

ERWERBSTÄTIGKEIT ALS EIN PRIORITÄRES BEHANDLUNGSZIEL

Eine Arbeit zu haben, erwerbstätig zu bleiben oder es wieder zu werden – das verbessert und beschleunigt den Behandlungserfolg bei psychischen Störungen. Ebenso entstehen durch Stellenverluste und Arbeitsunfähigkeiten enorme wirtschaftliche Folgekosten. Die Psychiatrie muss deshalb vermehrt «an die Front»: Austausch und Kooperation mit dem Arbeitsumfeld sind notwendig, mit dem Ziel, eine bestehende Erwerbstätigkeit zu erhalten.

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.

Eine zentrale Herausforderung der psychiatrischen Behandlung liegt in Zukunft darin, nicht nur Symptome und Befindlichkeit zu verbessern, sondern stärker, als dies heute der Fall ist, zum Verbleib der Patienten im Arbeitsmarkt beizutragen. Das ist insofern nicht trivial, weil Erwerbstätigkeit zwar das Behandlungsergebnis verbessert, umgekehrt aber auch die beste psychiatrische Behandlung per se noch keinen Effekt auf die Arbeitsmarktintegration hat (OECD, 2015). Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Psychiatrie wirksame Interventionen in einem neuartigen Umfeld – am Arbeitsplatz – und ein erweitertes Behandlungsverständnis entwickeln.

ES BRAUCHT NEUARTIGE FORSCHUNG UND INTERVENTIONEN

Nicht wenige Psychiater in der Schweiz haben zwar noch einen Bezug zu einer sozialpsychiatrischen Perspektive und betrachten die psychische Krankheit auch auf dem Hintergrund der sozialen Bezüge des Patienten. Die «Sozialpsychiatrie» mit ihrer Blüte in den 70er- und 80er-Jahren ist heute aber kaum mehr eine Referenz. Sie bezog sich ursprünglich vor allem auf schwer und chronisch Kranke und auf die Dehospitalisierung von Langzeitpatienten aus den Kliniken und wurde weder wissenschaftlich noch praktisch auf die grosse Mehrheit der Patienten mit leichteren Krankheiten und (teilweise) vorhandener sozialberuflicher Integration übersetzt und aktualisiert. Vereinfacht gesagt: Die «Sozialpsychiatrie» gibt keine evidenzbasierten Antworten darauf, ob und wie der Psychiater mit dem Arbeitgeber eines Patienten Kontakt aufnehmen soll, anhand welcher Kriterien er die Arbeitsfähigkeit eines Patienten am besten einschätzen kann, unter welchen Bedingungen er einen Patienten länger, kürzer oder gar nicht krank schreiben sollte oder mit welchem Prozedere er einen depressiven, schizophrenen oder neurotischen Patienten nach der Krankschreibung am besten wieder an den Arbeitsplatz zurückbringt. Das bedeutet, dass die Psychiatrie die arbeitsbezogene Forschung vorantreiben und Interventionen sowie Indikationskriterien entwickeln muss, wenn sie stärker zur Erwerbstätigkeit ihrer Patienten beitragen will – statt nur zur Beschäftigung ohne Integrationsziel.

KAUM KONTAKTE ZWISCHEN PSYCHIATRIE UND ARBEITGEBERN

Jede Psychiaterin und jeder Psychiater weiss zwar grundsätzlich, dass Erwerbstätigkeit eine stabilisierende Funktion hat. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass erwerbstätige Patienten kürzere Behandlungsdauern haben und trotzdem eine bessere Genesung zeigen als nichterwerbstätige Patienten – unabhängig vom Schweregrad ihrer Erkrankung (Cahn & Baer, 2003; Baer et al., 2013). Dennoch wird die Arbeitssituation der Patienten in der psychiatrischen Behandlung bis heute als eines von beliebig vielen Themen des Patienten abgehandelt. Dies manifestiert sich zum Beispiel daran, dass Psychiater nur sehr selten Kontakt haben zu den Arbeitgebern ihrer erwerbstätigen Patienten – auch dann, wenn die Patienten unter relevanten Problemen am Arbeitsplatz leiden oder Gefahr

«Führungskräfte sind im Umgang mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden oft überfordert.»

laufen, den Arbeitsplatz zu verlieren. Psychiater haben vor allem dann Kontakt mit Arbeitgebern, wenn es sich um chronisch kranke Patienten in geschützten Werkstätten handelt – dort sind (sozialpsychiatrisch geschulte) Psychiater gewohnt zu vermitteln.

Aber drei von vier Personen mit einer psychischen Krankheit sind im ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig und viele von ihnen haben Ängste und zumindest leichte Leistungsprobleme bei der Arbeit: 70 Prozent der Erwerbstätigen mit leichteren psychischen Störungen berichten zum Beispiel über gesundheitsbedingte Produktivitätseinbussen, bei schweren psychischen Störungen sind es gar 90 Prozent. Im Vergleich dazu berichten nur 25 Prozent der psychisch gesunden Erwerbstätigen über eine reduzierte Produktivität (OECD, 2012). Die Produktivitätsverluste und Arbeitsunfähigkeiten machen denn auch den Hauptteil der Folgekosten psychischer Störungen von insgesamt 19 Milliarden Franken pro Jahr in der Schweiz aus und sind teurer als die gesamten Behandlungskosten. Der seltene Kontakt zwischen Ärzteschaft, Arbeitgebern, IV-Beratern oder Case Managern von Krankentaggeldversicherern wird deshalb weder den Patientenbedürfnissen noch der wirtschaftlichen Bedeutung von Arbeitsproblemen gerecht und fördert zudem gegenseitige Klischees, welche die Integration vehement blockieren können (Baer, 2014). Ein engerer Kontakt zwischen Arbeitgeber und Psychiater ist auch entscheidend, weil Führungskräfte im Umgang mit psychisch auffälligen «schwierigen» Mitarbeitenden normalerweise überfordert sind. Dies führt zu erheblichen Belastungen der ganzen Arbeitsumgebung und in schweren Fällen meist zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses.

DIE SCHWEIZ HAT EIN ENORMES POTENTIAL

Auf der anderen Seite besteht in der Schweiz ein besonders grosses Potential: Kein Land verfügt über eine solch hohe Psychiaterdichte wie die Schweiz – die Schweiz hat dreimal so viele Psychiater pro Bevölkerung wie der Durchschnitt der OECD-Länder. In vielen anderen Ländern wird die psychiatrische Versorgung hauptsächlich durch die Hausärzte übernommen. Die Psychiater in der Schweiz behandeln ihre Patienten zudem oft über Jahre hinweg, kennen ihre Defizite, Ressourcen, Ängste und Konflikte am Arbeitsplatz normalerweise gut und wären in der Lage, Führungskräfte zu unterstützen.

UNGENÜGENDES ASSESSMENT DER ARBEITSPROBLEME

Umgekehrt kennen sie die Arbeitssituation und die Arbeitsproblematik ihrer Patienten nur indirekt aus deren Schilderung. Diese mag zutreffend sein oder getrübt durch die Pathologie oder die Persönlichkeit. Der Kontakt zum Arbeitgeber würde dem Psychiater hier die nötige Aussensicht liefern, die er für eine solide Beurteilung der Arbeitsfähigkeit benötigt. Das Potential dieses vermehrten Austausches für die Analyse der Arbeitsproblematik und für die Planung von gezielten rehabilitativen Interventionen wird bisher kaum genutzt. So hat sich beispielsweise in früheren wie auch aktuellen Untersuchungen von IV-Rentnern gezeigt, dass die IV-Stellen nur selten ärztliche Informationen erhalten, welche für die Eingliederungsplanung von Nutzen sind (Baer et al., 2009; Baer et al., 2016). In den IV-Akten von Personen, die sehr jung invalidisiert wurden, findet man zum Beispiel nur in 15 Prozent der Fälle ärztliche Informationen darüber, welche Anpassungen der Versicherte bei der Arbeit oder in der Berufsausbildung benötigen würde, und nur bei 30 Prozent der Jungrentner wurde vor der Berentung jemals ein ärztliches Gutachten erstellt. Bei der sehr grossen Gruppe der jungen schizophrenen Rentner mit oft gutem Bildungspotential wurde nur bei 25 Prozent ein Gutachten erstellt – bei Jungen mit neurotischen Störungen gar nur in 10 Prozent der Fälle (!). Angesichts der menschlichen und ökonomischen Tragweite eines IV-Renten-Entscheidung im frühen Erwachsenenalter – es handelt sich fast immer um einen dauerhaften Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt – ist das völlig ungenügend.

DIE PSYCHIATRIE MUSS «AN DIE FRONT»

Grundsätzlich liegt die Herausforderung für die Psychiatrie darin, ihr Wissen und ihre Kooperation über den engeren Rahmen der Behandlung hinaus überall dort zur Verfügung zu stellen, wo dies bei Arbeitsproblemen dringend benötigt wird: nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch in der Beratung von arbeitslosen und sozialhilfeabhängigen Klienten, von denen rund ein Drittel an einer meist unerkannten psychischen Störung leidet, welche die Arbeitssuche stark behindert (OECD, 2014). Zudem wäre auch ein enger Kontakt zur Psychiatrie in der hausärztlichen Praxis und in der Berufsausbildung wichtig: Psychische Störungen beginnen meist schon während der Ausbildungszeit und erhöhen das Risiko für einen frühzeitigen Abbruch der nachobligatorischen Schule oder Berufsausbildung. Hier kommt die psychiatrische Behandlung oft zu spät (Baer et al., 2016).

Für die Umsetzung eines erweiterten Behandlungsverständnisses und einer engeren Kooperation zwischen diesen Akteuren und der Psychiatrie sind verschiedene Modelle denkbar: Entweder die Akteure «an der Front», die meist zuerst mit psychisch Kranken in Kontakt kommen, wie die Arbeitslosenversicherung, die Hausärzte oder die Schulen stellen eigene Psychiater oder Psychologen an, respektive Hausärzte und Psychiater arbeiten in interdisziplinären Gruppenpraxen zusammen. Oder die verschiedenen Systeme entwickeln integrierte Versorgungsmodelle, das heisst systematische Kooperationen mit Regeln darüber, wie zusammen gearbeitet wird.

«Psychische Störungen beginnen meist schon in der Ausbildungszeit.»

BEHANDLUNGSVERSTÄNDNIS ERWEITERN

Solch neue Wege setzen voraus, dass die Psychiatrie ihr Behandlungsverständnis in Bezug auf den Arbeitsmarkt erneuert. Wenn man psychisch Kranke im Arbeitsmarkt halten will, genügt es nicht, sich allein auf das Erleben der Patienten abzustützen. Vielmehr sollte der Psychiater das gesamte Arbeitsumfeld im Auge haben: Welche Unterstützung benötigt der Chef des Patienten, um diesen mit der nötigen Sicherheit führen zu können? Wie sollte das Team allenfalls in geeigneter Form informiert werden? Welches sind die Arbeitsaufgaben des Patienten, welche konkreten Arbeitsanpassungen sind möglich im Betrieb und welche Kultur herrscht dort? Die Psychiatrie muss ihre Perspektive erweitern, um hilfreich intervenieren zu können. Sie muss – wie sie das bei Interventionen im familiären Umfeld schon lange tut – auch die emotionale Situation der Umgebung erfassen. Und dafür muss sie Stereotype überwinden («Die Arbeitswelt wird immer schlimmer», «Jeder, der nicht 150 Prozent Leistung bringt, wird entlassen» etc.). Wenn ihr das gelingt, dann wird die Psychiatrie an Relevanz gewinnen.