

Interview mit Dr. phil. Niklas Baer (Leiter Fachstelle Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie BL)

Warum ist die Arbeitsrehabilitation für psychisch Kranke so wichtig?

Karl Studer, Niklas Baer

Rund ein Drittel der erwerbstätigen Patienten in den psychiatrischen Praxen hat Probleme am Arbeitsplatz. Dr. Niklas Baer legt dar, wie eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Patienten, Psychiatern, Arbeitgebern und Versicherern zu einer verbesserten Arbeitsrehabilitation führen kann.

Karl Studer: Wo stehen wir derzeit im Umgang mit der Problematik der Arbeit bei unseren Patienten?

Niklas Baer: Ich denke, wir stehen an einem Punkt, an dem das Bewusstsein für die Zusammenhänge von Arbeitssituation und psychischen Problemen überall zunimmt, nicht nur bei den Versicherungen, sondern auch bei den Arbeitgebern und Psychiatern. Zum Beispiel haben sich kürzlich rund 700 Psychiaterinnen und Psychiater an einer umfangreichen nationalen Befragung aller Psychiater zu diesem Thema beteiligt. Das finde ich sehr erfreulich. Diese Umfrage kann eine Grundlage für die weitere Auseinandersetzung mit diesem Thema darstellen. An dem SGPP-Kongress in Basel im vergangenen August wurden die ersten Resultate vorgestellt, Mitte 2017 sollen sie publiziert werden. Die ersten Auswertungen bestätigen die grosse Bedeutung der Thematik: Rund ein Drittel der erwerbstätigen Patienten in den psychiatrischen Praxen hat aktuell Probleme am Arbeitsplatz, weitere sind krankgeschrieben oder riskieren eine Kündigung. Hinzu kommen natürlich all die Patienten, die Probleme haben, weil sie arbeitslos oder invalidisiert sind, aber an sich gerne arbeiten würden und zum Teil auch teilerwerbsfähig wären. Neben vielleicht familiären Problemen gibt es nichts, was auch zahlenmässig eine derartige Relevanz hat für psychisch Kranke wie die Arbeitssituation.

Und hier zeigt sich, dass eine grosse Diskrepanz besteht zwischen dem Wissen der Psychiater und Psychotherapeuten um die Bedeutung der Arbeit und dem tatsächlichen praktischen Umgang damit. Obwohl schon Sigmund Freud ja die zentrale Rolle von «Liebe und Arbeit» für die psychische Gesundheit betont hat. So kommt es bei Arbeitsproblemen von Patienten zum Beispiel selten zu einem Kontakt zwischen Psychiatern und Arbeitgebern. Es bestehen bis heute kaum Konzepte oder Forschung zum Thema Arbeit

und psychische Krankheit. Im Unterschied dazu existiert seit Jahrzehnten eine Unzahl von Literatur, Forschungsergebnissen und geteilten Erfahrungen zum Thema der Psychodynamik und Psychotherapie. Aber in welchen Situationen welche Krankschreibungsstrategie sinnvoll ist, wann man Patienten raten sollte, ihre Probleme gegenüber dem Vorgesetzten offenzulegen oder wie man die Vorgesetzten so unterstützen kann, dass sie «schwierige» Mitarbeitende führen können – dazu findet man keine Evidenz.

KS: Was ist der Grund dieser einseitigen Sichtweise?

NB: Es besteht oft ein zu enges Behandlungsverständnis der innerseelischen Dynamik, und die sozialen Bedürfnisse der Patienten für den Alltag sowie deren Umfeld gehen dabei unter. Dabei gehört doch gerade die Arbeit und Arbeitsfähigkeit zu jeder systemischen und psychodynamischen Sichtweise und macht damit die Auseinandersetzung erst recht spannend. Viele Patienten haben typische Arbeitsprobleme, die oft mit ihrer Biografie zu tun haben und sich immer wieder als behindernd bemerkbar machen. Wenn man diese Zusammenhänge versteht und in pragmatische Massnahmen am Arbeitsplatz übersetzen kann, ist den Patienten wirklich zu helfen. Dieses Wissen haben eben normalerweise nur die Psychiater und Psychotherapeuten. Hinzu kommt, dass der Fokus auf das Erleben der Patienten fast immer zu eng ist: Wenn wir wollen, dass unsere Patienten trotz ihrer Auffälligkeiten arbeiten, sollten wir auch wissen, was der Vorgesetzte und die Arbeitskollegen brauchen, um nachhaltig tragfähig zu sein.

Psychiater in der Praxis und in psychiatrischen Diensten sind heute noch viel zu weit von der realen Arbeitswelt und der Arbeitssituation ihrer Patienten entfernt. Sie kennen auch oft die Anforderungen kaum, denen die Patienten ausgesetzt sind. Die Folge dieser Distanz ist, dass oft differenzierte Kenntnisse fehlen, mit welchen Massnahmen der Arbeitsplatz erhalten und der Wiedereinstieg nach einer Arbeitsunfähigkeit erleichtert werden können. Gerade mit den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen haben Therapeuten ein rehabilitativ mächtiges Instrument, mit dem sie teils zu wenig differenziert umgehen und

manchmal auch Schaden anrichten. Auch haben sie aus mangelnder Routine oft eine gewisse Scheu und Unsicherheit im Umgang mit Arbeitgebern, teilweise aus Angst, etwas «Falsches» zu sagen und dem Patienten damit zu schaden. Es bräuchte hier viel mehr Überbrückung zwischen der therapeutischen Welt und konkreten Massnahmen im Arbeitsumfeld der Patienten. Heute bestehen beiderseits, bei Psychiatern und Arbeitgebern, unrealistische Vorstellungen, Phantasien und gegenseitige Vorurteile, die allerdings zu Lasten der Patienten gehen.

Ich glaube, Psychotherapie und psychiatrische Behandlung generell könnten noch attraktiver und dynamischer sein, wenn neben dem Erleben des Patienten auch die reelle Arbeitssituation und deren Akteure aktiver einbezogen würden. Vielleicht würde die Behandlung dadurch noch anspruchsvoller, und durch die komplexere Behandlungsdynamik würde man als Therapeut möglicherweise auch mehr Fehler machen. Aber die Behandlung würde an Alltagsrelevanz gewinnen. Nicht alle Patienten brauchen das, aber viele. Das wäre wichtig, weil auch die beste Behandlung per se keinem Patienten hilft, den Arbeitsplatz zu sichern.

KS: Wie stellst Du Dir das vor?

NB: Es braucht bei allen Akteuren, den Patienten, der Psychiatrie, den Arbeitgebern und Versicherern, ein stärkeres Bewusstsein dafür, dass hier letztlich alle dasselbe Ziel haben: Dass auch Personen mit psychischen Problemen erwerbstätig sein können. Psychisch Kranke wollen sich zur Gemeinschaft der Tätigen zählen. Psychiater wollen, dass Patienten arbeiten, weil sie dann Tagesstruktur, Kontakte und eine Identität haben. Versicherer wollen wenig Krankschreibungen und Invalidisierungen, und Arbeitgeber wollen genügend Fachkräfte.

Hier muss man sich auch bewusst machen, dass die Wirtschaft ohne psychisch Kranke gar nicht funktionieren würde. Jeder fünfte Arbeitnehmer hat eine psychische Störung oder anders herum: 75% aller psychisch Kranken sind erwerbstätig. Wir dürfen hier nicht nur an Patienten mit einer Schizophrenie oder einer sehr schweren Depression denken – rund eine Million Erwerbstätige in der Schweiz haben eine psychische Störung,

wenn auch meist eine leichte. Aber drei vor vier Erwerbstätigen mit einer psychischen Störung geben an, aus gesundheitlichen Gründen nicht voll produktiv zu sein. Das sind immerhin 750 000 Personen, bei denen sich das psychische Leiden bei der Arbeit niederschlägt. Aus diesem Grund sind es letztlich auch die Unternehmen, die den Löwenanteil der Folgekosten psychischer Störungen tragen, sei es via Produktivitätsverlusten oder via Krankheitsabsenzen.

Wenn Psychiater und Psychotherapeuten vermehrt am Arbeitsplatz präsent wären und von Arbeitgebern als hilfreicher Partner wahrgenommen würden, würde das auch dem Image der Psychiatrie enorm helfen. Eine Psychiatrie, die gesellschaftlich und ökonomisch substantiell relevant ist, würde vielleicht auch wieder attraktiver für junge Ärzte. Das wäre eine Psychiatrie, die bei Bedarf unkompliziert im Betrieb präsent ist, sich im kleinen Malerbetrieb wie auch in der internationalen Pharmafirma zurechtfindet und mit den Beteiligten fundierte und pragmatische Lösungen erarbeitet. Und eine Psychiatrie, die für diese anspruchsvollen und exponierten Interventionen ausserhalb der geschützten Praxisatmosphäre mindestens ebenso gut finanziert wird wie für das Führen von Betten – all das wäre für mich eine moderne Psychiatrie und ein moderner Finanzierungsgedanke.

KS: Welche Rolle spielen hier die Versicherungen?

NB: Die Versicherungen sind sehr wichtig, nicht nur die Invalidenversicherung, die immer wieder in der politischen Diskussion ist, sondern gerade auch die Privatversicherer. Die Taggeldversicherungen zum Beispiel, die die Problematik bereits erkannt haben und im eigenen Interesse in den letzten rund 15 Jahren eine neue Berufsgruppe ins Leben gerufen haben, die Case Manager oder Care Manager, die nun einen Teil der wichtigen Vermittlungsaufgabe zwischen Patienten, Ärzten und Arbeitgebern übernehmen. Seit drei Jahren schulen wir – der Psychiater Dr. Renato Marelli, die IV-Berufsberaterin Neisa Cuonz und ich – die Case Manager, wie sie mit psychisch erkrankten Versicherten umgehen können. Hier ist angesichts der steigenden Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen das Bewusstsein stark gestiegen.

KS: Welche Rolle spielt die IV derzeit im Rahmen der Arbeitsrehabilitation?

NB: Die IV hat sich in den letzten 12 Jahren grundlegend reformiert: Die Regionalen Ärztlichen Dienste wurden 2004 eingesetzt, neuartige Angebote zur Früherfassung und

-intervention sowie die neuen Integrationsmassnahmen wurden 2008 eingeführt, und seit 2012 wird aktiv versucht, IV-Rentner wieder einzugliedern. Keiner der in diesem Thema relevanten Akteure hat eine solche starke Entwicklung gemacht wie die IV. Die Anzahl der Neurentner wurde in der Folge sehr stark reduziert. Allerdings war nicht alles erfolgreich: Die geplante Wiedereingliederung von IV-Rentnern hat nicht stattgefunden, die Frühintervention funktioniert nur bedingt, weil sich Arbeitgeber nach wie vor nur selten an die IV wenden, und die Beziehung zu den Behandelnden wurde eine Zeit lang vernachlässigt. Auch die nicht immer ganz unabhängige Gutachterindustrie ist hier zu nennen.

Das hat zu einer zunehmenden Resignation der Ärzte geführt, die zu oft wahrnehmen, dass ihre Beurteilung kaum mehr ernst genommen wird und von der IV häufig keine Rückmeldung erhalten. Das wiederum reduziert deren Engagement, fundierte Informationen an die IV zu liefern. Die Güte dieser Informationen ist aber entscheidend, wenn wirksame berufliche Massnahmen geplant werden. Was es tatsächlich bräuchte, wären weniger sehr teure Rentengutachten zu Gunsten von viel mehr und auch besser bezahlten IV-Arztberichten, die eine Grundlage liefern für die Eingliederungsplanung.

Der Arztbericht sollte seine alte Bedeutung wieder erhalten. Der Aufwand sollte am Anfang so gross wie möglich sein (und auch entsprechend honoriert werden), damit nicht nur schnelle, sondern auch fundierte Massnahmen getroffen werden können, um ein Herausfallen aus der Arbeitssituation zu verhindern, was nach längerer Zeit sehr oft in eine definitive Arbeitsunfähigkeit mündet. Grosser Aufwand zu Beginn kann somit Geld und Ärger sparen. Das heisst, Tempo ist nicht alles. Wenn man bedenkt, dass 75% der psychischen Krankheiten vor dem 25. Altersjahr beginnen, und somit Personen, die bei der IV angemeldet werden, normalerweise schon vor Jahren oder Jahrzehnten erkrankt sind, ist es fahrlässig, Eingliederungsmassnahmen ohne eine sorgfältige und gemeinsame Analyse zu planen.

KS: Wie steht es in der Lehre und Forschung an unseren Universitäten zum Thema Arbeit

NB: Die Wiedereingliederung von schwer und chronisch Kranken hat eine grosse Tradition, und viele sinnvolle und beschützende Institutionen wurden in den letzten Jahrzehnten geschaffen. An den Universitäten Bern, Zürich und Lausanne wird seit vielen Jahren das Modell des so genannten «Supported Employment» untersucht. Dabei han-

delt es sich um das in den letzten drei Jahrzehnten am besten untersuchte Modell der Wiedereingliederung. Auch das sehe ich ambivalent: Die Universitätskliniken konzentrieren sich auf ein Angebot, das wissenschaftlich seit Jahrzehnten auf der Agenda steht. Gleichzeitig betrifft dieses Modell vor allem die Wiedereingliederung von insgesamt sehr wenigen Patienten mit sehr schweren Krankheiten. Aber die grosse Masse der psychisch kranken Erwerbstätigen ist nicht Zielpublikum dieser Angebote. Für jeden schwer Kranken, der einen Job findet, sind diese Angebote ein Segen, und für Forschungspublikationen sind diese Angebote auch geeignet. Aber gesellschaftlich und für die noch arbeitsfähigen Patienten, die eben den Grossteil unserer «Kunden» darstellen, sind diese teuren Programme derzeit irrelevant. Die «Supported Employment»-Programme führen zwar zu mehr (schlecht bezahlten) Jobs für wenige schwer psychisch Kranke, was natürlich gut ist, aber sie führen fast nie dazu, dass unsere Patienten nicht mehr auf die IV angewiesen sind.

KS: Welche Anregungen und Wünsche hast Du noch zuhause der SGPP?

NB: Die SGPP hat sich dieses Themas, psychische Krankheit und Arbeit, angenommen. Das tun im Moment auch viele andere. Meine Hoffnung ist, dass die SGPP mit der nötigen Beharrlichkeit an diesem Thema dranbleibt. Mit politischen Schnellschüssen ist in diesem Gebiet gar nichts zu gewinnen, weder mit marktschreierischen und medial wirksamen Projekten, noch mit den vergleichsweise enormen Finanzierungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Die tollen «Projektli» sind – genauso wie die Ideen, man könne psychische Krankheit am Arbeitsplatz präventiv verhindern – für mich eher Ausdruck einer Verleugnung des Problems. Wenn wir wirklich etwas verbessern wollen, dann muss die SGPP und müssen auch die anderen Akteure nachhaltiges Wissen, Massnahmen und Kooperationen entwickeln. Letztlich kommen wir alle nur weiter, wenn wir uns der schwierigen Realität psychischer Störungen stellen. Ich hoffe, die SGPP wird weiterhin dafür kämpfen.

Korrespondenz:

Dr. med. Karl Studer
Praxis im Klosterhof
Klosterhofstrasse 1
8280 Kreuzlingen
[karl.studer\[at\]bluemail.ch](mailto:karl.studer[at]bluemail.ch)