

BEDEUTUNG DER ARBEIT IN DER PSYCHIATRIE



Niklas Baer, Dr. phil., Psychologe, hat nach seinem Studienabschluss 1990 bei einer Beratungsstelle für Straftatene und als Leiter eines Eingliederungsprogrammes für psychisch kranke IV-Versicherte gearbeitet. Seit 2000 arbeitet Baer bei der Psychiatrie Baselland, wo er seit 2005 die Fachstelle Psychiatrische Rehabilitation leitet, die in praxisbezogener Forschung, Beratung und Schulung tätig ist. Von 2011 bis 2015 war er Mitglied der OECD-Arbeitsgruppe «Mental Health and Work» und Co-Autor mehrerer OECD-Berichte.

In der Psychiatrie gehört die Arbeitstherapie zu den ältesten Behandlungsformen. Ihre Bedeutung und Ausgestaltung war jedoch nicht immer dieselbe. Heute genügen die historisch sinnvollen arbeitsrehabilitativen Konzepte nicht mehr. Die Arbeit sollte nicht nur ein Hilfsmittel für die Psychiatrie sein, sondern die psychiatrische Behandlung ebenso eine Hilfe zum Verbleib des psychisch Kranken im Arbeitsmarkt darstellen.

Arbeit und psychische Gesundheit respektive Krankheit sind eng und auf vielfältige Weise miteinander verbunden: Die Arbeitstätigkeit kann die psychische Verfassung stabilisieren oder verbessern und zu einer rascheren Gesundung beitragen. Umgekehrt können schlechte Arbeitsbedingungen oder Konflikte am Arbeitsplatz psychische Krisen auslösen. Auch das Fehlen von Arbeit kann gravierende Folgen für die psychische Gesundheit haben, zum Beispiel bei Langzeitarbeitslosigkeit.

ARBEIT UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT HÄNGEN ZUSAMMEN

Dass Arbeit und Arbeitslosigkeit derart eng mit dem psychischen Gesundheitszustand verknüpft sind, hängt mit der Bedeutung von Erwerbstätigkeit zusammen: Arbeit strukturiert die Zeit und ermöglicht die Erfahrung arbeitsbezogener Ereignisse (Pause, Feierabend, Wochenende, Ferien, Pensionierung). Arbeit aktiviert und ermöglicht soziale Kontakte, trägt zu Identitätsbildung, Kompetenzerleben, Selbstvertrauen und Ansehen bei. Arbeiten bedeutet, gerade auch für psychisch kranke, verunsicherte und stigmatisierte Menschen, «nützlich» zu sein für die Gesellschaft und etwas beitragen zu können. Und schliesslich ermöglicht Erwerbstätigkeit finanzielle Unabhängigkeit. Erwerbstätigkeit beeinflusst nicht nur den psychischen Zustand, sondern ist der entscheidende Schlüssel zur gesellschaftlichen Zugehörigkeit.

Daher erstaunt es nicht, dass Arbeit zu den ältesten psychiatrischen Behandlungsformen gehört und schon in der Antike erwähnt wurde. In ihrer «Geschichte der Psychiatrie» beschreiben Schott und Tölle (2006) anschaulich, wie sich die Arbeitstherapie im weiteren Sinne aus der antiken Tradition der «Diätetik», der Lehre der gesunden Lebensführung, heraus entwickelt hat. Zu einer solchen gehörte unter anderem die Balance von Bewegung (Arbeit) und Ruhe, ein Konzept, welches sich über die mittelalterlichen Klosterregeln (*ora et labora*), die Entwicklung der psychiatrischen Anstalten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zu den Anfängen der modernen Arbeitstherapie – und letztlich bis heute – finden lässt.

DIE ARBEIT ALS WICHTIGER BESTANDTEIL DER PSYCHIATRIE

Schott und Tölle zeigen, dass Pioniere der Psychiatrie früh auf die zentrale Funktion der Arbeitstätigkeit hinwiesen, zum Beispiel Philippe Pinel («Eine erquickende Bewegung, oder eine mühsame Arbeit, hemmen die Ausschweifungen der Wahnsinnigen ...», 1801), Johann Christian Reil («... ausserdem ist die Arbeit noch ein treffliches Mittel, den Irrsinn selbst zu heilen. Sie muss gesund, wo möglich in freier Luft und mit Bewegung und Abwechslung verbunden sein», 1803), Samuel Tuke («Unter allen Mitteln, die man anwenden kann, die Kranken zur Selbstbeherrschung zurückzuführen, ist eine regelmässige Beschäftigung vielleicht das allgemein wirksamste ...», 1813), Wilhelm Griesinger («So gilt mit Recht eine stetige Beschäftigung des Kranken, besonders aber sein eigenes Verlangen nach Arbeit für ein Zeichen entschiedener Besserung und bildet oft den Anfang der Genesung», 1845) oder später auch Eugen Bleuler («Am meisten wird die Arbeitstherapie allen

«Arbeit und Arbeitslosigkeit sind eng mit dem psychischen Gesundheitszustand verknüpft.»

[therapeutischen] Anforderungen gerecht. Sie übt die normalen Funktionen der Psyche, gibt unaufhörlich Gelegenheit zu aktivem und passivem Kontakt mit der Wirklichkeit, übt die Anpassungsfähigkeit und zwingt den Patienten den Gedanken ans normale Leben draussen auf ...», 1911).

HERMANN SIMONS «AKTIVE KRANKENHAUS-BEHANDLUNG»

Systematisch eingesetzt wurde die Arbeitstherapie dann nach dem 1. Weltkrieg von Hermann Simon in Gütersloh, dem die «aktivere Krankenhausbehandlung» ein zentrales Anliegen war und der sich damit gegen die mittlerweile vorherrschende passive «Bettbehandlung» wandte. Simon konnte zeigen, dass eine konsequente aktivere arbeits- und psychotherapeutische Behandlung die Anstaltsatmosphäre deutlich verbesserte und damit auf Zwangsmassnahmen mehrheitlich verzichtet werden konnte. Hingegen reduzierte sich die Hospitalisationsdauer nicht wie erhofft, da man in den damaligen Kliniken «gute Arbeiter» aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht gerne ziehen liess – ein Phänomen, das sich noch heute manchmal in geschützten Werkstätten zeigt. Hier offenbart sich zudem ein grundlegendes Problem von institutionsgebundenen Beschäftigungsmöglichkeiten: Es fehlt die weiterführende Perspektive nach aussen.

ARBEITSTHERAPIE ALS VORBEREITUNG AUF DIE DEHOSPITALISIERUNG

Die Arbeitstherapie geriet in der Folge aus verschiedenen Gründen – unter anderem wegen des Aufkommens von neuen somatischen und psychotherapeutischen Verfahren – wie schon in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wiederum etwas in Vergessenheit. In den 60er-Jahren erhielt sie mit der aufkommenden Sozialpsychiatrie in England unter dem Stichwort der «industrial therapy» durch Douglas Bennett und andere einen neuen rehabilitativen Fokus (Reker, 1998). Dank produktivitätsorientierter, realitätsnaher und leistungsbezogen bezahlter Arbeit sollten Klinikpatienten ihre Arbeitsfähigkeit trainieren und für die Zeit ihres Klinikaustritts auf den Arbeitsmarkt vorbereitet werden – was häufig auch gelang. Mit zunehmender Dehospitalisierung der Langzeitpatienten verlor die stationäre Arbeitstherapie zugunsten arbeitsrehabitativer Angebote für die mittlerweile ausserhalb der Klinik lebenden Patienten zahlenmässig an Bedeutung. Was geblieben ist in der Klinik, sind aktivierende und ergotherapeutische Angebote («Ateliers»), die trotz zunehmend kürzerer Klinikaufenthalte einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung und Förderung der psychischen Stabilisierung sowie der Funktionsfähigkeit erbringen.

DIE SOZIALPSYCHIATRISCHE BEWEGUNG

In der Folge etablierten sich – in der Schweiz etwas später seit den 80er-Jahren – eine Vielzahl von sozialpsychiatrischen und arbeitsrehabilitativen Einrichtungen wie Tagesstätten und -kliniken, Wohnheime, Werkstätten und berufliche Integrationsprogramme. Etwa zur selben Zeit begann auch die – lange Zeit spärliche – arbeitsrehabilitative Forschung mit Untersuchungen zur Erwerbsquote schwer psychisch kranker Menschen, zu den Prognosefaktoren für eine erfolgreiche Eingliederung und zu den Erfolgsquoten von Rehabilitationsprogrammen. Der Fokus lag dabei sowohl bei den Angeboten wie auch bei der Forschung auf der Reintegration von schwer und chronisch kranken früheren Langzeitpatienten.

Mit der Gründung der Invalidenversicherung im Jahr 1960 wurde eine finanzielle Grundlage geschaffen für den systematischen Aufbau von Institutionen für Behinderte. Im Jahr 2008 waren jeweils rund 25 000 geschützte Werkstätten- und Wohnheimplätze vom damals noch zuständigen Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) bewilligt – auf die Personen mit einer Behinderung bezogen, die häufig teilzeitbeschäftigt sind, also nochmals deutlich mehr. Rund 40 Prozent aller Beschäftigten mit einer Behinderung in der Schweiz sind psychisch kranke Menschen. Mit ihrem breiten und differenzierten Angebot von geschützten Werkstätten nimmt die Schweiz international einen Spitzenplatz ein.

Die in der Schweiz um etwa 1980 einsetzende sozialpsychiatrische Bewegung hat zum Aufbau vieler, auf psychisch Kranke spezialisierter Werkstätten geführt, die dort eine attraktive Alternative zur früheren Langzeithospitalisation fanden. Die Klientel dieser Werkstätten bestand zu einem rechten Teil aus schizophrenen Patienten – ein Umstand, der die fachliche Ausrichtung der Arbeitsrehabilitation bis heute prägt: Personen mit einer schizophrenen Erkrankung profitieren wegen ihrer oft vorhandenen Denkstörungen (Probleme beim Planen, Organisieren, Konzentrieren, Priorisieren, Umsetzen von Ideen etc.) zunächst von repetitiven, einfach strukturierten Tätigkeiten in einem klaren Rahmen und schrittweisen, langsam steigenden Anforderungen. Daraus hat sich das sogenannte «Stufenmodell» der Rehabilitation entwickelt, das die Invalidenversicherung seit 2008 mit der Einführung der niederschweligen «Integrationsmassnahmen» wieder aufgegriffen hat.

DAS «STUFENMODELL» UND SEINE GRENZEN

Die Erfahrung zeigt allerdings zum einen, dass geschützte Werkstätten zwar bei der Berufsausbildung junger Behinderter Erfolg haben können, dass sie aber bei den erwachsenen IV-Rentnerinnen und -Rentnern meist eine Dauerlösung darstellen – ohne nennenswerte Perspektive für eine Integration im ersten Arbeitsmarkt. Zum anderen hat sich in den letzten Jahrzehnten die Klientel in der Arbeitsrehabilitation stark verändert: Die schizophrenen Patienten sind zwar noch häufig in Werkstätten anzutreffen, stellen aber (neben Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, affektiven und neurotischen Störungen) nur eine Minderheit in der Arbeitsrehabilitation insgesamt dar. Für die Mehrheit der Patienten ist das Stufenmodell nicht geeignet, da es nicht nur darum geht, die Arbeitsfähigkeit zu steigern, sondern vor allem darum, die Behinderung als solche zu

akzeptieren und den Arbeitsplatz entsprechend anzupassen. Bei psychisch Kranken wären dies nicht die Rollstuhlgängigkeit oder der höhenverstellbare Schreibtisch, sondern zum Beispiel vermehrte Einzelarbeit, häufigere Kurzpausen oder klar strukturierte Arbeitsaufträge und ein regelmässiges kurzes Feedback des Chefs.

DAS «SUPPORTED EMPLOYMENT»-MODELL UND SEINE GRENZEN

Schon vor rund 30 Jahren wurde aus diesen Überlegungen heraus erstmals ein ganz neues arbeitsrehabilitatives Modell entwickelt (ursprünglich für geistig behinderte Menschen), das sogenannte «Supported Employment». Mit den Prinzipien des «Supported Employment» wurde ein neues Paradigma geschaffen, da der Grundsatz «first train then place» ersetzt wurde durch «first place then train». Das heisst, auch schwer behinderte Klienten sollten zunächst unterstützt werden, rasch einen Arbeitsplatz ihrer Wahl im ersten Arbeitsmarkt zu finden, und danach an diesem Arbeitsplatz begleitet werden. Zudem sollte die Unterstützung unbefristet und integriert erfolgen, das heisst von einem gemischten Team von Psychiatern, Psychologen und Arbeitsspezialisten. Diese Programme sind heute die am besten erforschten und wirksamsten arbeitsrehabilitativen Angebote und haben sich in den letzten Jahren auch in der Schweiz zunehmend etabliert, unter anderem an den universitären Zentren in Zürich, Bern und Lausanne. Dennoch offenbaren sich auch hier Probleme: Wegen der Fokussierung auf die schwer und chronisch Kranken greift auch dieses Angebot quantitativ und gesellschaftspolitisch zu kurz und die beachtlichen Arbeitserfolge (man findet Arbeitsplätze!) führen zudem kaum je zu einer Minderung der IV-Rente, weil die erzielten Erwerbseinkommen zu gering sind.

FAZIT

Was lässt sich aus diesem Abriss der arbeitsrehabilitativen Psychiatriegeschichte entnehmen? Zum einen, dass Arbeit von jeher ein zentraler Bestandteil der psychiatrischen Behandlung gewesen ist und dass die Betonung von Arbeit in der Psychiatrie meist mit freieren Behandlungsformen und weniger Zwang einherging. Zweitens, dass die Bedeutung der Arbeitstherapie oder -rehabilitation starken Schwankungen unterlag und es immer wieder Phasen gab, wo man diese vernachlässigte zugunsten anderer, potentiell wichtigerer Behandlungsformen. Drittens, dass Arbeit bis heute vor allem institutionszentriert betrachtet wurde (in der psychiatrischen Anstalt, in der Werkstätte) mit zu wenig Perspektive auf das finanziell autonome Bestehen im Arbeitsmarkt. Viertens, dass die historisch sinnvollen arbeitsrehabilitativen Konzepte heute nicht mehr genügen. Und vor allem, dass Arbeit nicht in erster Linie ein Hilfsmittel für die psychiatrische Behandlung, sondern eine aktive Behandlung auch eine Hilfe zum Verbleib im Arbeitsmarkt sein sollte – was Mittel ist und was Zweck, diese Priorisierung ist heute in der Psychiatrie konsequent zu reflektieren.