

Patienten mit psychisch bedingten Arbeitsproblemen: Besonderheiten und Handlungsmöglichkeiten

Patients with Mental Health-related Problems at Work: Characteristics and Possible Interventions

Niklas Baer

Fachstelle Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland, Liestal

Zusammenfassung: Psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten und Invalidisierungen haben stark zugenommen und sind heute ein vordringliches gesundheits- und sozialpolitisches wie auch volkswirtschaftliches Problem. Hausärzte sind häufig mit Patienten mit Arbeitsproblemen konfrontiert. Der Artikel zeigt wesentliche krankheits-, personen- und umweltbezogene Risikofaktoren auf und gibt Hinweise, was Hausärzte tun können, um diese Patienten noch gezielter zu unterstützen.

Schlüsselwörter: Psychische Störung, Arbeitsunfähigkeit, Absenzen, Invalidenversicherung, Arbeitsrehabilitation

Abstract: Mental health-related work problems, sickness absences and disability benefits have strongly increased over the past decades in most OECD countries – causing not only individual suffering, but also a relevant societal and economic burden. A high amount of patients in GPs practice have mental health-related work problems. In this article, important risk factors for working problems are discussed. Finally, possibilities for GPs are mentioned how to support such patients effectively.

Keywords: Mental disorders, employment, sickness absence, vocational rehabilitation, integration

Résumé: Les problèmes au travail, les absences et les rentes de l'AI à cause des maladies psychiques ont augmenté très fortement et sont aujourd'hui un vrai défi pour la politique sociale. Les médecins de famille traitent souvent des patients avec un problème au travail relatif à une maladie psychique. Cet article discute quelques facteurs qui jouent un rôle important concernant des problèmes au travail et donne des indications sur les interventions efficaces.

Mots-clés: Maladies psychiques, travail, insertion professionnelle, absence, invalidité

Zunahme der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten

Die letzten Jahrzehnte haben einen starken Anstieg von psychisch bedingten Arbeitsproblemen, Arbeitsunfähigkeiten und Invalidisierungen gezeigt, in der Schweiz wie auch in den meisten OECD-Ländern.

In den vergangenen 30 Jahren ist in der Schweiz die Anzahl der IV-Renten aus psychischen Gründen um mehr als 400 % gestiegen, während der Anstieg der IV-Renten aus allen anderen medizinischen Gründen «lediglich» 40 % betrug. Dieser Trend schlägt sich auch bei den Arbeitsunfähigkeiten nieder: Psychische Leiden sind heute bei vielen Krankentaggeldversicherungen die kostspieligste Krankheitsgruppe, noch vor den Erkrankungen des Bewegungsapparates – vor allem, weil sie häufig sind und besonders lange dauern.

Die Gründe für die zunehmende Ausgliederung werden häufig pauschal in negativen Veränderungen der Arbeits-

welt gesehen. Hier zeigen die Daten allerdings ein differenziertes Bild: Die jährliche Gesamtarbeitsstundenanzahl hat beispielsweise zwischen 1990 und 2010 in Europa abgenommen, die erlebte Arbeitsintensität ist gleich geblieben (rund 60 % der Erwerbstätigen finden diese hoch oder sehr hoch), die Arbeitszufriedenheit liegt nach wie vor bei 85 % zufriedener oder sehr zufriedener Erwerbstätiger – und der Anteil der Mitarbeitenden, die sich von den Arbeitskollegen gut oder sehr gut unterstützt fühlen, bei rund 90 % [3].

Sensibilisierung und Professionalisierung der Hilfen

Die Gründe für die zunehmende Ausgliederung sind letztlich unklar. Klar ist allerdings, dass sie nicht auf eine Zunahme psychischer Krankheiten in der Bevölkerung zurückzuführen sind. Die psychiatrisch-epidemiologische Forschung zeigt insgesamt in den letzten Jahrzehnten kei-

ne Zunahme (z.B. [4]). Offensichtlich hat sich unser Bewusstsein gegenüber psychischen Krankheiten geändert. Es hat eine Sensibilisierung und eine gewisse Enttabuisierung psychischer Störungen stattgefunden und vor allem auch eine enorme Professionalisierung der Hilfen. Jedes Jahr nehmen in der Schweiz rund 500 000 Personen eine spezialisierte psychiatrische Behandlung (in psychiatrischen Praxen und Institutionen) in Anspruch. Die Professionalisierung hat jedoch nicht verhindern können, dass immer mehr psychisch kranke Personen aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen wurden. Dies zeigt, dass es auch in einer optimalen ärztlichen Behandlung zusätzliche Elemente braucht, um Patienten im Arbeitsmarkt zu halten.

Unternehmen tragen die Hauptlast psychiatrischer Folgekosten

Die Häufigkeit psychischer Störungen – wenn diese auch oft leichter Natur sein mögen – ist einer der Gründe, warum psychische Störungen bei Personen im Erwerbsalter sehr hohe Kostenfolgen zeitigen: Die Kosten belaufen sich in der Schweiz jährlich auf rund 20 Milliarden Schweizerfranken [6] – exklusive Suchterkrankungen und Produktivitätsverlusten von Führungskräften und Arbeitskollegen wegen eines psychisch erkrankten Mitarbeiters. Die Hauptlast dieser Kosten entsteht aber nicht im Gesundheitswesen, sondern infolge von Arbeitsausfällen (Absenzen), Invalidisierungen und vor allem von Produktivitätsverlusten von am Arbeitsplatz präsenten Mitarbeitenden mit psychischen Problemen. Das liegt zum einen an der Häufigkeit von Erwerbstätigen mit einer psychischen Störung (rund 20 %) und zum anderen daran, dass rund 75 % dieser Personen eine reduzierte Produktivität aufweisen (gegenüber 25 % der Mitarbeitenden ohne psychische Erkrankung). Umso wichtiger ist es, die grosse Mehrheit der erwerbstätigen psychisch auffälligen Patienten nicht zu übersehen.

Ein grosser Teil der Praxisklientel hat psychisch bedingte Arbeitsprobleme

In einigen Fällen sind die Arbeitsprobleme explizit ein Thema in der Behandlung, in vielen Fällen hingegen nicht. Beispielsweise haben rund ein Drittel der erwerbstätigen Patienten von psychiatrischen Praxen aktuell Probleme am Arbeitsplatz und ein weiteres Drittel ist invalidisiert, arbeitslos oder sozialhilfeabhängig. Gleichzeitig haben Psychiater vergleichsweise selten Kontakt zu Arbeitgebern [7]. Da psychische Probleme in der hausärztlichen Praxis sehr häufig sind, ist auch hier bei erwerbstätigen Patienten oft von Arbeitsproblemen auszugehen. Dabei sollte nicht unterschätzt werden, dass auch «leichtere» psychische Störungen bei der Arbeit sehr hindernd sein und zur Ausgliederung führen können, z.B. Angststörungen, leichtere Depressionen, «schwierige» Persönlichkeiten etc.

Psychische Krankheiten wirken sich am Arbeitsplatz oft negativer aus als körperliche Krankheiten oder Beein-

trächtigungen nach einem Unfall. Dies hat zum einen mit Merkmalen von psychischen Krankheiten zu tun, zum anderen mit Merkmalen der psychisch kranken Person und schliesslich mit Merkmalen des Umfeldes.

Frühe und oft wiederkehrende Störungen

Zu den Besonderheiten psychischer Krankheiten gehört zum einen der meist sehr frühe Beginn: 50 % aller psychischen Störungen beginnen vor dem 15. Altersjahr, 75 % beginnen vor dem 25. Altersjahr [1]. Das bestätigt sich, wenn man das Ersterkrankungsalter bei IV-Rentnern aus psychischen Gründen in der Schweiz betrachtet (Abb. 1).

Die meist sehr frühe Erkrankung relativiert die medial verbreitete «Burnout»-Diskussion: Normalerweise handelt es sich bei einem Patienten mit Burnout-Symptomatik um ein komplexeres Problem mit langem Vorlauf. Ein «reines» Burnout wegen Arbeitsüberlastung und ohne jegliche psychiatrische Vorgeschichte, ohne auffällige Persönlichkeit und ohne Arbeitsprobleme an früheren Arbeitsstellen ist selten. Der frühe Beginn psychischer Störungen hat zur Konsequenz, dass es sich bei diesen Patienten oft schon um früh und tief verunsicherte Personen handelt, die krankheitsbedingt Versagenserfahrungen und Konflikte in Schule, Ausbildung und bei der Arbeit erlebt haben. Nicht selten entwickelt sich daraus mit der Zeit auch ein gewisses Vermeidungsverhalten. Eine weitere Besonderheit psychischer Krankheit liegt im oft wiederkehrenden oder anhaltenden Verlauf. Man muss demnach auch bei aktuellen Arbeitsproblemen davon ausgehen, dass sie erstens nicht neu sind und zweitens auch künftig wieder vorkommen werden. Das bedeutet für den Arzt, dass er regelmässig nachfragen sollte, wie es dem Patienten bei der Arbeit geht.

Die Persönlichkeit ist oft relevanter als die psychiatrischen Symptome

Auffällige Persönlichkeitszüge sind speziell bedeutsam. Insgesamt haben laut behandelnden Hausärzten und Psychiatern rund 70 % der IV-Berenteten aus psychischen Gründen in der Schweiz zumindest eine auffällige Persönlichkeit [2]. Meist handelt es sich dabei um ängstlich vermeidende, abhängige (sehr «anhängliche», unselbständige Personen) sowie emotional-instabile und narzisstische Persönlichkeiten. Die mit grossem Abstand häufigste Diagnose, die zu einer IV-Rente führt, sind denn auch Persönlichkeitsstörungen (Abb. 2).

Diese Störungen zeichnen sich im Arbeitsumfeld dadurch aus, dass zwar oft eine an sich gute Leistungsfähigkeit vorhanden ist, dass aber das Verhalten des Patienten inadäquat ist und häufig zu Konflikten und schliesslich zu Stellenverlusten führt. Arbeitgeberbefragungen (z.B. [5], [8]) zeigen regelmässig, dass es aus Sicht der Führungskräfte zwei grosse Gruppen von Mitarbeitenden mit psychischen Problemen gibt: Mitarbeitende mit «schwierigem» Verhalten und solche mit depressiven Problemen (Abb. 3).

Bei Patienten mit einer auffälligen Persönlichkeit ist es wichtig, dass der behandelnde Arzt – Entbindung der Schweigepflicht vorausgesetzt – das Arbeitsumfeld informiert, stützt und sich nicht vorschnell und einseitig mit der Sicht des Patienten identifiziert («Mobbing», «schlechter Chef» etc.). Solche Patienten haben oft eine gestörte soziale Wahrnehmung, erleben die Probleme normalerweise bei den anderen und realisieren nicht, wie

sie selbst z.B. mit impulsivem, undiszipliniertem, launischem, entwertendem, vermeidendem oder egoistischem Verhalten Konflikte überhaupt erst auslösen. Anders als z.B. bei einer depressiven Problematik erkennt die Arbeitsumgebung hier jedoch selten, dass es sich um eine psychische Störung handelt – ein Umstand, der das Mitleid reduziert und das Kündigungsrisiko erhöht. Der Hausarzt sollte deshalb solchen Patienten sehr klar die

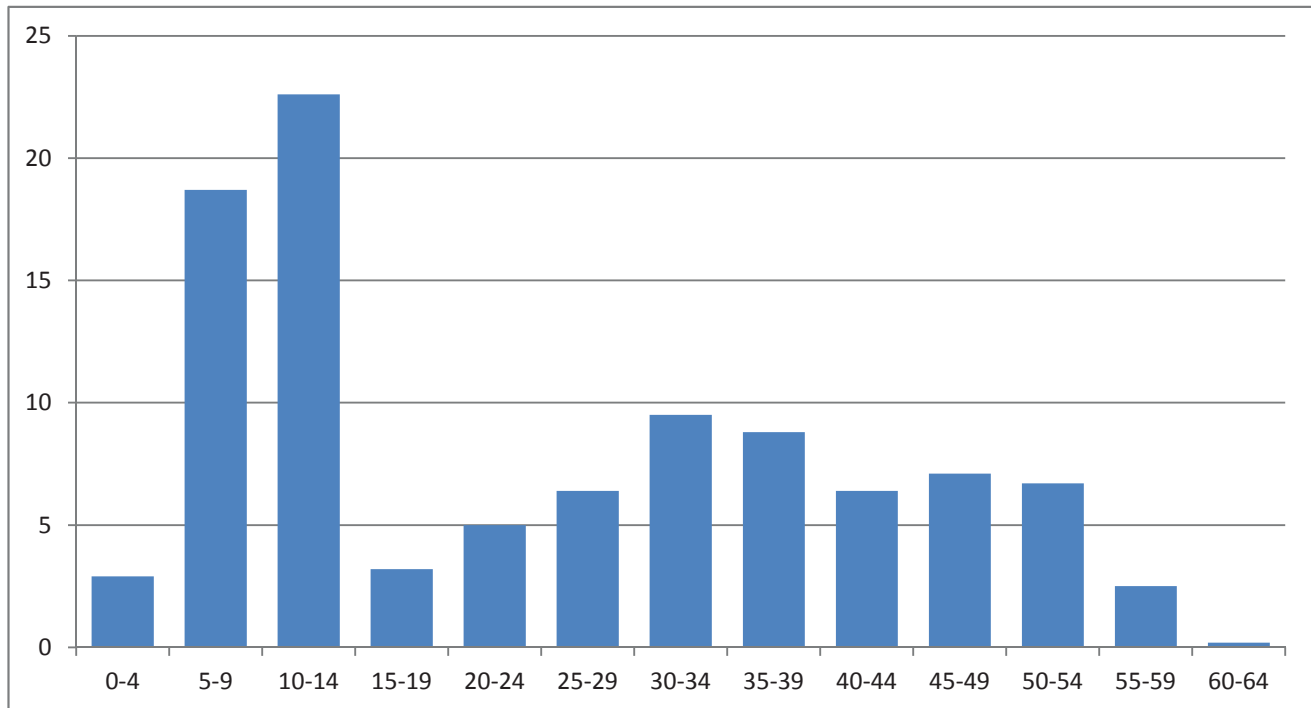


Abbildung 1. Psychische Arbeitsprobleme haben einen langen Vorlauf. Ersterkrankungsalter von IV-Rentnern aus psychischen Gründen in der Schweiz (n = 833) [2].

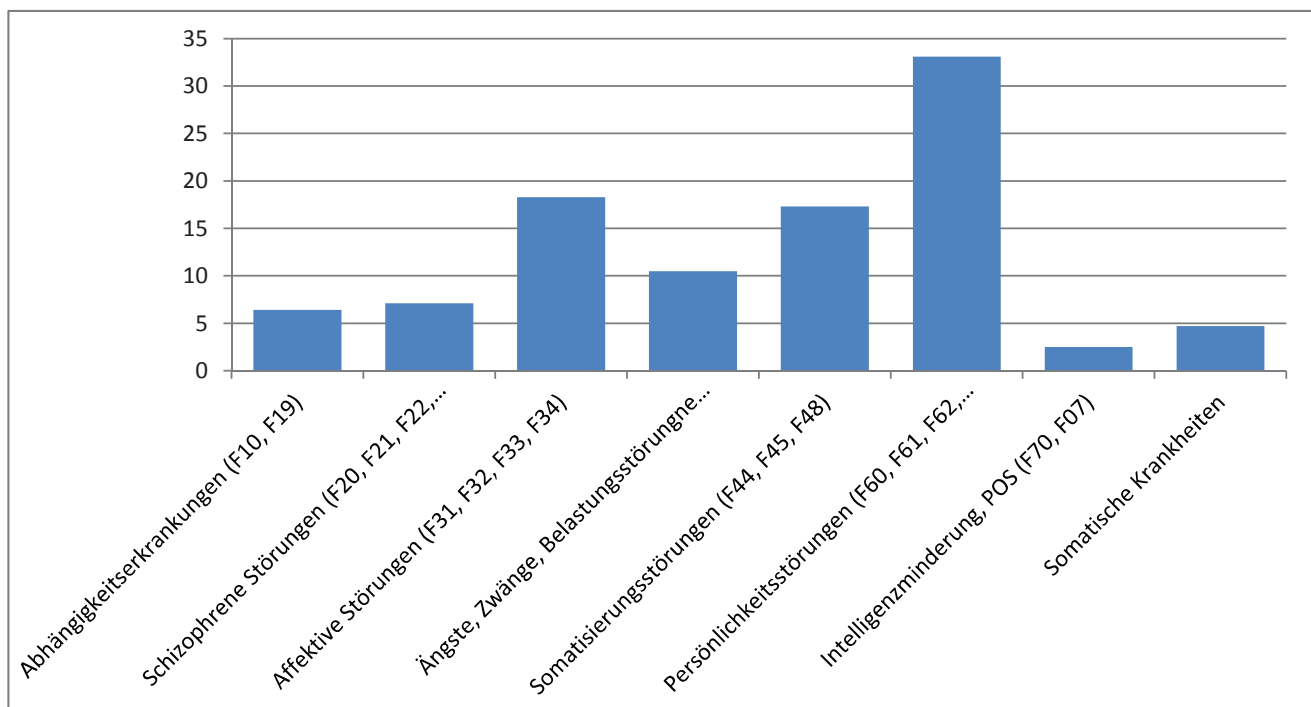


Abbildung 2. Persönlichkeitsstörungen sind besonders invalidisierend. Rentenrelevante Diagnose bei IV-Rentnern aus psychischen Gründen in der Schweiz (n = 830) [2].

Vor- und Nachteile eines Kontaktes zwischen Arzt und Arbeitgeber und einer adäquaten Information des Arbeitgebers aufzeigen.

Arbeitsbezogene Ängste und Vermeidungsverhalten

Es gibt kaum Patienten mit Arbeitsproblemen, bei denen arbeitsbezogene Ängste keine wichtige Rolle spielen. Praktisch relevant ist der Umstand, dass Patienten ihre arbeitsbezogenen Ängste oft nicht äussern und man diese deswegen übersieht. Ängste wirken sich im Hintergrund sehr destruktiv auf Integrationsbemühungen aus, weil sie zu einem Vermeidungsverhalten führen. Und je mehr potenziell angstausslösende Situationen vermieden werden, desto stärker wird die Angst etc. Umso wichtiger ist es, Patienten mit Arbeitsproblemen oder mit häufigem Wunsch nach Krankschreibung immer explizit nach arbeitsbezogenen Befürchtungen zu befragen. Wenn man die Ängste kennt, kann man mit dem Patienten mögliche Massnahmen diskutieren. Auch bei plötzlichen Absichten, das Berufsfeld zu wechseln (weil man den ursprünglichen Beruf ja nur wegen der Eltern gelernt hat, weil man nun in einen kreativen Beruf will oder weil die bisherige Arbeit einem schon seit geraumer Zeit viel zu langweilig war etc.), ist es wichtig nachzufragen. Bei psychisch kranken Patienten liegt das Hauptproblem selten in ihrer spezifischen Arbeit und ihrem Beruf, sondern in krankheitsbedingten Leistungsdefiziten und Verhaltensproblemen. Wenn es im Kern um ein ängstliches Vermeidungsverhalten geht, ist ein Wechsel der Arbeitsstelle oder des Berufsfeldes meist kontraindiziert.

Die Arbeitsbiografie ist die wichtigste Informationsquelle

Aus dem frühen Krankheitsbeginn, der häufig chronischen Problematik und der überwiegenden Erwerbstätigkeit psychisch Kranker ergibt sich, dass die meisten Hausarztpatienten mit einem psychisch bedingten Arbeitsproblem über jahrelange Arbeitserfahrung mit oder trotz der psychischen Problematik verfügen. Dieser Umstand eröffnet diagnostisch eine Chance: Der Hausarzt kann die Arbeitsbiografie inklusive der früheren Probleme erfragen und die aktuelle Arbeitsproblematik auch auf diesem Hintergrund der Arbeitsanamnese beurteilen. Die Diskussion der Arbeitsbiografie mit einem Patienten ergibt in kurzer Zeit viele Informationen darüber, woran jemand z.B. wiederholt gescheitert ist respektive unter welchen Arbeitsbedingungen er relativ gut (oder eher schlechter) funktioniert hat. Bei jungen Patienten sind entsprechend Fragen zum Funktionieren in Schule und Ausbildung angezeigt.

Die Mehrheit der psychiatrischen Patienten mit Arbeitsproblemen weist erfahrungsgemäss ein typisches Problemuster auf, das sich schon früher in verschiedenen Arbeitsstellen niedergeschlagen hat. Die bisherige Arbeitsbiografie ist zudem der beste Prädiktor für das künftige Funktionieren bei der Arbeit und für die in Zukunft zu erwartenden Probleme. Dieses Wissen sollte der Arzt unbedingt auch anderen Akteuren (IV-Stelle, Krankentaggeldversicherung, arbeitsrehabilitative Einrichtung etc.) weitergeben, damit fundierte Integrationsmassnahmen geplant werden können. Vor allem der über längere Zeit behandelnde Arzt ist in der Lage, die typischen Arbeitsprobleme auf dem Hintergrund der Pathologie und Persönlichkeit zu verstehen und gezielte Hinweise für Massnahmen zu geben.

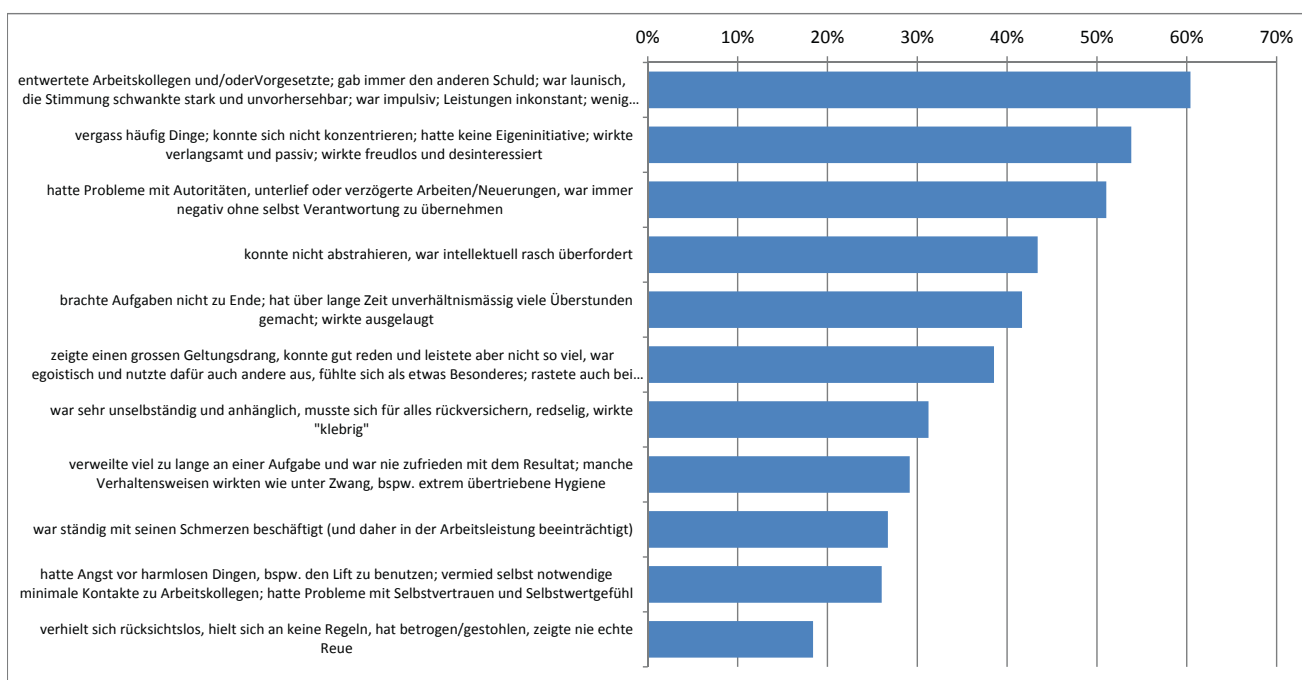


Abbildung 3. «Schwieriges» Verhalten und depressive Probleme. Probleme bei psychisch auffälligen Mitarbeitenden aus Sicht von Führungskräften und Personalverantwortlichen (n = 288) in der Region Oberaargau (BE) [8].

Zu seltene Kontakte zwischen Arzt und Arbeitgeber

Das Wissen der Hausärzte und Psychiater fliesst zu selten in die Lösung von problematischen Arbeitssituationen ein. Dies liegt zum einen daran, dass Arbeitgeber kaum aktiv den Kontakt zum behandelnden Arzt suchen – nur bei rund 20 % der Fälle mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden. Zum anderen drängen auch die Ärzte von sich aus selten auf einen Kontakt zum Arbeitgeber (auch nur in rund 20 % ihrer Patienten mit Arbeitsproblemen). Daten aus Arbeitgeberbefragungen zeigen aber, dass Kontakte zwischen Führungskraft eines psychisch auffälligen Mitarbeiters und behandelndem Ärzten – so sie denn überhaupt zustande kommen – oft zu einem besseren Verlauf beitragen und von den Führungskräften als hilfreich empfunden werden [8]. Dies lässt sich bei Kontakten zwischen Führungskräften und anderen Fachpersonen bei weitem nicht in diesem Ausmass sagen. Der behandelnde Arzt selbst hätte mit einem frühen und unterstützenden Kontakt des Vorgesetzten des Patienten oft entscheidendes Potenzial.

Nicht alle Patienten wünschen das spontan – aber sehr viele Patienten wären letztlich froh, ihr behandelnder Arzt würde bei Arbeitsproblemen eine vermittelnde «übersetzende» Rolle einnehmen. Wichtig ist dabei, dem Patienten die Vor- und Nachteile eines Kontaktes zwischen Arzt und Arbeitgeber und einer adäquaten Information des Arbeitgebers aufzuzeigen und klarzumachen, worüber man mit seinem Vorgesetzten sprechen würde (und worüber nicht): über krankheitsbedingte Funktionsdefizite, nach wie vor bestehende Fähigkeiten und nötige Anpassungen am Arbeitsplatz; darüber, wie der Vorgesetzte sich gegenüber dem Patienten verhalten sollte, ob und wie er das Team informieren sollte und wie die Prognose aussieht (damit der Vorgesetzte planen kann). Auch ein Kontakt zwischen Arzt und Arbeitgeber ist hier keine Garantie, aber die vorhandene Evidenz zeigt: Bei «schwierigen» Persönlichkeiten ist die Alternative zu einem guten Kontakt zwischen Arzt und Arbeitgeber fast immer die Kündigung.

Vorurteile und zu enges Behandlungsverständnis

Eine Folge des eher seltenen Kontaktes zwischen Behandelnden und Arbeitgebern liegt in verengten Perspektiven und gegenseitigen Fantasien. Ärzte erfahren normalerweise ausschliesslich die Perspektive der Patienten und kennen die Situation und das Erleben des Vorgesetzten und der Arbeitskollegen nicht. Das enge Behandlungsverständnis hat zur Folge, dass Ärzte übersehen, wie oft Vorgesetzte in Situationen mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden trotz Engagement überfordert sind und wie sehr die Arbeitskollegen belastet sind. Kündigungen sind oft das Ergebnis von Unkenntnis, starken Emotionen, «Lähmung» und Resignation des Arbeitsumfeldes.

Die «Lähmung» ergibt sich auf Arbeitgeberseite meist aus der Hemmung, klare Forderungen an den psychisch

auffälligen Mitarbeiter zu stellen, auf «Einsicht» und freiwillige Verhaltensänderung zu warten und schliesslich enttäuscht aufzugeben. Vorgesetzte versuchen in solchen Situationen normalerweise viel zu lange, die Probleme einseitig mit «unterstützenden» Gesprächen, disziplinarischen Appellen oder Wegschauen zu lösen und ziehen viel zu spät externe Hilfe bei. Als Arzt sollte man in solchen Situationen deshalb nicht zuwarten, sondern früh selbst das Gespräch mit dem Vorgesetzten suchen. Und vor allem sollte man engagierte Vorgesetzte darin unterstützen, neben Hilfsangeboten auch verbindliche Forderungen zu stellen.

Hausärzte sollten Kooperationen suchen

Nicht nur Arbeitgeber sind mit der Lösung solcher Problemsituationen oft überfordert, sondern auch die behandelnden Ärzte. Relevante psychische Arbeitsprobleme bei Patienten lassen sich meist nur in Zusammenarbeit aller relevanten Akteure bewältigen. Dabei sollte man aktiv mit den Case Managern der Krankentaggeldversicherung zusammenarbeiten und die Invalidenversicherung (IV) möglichst früh einbeziehen. Ärzte können seit 2008 mit der neu geschaffenen sogenannten «Früherfassung» Patienten mit durchgehender Krankschreibung von mindestens 30 Tagen oder mit wiederholten kürzeren Arbeitsunfähigkeiten unkompliziert bei der IV-Stelle «melden». Voraussetzung ist, dass der Arzt den Patienten darüber informiert (der Patient muss grundsätzlich nicht einverstanden sein damit, dass der Arzt ihn meldet). Die IV-Stelle nimmt dann mit dem Patienten Kontakt auf und versucht, in der Problemsituation zu intervenieren. Viele IV-Stellen intervenieren heute auch schon, ohne dass eine 30-tägige Arbeitsunfähigkeit vorliegt, weil sie ein grosses Interesse haben, möglichst frühzeitig zu einem Zeitpunkt zu intervenieren, wo der Arbeitsplatz noch erhalten werden kann. Hier ist es wichtig, dass der Hausarzt eine aktive Rolle einnimmt und den IV-Berater adäquat über die Arbeitsprobleme und die nötigen Arbeitsanpassungen informiert. Dasselbe gilt für die Case Manager der Krankentaggeldversicherungen. IV-Berater und Case Manager verfügen meist nicht über spezifische Kenntnisse zum Umgang mit psychisch Kranken und können nicht alle wichtigen Informationen aus Arztberichten in spezifische Eingliederungsinterventionen übersetzen.

Eine Überweisung an den Psychiater wäre z.B. dann angebracht, wenn der Patient wiederholt psychisch bedingte Arbeitsprobleme – vor allem Konflikte – hat, wenn der Wunsch nach Krankschreibung als typisches Bewältigungsmuster aufscheint oder wenn es sich diagnostisch um eine Persönlichkeitsstörung handelt, die mit länger-dauerndem ärztlichem Interventionsbedarf verbunden ist. Die Zuweisung sollte allerdings eher an einen Psychiater erfolgen, der bereit ist, sich aktiv und fokussiert mit der Arbeitsproblematik des Patienten auseinanderzusetzen und auch den unterstützenden Kontakt zum Arbeitgeber nicht scheut.

Differenzierte Krankschreibungsstrategien können entscheidend sein

Der behandelnde Arzt verfügt schliesslich mit dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis über eine Interventionsmöglichkeit, die für den Ausgang von psychisch bedingten Arbeitsproblemen von grosser Bedeutung ist. Zu wenig reflektierte Krankschreibungen können eine Auflösung des Arbeitsverhältnisses beim Patienten begünstigen, die eventuell vermeidbar gewesen wäre. Im Durchschnitt gehören Krankschreibungen bei psychisch kranken Patienten mit einer Dauer von fünf bis sechs Monaten zu den längsten überhaupt. Das kann den Stellenerhalt gefährden. Internationale Daten zeigen, dass nach rund drei Monaten Krankschreibung ein kritischer Punkt erreicht ist, nach dem Patienten – wenn überhaupt – nur noch mit starker Verzögerung wieder zurückkehren [9].

Bei ängstlichem Vermeidungsverhalten und bei einer Persönlichkeitsstörung beispielsweise wäre der Verzicht

auf eine Krankschreibung für den Arbeitsplatzertand zu überlegen. Kontraproduktiv können Krankschreibungen z.B. auch sein, wenn Frustration oder Kränkung im Vordergrund stehen (Patient wurde vom Vorgesetzten ermahnt etc.), wenn die Arbeitsunfähigkeit wiederholt als Problemlösestrategie benutzt wird, wenn anamnestisch Stellenverluste nach Krankschreibungen bekannt sind und generell bei Krankschreibungswünschen wegen eines aktuellen Konfliktes am Arbeitsplatz. Auch bei «dramatisierenden» Patienten ist Zurückhaltung angezeigt. Generell wäre es hier oft zunächst sinnvoller, den Kontakt zum Vorgesetzten zu suchen, statt ohne Absprache direkt ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis auszustellen. Dies gilt insbesondere auch während IV-Eingliederungsmassnahmen. Vorschnelle Krankschreibungen können zum Abbruch von Massnahmen führen. Bei IV-Massnahmen sollten sich IV-Berater und behandelnder Arzt deswegen im Vorhinein gemeinsam auf ein verbindliches Prozedere einigen (kurze Absprache bevor krankgeschrieben wird), da Integrationsmassnahmen für den Patienten immer mit erhöhtem Stress, Hoffnungen und Versagensängsten verbunden sind und das Risiko für Krisen erhöhen.

Key messages

- Hausärzte behandeln sehr häufig Patienten mit psychisch bedingten Arbeitsproblemen, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität.
- Solche Patienten würden häufig davon profitieren, wenn der Hausarzt einen Kontakt zum Arbeitgeber herstellt und vermittelt.
- Bei wiederholten Stellenverlusten und/oder Arbeitskonflikten des Patienten ist ein guter Kontakt zwischen Arzt und Arbeitgeber für nachhaltige Lösungen meist notwendig.
- Hausärzte sollten die in der Arbeitsbiografie meist vorhandenen typischen Problemmuster dieser Patienten kennen und adäquat kommunizieren können.
- Hausärzte sollten aufgrund dieses Wissens die wichtigste Arbeitsanpassung gegenüber dem Arbeitgeber kommunizieren können.

Lernfragen

1. Welche zwei Gruppen von psychischen Auffälligkeiten (möglichen Diagnosegruppen) nehmen Führungskräfte bei Mitarbeitenden mit psychischen Problemen besonders häufig wahr? (Einfachauswahl, 1 richtige Antwort)
 - a) Schizophrenie und Depression
 - b) Sucht und Depression
 - c) Sucht und Angstprobleme
 - d) Depression und Persönlichkeitsstörungen
 - e) ADHS und Autismus
2. Wie hoch ist der Anteil von Mitarbeitenden mit einer psychischen Störung in Europa, die in den letzten vier Wochen nicht voll produktiv waren? (Einfachauswahl, 1 richtige Antwort)
 - a) 15 %
 - b) 25 %
 - c) 45 %
 - d) 55 %
 - e) 75 %

Fazit

Hausärzte spielen eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, dass ihre psychisch kranken oder auffälligen Patienten im Arbeitsmarkt verbleiben. Sie unterstützen diese, indem sie ...

- erwerbstätige Patienten mit psychischen Auffälligkeiten regelmässig «screenen». (z.B. «Wie geht's bei der Arbeit?»);
- mit dem Patienten Pro und Kontra eines Kontaktes zum Arbeitgeber diskutieren und bei bekannter schwieriger Arbeitsbiografie (wiederholte Konflikte/Kündigungen) darauf drängen;
- eine Arbeitsanamnese machen und das (meist vorhandene) typische Problemmuster identifizieren und mit wenigen Worten benennen;
- den Kontakt zum Arbeitgeber proaktiv suchen;
- den Kontakt zum Case Manager der Krankentaggeldversicherung suchen und gegebenenfalls den Patienten frühzeitig bei der IV melden;
- den allfälligen IV-Berater adäquat informieren;
- mit dem Arbeitgeber krankheitsbedingte Funktionsdefizite, nötige und mögliche Arbeitsanpassungen und den Führungsstil diskutieren;
- sich bewusst sind, dass Erwerbstätigkeit ein zentraler Faktor für die psychische Stabilisierung ist.

Bibliografie

1. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime prevalence and Age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 593–602.
2. Baer N, Frick U, Fasel T, et al.: Dossieranalyse der Invaldisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen,

- ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Bundesamt für Sozialversicherungen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/2009; Bern. https://www.bsvlive.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de&lnr=06/09&iframe_style=yes. Letzter Zugriff: 25.2.2017.
3. OECD: Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. 2012. <http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm>. Letzter Zugriff: 25.2.2017.
 4. Richter D, Berger K, Reker T: Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Psychiatr Praxis 2008; 35: 321–330.
 5. Baer N, Frick U, Fasel T, Wiedermann W: «Schwierige» Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche – eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Bundesamt für Sozialversicherungen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/2011; Bern. https://www.bsvlive.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de&lnr=01/11&iframe_style=yes. Letzter Zugriff: 25.2.2017.
 6. OECD: Mental Health and Work: Switzerland. OECD Publishing, Paris. 2014. https://www.bsvlive.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de&lnr=12/13&iframe_style=yes. Letzter Zugriff: 25.2.2017.
 7. Baer N, Schuler D, Füglistler-Dousse S, Moreau-Gruet F: Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. 2013. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_56_bericht.pdf. Letzter Zugriff: 25.2.2017.
 8. Baer N: Umgang mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden – Befragung von Führungskräften und Personalverantwortlichen in der Region Oberaargau: Präsentation der Ergebnisse. Referat, gehalten am 26.10.2015 in Langenthal (BE). <http://www.wvo-oberaargau.ch/assets/files/downloads/WVOAnlaesse/2015-psychiatrie/pr%C3%A4sentation-langenthal-26-10-2015-baer.pdf>. Letzter Zugriff: 1.11.2016.
 9. Fit mind, fit job. OECD 2015. www.oecd.org/berlin/publikationen/fit-mind-fit-job.htm. Letzter Zugriff: 23.2.2017.
- Manuskript eingereicht: 4.11.2016
 Manuskript nach Revision angenommen: 21.11.2016
 Interessenskonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenskonflikt besteht.
- Dr. phil. Niklas Baer**
 Leiter Fachstelle Psychiatrische Rehabilitation
 Psychiatrie Baselland
 Bienentalstrasse 7
 4410 Liestal
 niklas.baer@pbl.ch

Antworten zu den Lernfragen
 1. Antwort (d) ist richtig.
 2. Antwort (e) ist richtig.