

Projektbericht: Berufliche Umwelt und psychische Erkrankung - eine prospektive Längsschnittuntersuchung

Vogel, Rüdiger; Bell, Volker; Blumenthal, Stefan

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Vogel, R., Bell, V., & Blumenthal, S. (1984). Projektbericht: Berufliche Umwelt und psychische Erkrankung - eine prospektive Längsschnittuntersuchung. *ZUMA Nachrichten*, 8(14), 27-45. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-210442>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

PROJEKTBERICHT: BERUFLICHE UMWELT UND PSYCHISCHE ERKRANKUNG - EINE PROSPEKTIVE LÄNGSSCHNITTUNTERSUCHUNG

1. Problemstellung

Dieser Bericht bezieht sich auf eine Studie über Prädiktoren, Prognose und Verlauf von psychiatrischen Ersterkrankungen. Über die wichtigsten Merkmale dieser Studie (zentrale Fragestellungen, theoretischer Rahmen, Untersuchungsdesign, Erhebungsinstrumentarien, Stichprobe, Organisation) und den Feldverlauf wurde bereits in den ZUMANACHRICHTEN 11 berichtet. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Darstellung des Krankheitsverlaufs anhand der Analyse der poststationären beruflichen Aktivitäten, die unter dem Aspekt der beruflichen Integration dargestellt werden. Neben diesem Merkmalsbereich wurden als weitere "outcome"-Kriterien psychopathologische Merkmale und die soziale Adaptation herangezogen. Die diesbezüglichen Ergebnisse werden an späterer Stelle veröffentlicht. Die Auswahl gerade des Merkmalsbereichs der Arbeit findet dabei in der allgemeinen Bedeutung der Arbeit für die psychische Gesundheit sowie ihrer spezifischen Bedeutung für (ehemals) psychisch Kranke ihre Begründung (vgl. dazu Ausführungen im Mittelteil des Berichts). Die Analyse dieses Merkmalsbereichs bezieht sich auf das erste Jahr nach der Entlassung aus der stationären Behandlung. Da es sich um Ersterkrankungen handelt, bilden wir somit ein sehr frühes Stadium der psychischen Störung ab. Dies ist außerordentlich wichtig, da Kenntnisse und Wissen über Probleme bzw. Störungen in diesem Stadium dazu befähigen, frühzeitig intervenieren zu können und damit ein drohendes Absinken in ein schwereres Stadium (Chronifizierung, Behinderung) verhindern helfen. Uns ging es dabei - wie oben bereits angedeutet - vorrangig um die Analyse der beruflichen Problematik. Um diese adäquat zu beleuchten, analysierten wir diesen Aspekt der Erkrankung unter den Gegebenheiten der normalen Versorgungssituation und ermöglichten damit eine Aussage darüber, inwieweit eine stationäre psychiatrische Behandlung die an sie geknüpften Erwartungen unter realitätsnahen Bedingungen einzulösen vermag. Dieses Vorgehen unterscheidet unsere Studie von kontrollierten prospektiven Therapiestudien, die die Wirksamkeit einer bestimmten Therapie unter Idealbedingungen analysieren und damit oft Bedingungen schaffen, die in der realen Versorgungssituation nicht annähernd existieren (Engagement der Therapeuten, compliance der Patienten).

ZUMA

Die Befunde unserer katamnestischen Studie werden im wesentlichen unter drei Gesichtspunkten dargestellt und diskutiert:

- a. Wie verlief die berufliche Reintegration der von uns untersuchten psychiatrischen Patienten im ersten Jahr nach der Entlassung?
- b. Wo lagen unter Zugrundelegung eines wesentlichen Aspektes der beruflichen Reintegration (Kontinuität der Beschäftigungssituation im Untersuchungszeitraum) und der Analyse der objektiven Gründe für die in diesem Bereich vorgefundenen ausgeprägten Desintegrationstendenzen sowie der Einschätzung der Betroffenen selbst die größten Reintegrationsschwierigkeiten?
- c. Ergeben sich daraus Hinweise, in welchem Verhältnis berufliche Beeinträchtigungen bei Ersthospitalisierten zum einen der Krankheit und einer daraus resultierenden Leistungsunfähigkeit und zum anderen sozialen Faktoren anzulasten sind?

Diese Differenzierung erscheint uns sehr wichtig, um präziser als bisher bestimmen zu können, in welchem Umfang bestimmte stationäre bzw. außerstationäre Maßnahmen (Beziehungsfürsorge, Umgebungsfürsorge) initiiert bzw. forciert werden müssen, um den weiteren Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

- d. Welche Schlußfolgerungen lassen sich aus den Befunden ableiten, um die Chance einer erfolversprechenden beruflichen (Wieder-)Eingliederung von ersthospitalisierten psychisch Kranken zu erhöhen?
- e. In welchem Verhältnis stehen diese Schlußfolgerungen mit der aktuellen Versorgungspraxis?

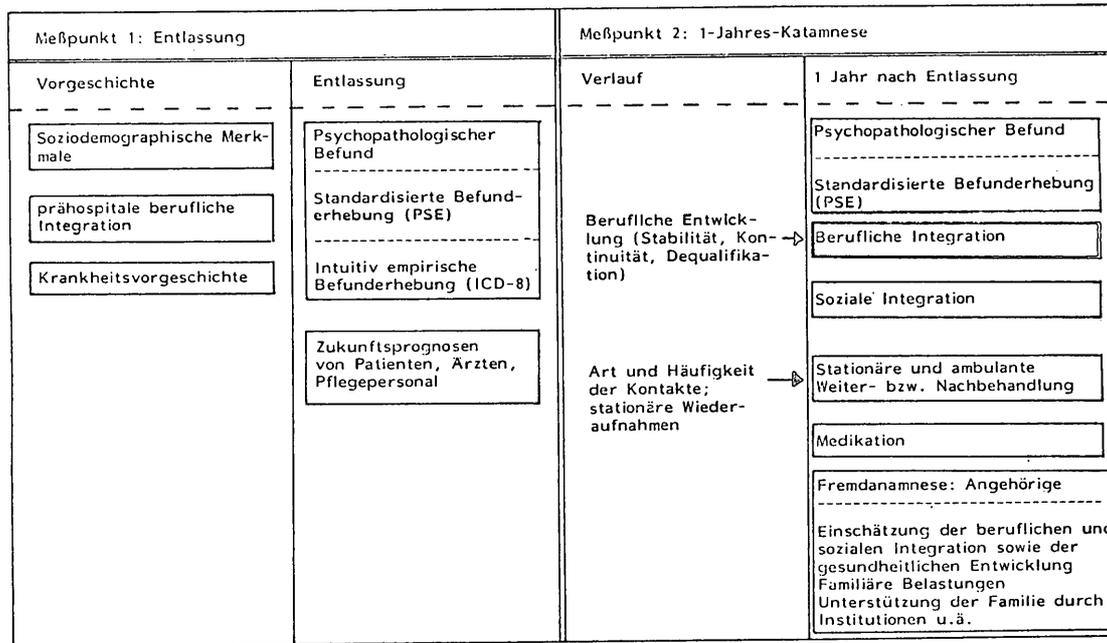
2. Beschreibung der Stichprobe und Untersuchungsmethode

Die Untersuchungseinheit unserer prospektiven Längsschnittstudie bildeten 258 ausgewählte Patienten, die im Jahre 1979 erstmals stationär im Bezirkskrankenhaus Günzburg aufgenommen wurden (zu Stichprobenkriterien und Stichprobenbeschreibung vgl. VOGEL, 1982:42,43). Das Bezirkskrankenhaus Günzburg versorgt das nördliche Gebiet des Bezirkes Schwaben innerhalb des Freistaates Bayern (vorrangig ländliches Gebiet) mit 687 000 Einwohnern. Die Bettenzahl betrug zum Zeitpunkt der Untersuchung 740. Die Aufnahmeziffer belief sich auf 1652 Patienten im Jahre 1979, die durchschnittliche Belegung auf 747. Die intramuralen therapeutischen Maßnahmen wurden von durchschnittlich 218 Pflegekräften (1:3,4) und 35 Ärzten/Psychologen (1:22), die extramuralen von zwei niedergelassenen Nervenärzten, der Ambulanz und der Außenfürsorge des Bezirkskrankenhauses Günzburg sowie Hausärzten durchgeführt. Von diesen 258 Patienten der Ausgangsstichprobe konnten ein Jahr nach der Erstaufnahme 230 (ca. 90% der Ausgangsstichprobe) nachuntersucht werden. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf diese Gruppe der 230 ausführlich untersuchten Patienten, die sich bezüglich ausgewählter Merkmale als repräsentativ für die Ausgangsstichprobe erwies. Bei diesen handelt es sich um demographische und stichprobenspezifische Merkmale, die für die zentralen Aussagen der Untersuchung von Bedeutung sind.

Neben standardisierten psychopathometrischen Verfahren (Present State Examination zur Messung von psychopathologischen Auffälligkeiten) wurden im wesentlichen selbstkonstruierte Erhebungsinstrumente eingesetzt, da Skalen zur Messung der beruflichen und sozialen Adaptation/Integration leider noch nicht so gut entwickelt und so vielseitig verfügbar sind, wie es für Skalen zur Psychopathologie zutrifft (vgl. auch MÜLLER, 1983). Die folgende Abbildung 1 dokumentiert das Design und die thematisierten Merkmale der Untersuchung.

Die Objektivierung und Quantifizierung der beruflichen Integration, den zentralen Merkmalsbereich der Studie, versuchten wir auf mehreren Ebenen zu realisieren. Dabei griffen wir auf Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren zurück. Wir unterscheiden drei Ebenen der Integration, die

Abbildung 1: Modell der Studie "Berufliche Integration und Reintegration ersteingewiesener psychiatrischer Patienten" (R. ASCHOFF-PLUTA, V. BELL, ST. BLUMENTHAL, E. LUNGERSHAUSEN, R. VOGEL)



ZUMA

- formale Ebene
- funktionale Ebene
- subjektive Ebene.

Diese drei Maße dienten dazu, auf verschiedenen Dimensionen die Güte der beruflichen Integration abzubilden. Dabei orientierten wir uns an den Erwartungen, die die soziale Umwelt in Gestalt der Gesamtgesellschaft bzw. des individuellen betrieblichen Umfeldes an das Individuum im Beobachtungszeitraum herantrugen. Wir möchten uns hier auf die formale Ebene der beruflichen Integration beschränken.

Die formale Ebene der beruflichen Integration orientierte sich an den Erwartungen, die an die Rolle einer Erwerbsperson idealtypisch geknüpft sind. Dabei berücksichtigen wir folgende Aspekte, die unseres Erachtens die Rolle einer Erwerbsperson im wesentlichen definieren:

- a. Stabilität der Beschäftigungssituation
- b. Kontinuität der Beschäftigungssituation
- c. Vertikale berufliche Mobilität

Auf der Grundlage dieser Merkmale bestimmten wir 6 Integrationsgrade, indem wir bestimmten Mustern von Meßwerten Ränge zwischen 1 und 6 auf der Indexskala "Formale berufliche Integration" zuordneten. Auf diese Weise erhielten wir eine die differenzierten beruflichen Verhältnisse zusammenfassende Skalierung mit 6 Rängen, wobei die Ränge das Ausmaß der Schwierigkeiten der Patienten abbildeten, den Erwartungen, die an den Status einer Erwerbsperson geknüpft sind, gerecht zu werden (vgl. Abbildung 2).

Die relevanten Informationen wurden mittels einer standardisierten Erhebungstechnik von den Betroffenen erfragt und bezogen sich auf das Jahr nach der Entlassung aus der stationären psychiatrischen Behandlung.

Die differenzierte Analyse der im Untersuchungszeitraum vorgefundenen beruflichen Integrationstendenzen erfolgte unter Zugrundelegung objektiver und subjektiver Gegebenheiten. Die objektiven Gegebenheiten wurden durch folgendes Vorgehen erfaßt:

Abbildung 2: Index zur Quantifizierung der posthospitalen formalen beruflichen Integration

Pattern	Integrationswerte
Keine Fehlzeiten; stabile Beschäftigung; keine Dequalifikation; zum Stichdatum Vorlage eines Arbeitsverhältnisses	1
Keine Fehlzeiten + 1 "Minusbedingung" ¹ <u>oder</u> Fehlzeiten zwischen 1 und 13 Wochen; stabile Be- schäftigung; keine Dequalifikation; zum Stichdatum Vorlage eines Arbeitsverhältnisses	2
Keine Fehlzeiten + mindestens 2 "Minusbedingungen" <u>oder</u> Fehlzeiten zwischen 1 und 13 Wochen + mindestens 1 "Minusbedingung"	3
Fehlzeiten zwischen 13 und 26 Wochen	4
Fehlzeiten zwischen 26 und 51 Wochen	5
Fehlzeiten von 52 Wochen	6

¹ Ein Proband weist dann eine "Minusbedingung" auf, wenn er im Hinblick auf die Integrationsmerkmale/Segmente: "Stabilität, vertikale Mobilität und Vorlage eines Arbeitsverhältnisses zum Stichdatum" nur 2 Anforderungen genügt.
Beispiel: Proband A war stabil beschäftigt, konnte das Niveau seiner beruflichen Tätigkeit im Beobachtungszeitraum halten, hatte aber zum Zeitpunkt der Einweisung keinen Arbeitsplatz

ZUMA

Patienten, die im Untersuchungszeitraum nicht die ganze Zeit über beschäftigt gewesen waren, wurden nach den Gründen für ihre Fehlzeiten befragt. Die Angaben wurden nach folgendem Schema kategorisiert, wobei prinzipiell unterschieden wurde, ob die Fehlzeiten im Rahmen eines bestehenden Arbeitsverhältnisses oder im Rahmen von Erwerbslosigkeit zustande kamen. Wir unterscheiden demzufolge:

1. Fehlzeiten im Rahmen eines bestehenden Arbeitsverhältnisses;
2. Fehlzeiten im Rahmen von Erwerbslosigkeit, wobei wir folgende Unterformen unterschieden:
 - a. Erwerbslos wegen psychischer Beschwerden (rezidive, persistierende ausgeprägte Residualsymptomatik);
 - b. Erwerbslos aufgrund von Erwerbsunfähigkeit im Zusammenhang mit der vorliegenden psychischen Erkrankung (Berentung);
 - c. Erwerbslos aufgrund von Rehabilitationsmaßnahmen, die in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung durchgeführt wurden;
 - d. Erwerbslos wegen physischer Beschwerden (Operationen u.ä.m.);
 - e. Erwerbslos aus familiären Gründen (Geburt eines Kindes, freiwilliges Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit u.ä.m.);
 - f. Erwerbslos trotz Arbeitsfähigkeit und Anstreben einer Arbeit.

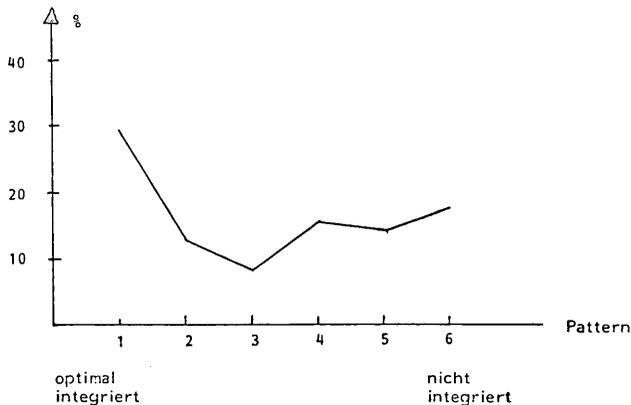
Im Rahmen der in diesem Bericht vorgelegten Analyse und Diskussion der beruflichen Integrationsschwierigkeiten wurden die Unterformen a - c (Erwerbslosigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung) zusammengefaßt und der Erwerbslosigkeit, die ausschließlich durch den Arbeitsmarkt determiniert war, sowie den Fehlzeiten innerhalb von bestehenden Arbeitsverhältnissen gegenübergestellt. Die Unterformen d - e konnten aufgrund der geringen Belegung vernachlässigt werden.

Die subjektiven Gegebenheiten wurden durch folgendes Vorgehen objektiviert: Die Patienten wurden befragt, ob sie glauben, daß ihnen die Rückkehr in das Arbeitsleben ohne Schwierigkeiten geglückt sei und wenn Nein, welche Gründe sie dafür verantwortlich machten.

3. Ergebnisse

Abbildung 3 zeigt, daß auf der Grundlage unseres Maßes zur Erfassung der beruflichen Integration etwa jedem dritten der ehemaligen Patienten eine vollständige und nach unserer Einschätzung optimale Integration gelang (Pattern 1). Diese Gruppe war den gesamten Nachuntersuchungszeitraum über ohne wesentliche Fehlzeiten, inclusive dem Katamnesezeitpunkt, kontinuierlich in einem einzigen Arbeitsverhältnis beschäftigt gewesen und in diesem Zeitpunkt keinen Dequalifikationsprozessen unterlegen. 22% waren im Hinblick auf eine bzw. zwei Facetten der beruflichen Rolle beeinträchtigt (Pattern 2-3) und konnten somit den Rollenerwartungen noch in ausreichendem Umfang gerecht werden.

Abbildung 3: Formale berufliche Integration im ersten Jahr nach der Entlassung



Knapp die Hälfte (112 von 230) der Gesamtstichprobe jedoch wies starke bis massive Beeinträchtigungen auf (Pattern 4-6). Diese Teilstichprobe war im wesentlichen dadurch gekennzeichnet, daß sie im Untersuchungszeitraum über längere Zeit hinweg nicht arbeitete (Range 25-100% des Untersuchungszeitraums).

Die Analyse der Ausfallgründe für diese Teilstichprobe nach dem in Abbildung 2 (S.32) dargestellten Schema generierte erste Hinweise darauf, in

welchem Ausmaß dieser als problematisch zu bewertende Aspekt des Krankheitsverlaufes zum einen auf die Krankheit und einer daraus resultierenden Leistungsunfähigkeit und zum anderen auf soziale (Fehlen geeigneter Arbeitsplätze, zu rasche Belastung, Stigmatisierung u.ä.m.) oder von der psychischen Erkrankung vollkommen unabhängige Faktoren zurückzuführen ist.

Abbildung 4 (rechter Teil) verweist darauf, daß die für fast die Hälfte der gesamten Stichprobe bestehende ausgeprägte berufliche Diskontinuität (n=112) sich im wesentlichen (29 + 41/112 = 62.5%) im Rahmen von Erwerbslosigkeit vollzog. Auf die Gesamtstichprobe bezogen bedeutet dies, daß fast jeder dritte der entlassenen Patienten im ersten Jahr nach seiner Entlassung über einen längeren Zeitraum hinweg aus dem Erwerbsleben ausgegliedert war. Die Ursachen dafür waren zum einen Erwerbslosigkeit trotz bestehender Arbeitsfähigkeit und dem Willen zum Arbeiten (29 von 112 = 26%) und zum zweiten, gewichtigeren Teil die psychische Erkrankung (41 von 112 = 37%). Für den Rest der Probanden mit einer ausgeprägten beruflichen Diskontinuität (32 von 112 = 29%) war die unzureichende Berufstätigkeit im Untersuchungszeitraum durch Fehlzeiten innerhalb von bestehenden Arbeitsverhältnissen begründet. Darunter fallen Krankschreibungen wegen physischer und vor allen Dingen psychischer Beschwerden.

Der Analyse der beruflichen Entwicklung stellten wir die subjektive Bewertung der beruflichen Situation durch die Betroffenen selbst gegenüber. Die Frage, welche Gründe die ehemaligen psychiatrischen Patienten für ihre beruflichen Desintegrationstendenzen im wesentlichen verantwortlich machten, erweiterte dabei das Wissen um die Hintergründe der beruflichen Anpassungsschwierigkeiten. Darüber hinaus verhalf diese Vorgehensweise dazu, die Beantwortung der Frage, in welchem Ausmaß die Beeinträchtigung bestimmter beruflicher Rollenfunktionen im Gefolge einer stationären psychiatrischen Behandlung auf die Erkrankung selbst bzw. auf soziale Faktoren zurückzuführen ist, zu präzisieren. Gerade dies aber ist wichtig, wenn man aus den vorliegenden Befunden Schlüsse für die Struktur der ambulanten Weiter- bzw. Nachbehandlung ziehen möchte.

Die Ergebnisse verweisen darauf, daß fast jeder (ca. 80%), der entsprechend seiner beruflichen Entwicklung im Untersuchungszeitraum in seinem beruflichen Rollenverhalten als beeinträchtigt eingestuft worden war, sich auch

selbst als beeinträchtigt bewertete (vgl. Abbildung 4, linke Seite). Als wesentliche Ursache machten die Betroffenen dafür fast ausschließlich in irgendeiner Form die psychische Erkrankung bzw. ihren stationären psychiatrischen Aufenthalt verantwortlich (20 + 42 = 62 von 74 = 83.3% bzw. 27% der Gesamtstichprobe). Im Vordergrund der subjektiven Erklärungsmodelle standen dabei in mehr als der Hälfte der Fälle (57%) Begründungen, die die erlebten Beeinträchtigungen primär der Krankheit und einer daraus resultierenden Leistungsunfähigkeit anlasteten (mangelndes Durchhaltevermögen, Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit u.ä.m.). In etwa einem Drittel der Fälle (27%) folgten Begründungen, die eher das soziale Umfeld der Erkrankung (keine ausreichenden Schonungsmöglichkeiten nach der stationären Behandlung, Anpassungsschwierigkeiten, das Fehlen geeigneter Arbeitsplätze u.ä.m.) für die erlebten Probleme verantwortlich machten. Der Arbeitsmarkt bzw. Merkmale, die ganz allgemein die Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt determinieren und ihrerseits die berufliche Integration zu beeinflussen vermögen (wie z.B. Alter, häufige Arbeitslosigkeit, schlechte Ausbildung, fehlende Motivation), spielten in den Augen der Betroffenen eine untergeordnete Rolle (16%).

Zusammenfassend verweisen die Ergebnisse darauf, daß bei einem großen Teil der ersthospitalisierten psychisch Kranken - was die Erfüllung wichtiger Rollenfunktionen anbelangt - die Erkrankung mit dem stationären Aufenthalt nicht abgeschlossen ist. Als Ursachen konnten dabei in Abhängigkeit von der subjektiven Beurteilung der Betroffenen sowie ihren Angaben zum beruflichen Verlauf im Untersuchungszeitraum zum einen (5 bzw. 13% der Gesamtstichprobe) der Arbeitsmarkt bzw. Merkmale, die die Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt determinieren, identifiziert werden; zum anderen, gewichtigeren Teil ließ sich das defizitäre posthospitalere berufliche Rollenverhalten auf die psychische Erkrankung in Gestalt "primärer" und "sekundärer" Handikaps zurückführen (27% bzw. 18% der Gesamtstichprobe).

Unabhängig von den jeweiligen Ursachen für das hohe Maß an beruflicher Desintegration weisen unsere Befunde auf einen großen Bedarf intensiver rehabilitativer Bemühungen im weitesten Sinne hin. Die Indikation für entsprechende Interventionen liegt dabei aus mehreren Gründen auf der Hand. Langfristige Erwerbslosigkeit führt so z.B. im Regelfall zu materiellen Einbußen und damit zu einer Einschränkung der individuellen Lebenschancen. Da-

rauf verweist u.a. eine Analyse des Bundesarbeitsministeriums, das feststellte, daß zu einem bestimmten Stichdatum (November 1982) rund 85% aller Bezieher von Arbeitslosengeld und -hilfe monatlich weniger als 1200 DM erhielten. Weit weniger beachtet, doch gleichwohl existent, vermag sich (langfristige) Erwerbslosigkeit auch auf die physische und psychische Gesundheit auswirken. Wir erinnern in diesem Zusammenhang an die JAHODA-Studie aus dem Jahre 1933 und neuere Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und psychischer Erkrankung (FRESE et al., 1978; FRIED, 1969; BRENNER, 1979 u.a.m.). Neben diesen Faktoren der Bedeutung von Arbeit für Gesunde hat Arbeit für (ehemals) psychisch Kranke noch eine besondere Bedeutung. Ehemals hospitalisierte psychisch Kranke sind der klinischen Erfahrung und unseren empirischen Befunden zufolge nach der Entlassung nicht selten noch gesundheitlich eingeschränkt bzw. mit Problemen konfrontiert, die eine Reaktion auf ihre psychische Erkrankung darstellen. Aus beiden Sachverhalten resultiert häufig Unsicherheit im Hinblick auf das eigene Leistungsvermögen. Auf dem Hintergrund dieser Unsicherheit bzw. Sensibilität ist zu erwarten, daß für diese Gruppe dem Gefühl, etwas zu taugen, ein gesellschaftlich anerkannter Mensch zu sein, eine erhöhte Bedeutung zukommt. Ein festes Arbeitsverhältnis vermag diese Unsicherheit zu reduzieren bzw. Selbstvertrauen aufzubauen und somit nicht unwesentlich zur Stabilisierung der psychischen Gesundheit beizutragen (zur Bedeutung des Arbeitsplatzes für eine dauerhafte Remission vgl. beispielhaft FREEMAN & SIMMONS, 1962; MYERS & BEAN, 1968; MONCK, 1963; SEMMER, 1978; WULFF, 1979; WING, 1976a, 1976b; BENNETT, 1972).

4. Diskussion der Ergebnisse und praktische Schlußfolgerungen

Nachdem der Stellenwert der beruflichen Wiedereingliederung für (ehemals) psychisch Kranke umrissen wurde, stellt sich abschließend die Frage, welche Konsequenzen sich aus unseren Befunden - unter Berücksichtigung der gegebenen Versorgungspraxis - für die Verbesserung der Versorgungsstruktur ableiten lassen.

Die referierten Befunde zeigen deutlich, daß die berufliche Situation bei der Behandlung akut Kranker stärker als bisher beachtet werden muß. Arbeit und Arbeitslosigkeit sollten mit dem Patienten im Verlauf seiner Behandlung ausführlicher als bisher besprochen werden. So gaben bei unserer Stichprobe

nur ca. ein Viertel (n=65) der Patienten an, während ihrer Behandlung ausführlich mit dem behandelnden Arzt oder dem Pflegepersonal über ihre Arbeitssituation gesprochen zu haben. Gespräche mit dem behandelnden Personal sind aber eine wichtige Ergänzung der Bearbeitung zwischenmenschlicher bzw. innerpsychischer Probleme und keinesfalls - wie oft geargwohnt - eine Vernachlässigung anderer Formen der Behandlung.

Darüber hinaus sollte sich der Kliniker nicht scheuen, gegebenenfalls im Verlauf der ersten stationären Aufnahme Stützungsmaßnahmen zu initiieren. Dabei geht es weniger um Rehabilitationsmaßnahmen im eigentlichen Sinne als um Hilfen bei der Arbeitsplatzsuche, vermittelnde und klärende Gespräche mit dem Arbeitgeber, Kollegen und Vorgesetzten und damit um eine offensive Nutzung der Möglichkeiten des Betriebes bei der Unterstützung der Rehabilitationsphase. Hinzukommen müssen rechtliche Beratung sowie eine emotionale Unterstützung der Betroffenen und seiner Angehörigen. Dieses Spektrum an Maßnahmen sowie der Bereich "Arbeit" überhaupt sollten bei der Behandlung akut Kranker genauso ihren Platz finden wie bei der Rehabilitation behinderter Patienten, da sich ansonsten die Gefahr einer Chronifizierung bzw. eines Absinkens in ein schwereres Stadium erhöht.

Der Befund, daß für einen großen Teil unserer psychiatrischen Patienten im Hinblick auf einen wichtigen Aspekt ihrer sozialen Identität die Erkrankung mit dem stationären Aufenthalt nicht abgeschlossen ist, verweist weiterhin auf die Notwendigkeit, den betroffenen Patientenkreis nach der Entlassung kontinuierlich weiterzubetreuen. Dabei betonen die Befunde über den engen Zusammenhang zwischen Arbeit und psychischer Gesundheit sowie die Angaben eines Teils der Betroffenen über die zugrundeliegende Problematik (Fehlen geeigneter Arbeitsplätze, unzureichende Nachbetreuung u.ä.m.) die Wichtigkeit einer "Umgebungsfürsorge", ohne dabei allerdings die "klinische Therapie" im engeren Sinne (Reduktion von Krankheitssymptomen) vernachlässigen zu dürfen. Institutionell ist eine solche Versorgungsstruktur am ehesten durch eine multiprofessionelle Arbeit zu realisieren. Auf die Problematik einer einseitigen Ausrichtung der ambulanten Betreuung verweist u.a. die Analyse der ambulanten Versorgungsstruktur unserer Klientel, wenn man das Ausmaß der berichteten Probleme als Bewertungskriterium zugrundelegt. Unserer Analyse zufolge wurde die ambulante Versorgung der von uns untersuchten psychiatrischen Patienten im wesentlichen von Ärzten realisiert (65% aller

ambulanten Maßnahmen, wobei 173 von 230 und damit fast jeder unserer ehemaligen Patienten poststationär zumindest einmal in irgendeiner Form Kontakt mit dem psychosozialen Versorgungssystem hatte; vgl. dazu VOGEL et al., 1983 und BELL et al., 1983). Die ärztliche Spezialisierung ist offensichtlich für das oben gezeigte Spektrum der Hilfesuchenden unzureichend. Hinzu kommt, daß die ärztlichen und nervenärztlichen Behandlungsabläufe in der Praxis vor allem aus Zeitgründen häufig keine ausreichende nachgehende und vor allen Dingen aufsuchende Betreuung gestatten. Eine Verbesserung der Versorgung wird unseres Erachtens dann erreicht, wenn die psychiatrische Praxis ähnlich wie die den Kliniken angeschlossenen Ambulanzen oder davon unabhängigen Beratungsstellen multiprofessionell arbeitet. Wir denken hier insbesondere an die Mitarbeit von Sozialarbeitern in der niedergelassenen Praxis. Deren Aufgabenbereiche liegen im Hinblick auf die skizzierte Problemlage vieler Betroffenen auf der Hand, in gleicher Weise wie die daraus resultierende Effektivität im Hinblick auf die Behandlungsqualität (vgl. Abbildung 5).

Nun darf nicht übersehen werden, daß viele Mängel der psychiatrischen Versorgung außerhalb der psychiatrischen Einrichtungen liegen. Hinweise dafür liefern die Angaben eines bestimmten Prozentsatzes unserer Klientel (ca. 15%), trotz Arbeitsfähigkeit über längere Zeit hinweg arbeitslos gewesen zu sein. Weitere Hinweise auf die Relevanz außerklinischer Faktoren im Hinblick auf eine Annäherung an das gesteckte therapeutische Ziel (das sich heute nicht mehr auf eine Beseitigung klinischer Symptome beschränken darf) liefert der Befund, daß soziale und berufliche Parameter, allen voran Ausbildung, berufliche Integration und das Alter vor der Erkrankung bzw. dem ersten stationären Aufenthalt, den stationären Behandlungserfolg optimieren, ebenso gut aber auch zunichte machen können. Diese außerklinischen Faktoren, die in wirtschaftlichen Krisenzeiten an Bedeutung gewinnen, erweisen sich als Hemmschuh für das gesteckte Therapieziel. Hinzu kommen Reaktionen der Betroffenen und der sozialen Umwelt auf die Erkrankung, die die Erreichung des Zieles zusätzlich gefährden (Angst vor Leistungsinsuffizienz, Benachteiligungen, Ausgrenzungstendenzen u.ä.m.). Diese Hinweise auf die Bedeutung außerklinischer Faktoren für die Therapie psychischer Störungen verweisen auf die Relevanz der wirtschafts-, sozial- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen des therapeutischen Handelns. In wirtschaftlichen Krisenzeiten gewinnen diese Rahmenbedingungen an Gewicht und vermögen -

Abbildung 5: Aufgabenbereiche für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen in Praxen niedergelassener Nervenärzte nach U. MÖLLER, A.M. LEHMKÖHLER, K. HEINRICH (1983)

1. Soziale (materielle) Hilfen gemäß der klassischen Einzelfallhilfe
 2. Erstellung der Sozialanamnese einschließlich der Erhellung der aktuellen Lebens- und Berufssituation
 3. Gruppenarbeit mit Patientengruppen (nicht Gruppentherapie im engeren Sinne)
 4. Krisenintervention (nicht-medizinische Notfallarbeit)
 5. Gemeinwesenarbeit in Lebensumfeld des Patienten
 6. Kontaktpflege zu Behörden und Institutionen
 7. Bürgeraktion im Sinne des Aufbaus einer Laien-Hilfe
 8. Hausbesuche
- präventiv
relevant

mit dem starren Blick auf Kostensenkung - die in den letzten Jahren erreichten Fortschritte der psychiatrischen Forschung im Hinblick auf eine adäquate psychiatrische Versorgung mitunter bedenklich zu gefährden.

Es bleibt die Frage, welche Möglichkeiten unter diesen restriktiven Bedingungen verbleiben (hohe allgemeine Arbeitslosenquote, Streichung finanzieller Mittel für Rehabilitationsmaßnahmen, Personalkürzung u.ä.m.). Dabei haben offensichtlich nur Strategien eine Chance, die mit einer Kostensenkung einhergehen oder zumindest keine zusätzlichen Kosten verursachen. Unter diesen Prämissen erscheinen uns unter Zugrundelegung eines Teils unserer Ergebnisse folgende Vorschläge diskussionswürdig:

Patienten, die aus der psychiatrischen Behandlung entlassen werden, werden relativ abrupt wieder mit den normalen Anforderungen ihres Berufes konfrontiert. Psychisch Kranke sind jedoch der klinischen Erfahrung und Berichten der Betroffenen selbst zufolge häufig nicht dazu in der Lage, diesen Anforderungen sofort nach der Entlassung wieder in vollem Umfang gerecht zu werden. Zu belastend ist oftmals die Umstellung und zu hinderlich die eigenen Versagensängste. Darauf verweisen u.a. die Zukunftsperspektiven der Betroffenen, die zum Zeitpunkt ihrer Entlassung erhoben wurden. Die Patienten rechneten im Hinblick auf ihre berufliche Wiedereingliederung in der Mehrzahl (83%) mit Schwierigkeiten, wobei 37% der Patienten die Befürchtung äußerten, nach ihrer Rückkehr wieder abrupt ihr volles Arbeitspensum erfüllen zu müssen und sich keine Schonzeit mit allmählicher Leistungssteigerung erlauben zu dürfen. Einen weiteren Hinweis auf die Existenz von Versagensängsten zum Zeitpunkt der Entlassung liefert das zu diesem Zeitpunkt ausgeprägte psychopathologische Zustandsbild, das vorwiegend durch eine ängstlich-depressive Symptomatik geprägt war.

Um zu verhindern, daß die Betroffenen aus den genannten Gründen für längere Zeit oder ganz aus dem Erwerbsleben ausscheiden, muß man neue Formen der Arbeitsaufnahme erproben. Bei der Eingliederung ins Arbeitsleben nach langer Krankheit kann sich so z.B. eine über vier auf sechs und schließlich acht Stunden pro Tag gesteigerte Arbeitsaufnahme als äußerst hilfreich erweisen. Entsprechende Versuche wurden bereits mit eindrucksvollem Erfolg durchgeführt. Es handelt sich dabei um ein seit 11 Jahren laufendes Vollprojekt der Technikerkrankenkasse in Hamburg. Den Angaben dieser Institu-

tion zufolge hätten 94% der auf diese Weise Eingegliederten anders nicht den Mut gehabt, sich den Berufsanforderungen zu stellen. Die Effektivität der Maßnahmen fand ihren Ausdruck in der sehr niedrigen Zahl von Rentenantragstellern in dieser "Rehabilitationsgruppe" (9% im Vergleich zu 31% einer Vergleichsgruppe). Die bloße Unterscheidung zwischen Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit erweist sich somit als bedeutendes Integrationshindernis. Abhilfe vermag in diesem Zusammenhang nur eine gesetzliche Regelung der "Teil-Arbeitsfähigkeit" zu schaffen.

Ganz entscheidend jedoch ist die Schaffung von Arbeitsplätzen. Gerade für den psychisch Kranken in der Phase seiner Rehabilitation muß es besonders schwer erträglich sein, wenn es ihm allein aufgrund der allgemeinen Arbeitsmarktlage nicht gelingt, wieder Fuß zu fassen oder aber gar seine frühere psychiatrische Behandlung zum Anlaß genommen wird, die Vermittlung eines Arbeitsplatzes scheitern zu lassen. Vielfach scheitert die Rehabilitation auch daran, daß für Probanden, deren Leistungsfähigkeit (zeitweise) beeinträchtigt, aber eben nicht so ausgeprägt ist, daß eine Berentung oder die Vermittlung in eine Werkstatt für Behinderte angemessen wäre. Aus diesem Dilemma sieht BÖCKER (1983) nur einen überzeugenden Ausweg, nämlich die Einrichtung von Arbeitsplätzen in Verwaltung und Industrie mit abgestufter Leistungsanforderung und zusätzlicher individueller Betreuung. Gesetzgeber, Arbeitgeber und Gewerkschaften sollten einsehen, daß ein solches Angebot eine wichtige Lücke in der Versorgung psychisch Beeinträchtigter/ Behinderter zu schließen vermag. Da allerdings in der aktuellen ökonomischen Krise nicht mit staatlicher Einsicht in Form des Bereitstellens von entsprechenden staatlichen Mitteln gerechnet werden kann, sondern im Gegenteil bisherige Leistungen auf Kosten der Betroffenen zurückgenommen werden, ist zu prüfen, inwieweit Initiativen in Gestalt von selbständigen Betriebsgründungen unter Ausschöpfung aller gesetzlichen Möglichkeiten (zeitlich begrenzte Lohnkostenzuschüsse bzw. Eingliederungshilfen des Arbeitsamtes, Ausnutzung des Schwerbehindertengesetzes u.ä.m.) eine realisierbare und optimistischere Alternative zur aktuellen staatlichen Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik darstellt: Das darf allerdings nicht dazu führen, das Gemeinwesen aus seiner prinzipiellen Verantwortung für die Versorgung psychisch Kranker - und dazu gehört auch die Beseitigung bzw. Verringerung der sozialen Folgen der Krankheit - zu entlassen.

Das in diesem Bericht beschriebene Projekt wurde im Rahmen des SFB 129 ('Psychosoziale Prozesse') von der Abteilung für Psychiatrie II an der Universität Ulm (Leiter: Professor R. Schüttler) durchgeführt. Der Bericht wurde von R. Vogel, V. Bell und St. Blumenthal verfaßt. Projektleiter bei ZUMA war P. Möhler.

Literatur

- BELL, V., ASCHOFF-PLUTA, R., BLUMENTHAL, St., LUNGERSHAUSEN, E. & VOGEL, R. Das Nachsorgeverhalten ersteingewiesener psychiatrischer Patienten im Jahr nach ihrer Entlassung. Psychiatrische Praxis, 1, 1983, 24-27.
- BENNETT, D. Die Bedeutung der Arbeit für die psychiatrische Rehabilitation. In: M. von CRANACH & A. FINZEN (Hrsg.) Sozialpsychiatrische Texte. Springer, 1972, 68-78.
- BÖCKER, F. Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. Spektrum, 5, 1983, 159-170.
- BRENNER, M.H. Wirtschaftskrisen, Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung. München: Urban & Schwarzenberg, 1979.
- FORSTER, R. & PELIKAN, J.M. Karriereprozeß und Versorgungssystem. 1977.
- HAUTZINGER, M. In: WOLFERSDÖRF u.a. (Hrsg.) Depressiv Kranke in der psychiatrischen Klinik. 1983, 143-152.
- HIRSCH, S.R. Die Versorgung schizophrener Patienten außerhalb des Krankenhauses: Forschungsergebnisse und Grundprinzipien. Nervenarzt, 47, 1976, 469-476.
- HOHM, H. Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken. Weinheim: Beltz, 1977.
- HUBER, G., GROSS, G. & SCHÖTTLER, R. Schizophrenie - Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Springer, 1979.
- JAHODA, M., LAZARFELD, P.E. & ZEISEL, H. Die Arbeitslosen von Marienthal. Frankfurt: Suhrkamp, 1975 (erstmalig erschienen 1933).
- KRANZ, H. & HEINRICH, K. (Hrsg.) Schizophrenie und Umwelt. Thieme, 1971.
- LUNGERSHAUSEN, E., ASCHOFF-PLUTA, R., BELL, V., BLUMENTHAL, St. & VOGEL, R. Berufliche Integration und Reintegration erstmals stationär behandelter psychiatrischer Patienten - Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittuntersuchung. Zwischenbericht an die DFG, 1983.
- MÖLLER, H.J., WUNSCHNER-STOCKHEIM, M., WERNER-EILERT, K. & VON ZERSEN, D. Verlauf schizophrener Psychosen unter gegenwärtigen Versorgungsstrategien. Ergebnisse einer 5-Jahres-Katamnese. In: K. KRYSPIN-EXNER, H. HINTERHUBER & H. SCHUBERT (Hrsg.) Ergebnisse der psychiatrischen Forschung. Schattauer, 1982.
- MORGAN, R. & CHEADLE, A.J. Unemployment impedes resettlement. Social Psychiatry, 10, 1975, 63-67.
- MÖLLER, U., LEIMKÜHLER, A.M. & HEINRICH, K. Die präventive Relevanz der Zusammenarbeit von Sozialarbeiter und Psychiater in der Praxis. Spektrum, 3, 1983, 79-84.

ZUMA

- SEMMER, N. Psychologische Aspekte der beruflichen Rehabilitation. In: M. FRESE, S. GREIF & N. SEMMER (Hrsg.) Industrielle Psychopathologie. Huber, 1978.
- VOGEL, R. Berufliche Umwelt und psychische Erkrankung. Zumanachrichten, 11, 1982, 37-52.
- WING, J.K., MONCK, E., BROWN, G.W. & CARSTAIRS, G.M. Morbidity in the community of schizophrenic patients discharged from London mental hospitals in 1959. British Journal of Psychiatry, 110, 1964, 10-21.
- WING, J.K. Eine praktische Grundlage für die Soziotherapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. In: G. HUBER (Hrsg.) Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer, 1976.
- WING, J.K. Impairments in schizophrenia: A rational basis for social treatment. In: R.D. WIRT, C. WINOKUR & M. ROFF (Eds.) Life history research in psychopathology. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1976, 237-269.
- WULFF, E. Psychisches Leiden und Politik. Frankfurt: Campus, 1979.