

Erwerbstätigkeit von psychiatrischen Patienten

Sind psychiatrische Patienten von negativen Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt besonders stark betroffen?

Hans-Christian Kuhl, Carolin Junge und Klaus Bader

Der Anteil der erwerbstätigen psychiatrischen Patienten ist aufgrund der häufig chronisch verlaufenden Erkrankungen gering und liegt im Durchschnitt bei etwa 20 Prozent (1). Die häufigen Schwierigkeiten bei der Anstellung von Personen mit psychiatrischen Störungen lassen vermuten, dass sich eine negative Arbeitsmarktentwicklung besonders ungünstig auf die Quote der Erwerbstätigen unter psychiatrischen Patienten auswirkt. Der Fokus der vorliegenden Untersuchung liegt darauf, die Entwicklung und Veränderung der Erwerbstätigkeit von psychiatrischen Patienten aus Basel in den Jahren 2001 bis 2006 zu dokumentieren, Erklärungsansätze zu diskutieren sowie Parallelen zur derzeitigen Arbeitsmarktentwicklung zu analysieren.

Einführung

Arbeit hat in der heutigen Gesellschaft einen wichtigen Stellenwert. Für das Individuum stellt Erwerbsarbeit die Grundlage für seine Existenzsicherung dar und dient der Identitätsentwicklung des Einzelnen. Sie gilt als «...sinnstiftend, vermittelt soziale Beziehungen, verleiht Status und Prestige, gibt der Person eine Zeitstruktur ihres Tagesablaufes» (2). Dies trifft auch auf psychisch kranke Menschen zu, denn Arbeit trägt in erheblichem Masse zu psychischer Gesundheit bei, indem sie hilft psychische und soziale Bedürfnisse zu befriedigen (3).

Die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt führen in fast allen europäischen Ländern zu einer Verknappung der Arbeitsplätze, zu einem immer stärker werdenden Wettbewerb und zu häufiger Angst um Arbeitsplatzverlust. Psychisch kranke Menschen sind von dieser Problematik einer veränderten Arbeitswelt besonders stark betroffen (3). So leiden diese häufig an den Ausgrenzung aus Arbeitsprozessen. Bezogen auf Deutschland belegen empirische Daten zur beruflichen Situation psychisch Kranker durchgängig hohe Erwerbslosenquoten (4).

Psychisch kranke Menschen stellen im Zuge zunehmender Arbeitslosigkeit eine Hochrisikogruppe auf dem Arbeitsmarkt dar.

Umgekehrt kann Erwerbslosigkeit bei psychisch gesunden Menschen direkt psychische Krankheit verursachen. Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und erhöhtem Risiko, psychisch zu erkranken, wurde bereits stichhaltig belegt (5). Ein Arbeitsplatzverlust kann bei psychisch kranken Personen zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes und letztlich zum Rückzug aus vielen Lebensbereichen führen. Folge dieser Exklusionsspirale kann schliesslich ein endgültiger Ausschluss aus dem ersten Arbeitsmarkt sein.

Die Literaturnachweise belegen, dass die Quote psychisch kranker Menschen ohne Beschäftigung relativ hoch ist und es sich dabei fast immer um Langzeitarbeitslose handelt (6, 7). Hinsichtlich der Diagnosegruppen konnte

gezeigt werden, dass Alkoholabhängige stärker von Arbeitslosigkeit betroffen sind, Personen mit Schizophrenie und affektiven Störungen hingegen schneller berentet werden. Ebenso zeigt sich, dass Patienten mit leichteren psychischen Störungen deutlich weniger beruflich und sozial benachteiligt sind (6, 7, 8). In einer vergleichenden Studie mit somatisch kranken Menschen schnitten psychisch kranke Personen hinsichtlich der Integration in den Arbeitsmarkt schlechter ab. Sie konnten weniger integriert werden und wurden im Median vier Jahre eher berentet als die somatische Vergleichsgruppe (8).

In einer Schweizer Studie von Rüesch et al. (2) wurde die Beschäftigungslage von Personen mit schizophrenen und affektiven Erkrankungen näher beleuchtet. Ziel war es, die Beschäftigungssituation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie im geschützten Rahmen genauer zu betrachten. Untersucht wurde die Beschäftigungssituation in den letzten zwölf Monaten vor der aktuellen Hospitalisierung. 43 Prozent der Schizophreniekranken und 46 Prozent der Patienten mit affektiven Störungen waren erwerbstätig. Geschützte Arbeitsplätze waren hingegen relativ selten vorhanden und wurden überwiegend von Schizophreniekranken (17%) gegenüber depressiv Erkrankten (4%) genutzt. 58 Prozent der Befragten gingen keiner Beschäftigung nach. Laut dieser Studie scheint trotz der Entwicklung neuer Angebote der Arbeitsrehabilitation eine Integration ins Arbeitsleben für viele psychisch Kranke nach wie vor nicht oder nur schwer möglich.

In einer deutschen Studie von Vogel et al. (9) wurden Prädiktoren, Prognosen und Verlauf psychiatrischer Ersterkrankungen untersucht. Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass jedem dritten Patienten eine vollständige und optimale Integration hinsichtlich eines kontinuierlichen Arbeitsverhältnisses gelungen war, sich jedoch bei knapp der Hälfte der Gesamtstichprobe starke Probleme bei der Integration zeigten. Jeder dritte entlassene Patient war im ersten Jahr nach der Entlassung über einen längeren Zeitraum hinweg erwerbslos. Ursachen für die Erwerbslosigkeit trotz bestehender Arbeitsfähigkeit und vorhandenem Arbeitswillen wurden vor allem in den Absenzen aufgrund von Krankschreibungen wegen physischer und psychischer Beschwerden gesehen.

Henkel et al. (7) untersuchten die Entwicklung des Anteils der Arbeitslosen in der Gruppe der alkoholabhängigen Rehabilitanden seit 1975. Es zeigte sich ein erheblicher Anstieg der Arbeitslosenquote von 7 Prozent (1975) auf 37 Prozent (2005). Die Dauer der Arbeitslosigkeit lag bei allen Arbeitslosengruppen im Bereich der Langzeitarbeitslosigkeit. Als mögliche Ursachen wurden unter anderem sucht- und krankheitsbedingte Absenzen, Leistungsminderungen, disziplinarische Konflikte, aber auch Kumulationseffekte durch Wiederholungen von Suchtrehabilitationen diskutiert.

Vorgehen und Ergebnisse

Die Datengrundlage der vorliegenden Studie umfasst 13 459 Behandlungsfälle aus der Erwachsenenpsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel aus den Jahren 2001 bis zum ersten Halbjahr 2006. Der Erwerbsstatus wird routinemässig erhoben. Bezüglich der Diagnosen machen die Abhängigkeitserkrankungen den grössten Teil aus (20,7% Alkohol; 11,9% psychotrope Substanzen), Schizophrenien sind mit 22,6 Prozent und die affektiven Störungen mit 18,2 Prozent zu verzeichnen. 95 Prozent der hier ausgewerteten Behandlungen waren stationär und 5 Prozent teilstationär.

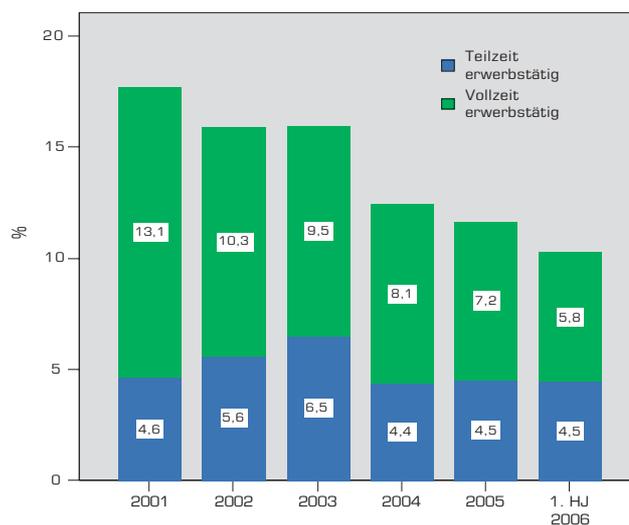


Abbildung 1: Anteil der Eintritte von voll- und teilzeiterwerbstätigen psychiatrischen Patienten

In *Abbildung 1* ist der Prozentanteil der Eintritte von voll- und teilzeiterwerbstätigen Patienten im Zeitraum 2001 bis 2006 dargestellt. Insgesamt nimmt der Anteil der Eintritte, bei denen die Patienten erwerbstätig waren von 17,7 auf 10,5 Prozent ab. Dies ist immerhin eine Abnahme um fast 42 Prozent.

Betrachtet man nur die Teilzeiterwerbstätigen, so ist der Anteil relativ stabil. Der abnehmende Trend bei der Erwerbstätigkeit insgesamt geht im Wesentlichen auf die nahezu linear verlaufende Reduktion beim Anteil der Vollzeiterwerbstätigen zurück. Der Rückgang von 13,1 auf 5,8 Prozent bedeutet hier eine Abnahme um 44 Prozent.

Der deutlich abnehmende Trend
beim Anteil der Erwerbstätigen in den
letzten 5 Jahren ist relativ unabhängig
von der Diagnosegruppe für alle
Störungen zu erkennen.

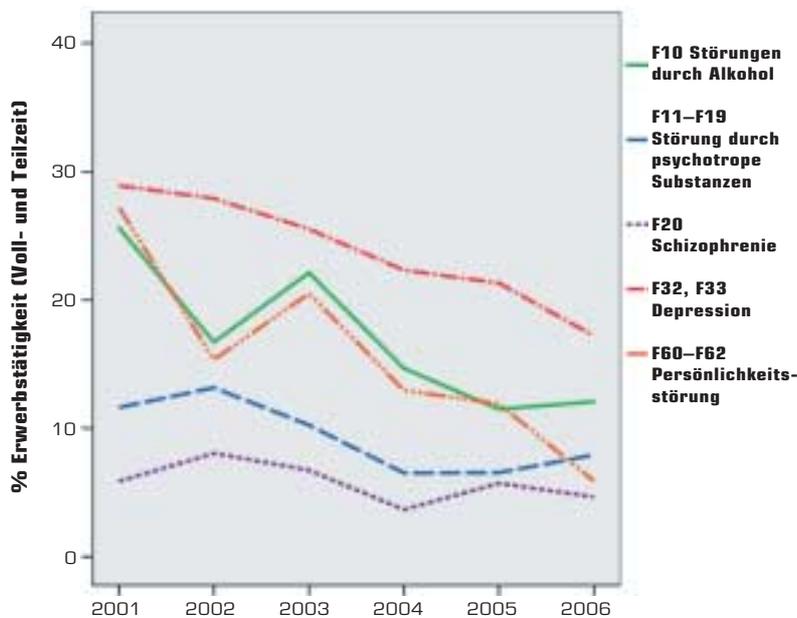


Abbildung 2: Anteil der Eintritte von voll- und teilzeiterwerbstätigen psychiatrischen Patienten aufgeteilt nach Diagnosegruppen

In *Abbildung 2* ist der Anteil der Eintritte von voll- und teilzeiterwerbstätigen Patienten aufgeteilt nach Diagnosegruppen dargestellt. Der grösste Anteil der Erwerbstätigen liegt bei den affektiven Störungen vor, gefolgt von Störungen durch Alkohol und Persönlichkeitsstörungen. Bei den Störungen durch psychotrope Substanzen und den schizophrenen Störungen ist der Anteil an erwerbstätigen Patienten eher gering (um bzw. unter 10%).

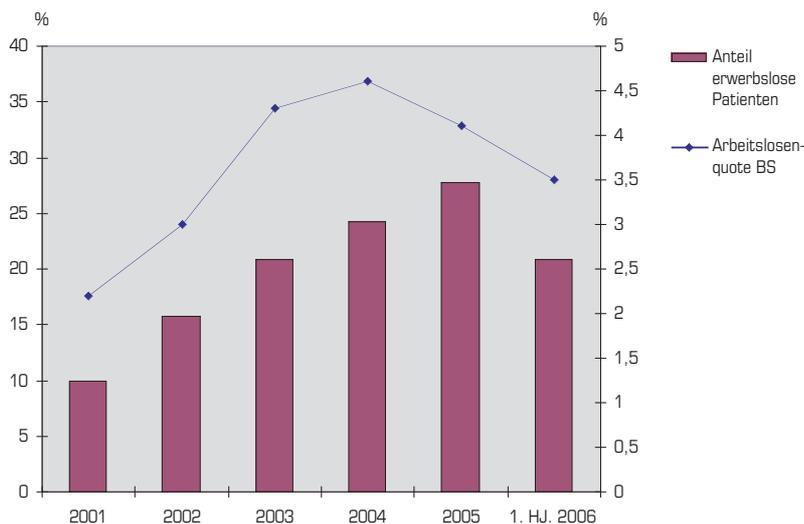


Abbildung 3: Anteil der Eintritte von erwerbslosen psychiatrischen Patienten im Zeitverlauf und die Arbeitslosenquote von Basel-Stadt (Die Arbeitslosenzahlen wurden dem Statistischen Amt des Kantons Basel-Stadt entnommen)

In *Abbildung 3* ist der Anteil der erwerbslosen Patienten in den Jahren 2001 bis 2006 aufgeführt. Es ist eine deutliche Zunahme des Erwerbslosenanteils unter den

psychiatrischen Patienten zu erkennen.¹ Weiterhin ist die Arbeitslosenquote von Basel-Stadt für diesen Zeitraum als Linie eingezeichnet.

Der Verlauf der allgemeinen Arbeitslosenquote und des Erwerbslosenanteils unter den Patienten zeigt deutliche Parallelen. Auch die Wende zu einer positiveren Entwicklung ist analog in beiden Datenquellen ersichtlich, wobei der Rückgang der Arbeitslosenquote der Entwicklung bei den Patienten zeitlich vorgelagert ist.

Diskussion und Fazit

Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen eine deutliche Abnahme beim Anteil der erwerbstätigen psychiatrischen Patienten in den Jahren 2001 bis 2006. Diese Abnahme betrifft vor allem die Vollzeit-erwerbstätigkeit. Gleichzeitig ist eine deutliche Zunahme des Erwerbslosenanteils unter den psychiatrischen Patienten aus Basel zu verzeichnen. Diese Entwicklung zeigt deutliche Parallelen zur allgemeinen Arbeitsmarktlage in Basel-Stadt. Die Ergebnisse weisen auch darauf hin, dass diese Entwicklung nicht auf einzelne Diagnosegruppen beschränkt ist, sondern mehr oder weniger stark alle Diagnosegruppen betrifft.

Welche Erklärungsansätze können dafür genannt werden?

Aufgrund der schwierigen Arbeitsmarktlage hat sicherlich eine Veränderung der Arbeitswelt stattgefunden. Die Zunahme der Produktivität bei gleichzeitigem Arbeitsplatzabbau und damit einhergehender Rationalisierung, aber auch die Beschleunigung der Arbeit und damit verbundener hoher Stress, haben vermutlich einen besonders starken Einfluss auf die Erwerbstätigkeit von psychiatrischen Patienten (10). Die häufige Chronifizierung und Schwere psychischer Erkrankungen führt umso stärker zu gravierenden Schwierigkeiten je leistungsbezogener die Arbeitswelt ist. Aus psychiatrischer Sicht sind vor allem Beeinträchtigungen der kognitiven Fertigkeiten, des Antriebs und Affekts, bedingt durch zumeist früh einsetzende sowie

¹ Die Anteile von Erwerbstätigen und Erwerbslosen ergänzen sich nicht zu 100 Prozent, da Rehabilitationen, Arbeit im Haushalt und geschützte Tätigkeiten nicht enthalten sind.

chronisch verlaufende Krankheitsbilder dafür verantwortlich (11). Diese Beeinträchtigungen können bei einer erneuten Arbeitsplatzaufnahme hinsichtlich der Anforderungen an die Stelle in der Regel selten berücksichtigt werden. Subjektiv begründen Patienten ihre beruflichen Anpassungsschwierigkeiten mit den Folgen ihrer psychischen Erkrankung und den stationären Aufenthalten. Insbesondere erlebte Beeinträchtigungen durch die Krankheit und eine daraus resultierende verminderte Leistungsfähigkeit werden als Gründe aufgeführt (4).

Ein weiteres grosses Problem stellt die Stigmatisierung dar. Psychiatrische Erkrankungen sind bei Arbeitgebern erheblich durch Stereotype wie Unberechenbarkeit, Unheilbarkeit, Gefährlichkeit und so weiter behaftet (8), sodass die Bereitschaft, leistungsbeeinträchtigte Personen einzustellen, massiv gesunken ist und somit die Chancen auf einen möglichen Wiedereinstieg eher gering ausfallen. Psychisch beeinträchtigte Personen werden durch diese Mechanismen zunehmend und in erheblichem Masse aus dem ersten Arbeitsmarkt herausgedrängt (12).

Hier ist auch von den Arbeitgebern die Bereitschaft gefordert, nach Lösungen zu suchen, die den Erhalt des Arbeitsplatzes ermöglichen, indem beispielsweise flexible Anforderungsprofile geschaffen werden. Als sehr effektiv hat sich diesbezüglich das amerikanische Konzept des sogenannten Supported Employment (SE) erwiesen (3, 8). Bei diesen Massnahmen unterstützt ein Job-Coach den Patienten bei der Suche nach einem Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt, bietet Hilfe bei der Arbeitsaufnahme in eine beschützte Trainingsmassnahme und fördert die langfristige Betreuung am Arbeitsplatz.

Besser noch sind präventive Strategien, die frühzeitig auf die Einbeziehung in den Arbeitsmarkt zielen, um der Exklusionsspirale aus fehlender Ausbildung und Arbeitslosigkeit zu begegnen (8). Präventive und rehabilitative Massnahmen sollten demnach möglichst zusammen vor dem Beginn einer Patientenkarriere ansetzen. Die Resultate aktuell vorhandener Integrations- und Rehabilitationsmassnahmen sind eher ernüchternd. Sie ermöglichen in der Regel nur einen Einstieg in den geschützten Arbeitsmarkt oder in Werkstätten für Behinderte (8). Gerade für schwer belastete Patienten sind umfassende Angebote an betreuten Arbeitsplatzmöglichkeiten deswegen besonders wichtig. Dies gilt nach den vorliegenden Ergebnissen besonders in Zeiten ungünstiger Arbeitsmarktverhältnisse. ■



Korrespondenzadresse:
Dipl.-Psych. Hans-Christian Kuhl
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)
Psychologischer Dienst
Arbeitsbereich Versorgungsforschung & Qualitätssicherung
Wilhelm-Klein-Strasse 27, 4025 Basel

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, *Psychiatrie-Zusatzdaten: Erwerbstätigkeit und Berentung im Erwerbsalter von stationär psychiatrisch behandelten Personen mit Haupt-F-Diagnose. Indikator B.1.11, Oktober 2006.* (www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/O1.html).
2. Rüesch P et al. (2002): *Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. Psychiatrische Praxis, 29 (2): 68–75.*
3. Eikelmann B, Reker T, Richter D (2005): *Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 73 (11): 664–673.*
4. Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco), *Arbeitsmarktstatistik. Februar 2006* (www.statistik-bs.ch/kennzahlen/tpk/arbeitslose/tpk4.pdf).
5. Vogel R et al. (1986): *Die berufliche Reintegration ersthospitalisierter psychisch Kranker im ersten Jahr nach ihrer Entlassung – Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittuntersuchung. Rehabilitation (Stuttgart), 25 (3): 106–111.*
6. Mueller P, Worm M (1987): *Arbeitslosigkeit bei psychisch Kranken. Psychiatrische Praxis, 14 (1): 18–21.*
7. Henkel D, Gruenbeck P (2005): *Entwicklung der Arbeitslosenquote in der Suchtrehabilitation und Verlauf der beruflichen Integration Alkoholabhän-*
8. Richter D, Eikelmann B, Reker T (2006): *Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. Gesundheitswesen, 68 (11): 704–707.*
9. Moos M, Wolfersdorf M (2003): *Berufliche Situation und berufliche Perspektiven von psychisch kranken Menschen. Zusammenhänge zwischen der Erwerbssituation und der Entwicklung der psychischen Erkrankung. Psychiatrische Praxis, 30 Suppl 2: 154–156.*
10. Kardorff E (2000): *Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. Soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation. Impulse 2000, 15: 12–17.*
11. Bundesamt für Gesundheit (BAG), *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten. November 2006* (www.asfg.uni-bremen.de/doc/Gender_Gesundheitsbericht_06.pdf).
12. Häfner H (1988): *Macht Arbeitslosigkeit krank? Ein Überblick über den Wissensstand zu den Zusammenhängen zwischen Erwerbslosigkeit, körperlichen und seelischen Gesundheitsrisiken. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 56: 326–343*