

Wichtige medizinisch-therapeutische Handlung in der hausärztlichen Praxis

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von psychisch erkrankten Menschen

Die meisten meinen es wahrnehmen zu können, wenngleich auch immer wieder konträre Stimmen zu hören sind: Die Anzahl der Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen und damit die Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage aufgrund psychischer Erkrankungen nehmen weiter zu. Depression, Angst- und Schlafstörungen, Erschöpfungssyndrome, das «alte» Burnout, die ganze Palette der psychosomatischen Krankheitsbilder, Neurasthenie, Fibromyalgien, Schmerz- und Anpassungsstörungen werden häufiger diagnostiziert als noch vor 20 Jahren. Klassische Psychosen und schwerste affektive Störungen halten sich innerhalb der altbekannten Ratio. Dort entsteht hinsichtlich deren Auswirkungen auf die Arbeit auch weniger Unklarheit, weil die Ausprägung der Psychopathologie schlicht nichts zu diskutieren übriglässt.

Die Gesellschaft und die Arbeitswelt haben sich unter der allgegenwärtigen Ökonomisierung mit beschleunigtem Zeittakt verändert und damit die Menschen, die unter den verschärften Bedingungen zunehmend psychisch dekomensieren und arbeitsunfähig werden. Auch die Mediziner dekomensieren zunehmend psychisch, die FMH etablierte schon vor Jahren eine Burn-out-Anlaufstelle für Ärzte, und in den Spitälern fühlen sich, wie kürzlich in der NZZ zu lesen war, viele überlastet, übermüdet und psychisch nicht mehr in der Mitte. Am Anfang des 3. Jahrtausends sprach man, nachdem von einem exponierten Politiker der Begriff des Scheininvaliden eingeführt wurde, vom «Arbeitsscheuen», «Drückeberger», «Simulant» und «Sozialschmarotzer». Mit der Beobachtung, dass auch leistungs- und karriereorientierte Arbeitnehmer in zunehmender Anzahl nicht mehr mithalten können und psychisch erkranken, entwickelte sich unterdessen eine etwas andere Schau. Heute wird, zuweilen natürlich «sous entendu», davon ausgegangen, dass gesellschaftliche und wirtschaftliche Umwälzungen krankmachen, wenn dadurch Selbstwert, materielle Existenz und soziale Sicherheit bedroht werden.

«Echte» Arbeitsunfähigkeit

Immer mehr Menschen mit psychiatrischen Beschwerdebildern finden sich denn beim Hausarzt ein, weil sie sich aufgrund der nicht mehr zu verdrängenden Symptome als unfähig erleben, ihre Arbeit verrichten zu können. Zuvor versuchen die meisten durchzuhalten und entwickeln eine allostatische Überlast, was in vielen Fällen konsekutiv zu einem protrahierten Verlauf der Erkrankungen führt. Sie nehmen Antidepressiva, Tranquilizer und Hypnotika ein oder wählen zur Symptombekämpfung andere psychotropen Substanzen wie Alkohol, Amphetamine, THC oder Kokain. Der Hausarzt, der irgendwann, meist aber spät involviert wird, ist nun gefordert und muss die Lage beurteilen. Neben der medizinischen Hilfe soll



Dr. med. Michael Sacchetto
Küsnacht

er auch die Arbeitsunfähigkeit festlegen, da der Patient diese dem Arbeitgeber gegenüber beweisen muss. Nur, was soll eingeschätzt werden und wie? Es gibt keinen Urintest für echte Arbeitsunfähigkeit, sodass es sich bei deren Beurteilung immer um eine medizinische Einschätzung handelt. Im schweizerischen Arbeitsrecht existiert keine Definition, was unter Arbeitsunfähigkeit zu verstehen ist, dies steht jedoch im Sozialversicherungsrecht: «Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise bedingte Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten». Rechtliche Normen, was aus Krankheitsgründen eine Arbeitsunfähigkeit definiert, fehlen. In den gesetzlichen Bestimmungen finden sich auch keine Kriterien betreffend den Grad einer Arbeitsunfähigkeit. Allein der behandelnde Arzt entscheidet darüber. Psychische Erkrankungen führen meist nicht zu einer kurzen Abwesenheit am Arbeitsplatz, da sie fast immer einen langen Vorlauf haben und der Krankheitsgrund nicht selten in einem Konflikt am Arbeitsplatz selbst liegt. Der Hausarzt, oft in der Rolle des primären medizinischen Ansprechpartners, schätzt aufgrund der Schwere der vorgetragenen psychischen bzw. psychosomatischen Symptomatik die Arbeitsunfähigkeit ein. Damit verbunden stellt sich heute unmittelbar die Frage, ob tatsächlich eine «echte» Erkrankung mit Arbeitsunfähigkeit oder simple Arbeitsunlust, schlichte Frustration, Aggravation oder Simulation vorliegt.

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen, die politische Stimmung, der Druck im Parlament, der Druck der Versicherungen und auch die Information der Medien haben dazu geführt, dass viele Ärzte ihren Patienten nicht mehr einfach trauen, wenn sie ihre Beschwerden vorbringen. Patienten trauen den Ärzten jedoch auch nicht mehr bedingungslos. Ärztliche Atteste werden u.a. auch nicht mehr ausgestellt, weil der Arzt die Auseinandersetzung mit den Versicherungen vermeiden will und weil später eingeforderte Versicherungsberichte nicht adäquat entlohnt werden. Vergessen wird, dass in einem Land wie der Schweiz Arbeit immer noch so hoch besetzt ist, dass Arbeitsunfähigkeit mit grosser Scham und Schuldgefühlen, mit existentieller Angst, Angst vor Stellenverlust und damit vor Verlust des Sozialprestiges einhergeht. Deshalb hat jemand, der ohne Leidensdruck eine längere Arbeitsunfähigkeit attestiert bekommen will, eine psychiatrische

Diagnose eigentlich schon einmal verdient. Dass die Schweizer «blau» machen, ist kein Massenphänomen, und die Anzahl der Scheinkranken und Scheininvaliden ist offiziell viel geringer, als kolportiert wird. Das BAG und BSV geben jedoch bis heute keine Zahlen darüber bekannt, wie viele Arbeitgeber zu Unrecht Versicherungsleistungen aufgrund unbegründeter Arbeitsunfähigkeit beziehen, Schätzungen liegen zwischen 1 und 5 Prozent. Der Schweizer Arbeitnehmer fehlt im Durchschnitt pro Jahr 5,3 Tage am Arbeitsplatz. Der Druck zum Sparen im Gesundheitswesen und in der Versicherungsmedizin lässt sich aber nicht mehr aufhalten, weil dort Heilkunst, Vernunft und Mass schon lange nicht mehr allein Leitkriterien darstellen, und so breitet sich die wirtschaftliche Paranoia im Sprechzimmer weiter aus. Unterdessen lassen sich Ärzte finden, die die Bestimmung von Antidepressiva-Spiegeln nicht durchführen, da zu teuer, obwohl diese bei längerer oder dauerhafter Arbeitslosigkeit ein wichtiges Beweismittel gegenüber dem Versicherer darstellen. Die Versicherer wiederum sind auf die ärztlichen Angaben betreffend die Arbeitsunfähigkeit angewiesen, akzeptieren jedoch v.a. bei protrahierten Krankheitsverläufen die Beurteilung der Behandler immer seltener. Der behandelnde Arzt wird als «Partei» eingestuft, der «zu nahe am Patienten»(!) ist. Dessen Diagnose wird in Frage gestellt, über den Versicherungsmediziner oder das «unabhängige» versicherungsmedizinische Institut überprüft, dann relativiert und entkräftet. Case-Manager bestimmen über den Einsatz von Therapien und Sozialversicherer schalten Behandler seit Jahren aus und unterrichten diese auch nicht mehr über ihre Beurteilungen und Entscheidungen. In der angeheizten Stimmung erstatteten vor nicht allzu langer Zeit Arbeitgeber Anzeige gegen Ärzte, die Patienten krankgeschrieben hatten, und die SAZ musste darüber informieren, wie man sich als Arzt zu verhalten hat, wenn die Polizei in der Praxis steht und die Krankenakte mitzunehmen wünscht.

An was hat sich der Ärztestand doch nicht alles gewöhnt. Ehemals als Götter in Weiss verehrt, mutierten Mediziner in den letzten zwei Jahrzehnten zu schwarzen Schafen, die die jährliche Erhöhung der Krankenkassenprämien zu verantworten haben. Heute stehen sie als Behandler unter Generalverdacht, v.a. psychisch erkrankte Patienten zu oft und zu lange oder gar unbegründet im Krankenstatus zu halten. Die «frühen Integrationsmassnahmen» greifen nicht, weil sie in vielen Fällen die Psychopathologie negieren oder nicht am richtigen Ort, sprich bei den interpersonalen Problemen bzw. den toxischen Arbeitsbedingungen ansetzen. Trotzdem wird weiter argumentiert, dass Arbeitnehmer mit psychischen Symptomen zu lange krankgeschrieben würden. Denn besteht eine Arbeitsunfähigkeit, entstehen Kosten und ist der Arbeitnehmer mehrere Monate krank, so sinkt gemäss vorliegenden Studien die Eingliederungschancen um fast 50 Prozent. Der Gedanke, dass Patienten raschestmöglich wieder an den Arbeitsplatz zu bringen sind, ist auch aus ökonomischer Sicht nicht nachvollziehbar und greift viel zu kurz. Jeder vernünftig denkende Arzt weiss, dass komplexe Erkrankungen nun einfach länger brauchen, bis eine «restitutio ad integrum» erreicht werden kann. Wenn denn überhaupt dafür eine Chance besteht. Dass aber chronische Erkrankungsverläufe existieren, davon wird versicherungsmedizinisch gar nicht mehr ausgegangen, weil solche möglichst nicht mehr finanziert werden sollen. Brachiale, rein wirtschaftlich begründete Versuche, psychisch erkrankte Patienten in kürzester Frist wieder in den Arbeitsprozess zurück zu führen, scheitern eben auch daran, dass nicht offen über die belastenden Konflikte am Arbeitsplatz gespro-

chen werden kann. Den Versicherungsfragebogen kann entnommen werden, dass z.B. Konflikte am Arbeitsplatz, Mobbing, familiäre oder psychosoziale Probleme als Kriterien für eine medizinische begründete Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen sind. Viele psychiatrische Diagnosen wurden ebenso ausgeschlossen oder in der Vergangenheit negiert, da eine Diagnose in der versicherungsmedizinischen Argumentation eine Arbeitsunfähigkeit nicht begründet. Psychisch krank und dadurch arbeitsunfähig sein bedeutet heute, prononciert ausformuliert, endogen, chronisch psychotisch und dauerhaft psychiatrisch hospitalisiert.

Was als Behandler mit psychisch erkrankten arbeitsunfähigen Patienten tun?

Spätestens seit dem Bundesgerichtsurteil von 2004, das nicht objektivierbare Befunde mittels bildgebender Verfahren als Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit ausschloss, was jedoch 2015 teilweise wieder revidiert werden musste, ist eine Unzahl von devastierten, psychisch erkrankten Patienten hervorgegangen. Deren Krankheitsverlauf wurde mit den politischen Entscheidungen und der nicht selten zynischen Haltung der Versicherungen oft erst chronifiziert und fixiert. Der psychische Verschleiss durch die Beweisführung, dass überhaupt eine Krankheit mit kausalabhängiger Arbeitsunfähigkeit besteht, ist erheblich. Die Einführung der «Zumutbarkeit» und der «Schadenminderungspflicht», die zuweilen ad absurdum angewendet werden, Sozialdetektive, die Versicherte im Schrebergarten, bei Reisen ins Ausland und in den sozialen Medien überwachen, bis hin zur Diskussion über die Einführung des Lügendetektors bei der IV, sind Ausdruck einer nicht tolerierbaren sozialen Härte und haben zur Verunsicherung der Ärzte im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen geführt. Hartes Durchgreifen bei Beurteilungsunsicherheit löst jedoch keine medizinischen Probleme, sondern perpetuiert diese vielmehr. Das Ausmass einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen müssen Ärzte aufgrund der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung festlegen. Dabei sind sie auf sich selbst gestellt. Eine Berücksichtigung versicherungsmedizinischer Vorgaben und der politischen Stimmung im Lande ist dabei nicht vordringliche ärztliche Aufgabe, Wissen über die berufliche Tätigkeit des Patienten sind jedoch nicht unnützlich. Die neuesten Überlegungen von Versicherungen, Wirtschaftsverbänden und Politik gehen über das stark hinaus. Der behandelnde Arzt soll in den ökonomischen Kontext zunehmend miteinbezogen werden. Gemeinsame Gespräche mit dem Case-Manager, der durch seine Anwesenheit Einfluss im Sinne einer beschleunigten Rehabilitation erzielen möchte, werden vorgeschlagen oder der Auftritt des Arztes in der Unternehmung, wo er sich Kenntnisse über den Arbeitsplatz verschaffen soll, um dann nach einem Roundtable-Gespräch mit dem Vorgesetzten, dem HR-Verantwortlichen und dem Patienten entsprechend die Arbeitsunfähigkeit zu evaluieren. Der Arzt soll so mehr in die «Verantwortung» genommen und besser «geführt» werden. Für den Arzt bedeutet dies Verlust von ärztlicher Kompetenz und Autonomie, für den psychisch kranken Patienten in den meisten Fällen einzig eine Amplifizierung des psychischen Leidensdrucks. Es gilt, Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung neu zu etablieren. Der psychisch erkrankte Patient braucht Ärzte, die professionell vorgehen, ihm die notwendige Zeit zur Verfügung stellen, die Symptomatik ernst nehmen, ihn in der schwierigen Krankheits- und Lebensphase medizinisch

behandeln, menschlich begleiten und durch die Festlegung der Arbeitsunfähigkeit den Heilungsprozess steuern und fördern. Der Arzt muss hierzu den psychisch erkrankten Patienten gegenüber dem Arbeitgeber und dem Versicherer aufgrund der vorliegenden Psychopathologie konsistent vertreten. Der Behandler wird hierdurch nicht zum Handlager des Patienten, sondern nimmt seine ärztliche Pflicht wahr und stellt bei Arbeitsunfähigkeit ein adäquates Attest aus. Psychisch erkrankte Patienten sind keine Kriminelle, sie leiden jedoch an «nicht objektivierbaren» Symptomen. Diese zu erkennen, ernst zu nehmen und medizinisch versorgen zu können, erfordert genauso wie in der Herzchirurgie ärztliche Kunst. Zu dieser gehört auch die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrisch-medizinischen Gründen, da sie eine hochrelevante medizinisch-therapeutische Handlung darstellt.

Dr. med. Michael Sacchetto

Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dorfstrasse 5, 8700 Küsnacht
m.sacchetto@bluewin.ch

+ **Interessenskonflikt:** Der Autor hat in Zusammenhang mit diesem Artikel keine Interessenkonflikte deklariert.

Literatur:

Frank Schneider, Wilhelm Niebling (Hrsg.), Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis, Springer 2008
 Wulf Rössler, Wolfram Kawohl (Hrsg.), Soziale Psychiatrie, das Handbuch für die psychosoziale Praxis, Band I, 2013, Kohlhammer Verlag
 Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016
 Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt, Positionspapier the Swiss Society for Public Health, Fachgruppe Public Health Schweiz, 2013
 Sheldon George, Arbeitsunfähigkeit aus ökonomischer Sicht in Casemanagement und Arbeitsunfähigkeit, Tagungsband 13, Universität Luzern, Schulthess Verlag 2006, 13-30
 Bernhard Roas, Die IV-Reform ist ein Flop, Zeitschrift Beobachter 15/2016

Take-Home Messages

- ◆ Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychisch erkrankten Menschen durch den behandelnden Arzt ist eine hochrelevante medizinisch-therapeutische Handlung
- ◆ Psychische Erkrankungen nehmen zu, sind komplex, haben oft eine lange Anamnese und zeigen einen entsprechend protrahierten Verlauf
- ◆ Psychisch erkrankte Patienten, die arbeitsunfähig sind, benötigen neben der professionellen Betreuung genügend Rehabilitationszeit und berufliche Entlastung, bevor sie wieder in den Arbeitsalltag integrierbar sind. Zeit und Entlastung gehören hier gleichbedeutend mit einer medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung zur medizinischen Strategie
- ◆ Zunehmend ökonomisch ausgerichtete berufliche Wiedereingliederungskonzepte führen zu Rückfällen und protrahierten Krankheitsverläufen
- ◆ Psychische erkrankte Patienten sind tatsächlich krank und nicht kriminell veranlagt. Die Auseinandersetzung mit den Versicherern beim arbeitsunfähigen psychisch erkrankten Patienten ist heute Teil der professionellen ärztlichen Behandlung. Die vorhandene Psychopathologie und die dazugehörige Diagnose muss vom Behandler dem Versicherer gegenüber (meist über längere Zeit) konsistent und genau dokumentiert vertreten werden

B. Muschalla, M. Linden, Bedeutung und Behandlung von arbeitsplatzbezogenen psychischen Störungen und Ängsten in der psychosomatischen Rehabilitation, Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 44, 12, 2009, 618-622
 Roland Müller, juristische Aspekte rund ums Arztzeugnis, Referat, Tagung Schweizerischer Anwaltsverband, Brennpunkt Arztzeugnis, Bern 2013
 Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten, SGPP, SGVP, 2016
 Küchenhoff Joachim, Vertrauen in Beziehungen, Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapie, 2017, 14-19
 ICD-10, Internationale Klassifikation der psychischen Störungen, 10., überarbeitete Auflage, Hogrefe-Verlag

Weiterführende Literatur beim Verfasser