

Zu diesem Zweck wäre auch die Entwicklung neuer, möglichst effektiverer Therapieverfahren erfolversprechend. Während diese Ansätze eher langfristige Besserung in Aussicht stellen, könnte ein kurzfristig wirksamerer Ansatz eine Erhöhung der Behandlungsquote sein – wenn man davon ausgeht, dass nur etwa jeder zweite Betroffene überhaupt mit dem Versorgungssystem in Kontakt steht, wären hier „Awareness“-Programme, also eine verstärkte Aufklärung der Bevölkerung über die Symptome psychischer Störungen sowie ihre Behandelbarkeit, erforderlich.

Ein weiterer Ansatzpunkt ergäbe sich über Interventionen bei den Arbeit-

gebern und bei den psychisch Kranken versorgenden Ärzten hinsichtlich einer Erleichterung der Rückkehr an den Arbeitsplatz der psychisch Erkrankten. Hier könnten effektivere betriebliche Wiedereingliederungsmaßnahmen entwickelt werden, die einerseits einen frühzeitigeren Wiedereinstieg in das Berufsleben ermöglichen, andererseits aber auch die Belastungen am Arbeitsplatz dosiert und dem individuellen Krankheitsverlauf angepasst wieder aufbauen.

Hier könnten beispielsweise die Krankenkassen über Job Coaches eine die Versorgungspfade zwischen ambulanter und stationärer Versorgung einerseits sowie der kurativen und

der rehabilitativen Versorgung andererseits integrierende Funktion zukommen.

Wichtig dabei wäre gerade in diesem Bereich die individualisierte und auf den jeweiligen Arbeitsplatz adaptierte Wiedereingliederung, die aufgrund der Fülle an Faktoren, die beim „Return to Work“ eine Rolle spielen, nur bei einer individualisierten Vorgehensweise erfolversprechend erscheint. Die Effektivität möglicher Interventionen wäre in jedem Fall durch Begleitforschung zu evaluieren, um sowohl die Effekte solcher Maßnahmen auf die Krankheitsentwicklung, die Inanspruchnahme des Versorgungssystems und die Kosten zu untersuchen. □

## Einflüsse auf die berufliche Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen – Arbeitsbedingungen und Gesundheitsmanagement



Psychische Erkrankungen sind die führende Ursache für vorzeitige Berentungen, Ursache und Folge von Arbeitslosigkeit, machen einen zunehmenden Teil der von den Kassen registrierten Arbeitsunfähigkeitstage aus, bei langen Fehlzeiten pro erkrankter Person, und sind mit besonderen Schwierigkeiten bei der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, der Rückkehr an den Arbeitsplatz verbunden.

Im Folgenden werden drei Aspekte angesprochen:

- 1) Die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit (hier in einem erweiterten Sinn verstanden als Beschäftigungsfähigkeit);
- 2) die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und psychischen Erkrankungen und Möglichkeiten der präventiven Interventionen und

- 3) arbeitsplatzbezogene Maßnahmen, die die Rückkehr von Menschen mit psychischen Erkrankungen an den Arbeitsplatz fördern.

### Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit

Neben den oben genannten Aspekten bzw. Indikatoren der Arbeitsfähigkeit wie Beschäftigungsstatus (Berentung, Arbeitslosigkeit) und Fehltag („absentism“) aufgrund registrierter AU-Zeiten werden in diesem Beitrag auch die selbst berichteten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz und die berufliche Leistungsfähigkeit unter psychischen Erkrankungen („presentism“) betrachtet. Die Forschungsliteratur bezieht sich dabei ganz überwiegend auf Depressionen, so dass auch in diesem



#### Autor

Prof. Dr. Peter Angerer,  
Direktor des Instituts für Arbeits-  
medizin und Sozialmedizin,  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Beitrag Depressionen stellvertretend für psychische Erkrankungen betrachtet werden, wobei die Übertragbarkeit auf andere psychische Erkrankungen erst noch belegt werden muss. Es sollen insbesondere folgende Fragen beantwortet werden: Wie groß ist die Auswirkung von Depressionen auf die Leistungsfähigkeit in einer bezahlten Beschäftigung? Welche Aspekte der Arbeitsfähigkeit (siehe oben)

werden durch Depressionen negativ beeinflusst? Wie stark hängen die Schwere der depressiven Symptome mit der Arbeitsfähigkeit zusammen?

Für den Aspekt Beschäftigungsstatus lässt sich belegen, dass sowohl Depressionen (wie auch andere psychische Erkrankungen) das Risiko für Arbeitslosigkeit erhöhen, als auch Arbeitslosigkeit das Risiko von Depressionen erhöht. Der durchschnittliche Anteil von Personen mit klinisch relevanten psychischen Störungssymptomen unter den Arbeitslosen beträgt nach einer Erhebung in Deutschland 34 %, unter den Erwerbstätigen nur 16 %. In einer prospektiven klinischen Beobachtungsstudie wurden initial berufstätige Patienten mit Dys-thymie oder Depression sechs Monaten später nachbefragt: 15 % waren inzwischen arbeitslos – im Vergleich zu 2 % Gesunder und 3 % Patienten mit rheumatoider Arthritis.

In einer Interventionsstudie, die eine hausärztlich basierte intensivierte Versorgung für berufstätige Personen mit Depression mit der Regelversorgung verglich, waren nach einem Jahr 92,1 % der Patienten in den Interventionspraxen beruflich beschäftigt im Vergleich zu 82,0 % in der Regelversorgung. Prospektiv untersucht in einer Kohortenstudie bei berufstätig beschäftigten Menschen geht Depression in mit einer zirka 40 % höheren Wahrscheinlichkeit für zukünftige vorzeitige Berentung einher.

Absentismus im Sinne Fernbleibens von der Arbeit und/ oder längerer Ausfälle während der Arbeit berichteten fast 50 % einer berufstätigen Gruppe von Personen mit Depressionen innerhalb zweier großer US amerikanischer Kohorten im Vergleich zu zirka 20 % in der übrigen Kohorte; unter denen, die überhaupt Fehlzeiten aufwiesen, lag die Anzahl für den vergangenen Monat bei den Depression bei 7,6 Tagen, bei allen anderen bei 4,7 Tagen.

Präsentismus im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit bei Arbeiten während einer Erkrankung wird häufig mit einem gut validierten Fragebogen, dem WLQ (Work Limitations Questionnaire), operationalisiert.

Das Instrument misst die Auswirkung physischer und emotionaler Störungen auf

- 1) Zeitmanagement,
- 2) körperliche Arbeitsaufgaben
- 3) mentale und interpersonale Arbeitsaufgaben sowie
- 4) Arbeitsleistung (Menge und Qualität im Vergleich zum Erforderlichen).

Die Angaben erfolgen in Prozent der Zeit mit Einschränkung der Leistungsfähigkeit an der Arbeitszeit, korrigiert um einen empirisch belegten Faktor, der das Verhältnis von berichteter zu extern beobachteter Leistungseinbuße wiedergibt. Mit diesem Instrument über 18 Monate nach Diagnose und Behandlungsbeginn untersuchte Patienten mit Depressionen hatten im Vergleich zu Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis und gesunden Personen während der gesamten Nachbeobachtung eine eingeschränkte berufliche Leistungsfähigkeit, v. a. in den Bereichen Zeitmanagement, mentale und interpersonale Arbeitsaufgaben und Arbeitsleistung im Vergleich zu den anderen Gruppen.

Mit der Methode der Erinnerungsanrufe wurde bei Mitarbeitern im Kundenkontakt einer Fluggesellschaft mehrfach am Tag die selbsteingeschätzte Arbeitsleistung abgefragt; es ließ sich in Folge einer Depression ein Verlust von 2,3 Tagen Arbeitsleistung pro Monat nachweisen. Andere Arbeiten zeigen ebenfalls, dass der Zusammenhang zwischen Depression und verminderter Produktivität am stärksten in solchen Berufen ist, die häufige Entscheidungen und viel Kommunikation erfordern bzw. häufigen Kunden-



Foto: Photos.com (Stockbyte)

kontakt. Dies sind Erfordernisse, die auch und gerade im Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle spielen; vor allem bei Pflegepersonal und ärztlichem Personal lässt sich zudem eine erhöhte Prävalenz von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen feststellen. Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Leistungsfähigkeit drückt sich hier u. a. in einer erhöhten Rate von allgemeinen Fehlern, insbesondere aber Behandlungsfehlern wie beispielsweise falschen Medikamentenverschreibungen aus bzw. einer schlechteren Beziehung zu den Patienten.

Es fällt auf, dass sich zwischen den Kernsymptomen einer Depression auf emotionaler Ebene und dem Funktionieren in verschiedenen Lebensbereichen, insbesondere im Beruf (dort gemessen als Arbeitsfähigkeit) nur geringe bis mittlere Korrelationen ergeben. So wundert es nicht, dass auch klinische Interventionen mit Ziel der Symptomverbesserung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nur geringere Effekte erzielen, als nach der Stärke des Zusammenhangs zwischen Depressionen und Arbeitsfähigkeit zu erwarten wären. Für die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit müssen offenbar berufsbezogene Aspekte stärker berücksichtigt werden (s. u.).

### Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und psychischen Erkrankungen

Für die beiden bekanntesten und am besten untersuchten beruflichen Stressmodelle, das Anforderungs-Kontroll-Modell und das Gratifikationskrisenmodell kann als gesichert gelten, dass sie das Risiko für das Auftreten von psychischen Erkrankungen erhöhen. Als drittes Modell kann die organisationale und die relationale Gerechtigkeit im Betrieb gelten. Die Kombination dieser chronischen Stresssituationen erhöht das Risiko weiter. Konsequenterweise sollte die Verbesserung von Arbeitsbedingungen protektiv für das Auftreten psychischer Erkrankungen wirken – dazu gibt es nur wenige Untersuchungen; der



Foto: Photos.com (Comstock)

Nachweis der Verbesserung von Arbeitsbedingungen – auf organisationaler Ebene – auf die psychische Gesundheit fehlt bislang.

Präventive Effekte für die psychische Gesundheit sind nachgewiesen für Stresspräventionsprogramme, die auf die individuelle Situation Einzelner zugeschnitten sind, auch wenn eine umfassende gesundheitliche Wirkung (psychische und physische Endpunkte) und der Nachweis länger nachhaltiger Effekte kaum untersucht wurde.

Betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme scheinen einen positiven Effekt auf die Symptomatik von Angst und Depression zu haben, unabhängig, ob sie direkt diese Problematiken oder „Risikofaktoren“ im Fokus haben, z. B. Rauchen, körperliche Inaktivität, Übergewicht oder Substanzmissbrauch. In eigenen Projekten ließ sich zeigen, dass Individuen, die durch eine Gruppe im Sinne der Stressprävention unterstützt werden, Veränderungen im Sinne eines Abbaus von Stresssituationen für das eigene Umfeld bewirken können und hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit davon profitieren.

### **Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen, die die Rückkehr von Menschen mit psychischen Erkrankungen an den Arbeitsplatz fördern**

Hindernde und fördernde Faktoren auf eine berufliche Eingliederung aus Sicht erkrankter Personen wurden in einem systematischer Review qualitativer Forschungsarbeiten herausgearbeitet. Es ließen sich fünf Schlüsselkonzepte erkennen:

1) Das Zurechtkommen mit individuellen Herausforderungen, beispielsweise der Neigung sich selbst zu überfordern (Perfektionismus, Verantwortungsge-

fühl), geringe Selbstwirksamkeitserwartung, oder der Zweifel, dass Vorgesetzte die Bedeutung arbeitsbedingter Einflüsse auf die Erkrankung anerkennen und damit auch berücksichtigen würden.

2) Unterstützung bei der Wiedereingliederung, beispielsweise Berücksichtigung des Wunsches, die Arbeit schrittweise wieder aufzunehmen, im Sinne zeitlicher Reduktion, aber auch angepasster Verantwortung, Arbeitsinhalte und Arbeitsmenge; die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen;

3) Zusammenarbeit im Gesundheitssystem zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Kostenträgern (z. B. Kranken-, Rentenversicherung), Behandlern und betrieblichen Strukturen, z. B. der Einbezug der Rückkehr zur Arbeit in die Psychotherapie und die betriebliche Rehabilitation als Fortführung der klinischen Behandlung;

4) Bestimmung des richtigen Zeitpunkts für die Rückkehr zur Arbeit: Betroffene können den Zeitpunkt schwer alleine bestimmen, brauchen andererseits Einfluss auf die Entscheidung, ggf. mit Hilfe durch die behandelnden Personen;

5) die Überwindung der Diskrepanz zwischen Intentionen und Realität, wenn die Umsetzung schwierig ist, entweder weil die Betroffenen selbst oder die Arbeitsbedingungen nicht ausreichend ändern lassen.

Als Schlussfolgerung sollte für die berufliche Wiedereingliederung ein gutes Programm Hindernisse auf allen drei Ebenen des biopsychosozialen Modells berücksichtigen. Auf der medizinisch-biologischen Ebene: eingeschränkte Arbeitsfähigkeit durch leichte Erschöpfung, verminderte Konzentration und Vergesslichkeit; auf der psychologischen Ebene: Perfektionismus, hohes Verantwortungsgefühl und geringe Selbstwirksamkeitserwartung; auf der sozialen Ebene: geringe soziale Unterstützung, Mangel an Koordination in den beteiligten Bereichen des Gesundheitssystems.

Unterstützung für die Ergebnisse dieser qualitativen Forschung lieferte unlängst eine Kohortenstudie, die den Einfluss von medizinischer Behandlung, medi-

zinischer Rehabilitation, und beruflicher Rehabilitation im Sinne von arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen auf die Rückkehr zur Arbeit bei Beschäftigten untersuchte, die aufgrund psychischer Erkrankungen (vor allem Depression, Anpassungsstörungen, Angst, Erschöpfung) arbeitsunfähig waren. Die Rückkehr zur Arbeit und die selbst berichtete Arbeitsfähigkeit (WAI) nach drei Monaten war unter dem Einfluss einer Kombination von medizinischen mit arbeitsbezogenen Maßnahmen deutlich verbessert im Vergleich zum Einfluss medizinischer Behandlung und Rehabilitation allein.

Als Ausblick sei erwähnt, dass umgekehrt eine kooperative sektorenübergreifende Versorgung psychisch erkrankter Beschäftigter unter Einbeziehung der Betriebsärzte besonders auf die Abnahme der psychischen Hauptsymptome wirkt. So liegt es nahe – insbesondere mit Hinblick auf die hier dargestellte Problematik eingeschränkter Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen – dass Betriebsärzte und Psychiater, Psychosomatiker, Psychotherapeuten in der Therapie und Rehabilitation von Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen in Zukunft enger zusammenarbeiten.

### **Zusammenfassung**

Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen kehren mit einer unter Umständen langfristig eingeschränkten Leistungsfähigkeit an den Arbeitsplatz zurück. Die effektive Behandlung der primären Symptome, die Einbezug beruflicher Faktoren in den therapeutischen Prozess, eine Anpassung der Arbeitsbedingungen an die veränderte Leistungsfähigkeit und eine starke soziale Unterstützung können zur erfolgreichen Rückkehr beitragen. Dabei sollten Regelversorgung und betriebliche Versorgung (Betriebsärzte, weitere Strukturen im Betrieb) eng zusammenarbeiten. □

*Literatur bei der Redaktion*