmasses einer ADHS verwendet werden können. Diese Hilfsmittel sind jedoch für eine Diagnose unzureichend und müssen durch eine detaillierte Entwicklungsanamnese mit Beurteilung des individuellen Lebenslaufes und eine umfassende klinische und psychologische Untersuchung durch entsprechend geschulte Fachpersonen ergänzt werden. Differenzialdiagnostisch müssen viele weitere Krankheiten ausgeschlossen werden. Bewährt hat sich dabei die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychologen, entsprechend sind beide Berufsgruppen in der vor 10 Jahren gegründeten **Schweiz. Fachgesellschaft ADHS (SFG ADHS)** als Mitglieder willkommen. Überbewertet werden häufig die in der Diagnostik eingesetzten neuropsychologischen Testverfahren, die in einer motivierenden und neuen Untersuchungssituation nicht selten wenig auffallend sein können. «Real life is much tougher than any test.» Wichtig in der Diagnostik ist vor allem auch die Erfassung der häufigen Begleiterkrankungen wie Lernstörungen, Depressionen und Angststörungen im Kindesalter sowie die im Jugend- und Erwachsenenalter häufigen Probleme im Sozialverhalten

bis hin zur Delinquenz, Suchterkrankungen und weiteren psychiatrischen Erkrankungen.

«Eine Ritalin®-Behandlung löst alle Probleme»

Eine medikamentöse Unterstützung im sogenannten **multimodalen Behandlungskonzept** ist zwar häufig ein entscheidender therapeutischer Baustein und erlaubt nicht selten erst den erfolgreichen Einsatz weiterer notwendiger Massnahmen. In weniger ausgeprägten Fällen sind jedoch die nachfolgenden Behandlungsmassnahmen zum Teil schon ausreichend und sollten in der Regel häufig vor einer Medikation als erste Therapien eingesetzt werden. Dazu gehören vor allem zu Beginn eine ausführliche **Psychoedukation** in Bezug auf ADHS von Eltern, Betroffenen und weiteren Bezugspersonen (häufig in Kombination mit der sogenannten «Bibliotherapie», dh. Vermittlung geeigneter Literatur oder Internetadressen), eine vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientierte **Psychotherapie** und viele weitere individuell nötige Unterstützungen wie **Elterncoaching, Ergotherapie, Lerntherapie** oder spezifische Behandlungen von Legasthenie oder Dyskalku-

lie. Vor allem im Erwachsenenalter bietet häufig ein **Coaching** für den Alltag eine grosse Erleichterung. Zusätzlich ist eine **gezielte Therapie bei den Begleiterkrankungen** unumgänglich.

Sofern die familiären und schulischen Verhältnisse stimmen, ist im weiteren Verlauf nicht selten eine ärztlich immer gut zu überwachende Medikation ausreichend. An Stelle einer fachgerechten Medikation wird eine Unmenge von Alternativtherapien angeboten, von denen sich bis heute leider keine in entscheidendem Ausmass bewährt hat.

«Die Dosierung der Medikation ist gewichtsabhängig»

Im Gegensatz zu den meisten Pharmakotherapien muss **die Stimulanzienbehandlung ganz individuell** durchgeführt werden. Die im Einzelfall richtige Dosis entspricht weder dem Ausmass der Störung noch Alter oder Gewicht! Zu Beginn soll das Arzneimittel mit einer kleinen Dosis beginnend unter genauer Beobachtung und wöchentlicher Rückmeldung an den Arzt auftitriert werden. Sobald feststeht, welche Dosis wie lange wirkt, kann eventuell auf ein länger wirkendes Präparat gewechselt werden. In der Regel wird eine erfolgreiche medi-

kamentöse Therapie über Jahre sinnvoll sein. Bei fachgerechter Durchführung kann mit Stimulanzien in 80–85% der Fälle eine deutliche Verbesserung der Symptomatik erreicht werden.

In der Schweiz stehen zahlreiche Methylphenidatpräparate in unterschiedlichen galenischen Formen und Dosierungen zur Verfügung:

Medikinet® und Ritalin® als kurzwirksame Präparate,

Concerta®, EquasymXR®, FocalinXR®, MedikinetMR® und RitalinSR/LA® als länger wirksame Zubereitungen.

Mit Elvanse® wurde 2014 in der Schweiz zudem erstmals ein Amphetaminpräparat zugelassen.

Die in den Medien häufig hochgespielten Nebenwirkungen der Stimulanzien sind bei richtiger Dosierung selten schwerwiegend: Appetit- und Einschlafstörungen sind zu Beginn zwar häufig, können aber meist durch eine Dosisumstellung verbessert werden. Ernsthafte Nebenwirkungen sind bei richtiger Durchführung und Indikation während nun 60 Jahren keine beobachtet worden, andernfalls wäre das (billige!) Ritalin® schon lange vom Markt zurückgezogen worden. Vor allem bei Erwachsenen ist in der Regel eine kardiologische Untersuchung zu

empfehlen, da durch Stimulanzien eine leichte Blutdruckerhöhung zu beobachten ist.

Neben den Stimulanzien zeigt Atomoxetin (Strattera®) einen völlig anderen Wirkungsmechanismus und kann als Arzneimittel der 2. Wahl eingesetzt werden.

«Längerfristig heilt die ADHS aus»

Weder die Medikation noch die weiteren Behandlungsmassnahmen führen zu einer Ausheilung der Symptomatik. Im Sinne einer Brillenfunktion erleichtert die medikamentöse Unterstützung jedoch das Erlernen von Strategien im Alltag, ermöglicht oft die Ausnützung des vorhandenen Potenzials in Schule, Lehre, Studium und Berufsalltag und verbessert so das häufig kaum vorhandene **Selbstwertgefühl von ADHS-Betroffenen** ganz entscheidend. Wenn es gelingt, zusätzlich die vorhandenen Ressourcen positiv umzusetzen, ist eine erfolgsversprechende Lebensgestaltung durchaus möglich. Viele Biografien von wahrscheinlich betroffenen berühmten ADHS-Persönlichkeiten bestätigen dies immer wieder.

Vor allem bei nicht diagnostizierten Betroffenen sind im ungünstigen Fall jedoch **schwerwiegende Folgen** zu be-

obachten. Russell Barkley, einer der bekanntesten amerikanischen ADHS-Forscher, hat bereits 2002 in seiner «Internationalen Konsensuserklärung» für die USA Folgendes ausgeführt:

«ADHS ist keine gutartige Störung. Für ADHS-Betroffene kann sie verheerende Auswirkungen haben. Klinische Verlaufsstudien zeigen, dass davon Betroffene mit wesentlich grösserer Wahrscheinlichkeit als Nichtbetroffene vorzeitig die Schule verlassen müssen (32–40%), nur selten einen Collegeabschluss machen (5–10%), weniger oder keine Freunde haben (50–70%), keine begabungentsprechende Arbeit (Beruf) ausüben (70–80%), vermehrt asoziale Handlungen ausführen (40–50%) und häufiger rauchen oder illegale Drogen konsumieren. Darüber hinaus zeigen ADHS-Jugendliche vermehrt Frühschwangerschaften (40%), sexuell übertragene Krankheiten (16%), vermehrt Geschwindigkeitsübertretungen beim Autofahren sowie mehr Autounfälle. ADHS-Erwachsene zeigen häufiger Depressionen (20–30%) und Persönlichkeitsstörungen (18–25%) und erleiden tagtäglich Hunderte von kleinen Missgeschicken oder Gefährdungen.»

«Die erschreckende Zunahme der Stimulanzienbehandlung ist ein ernsthaftes gesellschaftliches Problem»

Bezeichnenderweise wurde ein dazu im Dez. 2014 veröffentlichter Expertenbericht des Bundesrates in der Presse kaum kommentiert:

Der Bundesrat kommt zum Schluss, dass **Kinder und Jugendliche mit ADHS in der Schweiz eine angemessene medizinische Betreuung** erhalten. Gemäss den verfügbaren Daten werden einem Viertel der Kinder und Jugendlichen mit ADHS methylphenidathaltige Arzneimittel verschrieben. Das entspricht den Behandlungsempfehlungen, nach denen eine medikamentöse Behandlung nur bei einem Teil der Patientinnen und Patienten angezeigt ist. Zudem geben die 2012 von Swissmedic angepassten Fachinformationen für Ärztinnen und Ärzte den Rahmen der Behandlung vor.

www.swissmedic.ch/marktueberwachung/00135/00752/01840/index.html?lang=de

Schlussfolgerungen:

Die ADHS ist eine bis heute in ihrem Ausmass viel zu wenig bekannte **ernsthafte psychiatrische Erkrankung**, die durch eine frühe Erkennung und individuell un-

terschiedliche Behandlungskonzepte in ihrem Ausmass positiv beeinflusst werden kann. Noch fehlen dazu ausgedehnte prospektive Studien, doch zeigen vor allem Langzeitbeobachtungen durch klinisch tätige Ärzte immer wieder überaus erfreuliche Verläufe. Noch fehlt es leider – wie bei anderen psychischen Erkrankungen auch – an der Akzeptanz des Krankheitsbildes durch einen Grossteil der Bevölkerung und einem Teil der Ärzteschaft. Die durch die **Selbsthilforganisationen ELPOS und adhszoplus** seit Jahren durchgeführte Aufklärungsarbeit sollte deshalb dringend ergänzt werden. So schlägt der Expertenbericht des Bundesrates vor: *«Im Interesse der von ADHS-Betroffenen sollte die gesellschaftspolitische Debatte um ADHS und Ritalin® mit einer Informationskampagne versachlicht werden. Diese Diskussion ist bisher stark weltanschaulich geprägt und emotional aufgeladen. Diese Debatte wird den Kindern und Jugendlichen, aber auch deren Eltern und Lehrpersonen nicht gerecht. Die Information über ADHS sollte daher verbessert und versachlicht werden.»*

Versicherungsrechtlich ist die ADHS je nach ihrem Ausmass und vor allem im Hinblick auf primäre oder sekundäre Be-

gleiterkrankungen zu beurteilen. Zu diesen Aspekten sei abschliessend auf den nachfolgenden Artikel «Risikoabschätzung der ADHS für die private Lebens- und Invaliditätsversicherung» von Dr. sc. nat. Beatrice Baldinger und Dr. med. Urs Widmer verwiesen, der seinerzeit im Newsletter ADHS-AKTUELL Nr. 35 der SFG-ADHS erschienen ist.

Literatur beim Verfasser:

Dr. med. Meinrad Ryffel
Kinder- und Jugendarzt FMH
Praxis psy-bern
Neuengass-Passage 3
3011 Bern

www.hansguckindieluft.ch

Weitere nützliche Links:

www.elpos.ch

www.adhs2oplus.ch

www.sfg-adhs.ch (mit vielen weiterführenden Links für Fachpersonen sowie dem Newsletter ADHS-AKTUELL)

Bücher für Fachpersonen:

**ADHS: Band 1 aus der Reihe Leitfaden
Kinder- und Jugendpsychotherapie**

M. Döpfner et al.: Hogrefe, 2. Auflage 2012
ISBN-10: 3801719391

**ADHS im Erwachsenenalter: Symptome,
Differentialdiagnose, Therapie**

J. und K.-H. Krause: Schattauer, 4. Auflage
2013 **ISBN-10:** 3794527828

**ADHD: A Handbook for Diagnosis and
Treatment**

Russell A. Barkley: Guilford Publication,
4. Auflage 2014 **ISBN-10:** 1462517722

**A New Understanding of ADHD in Children
and Adults**

Thomas E. Brown: Routledge, 1. Auflage 2013
ISBN-10: 0415814251

Risikoabschätzung der ADHS für die private Lebens- und Invaliditätsversicherung

**Dr. sc. nat. Beatrice Baldinger und
Dr. med. Urs Widmer**
Swiss Re, Zürich

Ausübung der beruflichen Tätigkeit auswirkt und ob der Beruf an sich das Befinden verschlimmert.

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung ADHS ist heutzutage eine nicht seltene Diagnose bei Antragsstellern für eine Lebens- oder Invaliditätsversicherung. Der Konsensus über Diagnostik und Therapie unter Psychologen und Psychiatern ist besser geworden und die ADHS ist eine schärfer definierte Entität geworden. In den Tarifierungsrichtlinien der Rückversicherer für die Direktversicherer ist die ADHS in der Regel als Diagnose enthalten. Bevölkerungs-basierte Langzeit-Mortalitätsstudien zur ADHS existieren nicht. Erwachsene mit leichter ADHS, kleiner Beeinträchtigung der alltäglichen Verrichtungen und ohne koexistierende Verhaltensstörungen gehören oft zu den kreativen Normalvarianten und weisen in den meisten Fällen keine Übersterblichkeit auf. Bestehen Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Depressionen, Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörungen zusätzlich zum ADHS, ist eine erhöhte Mortalität wahrscheinlich. Für das Invaliditätsrisiko wird abgeschätzt, wie sich die Erkrankung auf die

Résumé

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est de nos jours un diagnostic fréquent chez les demandeurs d'assurance vie ou d'assurance invalidité. Le consensus sur le diagnostic et le traitement au sein des psychologues et psychiatres s'est amélioré et le TDAH est devenu une entité mieux définie. Le TDAH figure généralement comme diagnostic dans les directives de tarification des réassureurs pour les assureurs directs. Il n'existe cependant pas d'études de mortalité à long terme à l'échelle de la population sur le TDAH. Les adultes présentant un léger TDAH, une petite gêne dans les travaux quotidiens et sans troubles du comportement co-existants font souvent partie des cas normaux à fort potentiel créatifs et ne présentent généralement pas de mortalité supérieure à la moyenne. Si toutefois il existe des problèmes d'alcoolisme ou d'usage de stupéfiants, de dépressions, de troubles du comportement ou de la personnalité en plus du TDAH, une mortalité supérieure est probable. Concer-

nant le risque d'invalidité, on procède à une estimation sur l'impact que la maladie pourrait avoir sur l'exercice d'une activité professionnelle et si l'activité professionnelle en soit risqué d'aggraver le ressenti de la personne.

Unter den ADHS-Komorbiditäten sind für die Risikoabschätzung vor allem antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus und Drogenmissbrauch wichtig. Für eine evidenzbasierte Risikoeinschätzung und Tarifierung beim Abschluss einer Lebens- oder Invaliditätsversicherung stellt sich folgende Kardinalfrage: Führt eine frühere oder aktuelle Diagnose ADHS oder die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien langfristig zu signifikant höheren Sterblichkeits- oder Invaliditätsraten verglichen mit den zu Normalbedingungen (kein Risikozuschlag, keine Ausschlüsse) Versicherten im Portfolio der Versicherung? Die zeitgemässe evidenzbasierte Medizin orientiert sich an der vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnis, um wichtige klinische Fragen zu beantworten, und nicht am Bauchgefühl. Ähnlich versucht die evidenzbasierte Risikoabschätzung der Lebensversicherer, allfällige Risikozuschläge auf gemessene Übersterblichkeitsraten in bevölkerungsbasierten Ko-

hortenstudien mit Langzeitverlaufsbeobachtung abzustützen. Für häufige chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen gibt es für die Fragestellung der Lebensversicherer geeignete Statistiken (Framingham-Studie, SEER-Datenbank), aber für das noch nicht lange definierte und akzeptierte Krankheitsbild ADHS fehlen bevölkerungsbasierte Langzeitstudien mit Frage nach erhöhter Mortalität und Morbidität. Die mit ADHS assoziierte Übersterblichkeit wird weniger durch ADHS per se, sondern durch allenfalls vorhandene Begleiterkrankungen verursacht. Alkoholismus, Drogenmissbrauch und antisoziale Persönlichkeitsstörungen erhöhen das Mortalitätsrisiko durch Unfall und Suizid.

Die Frage, ob die langfristige Einnahme von Ritalin® das Risiko für schwere kardiovaskuläre Zwischenfälle (Herzinfarkt, plötzlicher Herztod und Schlaganfall) erhöht, wurde kürzlich in einer grossen Kohortenstudie in den USA an 2- bis 24-jährigen untersucht. Es ergaben sich keine signifikanten Hinweise für eine erhöhte Zahl von schweren kardiovaskulären Ereignissen über einen Zeitraum von zwei Jahren. Eine im Journal of the American Medical Association (JAMA)

veröffentlichte Studie an Erwachsenen mit ADHS kam zu einem ähnlichen Ergebnis (1). Aus Sicht der Kardiologen soll vor allem der Blutdruck langfristig im Auge behalten werden. Andererseits ist der Nutzen der Stimulanzienbehandlung im psychosozialen Verhalten gut belegt, und eine schwedische Studie meint sogar zu zeigen, dass ADHS-Patienten, die mit Methylphenidat, Atomoxetin, Amphetamin oder Dextro-Amphetamin behandelt werden, eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, wegen einer Straftat verurteilt zu werden als ADHS-Patienten, die nicht behandelt werden (2). Aus einer Studie in Aberdeen (The Aberdeen Children of the 1950s (ACONF)) geht hervor, dass bei Kindern mit Verhaltensstörungen im Erwachsenenalter die Wahrscheinlichkeit für Langzeit-Erkrankungen, Rauchen, Adipositas und niedrigeres Wohlbefinden erhöht war. Bei hyperaktiven Kindern wurde später ein früherer Rauchbeginn (Männer und Frauen), höherer Zigarettenkonsum (Frauen) und häufigeres Bingedrinking (Männer) beobachtet. Das erhöhte Risikoverhalten könnte einen Teil des Zusammenhangs zwischen frühen Verhaltensproblemen und erhöhter Mortalität im Erwachsenenalter erklären (3).

Wie auch andere nur ungenau quantifizierbare Risiken wird die ADHS beim Erwachsenen als leicht, mittelschwer und schwer eingeteilt. Leicht betroffene Erwachsene leiden an Aufmerksamkeitsdefiziten, Ablenkbarkeit, Ruhelosigkeit und Vergesslichkeit mit nur unwesentlicher Beeinträchtigung in alltäglichen Verrichtungen. Liegt keine andere psychiatrische Diagnose vor, wird ein Antragsteller mit leichter ADHS zum Normaltariff für das Todesfallrisiko versichert. Für das Invaliditätsrisiko wird abgeschätzt, wie sich die Erkrankung auf die Ausübung der beruflichen Tätigkeit auswirkt und ob der Beruf an sich das Befinden verschlimmert. Entsprechend wird die Invaliditätsdeckung als Grenzfall zu normalen Prämien übernommen oder mit Risikozuschlag versichert oder abgelehnt. Mittelschwer betroffene Erwachsene sind durch ausgeprägte Gemütsschwankungen, emotionale Überreaktionen, zusätzliche Depression sowie auffällige Partnerschwierigkeiten oder grössere Schwierigkeiten in der beruflichen Leistungsfähigkeit charakterisiert. Bei mittelschwerer ADHS wird eine leichte Übersterblichkeit angenommen und es wird ein kleiner Risikozuschlag für die Prämie der Lebensversicherung

erhoben; die Deckung der Invalidität kann abgelehnt werden. Die ADHS wird als schwer eingeschätzt, wenn Arbeitsschwierigkeiten, Kaufsucht, Motorfahrzeugunfälle, Alkohol- oder sonstiger Drogen-/Medikamentenmissbrauch, Depression, Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörungen oder Haftstrafen vorhanden sind. Der Versicherungsantrag bei schwerer ADHS muss einem ärztlichen Risikoprüfer vorgelegt werden. Im Idealfall verfügt der Risikoprüfer über Angaben zum Alter bei Diagnose, Resultate der diagnostischen Bewertung, Hauptsymptome, Behandlungskonzepte, Art der Medikation und Dosis, andere psychologisch-psychiatrische Probleme sowie berufliche und schulische Leistungsfähigkeit als Entscheidungsgrundlage für ein Versicherungsangebot.

Literatur

1. Habel LA, Cooper WO, Sox CM, Chan KA, Fireman BH, Arbogast PG, Cheatham TC, Quinn VP, Dublin S, Boudreau DM, Andrade SE, Pawloski PA, Raebel MA, Smith DH, Achacoso N, Uratsu C, Go AS, Sidney S, Nguyen-Huynh MN, Ray WA, Selby JV. ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA*. 2011 Dec 28;306(24):2673-83.
2. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, Långström N, Larsson H. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med*. 2012 Nov 22;367(21):2006-14.
3. von Stumm S, Deary IJ, Kivimäki M, Jokela M, Clark H, Batty GD. Childhood behavior problems and health at midlife: 35-year follow-up of a Scottish birth cohort. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Sep;52(9):992-1001

Zusammenarbeit zwischen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Case Managern der Privatversicherer

Der einfacheren Lesbarkeit halber wird im vorliegenden Text darauf verzichtet, beide Geschlechter zu nennen; mit der männlichen ist jeweils auch die weibliche Form gemeint.

1. Einleitung

Die nachfolgenden Ausführungen umschreiben die Zusammenarbeit zwischen den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und den Case Managern der Privatversicherer im Interesse der Patienten.

Eine offene und respektvolle Kommunikation zwischen den involvierten Stellen erhöht die Qualität der Abklärungen und erleichtert den angestrebten Integrationsprozess.

Therapie und Case Management sind unterschiedliche und unabhängige Aufträge, die im Interesse des Patienten für ein bestimmtes Ziel zusammengeführt werden und sich so sinnvoll ergänzen können.

2. Patientenkontakte

Eine Zusammenarbeit Psychiater – Case Manager wird angestrebt, wenn ein Patient arbeitsunfähig ist, die medizinische Situation aber eine berufliche Eingliederung

zulässt. Die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und der Wiedereinstieg in die Arbeitswelt ist ein prioritäres Ziel der patientenzentrierten Zusammenarbeit.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung umfasst thematisch immer mehr als nur die Arbeitsfähigkeit eines Patienten. Wenn also eine Zusammenarbeit Psychiater – Case Manager stattfindet, handelt es sich auf Seiten des Psychiaters um einen Teilbereich der betreffenden Therapie.

Die Art der ersten Kontaktaufnahme von Seiten des Case Managers ist für den Verlauf sehr entscheidend.

Grundsätzlich soll zuerst der Psychiater kontaktiert werden. Insbesondere sind unangemeldete Telefonanrufe an die versicherten Personen zu vermeiden, da solche bei den angerufenen Personen negative Gefühle auslösen und Krankheitssymptome verstärken können. Aus diesem Grund sollte vor der direkten Kontaktaufnahme in einem kurzen und klar verständlichen Brief ein solcher Anruf angekündigt werden.

Im Rahmen des Case Managements ist dem Schutz der Privatsphäre des Patienten grösste Sorgfalt zu widmen. Die

Gespräche (sowie allfällige Fragebogen) sollen nur Fragen und Informationen betreffen, die für die Beurteilung und Förderung der Arbeitsfähigkeit in deren sozialen Kontext relevant sind. Es geht hier darum, das Vertrauen und die Selbstbestimmung der Patienten zu stärken und dadurch deren aktive Mitarbeit zu fördern. Der Patient wird über Kontakte zwischen Psychiater und Case Management informiert.

Wo dies sinnvoll erscheint, können Gespräche zwischen den verschiedenen involvierten Personen (Patient, Psychiater, Case Manager) vereinbart werden. Bei solchen Gesprächen ist immer auf einen klar definierten Rahmen und völlige Transparenz bezüglich aller vorliegenden Informationen zu achten. Der Patient soll eine Aktennotiz oder ein Protokoll einsehen können.

Im Anhang 1 wird das Case Management genauer vorgestellt und im Anhang 2 die Honorierung dargelegt.

Dr. med. Fulvia Rota, FMPP¹

Dr. med. Jean-Daniel Sauvant, FMPP

Dr. med. Renato Marelli, SGVP²

Olivier Ducarre, SVV³

Thomas Lack, SVV

Dr. med. Bruno Soltermann, SVV

1 Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen FMPP

2 Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP

3 Schweizerischer Versicherungsverband SVV

Anhang 1: Case Management^{4,5}

Case Management

Mit Case Management ist ein klar strukturiertes, systematisches Verfahren der Fallsteuerung gemeint. Der Case Manager initiiert dabei einen zielgerichteten Prozess und übernimmt während einer bestimmten Zeitspanne, nach Absprache mit dem behandelnden Arzt und der Versicherung, die Koordination aller beteiligten Akteure – Betroffener, Angehörige, Psychiater, paramedizinische Therapeuten, Arbeitgeber, Versicherungen, Anwalt usw.

Der Case Manager erarbeitet gemeinsam mit dem Betroffenen und den Beteiligten Ziele und achtet anschliessend auf deren Erreichung.

Der Case Manager arbeitet ressourcenorientiert, verschafft dem Betroffenen einen bestmöglichen Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten und respektiert dabei den Anspruch des Betroffenen auf ein selbstbestimmtes Leben.

Case Management in der Versicherungsbranche

Fast alle Versicherungsgesellschaften in der Schweiz setzen bei der persönlichen Betreuung von Verunfallten oder Erkrankten, denen eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit oder gar Invalidität

droht, auf Case Management. Einige Versicherungsgesellschaften verfügen über eigene, sog. interne Case Manager, die anderen nutzen das grosse Angebot an externen Anbietern von Case Management.

Sowohl interne wie auch externe Case Manager unterstehen den Auflagen des Datenschutzgesetzes und unterliegen der Schweigepflicht. Der Case Manager kann Informationen des Betroffenen nur einholen oder weitergeben, wenn dies entweder durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen erlaubt ist oder wenn der Betroffene dazu sein schriftliches Einverständnis (Vollmacht) gibt und der Case Manager ihn über Ziel und Zweck sowie die Folgen der Vollmachtserteilung aufgeklärt hat. Gegenseitiges Vertrauen und Transparenz sind die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen dem Betroffenen und seinem Case Manager.

Während der ganzen Betreuungsphase übt der Case Manager eine vielfältige Rolle aus: Er analysiert, nutzt und aktiviert Ressourcen, steuert den Zugang zu Leistungen und verpflichtet sich zu Effizienz und Effektivität. Er vermittelt und koordiniert zwischen dem Betroffenen und dem Versorgungssystem; sodann

berät und informiert er den Betroffenen über seine Rechte und Pflichten. Zudem achtet er auf die Erreichung der Ziele und unterstützt den Betroffenen dabei, Komplikationen, Konflikte, Belastungen und Probleme aus eigener Kraft zu bewältigen (sog. Empowerment = Hilfe zur Selbsthilfe) und Lösungen bzw. Perspektiven für die Zukunft zu erarbeiten.

Indikatoren für ein Case Management

Voraussetzung für ein Case Management ist die Komplexität der gesundheitlichen, beruflichen, sozialen und finanziellen Situation, die der Betroffene ohne geeignete Unterstützung bzw. bedarfsgerechte Massnahmen nicht eigenständig lösen kann. In der Regel droht eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit, welche in eine Invalidität münden kann. Studien belegen, dass die Eingliederungschancen bereits nach einer sechsmonatigen Arbeitsunfähigkeitsdauer um 50% sinken.

Das Ziel des Case Managements aus Sicht der Versicherer ist in den Fällen, in denen ein Taggeld bzw. Rente versichert sind, die berufliche Integration bzw. die Erhaltung oder Anpassung des bestehenden Arbeitsplatzes. Entscheidend für ein Case Management ist die grundsätz-

liche Bereitschaft des Betroffenen, sich auf den vorgeschlagenen Weg einzulassen. Ohne persönliche Zustimmung des Betroffenen kommt das Verfahren Case Management nicht zum Tragen. Wo die gesundheitliche Problematik des Betroffenen konkrete Zielsetzungen und Massnahmen nicht zulässt, ist auf die konkrete Situation Rücksicht zu nehmen und das Case Management allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt – z.B. nach einer stationären Behandlung – in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt zu prüfen.

Zusammenarbeit zwischen Psychiater und Case Manager

Ziel aller Bestrebungen von Psychiatern, Arbeitgebern und Versicherern muss sein, ihren Patienten / Arbeitnehmenden / Versicherten nebst einer optimalen Therapie – wo medizinisch möglich – auch die Reintegration in den Arbeitsprozess oder Tätigkeitsbereich möglichst rasch zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang geht es nebst der psychiatrischen Behandlung auch um eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit sowie Zumutbarkeitsbeurteilung. Dabei spielt die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen in-

volvierten Akteuren, hier insbesondere Psychiater und Case Manager, eine wesentliche Rolle. Tatsächlich sind die Case Manager auf psychiatrische Einschätzungen angewiesen, sei es zwecks Kenntnis der Vulnerabilität beim Erstkontakt oder zwecks Plausibilisierung der Leistungsfähigkeit und Einschränkungen anlässlich der Situationsanalyse oder anlässlich der Planung der Massnahmen wie Arbeitsversuch, Steigerung der Arbeitsfähigkeit, Anpassung der Tätigkeit oder des Arbeitsplatzes usw. im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung. Je besser der Case Manager die teilweise komplexen medizinischen Situationen kennt und in die Arbeit einbeziehen kann, desto zielführender wird der Prozess des Case Managements und der beruflichen Eingliederung sein. Im Gegenzug koordiniert der Case Manager zwischen allen involvierten Akteuren, indem er z.B. Gespräche mit dem Psychiater führt oder runde Tische einberuft. Zu diesem Zweck wurde auch das koordinierte Integrationsmanagement der Privatversicherer mit der Ärzteschaft KIMPA geschaffen.

-
- 4 Verein Netzwerk Case Management Schweiz. (www.netzwerk-cm.ch)
 - 5 Zusammenarbeit Hausarzt – Case Manager; Ingrid Schnitzer-Brotschi; Medinfo 2012/1; www.svv.ch

Anhang 2: Honorierung

KIMPA = Koordiniertes IntegrationsManagement der Privatversicherer mit der Ärzteschaft⁶

Die Privatversicherer (Unfall-, Krankentaggeld-, Lebens- und Haftpflichtversicherer) möchten das Integrationsmanagement fördern. Dafür sollen Gespräche und Zusammenarbeit zwischen Versicherungsfachleuten resp. Case Managern und den behandelnden Ärzten intensiviert werden. Dass dies mit vermehrtem Zeitaufwand verbunden ist, steht ausser Zweifel. Darum haben die privaten Unfallversicherer für den UVG-Bereich Leis-

tungspositionen geschaffen, welche es allen behandelnden Ärztinnen und Ärzten erlaubt, Aufwendungen für Besprechungen und Koordination im Zusammenhang mit Case Management separat und ausserhalb von Tarmed abzurechnen.

Diese Leistungspositionen können von den Privatversicherern im Krankentaggeld, bei der Erwerbsunfähigkeit oder im Haftpflichtfall als Richtwerte für die Honorierung herangezogen werden.

Die einzelnen Leistungen des KIMPA-Tarifs sind auf der Webseite des Schweizerischen Versicherungsverbandes

Folgende Leistungspositionen beinhalten KIMPA:

601-KIMPA	Case-Management-Pauschale Arzt, erste Stunde
602-KIMPA	+ Case-Management-Pauschale Arzt, jede weiteren 15 Min.
603-KIMPA	Wegentschädigung Arzt, pro 5 Min.
604-KIMPA	Dringlichkeitspauschale Arzt oder ZAFAS
605-KIMPA	Detailliertes Arbeitsunfähigkeitszeugnis
606-KIMPA	Arbeitsfähigkeitsabklärung beim ZAFAS, pro 15 Min.
607-KIMPA	Aktenstudium, Nachbearbeitung, pro 5 Min.

www.svv.ch unter «Medizin / Formulare» aufgeschaltet. Die einzelnen Leistungen liegen auch in französischer und italienischer Sprache vor.

Diese Leistungen beinhalten Besprechungen in der Praxis sowie auch beim Versicherer oder beim Arbeitgeber und die allfällige dazugehörige Wegentschädigung. Das Aktenstudium im Rahmen von Wiedereingliederungsmassnahmen oder die Ausstellung eines detaillierten Arbeitsunfähigkeitszeugnisses sind auch tarifiert. Muss eine Fallbesprechung auf Einladung des Versicherers innerhalb von zehn Arbeitstagen erfolgen, so kann hierfür auch eine Dringlichkeitspauschale abgerechnet werden. All diese Leistungen dürfen nur nach vorgängiger Absprache mit dem Versicherer verrechnet werden.

6 Integrationsmanagement: KIMPA, ZAFAS, AUZ; Dr. med. Bruno Soltermann; Medinfo 2013/1; www.svv.ch

Coopération entre médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie et case managers des assureurs privés

Par souci de lisibilité, les termes génériques sont utilisés à défaut de termes épécènes; ils s'appliquent aux hommes et aux femmes de manière égale.

1. Introduction

Les considérations suivantes portent sur les formes de coopération entre les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie et les case managers des assureurs privés dans l'intérêt des patients.

Une communication transparente et ouverte au dialogue entre les divers acteurs impliqués accroît la qualité des examens et facilite le processus d'intégration visé.

Thérapie et case management répondent à des mandats différents et indépendants. Cependant, ils peuvent se compléter de manière judicieuse lorsqu'ils sont associés dans l'intérêt du patient pour parvenir à un but défini.

2. Contacts avec le patient

Une coopération psychiatre – case manager est recommandée lorsqu'on peut d'un point de vue médical envisager la réinsertion professionnelle d'un patient en situation d'incapacité de travail. Le

recouvrement de la capacité de travail et le retour dans le monde du travail sont les buts premiers d'une collaboration centrée sur le patient.

Le traitement psychiatrique-psychothérapeutique a une large visée, qui va bien au-delà de la seule capacité de travail d'un patient. Une coopération entre psychiatre et case manager ne touche donc qu'une partie du traitement psychiatrique.

La façon de la première prise de contact du case manager avec le patient est décisive pour la suite du processus.

En principe, il convient de s'adresser d'abord au psychiatre. Il faut en particulier éviter de téléphoner à la personne assurée sans s'être annoncé au préalable, car une telle prise de contact peut déclencher des sentiments négatifs et renforcer les symptômes de la maladie. Il est pour cette raison fortement recommandé d'annoncer l'appel téléphonique dans une lettre brève et compréhensible. Il importe en outre d'accorder le plus grand respect à la sphère privée du patient dans le cadre d'un case management. Les entretiens (ainsi que les questionnaires éventuels) ne doivent porter que sur des questions et des informa-

tions relatives à l'évaluation et au développement de la capacité de travail dans son contexte social. Il s'agit d'accroître la confiance en soi ainsi que l'autonomie du patient et de promouvoir ainsi sa collaboration active au processus. Le patient doit être informé des contacts entre le psychiatre et le case management. Si cela s'avère utile, des entretiens peuvent être également convenus entre les différentes personnes impliquées (patient, psychiatre, case manager). Il importe dans ces cas-là de définir clairement le cadre de cette rencontre et de pratiquer une transparence totale en ce qui concerne les informations à disposition. Le patient doit pouvoir prendre connaissance d'une note de dossier ou d'un procès-verbal.

Le case management est présenté de manière plus détaillée dans l'annexe 1. La question des honoraires est traitée dans l'annexe 2.

Dr Fulvia Rota, FMPP¹

Dr Jean-Daniel Sauvant, FMPP

Dr Renato Marelli, sspa²

Olivier Ducarre, ASA³

Thomas Lack, ASA

Dr Bruno Soltermann, ASA

1 Fédération des médecins psychiatres-psychothérapeutes de Suisse, FMPP

2 Société suisse de psychiatrie d'assurance, sspa

3 Association Suisse d'Assurance, ASA

Annexe 1: case management^{4,5}

Case management

Le case management est un processus systématique et clairement structuré de gestion d'un cas. Le case manager lance un processus ciblé et prend en charge sur une période déterminée, en accord avec le médecin traitant et l'assurance, la coordination de tous les acteurs impliqués – la personne concernée, les proches parents, le psychiatre, les thérapeutes paramédicaux, l'employeur, les assurances, l'avocat, etc.

Le case manager élabore avec le client/patient et avec les acteurs impliqués des objectifs et fait en sorte qu'ils soient ensuite atteints.

Le case manager fonde son approche sur les ressources du patient, facilite l'accès le plus approprié possible aux soutiens disponibles à la personne concernée tout en respectant son désir de prendre en main elle-même son existence.

Le case management dans les assurances

En cas de prise en charge de personnes accidentées ou malades menacées d'incapacité de travail de longue durée ou même d'invalidité, la plupart des sociétés d'assurance font appel au case man-

agement. Certaines disposent de leur propre service, dit interne, de case management, les autres ont recours aux diverses offres externes.

Le case manager, interne et externe, est soumis à la législation sur la protection des données ainsi qu'au devoir de discrétion. Il ne peut se procurer ou transmettre des informations sur la personne concernée que dans les limites légales ou s'il a reçu l'accord par écrit de celle-ci (procuration) après l'avoir informée sur le but, sur l'utilité et sur les conséquences de cette procuration. Une collaboration positive et efficace entre le client/patient et le case manager doit s'appuyer sur une confiance réciproque et sur la transparence.

Les rôles du case manager sont multiples au cours de toute cette phase d'accompagnement: il analyse, utilise et active les ressources et gère l'accès aux prestations en se voulant toujours efficient et efficace dans ses tâches. Il fait office d'intermédiaire et de coordinateur entre la personne concernée et le système de prise en charge et il l'informe et la conseille sur ses droits et obligations. Il veille en outre à ce qu'elle puisse atteindre les buts visés et il l'encourage à faire face par ses propres moyens aux

complications, aux conflits, aux difficultés et aux problèmes (*empowerment* ou «aide à s'aider soi-même») ainsi qu'à élaborer des solutions ou des perspectives d'avenir.

Facteurs déterminants pour un case management

La complexité de l'état de santé, de la situation professionnelle, sociale et financière constitue la condition préalable d'un case management, car la personne concernée ne peut pas résoudre seule tous ces problèmes sans un soutien approprié ou sans la mise en œuvre de mesures adaptées aux besoins. En général, la menace d'une incapacité de travail de longue durée pouvant mener à une invalidité est présente. Des études ont établi que les chances de réinsertion diminuent déjà de 50% au bout de six mois d'incapacité de travail.

Du point de vue de l'assureur lorsque des indemnités journalières ou une rente invalidité sont assurées, le case management a pour objectif le retour au travail ou le maintien avec ou sans adaptation du poste de travail. Il est décisif pour le processus de case management que la personne concernée se montre prête à

s'engager dans la voie proposée. Sans l'accord de l'intéressé, il ne portera pas de fruits. Cependant, dans les cas où l'état de santé de la personne concernée ne permet pas de fixer des objectifs et de prendre des mesures, il peut s'avérer nécessaire de remettre à plus tard (par ex. après un traitement hospitalier) la mise en place éventuelle d'un case management en collaboration avec le médecin traitant.

Coopération entre psychiatre et case manager

En plus du meilleur traitement possible, le psychiatre, l'employeur et l'assureur doivent avoir pour objectif, dans tous les cas où cela semble possible du point de vue médical, de conjuguer leurs efforts en vue d'une réintégration aussi rapide que possible du patient, employé et assuré, dans le processus de travail ou dans la vie professionnelle. Au traitement psychiatrique s'ajoutent par conséquent une évaluation de la capacité de travail ou de prestation ainsi qu'une appréciation de l'exigibilité. La coopération de chacun des acteurs impliqués, en particulier la collaboration entre le psychiatre et le case manager, joue un rôle décisif. Effectivement, le case mana-

ger ne peut se passer de l'appréciation psychiatrique, que ce soit pour être informé de la vulnérabilité du patient lorsqu'il s'agit de prendre contact avec lui ou pour établir, en vue d'une réinsertion professionnelle, la plausibilité de la capacité de prestation, des limitations d'activité suite à une analyse de situation ou l'adéquation de mesures ensuite prévues telles qu'une reprise de travail à l'essai, une augmentation de la capacité de travail, une adaptation de l'activité ou du poste de travail, etc. Il pourra d'autant mieux cibler le processus du case management et de réinsertion professionnelle qu'il connaît à fond la situation médicale souvent complexe du patient et peut ainsi en tenir compte. En contrepartie, le case manager fait office de coordinateur entre toutes les instances impliquées en menant par ex. des entretiens avec le psychiatre ou en convoquant une table ronde. C'est dans ce but qu'a été créée la Coordination de la Gestion de l'Intégration par les Assureurs privés avec les Médecins (CGIAM).

-
- 4 Verein Netzwerk Case Management Schweiz. (www.netzwerk-cm.ch)
 - 5 Zusammenarbeit Hausarzt – Case Manager; Ingrid Schnitzer-Brotschi; Infoméd 2012/1; www.svv.ch

Annexe 2: indemnisation

CGIAM = Coordination de la Gestion de l'Intégration par les Assureurs privés avec les Médecins⁶

Les assureurs privés (accident, indemnités journalières, vie et responsabilité civile) souhaitent promouvoir la gestion de l'intégration et, à cet effet, une intensification des contacts et de la coopération entre spécialistes de l'assurance ou case managers et médecins traitants. Il en résulte naturellement un surplus de travail pour les médecins. C'est pourquoi les assureurs privés ont créé dans

le domaine de la LAA des positions tarifaires qui permettent aux médecins traitants de facturer séparément, et non selon Tarmed, les entretiens et les tâches de coordination en rapport avec le case management.

Les assureurs privés (indemnités journalières, incapacité de gain ou responsabilité civile) peuvent se référer à ces positions tarifaires pour l'indemnisation de prestations.

Les prestations relatives aux positions tarifaires CGIAM sont téléchargeables

La CGIAM comprend les positions tarifaires suivantes:

601-CGIAM	Case Management forfait médecin, première heure
602-CGIAM	+ Case Management forfait médecin, par quart d'heure supplémentaire
603-CGIAM	Indemnité de déplacement médecin, par tranche de 5 minutes
604-CGIAM	Forfait d'urgence médecin ou ACCT
605-CGIAM	Certificat détaillé d'incapacité de travail
606-CGIAM	Déclaration de capacité de travail pour ACCT, par tranche de 15 minutes
607-CGIAM	Etude de dossier, suivi, par tranche de 5 minutes.

sur le site Internet de l'Association Suisse d'Assurance www.svv.ch, rubrique «médecine / formulaires». Elles sont également disponibles en allemand et en italien.

Les positions tarifaires comprennent les entretiens dans le cabinet ainsi que chez l'assureur ou chez l'employeur et l'indemnité de déplacement éventuel. Le tarif inclut également l'étude de dossier dans le cadre de mesures de réinsertion ou l'établissement d'un certificat détaillé d'incapacité de travail. Si la discussion d'un cas doit avoir lieu dans les dix prochains jours ouvrables sur demande de l'assureur, un forfait d'urgence peut être en outre facturé.

Le décompte de toutes ces prestations n'est possible qu'après accord préalable avec l'assureur.

6 Gestion de l'intégration: CGIAM, ACCT, CIT; Dr Bruno Soltermann; Infoméd 2013/1; www.svv.ch

Collaborazione tra medici specialisti in psichiatria e psicoterapia e case manager degli assicuratori privati

Per facilitare la lettura del testo, si è scelto di non utilizzare esplicitamente la formulazione al femminile. Essa è sottintesa in tutte le espressioni pronunciate al maschile.

1. Introduzione

Le seguenti considerazioni definiscono la collaborazione tra i medici specialisti in psichiatria e psicoterapia e i case manager degli assicuratori privati nell'interesse dei pazienti.

La comunicazione chiara e rispettosa tra gli organi interessati accresce la qualità degli accertamenti e facilita l'auspicato processo di reinserimento.

Terapia e case management sono due ambiti ben distinti e indipendenti, e vanno congiunti e implementati per definire obiettivi specifici nell'interesse del paziente.

2. Contatti con i pazienti

La collaborazione tra psichiatra e case manager si attiva nel momento in cui subentra un'incapacità lavorativa del paziente, posto che la situazione medica gli permetta la reintegrazione nel mondo lavorativo. L'obiettivo prioritario di questa collaborazione focalizzata sul pa-

ziente è il recupero della sua abilità lavorativa e la reintegrazione nella vita professionale.

Il trattamento psichiatrico-psicoterapeutico comporta innegabilmente procedure che vanno oltre al solo recupero della capacità lavorativa per il paziente. Per lo psichiatra quindi, instaurare una collaborazione con un case manager, fa parte della terapia globale.

Determinante per il successo finale è il modo con cui avviene il primo contatto da parte del case manager.

Fondamentalmente il primo contatto va intrapreso con lo psichiatra. È importante evitare telefonate non annunciate direttamente all'assicurato, poiché potrebbero provocare emozioni negative e ampliare i sintomi della malattia. Prima della presa di contatto diretta con l'assicurato, è necessario quindi annunciargli la telefonata per iscritto, in modo chiaro, esplicito e conciso.

Nell'ambito del case management bisogna prestare particolare attenzione alla sfera privata del paziente. I colloqui (come pure eventuali questionari) devono basarsi su domande e informazioni strettamente rilevanti per la valutazione e l'agevolazione della capacità lavorativa

e della reintegrazione ambita. Si tratta concretamente di rafforzare la fiducia e l'autodeterminazione del paziente e di accrescere in tal modo la sua collaborazione attiva nel progetto. Il paziente va regolarmente informato in materia di contatti tra psichiatra e case manager. Dove appare sensato, si possono anche concordare colloqui tra le diverse persone (paziente, psichiatra, case manager). Essi devono essere chiaramente circoscritti e avvenire all'insegna della massima lealtà e trasparenza in merito alle informazioni esistenti. Il paziente deve ricevere un promemoria o un protocollo.

Nell'allegato 1 il case management è presentato da vicino e nell'allegato 2 è descritta in dettaglio la remunerazione.

Dr. med. Fulvia Rota, FMPP¹

Dr. med. Jean-Daniel Sauvant, FMPP

Dr. med. Renato Marelli, SSPA²

Olivier Ducarre, SVV³

Thomas Lack, ASA

Dr. med. Bruno Soltermann, ASA

1 Federazione (svizzera) dei medici psichiatri-psicoterapeuti FMPP

2 Società Svizzera di Psichiatria d'Assicurazione SSPA

3 Associazione Svizzera d'Assicurazioni ASA

Allegato 1: case management

Case management

Con case management s'intende un procedimento chiaramente strutturato e sistematico per la gestione di un caso. Il case manager è l'iniziatore di un processo finalizzato alla reintegrazione del paziente e gestisce per un determinato periodo, in accordo con il medico curante e l'assicurazione, il coordinamento tra tutti gli interessati – il paziente, i congiunti, lo psichiatra, i terapeuti paramedici, il datore di lavoro, le assicurazioni, l'avvocato, ecc.

Il case manager elabora gli obiettivi in collaborazione con il paziente e gli altri interessati e ne sorveglia il raggiungimento.

Il case manager lavora ottimizzando le risorse esistenti, fornisce gli accessi opportuni alle misure di sostegno ideali e garantisce il pieno rispetto dell'autonomia decisionale del paziente.

Case management nel settore assicurativo

Quasi tutte le società d'assicurazione svizzere applicano il case management per consulenze personali di infortunati o malati minacciati da inabilità di lavoro o invalidità longevi. Alcune assicurazioni dispongono di case manager interni, al-

tre fanno ricorso alla grande offerta di operatori del case management esterni. Case manager sia esterni sia interni sono assoggettati alla legge sulla protezione dei dati e sottostanno al segreto professionale. Il case manager può procurarsi informazioni dal paziente e utilizzarle solo nel quadro legale regolare, oppure, se il paziente gliene ha dato il permesso per iscritto (procura) e il case manager lo ha previamente informato sulle conseguenze concrete della procura, esso ne può disporre più ampiamente per finalizzare il caso. Fiducia, sincerità e trasparenza sono alla base di una buona collaborazione tra case manager e paziente.

Durante tutto il periodo di assistenza il case manager assume diversi ruoli: analizza, utilizza e attiva risorse, gestisce gli accessi a prestazioni e s'impegna con efficienza ed efficacia. Agisce da mediatore e coordinatore tra paziente e sistema assicurativo; lo consiglia e lo informa sui suoi diritti e doveri. Inoltre sorveglia il raggiungimento degli obiettivi fissati e aiuta il paziente a risolvere complicazioni, conflitti, sovraccarichi e problemi in maniera autonoma e a sviluppare soluzioni e prospettive proprie (Empowerment = aiuto all'autoaiuto).

Indicatori per un case management

Il case management interviene quando la complessità della situazione in merito allo stato di salute, alla vita professionale, sociale e finanziaria dell'interessato non può più essere risolta senza l'intervento di terzi, quindi se l'interessato non è più in grado di gestire autonomamente la sua situazione. Generalmente incombe l'incapacità di lavoro a lungo termine che spesso sfocia in un caso d'invalidità permanente. Studi dimostrano che già dopo sei mesi d'incapacità di lavoro, le possibilità di reintegrazione diminuiscono del 50%.

L'obiettivo del case management dal punto di vista degli assicuratori, nei casi di assicurati che otterrebbero rendite assicurative, è l'integrazione nel mondo professionale e il mantenimento o l'adattamento del posto di lavoro esistente. Per il case management è fondamentale determinare che il paziente sia pienamente convinto di intraprendere il cammino proposto. Senza il consenso personale dell'interessato il processo del case management non può iniziare. Laddove le circostanze non permettono di fissare obiettivi chiari e misure concrete, bisogna tener presente la situazione e attendere il momento più opportuno per

procedere con il case management. In certi casi bisogna dare spazio alle cure stazionarie e definire l'avvio del case management in collaborazione con il medico curante.

Collaborazione tra psichiatra e case manager

L'obiettivo principale di psichiatri, datori di lavoro e assicuratori è—oltre a concedere il miglior trattamento possibile—la reintegrazione la più tempestiva possibile nel processo professionale e sociale del loro paziente, collaboratore, assicurato. Si tratta di valutare, oltre alle possibilità di cure psichiatriche, anche la capacità lavorativa e la possibilità di fornire prestazioni professionali da parte del paziente, come pure di ponderare la ragionevolezza dell'attività da eseguire. In questo contesto la comunicazione tra gli attori, soprattutto tra psichiatra e case manager, è molto importante. Infatti, il case manager deve ricorrere alle valutazioni dello psichiatra per conoscere la vulnerabilità del cliente al primo contatto, per rendere plausibile o meno la sua capacità di prestazione professionale, per definire i limiti della situazione in merito alla pianificazione di misure come per esempio la prova di lavoro,

l'incremento della capacità lavorativa o altri adattamenti al posto di lavoro e ulteriori misure di reintegrazione professionale. Quanto meglio il case manager conosce i dettagli delle talvolta molto complesse situazioni mediche, tanto più efficace sarà il processo finalizzato alla reintegrazione professionale. Il case manager gestisce inoltre le relazioni tra tutti gli interessati, per esempio organizzando colloqui con lo psichiatra o convocando riunioni di tutte le parti. A tale scopo è stato creato il MICAM, Management Integrazione Coordinato da Assicuratori privati e Medici.

-
- 4 Verein Netzwerk Case Management Schweiz. (www.netzwerk-cm.ch)
 - 5 Zusammenarbeit Hausarzt – Case Manager; Ingrid Schnitzer-Brotschi; Medinfo 2012/1; www.svv.ch

Allegato 2: remunerazione

MICAM = Management Integrazione Coordinato da Assicuratori privati e Medici⁶

Le assicurazioni private (infortuni, indennità giornaliera, vita e responsabilità civile) sono propense alla divulgazione del management d'integrazione. I colloqui tra gli assicuratori, oppure tra case manager e medici curanti vanno quindi maggiormente incoraggiati. Va da sé che queste operazioni richiedono più tempo. Per questo le assicurazioni private del settore LAINF/LCA hanno stabilito delle

posizioni di prestazione che i medici curanti possono fatturare separatamente al di fuori delle tariffe Tarmed per coprire i costi originati da colloqui e coordinazione con il case management.

Queste posizioni di prestazione fungono da raccomandazione per le remunerazioni delle assicurazioni private nei casi d'indennità giornaliera, d'incapacità lavorativa oppure in caso di responsabilità civile.

Le singole prestazioni delle tariffe MICAM si trovano sul sito dell'associazione

La MICAM ha formulato le seguenti prestazioni:

601-MICAM	Case management, forfait medico, prima ora
602-MICAM	+ Case management, forfait medico, per ogni ulteriori 15 min
603-MICAM	Indennità di trasferta medico, ogni 5 min.
604-MICAM	Forfait per urgenza medico o ZAFAS
605-MICAM	Certificato d'incapacità lavorativa dettagliato
606-MICAM	Accertamento dell'incapacità lavorativa da parte degli assessori capacità lavorativa certificati ZAFAS, ogni 15 min.
607-MICAM	Studio degli atti, rielaborazione, ogni 5 min.

svizzera delle assicurazioni www.svv.ch sotto la voce "Medicina / In Italiano / Formulare". I singoli formulari sono reperibili anche in francese e tedesco.

Le prestazioni comprendono colloqui nello studio medico, presso l'assicuratore e il datore di lavoro e le indennità di trasferta del caso. È tariffabile anche lo studio degli atti nell'ambito di misure reintegrative come pure la redazione di un certificato d'incapacità lavorativa dettagliato. Il forfait d'urgenza è applicabile in caso di consultazioni su richiesta dell'assicuratore entro i 10 giorni lavorativi.

Tutte queste prestazioni possono essere fatturate unicamente previo accordo con l'assicuratore.

6 Integrationsmanagement: KIMPA, ZAFAS, AUZ; Dr. med. Bruno Soltermann; Medinfo 2013/1; www.svv.ch

Die heilende Kraft des Wochenendes oder der Montagseffekt

Dr. med. Bruno Soltermann

Chefarzt Schweizerischer Versicherungsverband

Zusammenfassung

Krankschreibungen gehören ins gesamte Therapiekonzept. Jede Behandlung hat Wirkungen und Nebenwirkungen; letztere sind möglichst zu vermeiden. Eine dem Gesundheitszustand und den Anforderungen der Tätigkeit angepasste Arbeitsfähigkeitsbeurteilung mit möglichst rascher Rückkehr an den Arbeitsplatz auch unter der Woche dient dem Patienten und dem Arbeitgeber.

Wenn es um die Wiederaufnahme der Arbeit nach Unfall oder Krankheit geht, so ist die Ärzteschaft an diesem Prozess massgeblich beteiligt. In den letzten Jahren ist bei vielen Ärzten die Erkenntnis gewachsen, dass die Arbeitsunfähigkeit differenziert betrachtet werden sollte. Eine Arbeitsunfähigkeit bestimmt sich immer aus dem Funktionsprofil des Patienten in Bezug zu den Anforderungen der Tätigkeit. Hierfür gibt es differenzierte Arbeitsunfähigkeitszeugnisse z. B. der Swiss Insurance Medicine (1) und unlängst hat Peter Wiedersheim (2)

einen entsprechenden Appell an die Ärzteschaft gerichtet und darauf hingewiesen, dass engagierte ärztliche Tätigkeit in Zusammenarbeit auch mit den Arbeitgebern nicht nur zu einer besseren Volksgesundheit, sondern auch zu einem grossen volkswirtschaftlichen Nutzen führt. Dem kann ich mich nur anschliessen.

Es ist zu hoffen, dass diese Erkenntnisse bald in allen kantonalen Ärztesellschaften Einzug halten und die differenzierten Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen erfolgen. Dann sollten die Zeiten zu Ende sein, in denen die Patienten über längere Zeit als vollkommen arbeitsunfähig erklärt und dann von einem zum andern Tag direkt voll arbeitsfähig beurteilt werden, wie dies zurzeit bei knapp 80% der Fälle vorkommt. Besser ist die frühere Wiederaufnahme der Arbeit in einer Teilarbeitsfähigkeit, was häufig eine Absprache mit dem Arbeitgeber bedingt.

Ein weiteres Phänomen ist auch die Tatsache, dass die meisten Arbeitnehmenden ihre Tätigkeit am Montag wieder aufnehmen. Eine Umfrage bei Krankentaggeld- und Unfallversicherern hat ergeben, dass gegen 60% der Arbeitnehmenden nach Krankheit oder Unfall an den Montagen ihre Arbeit wieder auf-

nehmen und zwar unabhängig, ob die Absenz nur wenige Tage oder Wochen gedauert hat.

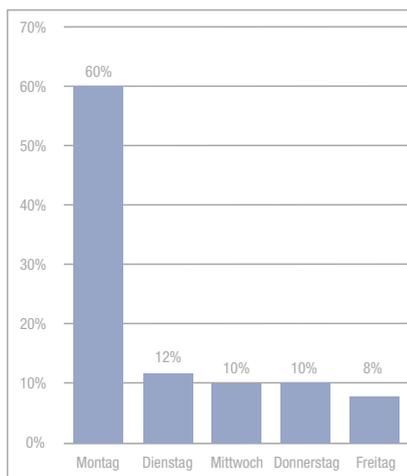


Abbildung 1: prozentualer Anteil der Arbeitswiederaufnahme innerhalb der Arbeitswoche

Medizinisch gibt es hierzu keine Erklärung, denn Wochenendtage haben keine heilendere Kraft als Arbeitstage. Dies hat vielmehr mit falsch eingeschliffenen Mechanismen zu tun, welche von der Ärzteschaft, Patientinnen und Patienten, aber auch Arbeitgebern fortgeführt werden. Dabei wäre es für den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess besser, bei Kurzabsenzen die Tätigkeit so rasch wie

möglich und unabhängig vom Wochentag wieder aufzunehmen; bei längeren Absenzen zum Beispiel am Donnerstag wieder mit der Arbeit zu beginnen, um nach zwei Tagen eine Pause zu haben. Ob der Wiedereinstieg mit der vollen Arbeitsfähigkeit oder einer Teilarbeitsfähigkeit erfolgt, hängt – wie weiter vorne beschrieben – vom aktuellen Funktionsprofil des Patienten und den Anforderungen des Arbeitsplatzes ab.

Die Umfragen haben zudem ergeben, dass es sogar einen Monatseffekt gibt, dass also überproportional viele Genesene am ersten Tag des Monats die Arbeit wieder aufnehmen.

1. <http://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/arbeitsunfaehigkeitszeugnisse.html>
2. Peter Wiedersheim: Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist und bleibt eine ärztliche Kernkompetenz! Schweizerische Ärztezeitung, 2014;95: 38

Week-end propice à la guérison ou «effet du lundi»

Dr Bruno Soltermann

Médecin chef de l'Association Suisse
d'Assurances

Résumé

Les arrêts de travail font partie du concept thérapeutique global. Chaque traitement a un effet, ainsi que des effets secondaires à éviter autant que possible. Il est avantageux pour le patient et pour l'employeur que l'évaluation de la capacité de travail soit établie en fonction de l'état de santé du patient, des exigences de la tâche et en vue d'un retour aussi rapide que possible au travail, également en cours de semaine.

Le corps médical a une influence prépondérante dans le processus de reprise de travail après un accident ou une maladie. Depuis un certain temps, de nombreux médecins conçoivent de plus en plus que l'incapacité de travail doit être considérée de manière différenciée. Une incapacité de travail se définit toujours à proportion des capacités fonctionnelles exigées du patient pour remplir sa tâche. C'est pourquoi, il existe des certificats différenciés d'incapacité de travail comme ceux de la Swiss Insurance Medicine (1) par exemple. Peter

Wiedersheim (2) a également interpellé dans ce sens le corps médical en soulignant qu'une activité médicale engagée et en collaboration avec les employeurs est non seulement bénéfique pour la santé publique, mais aussi très positive pour l'économie. Une opinion que je partage tout à fait.

On peut penser que les sociétés cantonales de médecins adoptent bientôt ce point de vue et reconnaissent ainsi l'utilité des certificats différenciés d'incapacité de travail. Les cas d'incapacité totale de travail de longue durée suivie d'une reprise du travail abrupte, actuellement dans près de 80 % des cas, appartiendront alors au passé. Il est préférable d'initier, en accord avec l'employeur, une reprise rapide du travail avec une capacité partielle de travail.

On a en outre observé un autre phénomène lié à la reprise du travail : Il est ressorti d'une enquête auprès des assureurs indemnités journalières et accidents qu'environ 60 % des employés reprennent un lundi leur travail après une maladie ou un accident quelle qu'ait été la durée de l'absence. Ce n'est médicalement guère explicable, car le processus de guérison se déroule tous les jours sans distinction.

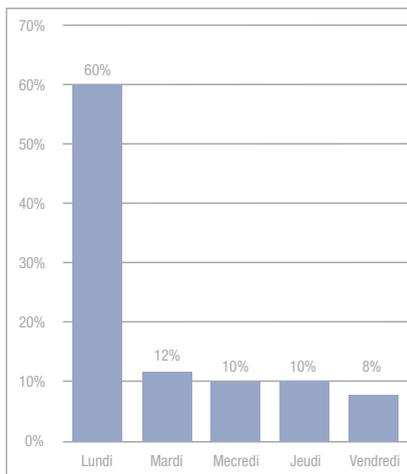


Figure 1: part en pourcentage de la reprise du travail dans la semaine de travail

Cette pratique est plutôt due à des modes de faire existant sans raison valable auxquels non seulement les médecins et les patients mais aussi les employeurs sont habitués. Pourtant, il serait plus judicieux en cas d'absence brève de réintégrer le processus de travail aussi tôt que possible indépendamment du jour de la semaine ou, après une absence prolongée, de reprendre le travail par exemple un jeudi pour pouvoir se reposer au bout de deux jours. Que ce soit à temps plein ou à temps partiel, cela dépend comme nous l'avons

déjà indiqué ci-dessus des capacités fonctionnelles effectives du patient et des exigences du poste de travail.

L'enquête a en outre montré qu'il existe même un « effet du mois », donc que de nombreux employés reprennent le travail bien souvent le premier jour du mois plutôt qu'un autre du jour.

1. <http://http://swiss-insurance-medicine.ch/fr/incapacite-de-travail.html>
2. Peter Wiedersheim: L'évaluation de la capacité de travail est et doit rester une compétence des médecins. Bulletin des médecins suisses, 2014; 95:38

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Schweizerischer Versicherungsverband SVV
Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14
Postfach
CH-8022 Zürich
Tel. +41 44 208 28 28
Fax +41 44 208 28 00
info@svv.ch
www.svv.ch