

Was kann der psychiatrische Dienst leisten?

Psychische Probleme am Arbeitsplatz führen häufig zu längeren Krankschreibungen und zählen insbesondere bei jungen Menschen zu den weitaus häufigsten Gründen für eine Invalidisierung. Die Psychiatrie muss sich in Zukunft vermehrt der Früherkennung und der Prävention arbeitspsychiatrischer Probleme annehmen, indem sie auf Patientenseite in der Diagnostik vertiefte arbeitspsychiatrische Assessments erarbeitet und (psycho-)therapeutisch den Fokus auf die langfristigen Folgen einer sozialen und beruflichen Integration legt. Mit Blick auf die Arbeitgeberseite und das Arbeitsumfeld wird im Beitrag ein innovatives Pilotprojekt einer Arbeitgeberberatung vorgestellt, welches die Psychiatrie Baselland zusammen mit der Swica lanciert.



Daniel Sollberger

von Daniel Sollberger

Einleitung

Aus der Forschung ist bekannt, dass 75 Prozent aller psychischen Störungen vor dem 25. Altersjahr beginnen (1). Dieser Befund, der zugleich einen der Hauptunterschiede zu vielen körperlichen Erkrankungen markiert, lässt erahnen, welche negativen Auswirkungen er auf die seelische Entwicklung junger Menschen, ihre Orientierung im privaten Beziehungsleben und in ihrer beruflichen Ausrichtung, kurzum auf ihre Identitätsbildung hat. Häufig zeigen sich in den biografischen Verläufen der Betroffenen Beziehungsabbrüche, soziale Isolation, Schwierigkeiten in der Autonomieentwicklung und in der Ablösung vom Elternhaus sowie insbesondere auch Probleme in der Schule, der Berufsausbildung oder im Studium. So kann ein weiterer Forschungsbefund denn auch als Niederschlag der Konsequenzen einer frühen psychischen Erkrankung verstanden werden: Rund 60 Prozent der IV-Berentungen junger Menschen unter 25 Jahren in der Schweiz erfolgen aus psychischen Gründen (2).

Neben dem frühen Erkrankungsalter spielt aber auch die Art der Erkrankung, die Diagnose, eine entscheidende Rolle. So ist bekannt, dass schwere psychische Störungen wie eine Schizophrenie oder eine bipolare affektive Störung und vor allem auch ihr jeweiliger Schweregrad zu einem sogenannten Knick in der Lebenslinie führen können und verlaufsprognostisch bedeutsam sind. Für die Probleme, die sich häufig am Arbeitsplatz zeigen, sind aber vor allem Störungen in der Persönlichkeit verantwortlich. Persönlichkeitsstörungen sind in der Schweiz der häufigste Grund für eine Invalidisierung aus psychischen Gründen (3).

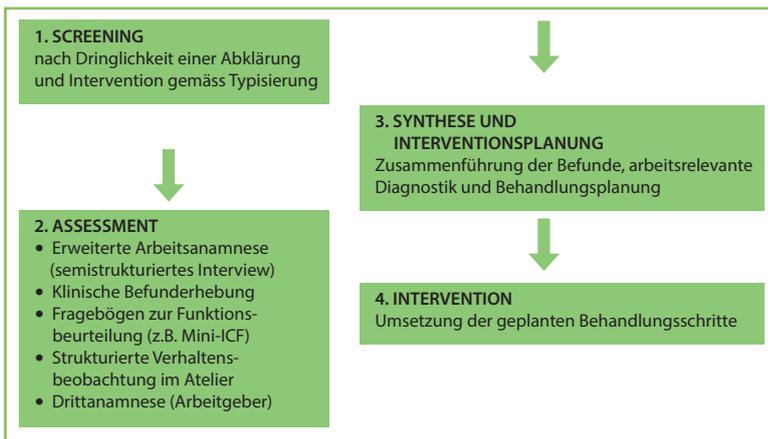
Gleichzeitig wissen wir, dass etwa drei Viertel aller Personen mit psychischen Störungen erwerbstätig sind (1).

Angesichts dessen, dass die berufliche Ausbildung und die Arbeit für die Entwicklung der Identität, für die Ausbildung eines gesunden Selbstwertgefühls, für eine Sinnorientierung im Leben oder generell für die Integration in die Gesellschaft eine zentrale Rolle spielen, können wir davon ausgehen, dass der Verlust der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung die Beeinträchtigung der genannten Aspekte zusätzlich verschärft. Neben arbeitsplatzbezogenen Störungen, wie sie etwa im Rahmen des Burn-out-Syndroms breit diskutiert werden, sind der Verlust eines Arbeitsplatzes und eine lang anhaltende Arbeitslosigkeit weitaus häufiger der Grund für eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit oder gar eine psychiatrische Erkrankung (4). Leider wird gerade in psychotherapeutischen Kontexten wahrscheinlich häufig zu wenig detailliert oder viel zu spät auf diese Aspekte der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsplatzes geachtet, sodass Interventionen nicht selten erst eingeleitet werden, wenn längere Krankschreibungen vorliegen, Arbeitsplätze verloren sind, IV-Anmeldungen erfolgen oder klassisch rehabilitative Programme zum Zug kommen.

Wie soll die Psychiatrie diesen Befunden begegnen?

In der gegenwärtigen Debatte um die IV-Revision zeigt sich, dass zwei Gruppen besondere Aufmerksamkeit zuteilwird: Es sind dies die 18- bis 24-Jährigen, also die jungen Erwachsenen bei ihrem Übertritt ins Erwerbsleben, und Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Es soll im Gesetz neu verankert werden, «dass eine Rente erst dann gesprochen wird, wenn alle Möglichkeiten zur Eingliederung ausgeschöpft sind» (NZZ 15.2.17). Bei Letzteren geht es vor allem darum, zu verhindern, dass sie ihre Stelle verlieren.

Dazu bedarf es sicherlich einer Früherfassung, einer Verbesserung der Reintegrationsmassnahmen und ebenso



Kasten 1: Arbeitspsychiatrisches Assessment

1. Psychiatrische Anamnese, Diagnostik und psychodynamische Überlegungen
 - a. Aktueller Grund der Behandlungsaufnahme
 - b. Kurze Krankheitsanamnese und bisherige Behandlungen
 - c. Diagnosen
 - d. Psychodynamik und Problemfokus
2. Arbeitsanamnese
 - e. Schule, Ausbildung, Beruf
 - f. Eigentliche Arbeitsanamnese gemäss Leitfaden
 - g. Identifikation typischer Problemmuster
3. Synthese aus 1 und 2
 - h. Klärung des Verhältnisses von Diagnose, Psychodynamik und Problemfokus (1.c und 1.d) mit arbeitsbezogenem Problemmuster (2.g)
 - i. Arbeitsrelevante Fokusbildung als Grundlage einer Interventionsplanung
4. Interventionen

Kasten 2: Arbeitspsychiatrisch-psychotherapeutische Fokusbildung

einer Sicherung von deren Nachhaltigkeit durch längere IV-Begleitungen. Um Vermittlungschancen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu verbessern, soll gemäss Bundesrat denn auch die Bezugsdauer für die Taggelder der Arbeitslosenversicherung auf 180 Tage verdoppelt werden.

Die Psychiatrie ist dabei in mindestens zweierlei Hinsicht gefordert: Zum einen muss sie hinsichtlich der Früherkennung die Thematik um den Einstieg ins Erwerbsleben, die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz mit drohendem Verlust der Arbeitsstelle in den psychiatrischen Abklärungen, systematischer in den Blick nehmen, sodass präventiv nicht nur ein Stellenverlust, sondern gegebenenfalls auch eine psychische Erkrankung beziehungsweise ihre Verschlechterung abgewendet werden kann. Zum andern gilt es, in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen den Fokus sowohl in der Versorgung als auch in der Forschung über eine reine Symptomremission, aber auch über eine persönlichkeitsstrukturelle Veränderung hinaus auf Langzeiteffekte im psychosozialen Funktionsniveau der Patienten zu legen.

Im Fokus: Fragen nach den Veränderungsmechanismen

Aufgrund der Erkenntnis, dass die psychosoziale Beeinträchtigung von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung – in der Schweiz notabene der häufigste Grund für eine Invalidisierung aus psychischen Gründen – nach

Symptomremission häufig andauert (5–7), wird gerade in der Psychotherapieforschung zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen in den letzten Jahren genau auf die Frage nach den Mechanismen, die zu einer Verbesserung der sozialen und beruflichen Integration führen, grosser Wert gelegt (8, 9). Insbesondere auch vonseiten der Psychoanalyse, die immer noch in dem Ruf steht, in einer therapeutischen abstinenter Haltung die psychosozialen Lebensumstände der Patienten zu wenig zu beachten, kommt das differenzierte Plädoyer für die Erweiterung der Aufmerksamkeit in der Übertragungssituation auf die therapieexterne Lebenssituation der Patienten (10). So stehen heute anstelle von Wirksamkeitsnachweisen spezifischer Verfahren verstärkt Fragen nach den zugrunde liegenden Veränderungsmechanismen im Zentrum. Aus ihnen sollen erstens differenzielle Behandlungsangebote für unterschiedliche Patienten abgeleitet und zweitens die verschiedenen Interventionsstrategien verstärkt dem individuellen Veränderungsprozess angepasst werden (11–13).

«Arbeitspsychiatrie und Psychotherapie» in der Psychiatrie

Auch in der Psychiatrie Baselland sind wir mit dieser Thematik konfrontiert, sodass wir uns entschieden haben, die aus den dargestellten Befunden abgeleiteten Forderungen nach Früherkennung von psychischen Problemen im Zusammenhang mit dem Arbeitsleben und nach einer fokussierten Behandlung der Schwierigkeiten von zwei Seiten her anzugehen:

1. Arbeitspsychiatrische Assessments und Therapie

Im Bereich der diagnostischen Früherkennung und therapeutischen Intervention gilt es, zunächst bei den Patienten, die sich in eine psychiatrische Abklärung und Behandlung begeben, ein Screening durchzuführen, in welchem die Dringlichkeit und der Umfang eines arbeitspsychiatrischen Assessments festgelegt werden. So wird beispielsweise für einen Patienten, der erstmalig aufgrund einer psychischen Problematik arbeitsunfähig geworden ist und dem kein Arbeitsplatzverlust droht, eine andere Form der Abklärung notwendig sein als für jenen, der zum x-ten Mal einen Stellenverlust zu gewärtigen hat und/oder dem aufgrund wiederholter ähnlicher Schwierigkeiten oder interaktioneller Konflikte gekündigt wurde. Wiederum anders wird die Abklärung aussehen bei jemandem, der bereits nach erfolglosen IV-gestützten Reintegrationsbemühungen in ein IV-Rentenprüfungsverfahren kommt. Entsprechend werden Patienten unterschiedlichen Assessments zugeführt (Kasten 1). Die standardisierte Diagnostik nach ICD-10 und/oder DSM-5 und deren Ergänzung durch eine psychodynamische Diagnostik (z.B. nach OPD-2) werden in indizierten Fällen also um eine multimodale arbeitsdiagnostische Abklärung erweitert. Diese umfasst in ihrer extensiven Variante ein qualitatives, leitfadengestütztes und arbeitsanamnestisches Interview, in welchem typische Problemmuster beziehungsweise ein Kernproblem herausgearbeitet werden. Ergänzend erfolgen eine standardisierte Erhebung der Funktionsfähigkeit mittels Fragebogen sowie eine diagnostische Prüfung spezifischer arbeitsplatzbezogener Fähigkeiten beziehungsweise Einschränkungen mittels Verhaltensbeobachtung in spezifischen Programmen unserer

Klinikatielers. In Fokussitzungen werden dann die Befunde aus der psychiatrisch-psychodynamischen Diagnostik und den arbeitsdiagnostischen Abklärungen zusammengetragen und in einen Behandlungsfokus integriert (Kasten 2).

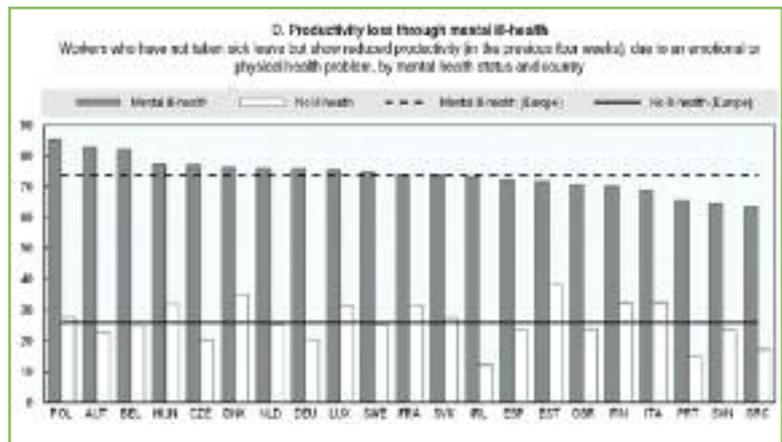
Auf der Basis dieses Behandlungsfokus wird dann die Therapieplanung vorgenommen, die sowohl die Indikation für spezifische Behandlungsformen (z.B. psychotherapeutische Bearbeitung spezifischer interaktioneller Probleme im Einzel- und Gruppensetting, Training sozialer Kompetenzen, Entspannungsverfahren etc.) umfasst als auch die Klärung dessen, welche Institutionen (z.B. Kranken-, Taggeld- oder Sozialversicherer, Anbieter für Arbeitstrainings oder für geschützte Arbeitsplätze) und Personen (Arbeitgeber, Angehörige etc.) in welcher Form zu involvieren sind und welche Schnittstellen es zu bearbeiten gilt. Aus dieser fundierten, multimodalen medizinisch-psychiatrischen, psychodynamischen und arbeitsdiagnostischen Abklärung resultiert dann eine langfristige Behandlungsperspektive mit dem Ziel, durch die arbeitsbezogene, spezifischere Fokussierung nicht allein die psychiatrische Störung per se zu therapieren, sondern die Behandlung auch als Grundlage für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit oder eine Wiederaufnahme der Arbeit zu nutzen.

2. Arbeitgeberberatung

Im Bereich der Prävention und der Früherkennung lancierte die Psychiatrie Baselland gemeinsam mit der Gesundheitsorganisation Swica, einem grossen Krankentaggeldversicherer der Schweiz, auf den 1. April 2017 das innovative Pilotprojekt «Arbeitgeberberatung».

Es ist hinreichend bekannt, dass psychische Probleme am Arbeitsplatz nicht nur häufig sind, sondern letztlich auch hohe Produktionsverluste mit sich bringen (Kasten 3).

Arbeitgeber sowie Taggeldversicherer haben dementsprechend auch aus ökonomischen Gründen ein vitales Interesse, die Arbeitsfähigkeit ihrer Mitarbeiter möglichst erhalten zu können. Dabei zeigt sich, dass gerade im Fall psychischer Belastungen und Erkrankungen von



Kasten 3: Produktivitätsverluste durch psychische Krankheit (1)

Mitarbeitern Führungskräfte für deren Reintegration, aber auch bereits für die Bewältigung von Problemen vor einer psychischen Dekompensation eine entscheidende Rolle spielen (14). Viele Führungskräfte fühlen sich jedoch oft mit Situationen überfordert, in denen es in einem frühen Stadium um das Ansprechen und das Klären von Schwierigkeiten geht, welche Mitarbeiter aufgrund einer psychischen Belastung und/oder interaktioneller Probleme in Arbeitsteams haben. So fehlen oft professionelle externe oder betriebliche Angebote, die Führungskräfte holen sich wenig oder zu spät Hilfe; behandelnde Psychiater erkrankter Mitarbeiter treten immer noch kaum oder sehr spät in einem Erkrankungsprozess ihrer Patienten mit Arbeitgebern in Kontakt (siehe Artikel auf Seite 4 von N. Baer in diesem Heft).

Die Herausforderung liegt also in der Frühintervention. Denn die Unterstützung von Führungskräften ist entscheidend, wenn Hilfsbereitschaft und Geduld des Arbeitsumfeldes gegeben sind und noch keine langen Krankschreibungsphasen erfolgt sind.

Hier soll die professionelle psychiatrisch-psychologische Beratung von Arbeitgebern als Dienstleistung der Swica und der Psychiatrie Baselland ansetzen (die Beschrän-

kung auf Baselland betrifft nur die Psychiatrie Baselland, teilnehmende Swica-Kunden müssen hingegen nicht in Baselland ansässig sein). Den Dienst stellt die Swica ihren Versicherten kostenlos zur Verfügung; die Psychiatrie Baselland führt die Beratungsgespräche zunächst telefonisch, bei Bedarf auch persönlich in Folgegesprächen durch und baut diese weiter auf.

Das Angebot ist bewusst niederschwellig angelegt. Führungskräfte sollen dazu ermutigt werden, bei Unklarheiten, Fragen, Unsicherheiten oder Problemen im Zusammenhang mit psychisch auffälligen Mitarbeitern beim Beratungsteam der Psychiatrie Baselland frühzeitig Rat einzuholen – und nicht erst, wenn eine gesicherte psychiatrische Problematik oder eine psychiatrische Krankschreibung vorliegt.

Ziel der Beratungen ist es, für Führungskräfte ein professioneller Ansprechpartner zu sein, der entlastet, bestätigt, ermutigt, aber auch konkret berät und Handlungsoptionen eröffnet. Dies ist gewissermassen ein Paradigmenwechsel in der Beratung, da Führungskräfte und das Arbeitsumfeld im Zentrum einer psychiatrischen Dienstleistung stehen und der psychisch belastete und auffällige Mitarbeiter erst in der Folge profitieren kann. Eine Reduktion der Belastungen von Vorgesetzten und Arbeitskollegen, aber auch eine Erhöhung von deren Belastbarkeit kommt letztlich auch dem betroffenen Mitarbeiter zugute, etwa wenn konflikthafte Verhalten angesprochen werden kann, wenn besondere Massnahmen eingeleitet werden und damit unnötige oder überlange Arbeitsabsenzen verhindert werden können oder auch ein Wiedereinstieg erleichtert wird. Zudem können beratene Führungskräfte letztlich ihren Mitarbeitern auch das Care-Management der Swica zur Verfügung stellen, sodass auch sie frühzeitig, und auch ohne bestehende Krankschreibung, dieses in Anspruch nehmen können.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Dr. phil. Daniel Sollberger

Chefarzt

*Zentrum für spezifische Psychotherapien
und Psychosomatik ZPP*

Zentrum für psychosoziale Therapien ZPS

Psychiatrie Baselland

Bienentalstrasse 7

4410 Liestal

E-Mail: daniel.sollberger@pbl.ch

Literatur:

1. OECD. Sick on the Job – Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing, 2012.
2. Baer N, Juvalta S, Altwicker-Hämöri S, Frick U, Rüesch P: Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 16/15. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, 2015.
3. Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. OECD Forschungsbericht Nr. 12/13. 2014.
4. OECD. Fit Mind, Fit Job. Paris: OECD Publishing, 2015.
5. Choi-Kain LW, Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Reich DB: A longitudinal study of the 10-year course of interpersonal features in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2010; 24: 365–376. doi: 10.1521/pedi.2010.24.3.365.
6. Frankenburg FR, Zanarini MC: The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1660–1665. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15641871>
7. Hopwood CJ, Zanarini MC: Borderline personality traits and disorder: predicting prospective patient functioning. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 585–589. doi: 10.1037/a0019003.

Merkmale:

- **60 Prozent der IV-Berentungen von jungen Menschen unter 25 Jahren erfolgen in der Schweiz aus psychischen Gründen.**
- **Die berufliche Ausbildung und die Arbeit sind von zentraler Bedeutung für die Entwicklung eines Selbstwertgefühls, für die Festigung einer Identität mit Sinnorientierung im Leben und für die soziale Integration. Entsprechend sollten gerade bei jungen Menschen alle Möglichkeiten zur Eingliederung in die Arbeitswelt ausgeschöpft werden, bevor eine IV-Berentung erfolgt.**
- **Arbeitgeber spielen bei der Bewältigung von psychischen Problemen und bei der Reintegration von psychisch kranken Mitarbeitern in die Arbeit eine entscheidende Rolle, sind häufig aber mit den schwierigen Situationen überfordert.**
- **Die Psychiatrie muss im Sinn einer Früherkennung und einer Frühintervention vermehrt auf arbeitspsychiatrische Probleme von Patienten fokussieren.**
- **Die Früherkennung und die Frühintervention sollen mittels vertiefter diagnostischer Assessments und darauf ausgerichteter therapeutischer Interventionen erfolgen.**
- **Ebenso braucht es im Rahmen von Früherkennung und Frühintervention eine Unterstützung und eine Beratung des Arbeitsumfeldes. Eine niederschwellige und professionelle psychiatrisch-psychologische Beratung von Führungskräften mit frühzeitig eingeleiteten Massnahmen kann lange Krankheitsabsenzen verhindern helfen, eine Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern und auch die Belastbarkeit eines Arbeitsumfeldes verbessern.**

8. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Markowitz JC, Sanislow C, Ansell E, Pinto A, Skodol AE: Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorder study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 827–837.
9. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G: The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 103–9.
10. Kernberg OF: New developments in transference focused psychotherapy. *Int J Psychoanal* 2016; 97: 385–407.
11. Clarkin JF, Levy KN: Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *J Clin Psychol* 2006; 62: 405–410. doi: 10.1002/jclp.20238.
12. Forster C, Berthollier N, Rawlinson D: A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 2014; 4: 133. doi: 10.4172/2161-0487.1000133.
13. McMain SF, Boritz TZ, Leybman MJ: Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration* 2015; 25: 20–29.
14. Baer N, Frick U, Fasel T: «Schwierige» Mitarbeiter – Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 1/11. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern, 2011. www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de&lnr=01/11.