

Erfassung der Arbeitsfähigkeit – ein Paradigma der aktuellen Psychiatrie

Markus Huber

Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH

Der folgende Text ist ein gedanklicher Streifzug durch einige Aspekte der psychiatrischen Tätigkeit und des psychiatrischen Betriebes. Mein Interesse gilt der sozialen Rolle der Psychiatrie. Die Rolle der Psychiatrie als faktische Entscheidungsträgerin für nicht primär medizinisch konzipierte Institutionen wird kritisch beleuchtet. Als Paradigma dient die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit.

Ich wähle als Einstieg einen Artikel aus der SÄZ vom 23. Januar 2019. Er thematisiert Rentenprüfungsverfahren [1]. Die fehlende Wissenschaftlichkeit in verschiedenen Dimensionen wird in den Raum gestellt. Nur: War denn beim Ziel, die IV finanziell ins Lot zu bringen, Wissenschaft je ein ernsthaftes Thema?

Mit Interesse nehme ich soeben in derselben Zeitschrift (6. Februar 2019) das Neuste aus der Rechtsprechung im Zusammenhang mit leichten und mittelschweren Depressionen zur Kenntnis [2]. Gleichentags bekomme ich einen IV-Gutachterentscheid betreffend einen 59-jährigen Mann in meiner Praxis. Es wird da festgestellt, dass keine affektive Störung von Krankheitswert bestehe. In einer vorangehenden neuropsychologischen Untersuchung wurde mir als Psychiater ans Herz gelegt, meinen Patienten doch adäquat antidepressiv zu behandeln, da die festgestellten Defizite wohl depressionsbedingt seien.

Psychopathologie und Arbeitsfähigkeit sind ähnlich miteinander verknüpft wie Arthrose und Schmerz. Jedermann weiss, dass diese Korrelation interindividuell extrem unterschiedlich ist.

Résumé

Le texte suivant se propose d'examiner en détail les différents aspects de l'activité et des établissements psychiatriques. Je m'intéresse notamment au rôle social de la psychiatrie. Je fais une analyse critique de cette discipline en tant qu'instance décisionnelle concrète dans les institutions conçues pour la médecine non primaire, en m'appuyant sur le paradigme de la détermination de l'aptitude au travail.

Ich zitiere nochmals Maria Cerletti, die eine Studie der Universität Basel erwähnt, wonach eine geringe gutachterliche Interrater-Reliabilität auch bei geschulten Begutachtern festzustellen sei.

Jeder Kliniker weiss, dass die eindeutige Begründung der Arbeitsfähigkeit in der Psychiatrie in vielen Fällen nicht valide sein kann. Der wichtigste Grund liegt wohl darin, dass zwischen der jeweils vorliegenden Psychopathologie und der Arbeitsfähigkeit nur ein lockerer Zusammenhang besteht. Psychopathologie und Arbeitsfähigkeit sind ähnlich miteinander verknüpft wie Arthrose und Schmerz. Jedermann weiss, dass diese Korrelation interindividuell extrem unterschiedlich ist.

Ich gestatte mir zwecks Anschaulichkeit ein Beispiel. Meine schwerste und anerkannt therapieresistente Patientin mit einer Zwangsstörung ist zu 50 Prozent arbeitsfähig; ein weiterer schwerer Zwangspatient blieb stets, auch vor einer adäquaten Behandlung, 100 Prozent arbeitsfähig. Andere Patienten, ebenfalls an Zwangsstörung leidend und dennoch hoch motiviert, am Arbeitsleben teilzunehmen, sind dabei völlig gescheitert und beziehen Vollrenten. Ich kann diese Unterschiede nicht zufriedenstellend mit Persönlichkeitsfaktoren in Beziehung setzen, die allenfalls noch einer Erfassung zugänglich wären. Vielmehr habe ich aus diesen Biographien gelernt, dass hochgradig zufällige und unplanbare Faktoren sozial verlaufsprägend sind. Gingen Stellen verloren durch Restrukturierungen oder Betriebsschliessungen? Geniessen meine Patientinnen Sympathien bei ihren Vorgesetzten? Begegnen meine Patientinnen ihren Mitarbeitern freundlich? Hat der Arbeitgeber allenfalls eine Nische zur Verfügung zu stellen, bei der die Störung ein Vorteil sein kann? Die Liste dieser medizinisch nicht erfassbaren

Faktoren wäre zu verlängern und sollte einer systematischeren Erforschung zugeführt werden. Die Frage lautet: Was entscheidet darüber, ob wir uns in der Arbeitswelt, im Arbeitsmarkt, behaupten können? Welche Rolle spielen dabei Psychopathologie und Persönlichkeit? Ich kenne auf diese Frage in vielen Fällen keine konsistente Antwort.

Die Frage lautet: Was entscheidet darüber, ob wir uns in der Arbeitswelt, im Arbeitsmarkt, behaupten können?

Selbstverständlich ist es den Begutachtern, den Versicherern, den Gerichten, nicht entgangen, mit welchen Schwierigkeiten es verbunden ist, den zu beurteilenden Menschen gerecht zu werden. Merkwürdigerweise führen diese Zweifel aber nicht zu einer grundsätzlichen Infragestellung des Vorgehens. Das gesuchte Heilmittel ist die weitere Professionalisierung der Gutachtertätigkeit.

Nirgends zeigt sich die Problematik des heutigen Vorgehens deutlicher als im stetigen Kampf um Sprachregelungen. Welche Worte sind Türöffner für welche Leistungen? Die Gutachtertätigkeit ist also nicht zuletzt eine linguistische Angelegenheit.

Weshalb wird das naheliegende Beurteilungsinstrument, der Arbeitsversuch im ersten Arbeitsmarkt, die direkte Beobachtung, so wenig genutzt?

Im Anspruch auf Objektivität und Neutralität verschränken sich rationale Anstrengung und magisches Ritual: Jemand wird dazu bestimmt, zu wissen und zu sagen, wie es wirklich ist.

Die Beantwortung dieser Frage scheint relativ einfach zu sein. Arbeitsunfähigkeit wird nur dann anerkannt, wenn sie sich mit medizinischen Begriffen abbilden lässt. Nur Krankheit ist ein legitimes Motiv. Diese Gleichsetzung ist ein geschichtlich gewachsenes Artefakt. Damit ist auch die Frage entschieden, wer für die Beurteilung zuständig ist. Die Verschiebung von richtungsweisenden versicherungsrechtlichen Beurteilungen vom klinischen Arzt zum professionellen Begutachter hat nicht nur zu einer «objektiveren» Sicht geführt, sondern auch die Gleichstellung von medizinischem Befund und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verabsolutiert. Im Anspruch auf Objektivität und Neutralität verschränken sich rationale Anstrengung und magisches Ritual: Jemand wird dazu bestimmt, zu wissen und zu sagen, wie es wirklich ist.

Es reicht tief in unsere Geschichte zurück, dass wir Rollen übernehmen, die die Gesellschaft der Psychiatrie zuschreibt. Es ging und geht in der Regel um Lebensbereiche, die gesetzlich unbefriedigend reguliert sind

und deshalb einer Schaltstelle bedürfen. Das Rollenbild der Psychiatrie hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Es gibt eine Tendenz zur psychiatrischen Durchdringung verschiedenster sozialer Bereiche. Im Vordergrund steht dabei, quantitativ, unser veränderter Bezug zur Arbeitswelt. In meiner eigenen Praxis, die ich bezüglich Klientel als eine durchschnittliche einschätze, stehen arbeitsbezogene Zuweisungen zunehmend im Vordergrund. Als Gesellschaft funktionieren wir im Wesentlichen weiterhin so, als wäre die Kontinuität beruflicher Tätigkeit der Normalfall. Trifft dies nicht zu, erbt und verwaltet die Psychiatrie die Folgeprobleme. Sie kann dies tun, da ihr die Macht über die Krankenschreibung gegeben ist (womit sich der Kreis der Beurteilungsthematik schliesst).

Woher stammt die zurzeit exklusive psychosoziale Bedeutung der Arbeit?

Arbeit, die eigene Rolle in der Arbeitswelt, ist für das Identitätsgefühl und unsere reale Stellung in der Gesellschaft von zentraler Bedeutung. An der Arbeit zeigt sich, wer ich bin. Bei der zentralen Rolle, die Arbeitsplatzprobleme in der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgung haben, durchdringen sich verschiedenste Faktoren: versicherungsrechtliche, finanzielle, biographische, soziale, sozialpsychologische, identitätsbezogene. Im Einzelfall durchdringen sich diese Faktoren ebenso. Von unseren Patienten, denen der Ausschluss aus der Arbeitswelt droht, werden sie als ein zusammenhängendes, durchwobenes, mitunter lähmendes, aber auch Wut erzeugendes Konglomerat erfahren.

Welche Rolle ist uns dabei denn zugeordnet?

Meine These: Wir sind Teil eines sozialen Konstruktes, gekennzeichnet durch ein (allzu) komplexes Regelwerk. Wir sind mit diesem verbunden durch eine überwiegend szenische, in diesem Sinne zum Teil «unbewusste» soziale Rolle. Die Erwartung der Patienten besteht wohl überwiegend in deren Wunsch, bei uns Schutz zu finden.

Was ist denn nun eine Depression? Eine Krankheit? Oder doch eher eine Reaktionsform unserer Seele, wie etwa der Körper Entzündungen kennt? Eine gemeinsame Endstrecke verschiedenartigster Zustände?

Psychiatrie ist heute vor allem: Gestaltung von Krisen, Gestaltung von Übergängen, Schutzraum.

Die Frage, was Psychiatrie denn sein sollte, wird heute wenig diskutiert. Die Psychiatrie verhält sich recht eigentlich als rationales ökonomisches Subjekt: Sie richtet sich nach den Möglichkeiten des Marktes. Damit ist sie konsensfähig. Es besteht ein breit abgestimmtes

Agreement zu unseren Funktionen. Fragen fachlicher Zuständigkeit spielen offensichtlich keine entscheidende Rolle, solange kollektive Bedürfnisse abgedeckt werden, auch: solange Psychiatrie so bereitwillig in verschiedensten Feldern Entscheidungshilfen dort zur Verfügung stellt, wo im Grunde normative Fragen im Zentrum ständen.

Die Schwierigkeiten der Konstituierung des Faches Psychiatrie und die Möglichkeit, sie für die verschiedensten Interessen zu instrumentalisieren, liegt schon in ihrer Krankheitslehre begründet. Die heute definierten Störungsbilder sind in erster Linie Sprachregelungen, keine eigentliche Krankheitslehre.

Ein besonders deutliches Beispiel in diesem Kontext ist der Depressionsbegriff und seine versicherungsrechtliche Würdigung. Was ist denn nun eine Depression? Eine Krankheit? Oder doch eher eine Reaktionsform unserer Seele, wie etwa der Körper Entzündungen kennt? Eine gemeinsame Endstrecke verschiedenartigster Zustände? Bei dieser Unklarheit und Breite des Begriffes: Wie sollte es denn methodisch möglich sein, ihn sinnvoll zu operationalisieren?

Dennoch entscheiden heute die verwendeten Begriffe und Sprachregelungen darüber, wer als krank gilt und wer nicht. Da sich die Kriterien der Erfassung und Bewertung vom klinischen in den sprachlichen Bereich verschoben haben, muss man im eigentlichen Sinne des Wortes von einem metaphysischen Vorgehen sprechen. Zudem ist eine Zuordnung von Verhalten und Störungsbild oft hochgradig willkürlich. In der Forensik beispielsweise neigt die Praxis zunehmend dazu, Delinquenz und Störung gleichzusetzen, entgegen der offiziellen Lehre. In andern Bereichen bleibt oft unklar, ob ein Verhalten eines Patienten pathologisch gesehen wird oder nicht. Zum Beispiel wird jemand, der notorisch unpünktlich ist und als ADHS-Patient gilt, anders bewertet als jemand, der keine Diagnose vorweisen kann. Aus medizinischer, aus anthropologischer Sicht ist eine solche Zuordnung selbstverständlich unhaltbar und ein rein normativer Akt. Die Geschichte zeigt denn auch, dass sich die Subsumierung von Verhaltensauffälligkeiten unter medizinische Kategorien relativ rasch wandelt.

Die Verabsolutierung der medizinischen Sicht ist letztlich defensiver Natur. Die angestrebte Objektivität soll vor Willkür schützen.

Quintessenz: Bei unseren Beurteilungen, die wir gegenüber Entscheidungsträgern abgeben, stossen wir nebst

behebaren fachlichen Mängeln auf die Tatsache, dass wir uns auf Fragestellungen einlassen, die sich nicht hinreichend durch Persönlichkeitsdiagnostik und Psychopathologie abbilden lassen. Damit übernehmen wir an uns delegierte Verantwortung und leisten Entscheidungshilfen. Gleichzeitig begünstigen wir damit eine neu inszenierte Irrationalität und ein Versprechen von Objektivität, das wir nicht einlösen können. Würde eine neue Bescheidenheit uns nicht gut anstehen, die Anerkennung unserer Grenzen? Aus meiner Sicht ist es überfällig, dass wir die zunehmende Delegation existenzieller Entscheidungen in den medizinischen Bereich hinterfragen und, wo es angebracht ist, auch zurückweisen. Was bewegt uns dazu, die Wissenenden zu geben?

Die Verabsolutierung der medizinischen Sicht ist letztlich defensiver Natur. Die angestrebte Objektivität soll vor Willkür schützen. Ist diese aus sachlichen Gründen nicht einlösbar, wird der Anspruch selber eine Quelle von Willkür. Dem gegenüber wären integrierte Sichtweisen eher prozessorientiert und getragen von mehreren Disziplinen, wie dies heute im berufsrehabilitativen Bereich die Regel ist. Wir Ärzte sind beispielsweise wenig kompetent, wenn es darum geht, abzuschätzen, welche Anforderungen die verschiedensten Arbeitsbereiche an unsere Patienten stellen. Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist solche Kompetenz aber essentiell.

Aus meiner Sicht ist es überfällig, dass wir die zunehmende Delegation existenzieller Entscheidungen in den medizinischen Bereich hinterfragen und, wo es angebracht ist, auch zurückweisen.

In der Tat: Am Schluss muss jemand Entscheidungen fällen. Wir können unsere medizinische Sicht beitragen. Wer faktisch am Schluss das Recht und die Last hat, Entscheidungen zu vertreten, sollte neu überdacht werden, auch ausserhalb des medizinischen Betriebes. Wäre nicht gerade eine solche Zurückhaltung unsererseits eine Steigerung an Qualität, auch: ein Zeichen intellektueller Redlichkeit? Eine solche Haltung würde uns ja nicht daran hindern, unser Fach auch in Grenzbereichen weiterzuentwickeln, die zurzeit quantitativ zu unseren Kernaufgaben gehören.

Literatur

- 1 Cerletti M. Rentenprüfverfahren bei psychischen Störungen – eine Kritik. Schweiz Ärztztg. 2019;100(4):94–6.
- 2 Weiss M. Psychische Beschwerden – Neues aus der Rechtsprechung. Schweiz Ärztztg. 2019;100(6):179–81.

Korrespondenz:
Dr. med. Markus Huber
markus.huber[at]hin.ch