

Editorial

Sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker:

Return to Work – Arbeitsmediziner als unverzichtbarer Partner in Netzwerken

Mitte September fand bereits zum zweiten Mal das gemeinsame Symposium „Mitten im Arbeitsleben – trotz psychischer Erkrankung“ der Bundesärztekammer und des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit in Berlin statt. Dieses Mal lag der **Schwerpunkt** auf dem Thema der **betrieblichen Wiedereingliederung**. Etwa 150 Fachleute verschiedener medizinischer Fachrichtungen und therapeutischer Professionen nahmen daran teil – ein großer Erfolg.

Experten aus Wissenschaft und Praxis betonten, dass Arbeit allein nicht psychisch krank macht. Einflüsse der Arbeitswelt wie steigende Leistungsanforderungen und Unsicherheit erzeugende Beschäftigungsverhältnisse wirken immer im Zusammenspiel mit psycho-biologischen und sozialen Faktoren.

Wenn es um die psychische Gesundheit im Berufsleben geht, liegt der Fokus meist auf den Themen Prävention, Stressreduktion und dem Umgang mit psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Viel zu selten werden Fragen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer Krise und zum Jobberhalt bei einer chronischen Erkrankung behandelt.

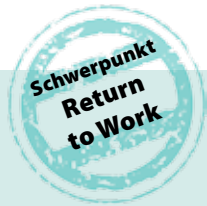
Berufliche Wiedereingliederung nach oder mit psychischer Erkrankung kann gelingen – wenn die Betroffenen von einem kompetenten Netzwerk an Betreuern aufgefangen werden. Die Veranstaltung schlug einen Bogen von den wissenschaftlichen Fakten über die Sicht der beteiligten Akteure aus den Bereichen Neurologie/Psychiatrie, hausärztliche Versorgung und Arbeitsmedizin bis hin zu den umfassenden Konzepten gro-

ßer Betriebe, die auf kompetente Teams und Netzwerke zur beruflichen Wiedereingliederung setzen. Doch von diesen Netzwerken gibt es noch viel zu wenige. Deswegen sollen diese erfolgreichen sektorenübergreifenden Kooperationsmodelle alle ermutigen, solche Strukturen aufzubauen, auch wenn es für Akteure in mittlere und kleine Unternehmen eine größere Herausforderung darstellt, als für Akteure in Großbetrieben.

Aus Sicht des Arbeitsmediziners wurde in der Veranstaltung festgestellt, dass „Return to Work“ ein äußerst komplexer Prozess mit zahlreichen Akteuren ist. Die Zusammenarbeit ist nicht immer einfach, denn es gibt Schnittstellen, die schwer zu überbrücken sind. Als eines der Herausforderungen wird die mangelnde finanzielle Beteiligung der Arbeitgeber an der Frühverrentung angesehen. Soll die berufliche Wiedereingliederung gelingen, so sind vor allem das gemeinsame Interesse von Arbeitgeber und Arbeitnehmer wichtig, den Betroffenen wieder in den Betrieb zu integrieren. Als dritten entscheidenden Aspekt für eine gelingende Reha wird die arbeitsplatzbezogene Intervention angesehen, bei der schon zu einem



Inhalt



Editorial

Return to Work – Arbeitsmediziner als unverzichtbarer Partner in Netzwerken	161
---	-----

Praxis

Carpe diem	162
Psychische Erkrankungen – Ursachen, Prävalenz und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit	163
Einflüsse auf die berufliche Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen – Arbeitsbedingungen und Gesundheitsmanagement	167
Psychisch krank – Herausforderungen an die betriebliche Wiedereingliederung aus Sicht der Neurologin / Psychiaterin	165
Psychisch krank – Herausforderungen an die betriebliche Wiedereingliederung aus Sicht der Hausärztin	169
Psychisch krank – Herausforderungen an die betriebliche Wiedereingliederung aus Sicht des Arbeitsmediziners / Sozialmediziners	171

Industrieinformationen

Boceprevir-basierte Tripletherapie	176
------------------------------------	-----

Impressum

176

frühen Zeitpunkt der Arbeitsmediziner bzw. Betriebsarzt mit eingebunden wird.

Die Experten des Symposiums waren sich einig, dass der Arbeitsplatz ein wichtiger Faktor für die Selbstwertstärkung und soziale Einbindung für erkrankte Mitarbeiter ist und sich generell positiv auf die seelische Gesundheit auswirkt. Außerdem bestand Einigkeit



darüber, dass eine Rückkehr an den Arbeitsplatz „Return to work“ so früh wie möglich stattfinden müsse, um die Chancen auf eine vollständige Wiedereingliederung zu erhöhen. Die Fakten zeigten: es geht.

Dr. Annegret E. Schoeller

Carpe diem



Arbeit ist ein wertvolles „Gut“: Ein geordnetes Arbeitsleben und die damit verbundenen sozialen Kontakte können das psychische Gleichgewicht stabilisieren und einen wichtigen Beitrag bei der Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen leisten.

Zur Verdeutlichung der derzeitigen Situation in Deutschland: Die Fehltagewegen psychischer Krankheiten haben sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt und zwar von 6,6 auf 13,1 Prozent – von 33,6 Millionen Tagen auf 53,5 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage in 2010. Psychisch Kranke scheiden mit zirka 48 Jahren aus dem Erwerbsleben. Das ist enorm früh.

Auslöser für psychische Gesundheitsprobleme wie Depression, Burnout oder Suchtverhalten können u. a. steigende Anforderungen, erhöhte Eigenverantwortung, vermehrter Stress, unsichere Arbeitsverhältnisse aber auch Mobbing sein. Zu Ursachen, Prävalenz und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wird Prof. Gaebel vom Aktionsbündnis Seelische Gesundheit neueste Erkenntnisse darlegen. Zu Einflüssen auf die berufliche Wiedereingliederung im Betrieb wird Prof. Angerer seinen Beitrag leisten.

Langzeitarbeitslose hatten noch bis vor einigen Jahren kaum Chancen wieder in den Arbeitsmarkt integriert zu werden. In den letzten Jahren zeichnet sich aber ein Umdenken ab.

Wie kann man den Anforderungen von Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen gerecht werden? Wie kann das betriebliche Eingliederungsmanagement

erfolgreich umgesetzt werden? Dazu bedarf es guter Konzepte der Wiedereingliederung und Hilfen für Arbeitnehmer mit psychischen Erkrankungen. Deswegen wurde der Schwerpunkt des Symposiums von Bundesärztekammer und Aktionsbündnis Seelische Gesundheit „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“ auf die Betriebliche Wiedereingliederung (BEM) von psychisch kranken Menschen gesetzt.

Die Betriebliche Wiedereingliederung stellt eine besondere Herausforderung dar, weil sie ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit und Versorgungssektoren übergreifende Kooperationen nicht zu bewältigen ist. Es sind interdisziplinäre Teams notwendig, um die richtigen Maßnahmen ergreifen zu können. Und es gibt unterschiedliche Konzepte der Wiedereingliederung und verschiedene Sichten unterschiedlicher ärztlicher Professionen auf diese Thematik. So berichten beispielsweise Diplom-Psychologin Dr. Spickenbom, „Teamleiterin Sozialarbeit“ und der leitende Betriebsarzt Dr. von Groeling-Müller, wie das Rehabilitations-Team bei Thyssen Krupp Steel Europe, Duisburg zusammengesetzt ist und welche Aufgaben sie zur betrieblichen Wiedereingliederung von psychisch kranken Menschen wahrnehmen. Ebenso werden Kooperationsmodelle zur Wiedereingliederung bei der Audi AG vom dortigen Betriebsarzt PD Dr. Weiler und von der Zusammenarbeit von Betriebsärzten und Psychiatern bei der Früherkennung und Wiedereingliederung vom Psychiater Dr. Unger, Chefarzt des Zentrums für seelische Gesundheit der Asklepios Kliniken, vorgestellt.

Autor



Dr. Udo Wolter, Präsident der Ärztekammer Brandenburg, Vorsitzender des Ausschusses und der Ständigen Konferenz Arbeitsmedizin der Bundesärztekammer

Die gemeinsame Veranstaltung von Bundesärztekammer und Aktionsbündnis Seelische Gesundheit richtete sich an alle Professionen, die sich mit der Versorgung psychisch Kranker befassen, also auch an Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und andere, insbesondere aber auch an Ärztinnen und Ärzte, die innerhalb und außerhalb von Betrieben in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten, wie Arbeitsmediziner, Betriebsärzte, Sozialmediziner, Rehabilitationsärzte, Allgemeinmediziner, Hausärzte, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst sowie Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Es ist schon etwas bezüglich betrieblicher Wiedereingliederung von psychisch Kranken getan.

Aber es sind noch viele Strukturen aufzubauen, und es ist noch viel voneinander zu lernen, damit betriebliche Wiedereingliederung von psychisch kranken Menschen umfassend und selbstverständlich geschieht. Dies und die sektorübergreifenden Kooperationen – zwischen Betrieb und ambulante Versorgung – sind uns ein großes Anliegen. □



Psychische Erkrankungen – Ursachen, Prävalenz und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Qualitative Heterogenität der Ursachen von psychischen Störungen

Die Ursachen psychischer Störungen werden in einem Rahmenkonzept einer biopsychosozialen Krankheitsgenese geordnet.

Auf der biologischen Ebene werden:

- genetische Faktoren,
- strukturelle und funktionelle Veränderungen des Gehirns sowie
- allgemeine somatische Erkrankungsfaktoren mit Auswirkungen auf das Gehirn als Ursachen psychischer Störungen untersucht.

Im Bereich der psychischen Verursachungsfaktoren kommen

- kognitive Prozesse wie Fehlverarbeitungen traumatischer Ereignisse,
- neurotische Fehlhaltungen,
- übermäßige Aufmerksamkeit auf irrelevante Reize oder Fehlinterpretationen der Realität zum Tragen, die ihrerseits die Grundlage mancher psychischer Symptombildung sind.

Schließlich werden im Bereich der sozialen Verursachungs-Faktoren wie die Migration in eine neue Lebenswelt, Einflüsse der Arbeitswelt oder der Familie betrachtet. Erschwert werden solche Untersuchungen häufig dadurch, dass es für dieselbe psychische Symptombildung mannigfache, interindividuell und im Verlauf auch intra-individuell unterschiedliche Konstellationen von Verursachungsfaktoren geben kann.

Quantitative Heterogenität der Ursachen von psychischen Störungen

Neben dieser qualitativen Heterogenität der Ursachenfaktoren ist auch eine quantitative Heterogenität zu beachten: Die unterschiedlichen Ursachen können also in unterschiedlicher relativer Stärke der Ausprägung variieren, im Endeffekt jedoch dieselbe Wirkung haben. Wenn man also den Einfluss psychischer Belastungen auf die Verursachung psychischer Störungen untersuchen möchte, muss die ganze Vielfalt potenzieller biopsychosozialer Erkrankungsfaktoren mit berücksichtigt werden. Dabei ist es häufig schwierig, aus einer beobachteten Assoziation eines Faktors mit einer psychischen Störung auf die kausale Verknüpfung dieses Faktors mit der psychischen Störungen rückzuschließen.

Ferner ist zu bedenken, dass die meisten Interaktionen in diesen Bereichen bidirektional sind.

Am Beispiel Arbeitsstress und psychische Krankheit: psychischer Stress kann ein wichtiger Faktor in der Kausalkette von ungünstigen Einflussfaktoren zur Entstehung einer psychischen Störung wie beispielsweise einer Depression sein. Umgekehrt führt eine Depression aber auch dazu, dass Belastungen am Arbeitsplatz schlechter psychisch kompensiert werden können, die eigentlich „normalen“ Belastungen erhalten dann für den / die Betroffenen eine neue Bedeutung – meist im Sinne einer dann nicht mehr ertragbaren Belastung, um beim Beispiel der Depression zu bleiben.

So ergibt sich als erstes Fazit aus der Konzeptionierung der psychischen Störung als biopsychosozial bedingter Erkrankungen, dass es einfache Ursache-



Autor

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel,
Direktor der Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Wirkungs-Beziehungen zwischen Arbeitswelt und psychischen Störungen nicht gibt, sondern dass komplexe Modelle unter Einbezug aller genannten Faktoren und Bedingungen erforderlich sein werden, um die Zusammenhänge zu klären.

Häufigkeit psychischer Störungen

Gemäß Untersuchungen des Bundesgesundheits surveys 1998 leiden ca. 40 % der Bundesbürger mindestens einmal im Leben an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung. Innerhalb der psychischen Störungen zählen Angststörungen, Depressionen, Schizophrenien sowie Alkohol-bedingte Erkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt eine Konstanz dieser großen Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung. Die vor kurzem berichteten ersten Analysen des neuen Bundesgesundheits surveys 2012 ergaben eine praktisch unveränderte Jahresprävalenz von 33 % psychischer Störungen das heißt, dass jeder dritte Deutsche einmal im Jahr eine psychische Störung aufweist. Dabei ist die „Behandlungsrate“ immer noch relativ niedrig und liegt bei 30 – 60 % der Betroffenen. Wenn also im folgenden Abschnitt die Inanspruchnahme des Versorgungssystems dargestellt wird, muss bedacht werden, dass damit nur etwa die Hälfte des aufgrund

epidemiologischer Untersuchungen zu vermutenden tatsächlichen Versorgungsbedarfs gedeckt wird.

Prävalenz der Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahmeprävalenz in Deutschland liegt ausweislich einer aktuellen bundesweiten Untersuchung von Krankenkassendaten von zirka zehn Millionen Versicherten bei zirka 33 % in einem Beobachtungszeitraum von drei Jahren (2005 – 2007; Projektleiter: W. Gaebel, Düsseldorf). Das heißt, dass jeder dritte Versicherte aufgrund einer psychischen Störung im Laufe der Beobachtungsperiode mindestens einmal einen Versorgungskontakt hatte. Der Großteil der Versorgung erfolgte im ambulanten Bereich bei Allgemeinmedizinern und anderen somatischen Fachärzten, im stationären Versorgungsbereich dominierte die Versorgung durch psychiatrische Krankenhäuser oder psychiatrische Fachabteilungen neben der Versorgung in somatischen Fachkrankenhäusern oder Fachabteilungen.

Diese Inanspruchnahmezahlen unterstreichen die Notwendigkeit der Verfügbarkeit einer ausreichenden Zahl von Psychiatern und psychiatrischer stationärer Einrichtungen sowie die hohe Bedeutung, die der Kompetenz in der Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen den Hausärzten und allen somatischen Disziplinen in Deutschland zukommt, was schon im Medizinstudium, aber auch durch die Entwicklung spezieller Fortbildungsmodulen für Ärzte somatischer Disziplinen berücksichtigt werden sollte.

Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung aufgrund psychischer Störungen

Rund zehn Prozent der Fehltag bei den aktiv Berufstätigen gehen auf psychische Störungen zurück. In den letzten ca. zehn Jahren zeigt der Anteil der Arbeitsunfähigkeitsfälle ausweislich der von den Krankenkassen analysierten Daten steigende Tendenzen. Analysen der Deutschen Rentenversicherung-

Bund zeigen, dass die Gruppe der psychischen Störungen mittlerweile die häufigste Ursache für „Frühberentungen“ aufgrund einer krankheitsbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit ist ca. 40 % aller Fälle sind durch psychische Störungen verursacht.

Dabei liegt das Alter des Frührenteneintritts bei psychischen Störungen unterhalb des Alters bei Frührenteneintritt bei somatischen Erkrankungen. Diese Zahlen unterstreichen die hohe Belastung der Betroffenen, aber auch des Versorgungssystems, durch die vorübergehenden oder Dauerfolgen, die durch psychische Störungen im Bereich der Erwerbstätigkeit verursacht werden. Die möglichst rasche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist damit einerseits aus Betroffenensicht wichtig, denn Arbeit ist nicht nur Einkommensquelle, sondern auch ein Ort der Lebensgestaltung und Selbstverwirklichung, was zum Beispiel darin evident wird, dass Arbeitslosigkeit einen erheblichen psychischen Belastungsfaktor darstellt. Andererseits ist eine rasche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit volkswirtschaftlich gesehen wichtig, um die finanziellen Belastungen der Volkswirtschaft durch psychische Störungen möglichst gering zu halten.

Modelle zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeit

Die aktuellen Modelle zeigen multifaktorielle Einflussfaktoren auf, die die Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz sowie psychischen Störungen einerseits und der Arbeitsunfähigkeit andererseits erklären. Dabei muss zunächst konstatiert werden, dass keines der Modelle eine wirklich allumfassende Theorie bietet, und dass in der Regel nur Teilaspekte der Modelle empirisch überprüft wurden. Ferner sollte beachtet werden, dass aus der Stress-Forschung in der Regel „umgekehrte U-Kurven“ den Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Belastungen

und der Leistungsfähigkeit darstellen – Unterforderung ist genauso ungünstig wie Überforderung. Schließlich ist aus der sozialwissenschaftlichen Forschung bekannt, dass Arbeit nicht nur zum Zwecke der Entlohnung eine Rolle spielt, sondern auch über die sozialen Kontakte, einer „Sinnegebung“ für den individuellen Lebensvollzug, und als Ort der sozialen Anerkennung wichtig ist.

Im Kern spielen die folgenden Faktoren in individuell unterschiedlichem Ausmaß zusammen, um die Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz und der Arbeitsfähigkeit darzustellen:

- krankheitsbedingte Faktoren wie beispielsweise Symptomausprägung der psychischen Störung;
- Art und Ausmaß der psychischen Belastung am Arbeitsplatz, also z. B. Zeitdruck oder Überstunden;
- soziale Unterstützungsfaktoren wie z. B. Anpassungsmöglichkeit des Arbeitspensums an eine erkrankungsbedingt passagere Minderung der Arbeitsquantität oder vermehrte familiäre Unterstützung;
- individual-psychologische Faktoren wie beispielsweise die materielle oder ideelle Anerkennung durch Vorgesetzte sowie die individuell unterschiedlich ausgeprägte Fähigkeit, mit psychischen Belastungen zu rechtzukommen („coping“).

Ausblick: Was ist zu tun?

Prinzipiell bieten sich mehrere Ansatzpunkte, um Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen aufgrund von psychischen Störungen zu minimieren. Langfristig ist eine Aufklärung der Ursachen psychischer Störungen und die damit zu erhoffende Entwicklung neuer Präventions- und Therapieverfahren wohl der erfolgversprechendste Weg, um die Zahl der Betroffenen zu reduzieren, indem die Entstehung psychischer Störungen zu verhindern oder die Erkrankungsdauer zu verkürzen.

Zu diesem Zweck wäre auch die Entwicklung neuer, möglichst effektiverer Therapieverfahren erfolversprechend. Während diese Ansätze eher langfristige Besserung in Aussicht stellen, könnte ein kurzfristig wirksamer 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 Kranke 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 Dysthymie 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 intensiviertere 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



Psychisch krank – Herausforderungen an die betriebliche Wiedereingliederung aus Sicht der Neurologin / Psychiaterin

Psychische Erkrankungen und Probleme im Arbeitsleben

Psychische Probleme im Arbeitsleben nehmen zu und führen zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Betroffenen und weiterhin zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten. Es gibt schicksalshafte psychiatrische Erkrankungen, die arbeitsplatzunabhängig sind und psychiatrische Erkrankungen, die bei prädisponierten Menschen durch negative Arbeitsplatzkonstellationen ausgelöst werden. Weiterhin gibt es die rein arbeitsplatzbedingten Erkrankungen, wie das sogenannte „Burn-out“ Syndrom. Die Ursachen im Arbeitsbereich sind häufig ein hoher Arbeitsdruck, kombiniert mit einer fehlenden Wertschätzung und mangelnden Bewältigungsstrategien seitens der Betroffenen. Für ein Wirtschaftsunternehmen sind wirtschaftliche Zahlen ein Gradmesser des Erfolges und weniger die „gesunde“ Qualität der Beschäftigungsverhältnisse. Im Rahmen der demographischen Entwicklung unserer Bevölkerung ist es allerdings äußerst wichtig, Ressourcen zu erhalten.

Behandlungsmanagement des Psychiaters / Nervenarztes

Das Behandlungsmanagement des Psychiaters / Nervenarztes erfordert eine präzise Diagnosestellung, um alle Behandlungsschritte möglichst optimal auf den Patienten und dessen individuelle Problematik abzustimmen. Insbesondere gilt es auch, das Selbstmanagement des Patienten zu fördern und mit ihm hinsichtlich der belastenden beruflichen Faktoren neue Lösungswege und Bewältigungsstrategien zu erarbei-

ten. Bei der Medikation sollte auf Auswirkungen auf die Reaktionsschnelligkeit und Fahrtauglichkeit geachtet werden.

Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell

Die Wiedereingliederung sollte so früh wie möglich nach dem Hamburger Modell eingeleitet werden. Je länger die Arbeitsunfähigkeitszeit ist, desto schwieriger wird sowohl aus Sicht des Patienten als auch aus Sicht des Arbeitgebers ein Wiedereinstieg in die Arbeit. Der Wiedereingliederungsprozess wird engmaschig vom behandelnden Psychiater / Nervenarzt begleitet, weitere Ansprechpartner können der Betriebsarzt, der betriebliche Sozialdienst und auch der Vorgesetzte sein.

Die Wiedereingliederungsmaßnahme kann je nach Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung, des „Outcome“ und der beruflichen Ausgangssituation vor der Erkrankung individuell ange-



Foto: Photos.com (Piotr Marcinski)

Autorin

Dr. Annette Haver,
Ärztin für Neurologie und Psychiatrie,
Psychotherapie, Associate Coach DBVC



passt werden. Zur Verfügung stehen das erwähnte Hamburger Modell, Maßnahmen in Berufstrainingszentren, Berufsbildungs- und Förderwerken.

Vor dem betrieblichen Wiedereinstieg sollte das Selbstmanagement des Betroffenen gefördert werden. Dazu hat es sich bewährt, mit dem Patienten auf den Krankheitsbeginn zurückzuschauen, um für sich belastende Konstellationen und Vorboten der Erkrankung erkennen zu lernen (Frühwarnsystem). Hinsichtlich der Medikation ist es sehr sinnvoll, die medikamentösen Schritte ausführlich mit ihm zu besprechen und im Falle einer Dekompensation eine Bedarfsmedikation festzulegen.

Problemanalyse, Erarbeitung eines Lösungsweges

Zur Problemanalyse, Erarbeitung eines Lösungsweges und Förderung der Bewältigungsstrategien im spezifischen beruflichen Bereich des Patienten haben sich systemische Methoden, insbesondere die interaktive Beratungsform, bewährt. Hierbei wird ein beruflicher Lösungsweg vom Patienten erarbeitet und nicht durch den Psychiater / Nervenarzt vorgegeben (Expertenberatung), denn das läge außerhalb der Kompetenz desselben. Der Experte für die individuelle berufliche Situation ist der Betroffene selbst. Diese Ar-

beitsweise ist dadurch gekennzeichnet, dass der Lösungsprozess durch das Stellen der „richtigen“ Fragen initiiert wird. Der Psychiater / Nervenarzt steuert den Lösungsprozess, der Patient erarbeitet seine eigene individuelle Lösung. Im ersten Schritt wird das zugrunde liegende Problem analysiert und danach der Lösungsprozess eingeleitet.

Beispiele für verschiedene Fragekategorien:

Fragen zur Problemanalyse:

- Was glauben Sie selbst, wodurch Ihr Problem entstanden ist?
- Wer oder was hat dazu beigetragen?

Lösungsorientierte Fragen:

- Was kann ich für Sie tun?
- Was glauben Sie, wie ich / was Ihnen am besten helfen kann?
- Was müsste passieren, dass Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz besser fühlen?
- Woran würden Sie erkennen, dass die Situation besser wird?

Fragen zum Perspektivwechsel:

- Was würden Sie ihrem besten Freund in solch einer Situation raten?
- Wie sieht Ihr Kollege / Ihr Vorgesetzter Sie?

Fragen zur Zukunftsperspektive:

- Wo möchten Sie gerne in einem Jahr stehen?
- Wie werden Sie diese Situation / dieses Problem in 10 Jahren sehen?

Fragen zur Erkennung der Ressourcen:

- Welche Erfahrung haben Sie in ähnlich schwierigen Situationen gemacht und was hat Ihnen damals geholfen?
- Was hat Ihnen geholfen, diese Situation so lange durchzuhalten?

Intrinsische Lösungsmöglichkeiten

Lösungsmöglichkeiten können sich intrinsisch und / oder extrinsisch ergeben. Das Hauptmerkmal des Intrinsischen Lösungsweges ist, sich besser gegen den hohen Arbeitsdruck wappnen zu können, das heißt gezielte Bewältigungsstrategien zu erlernen.

Dazu kann die Methode der Leistungsmodulation dienen, die sehr gut über das Arbeiten mit den inneren Antreibern (sei stark, sei perfekt, sei schnell, sei gefällig, streng dich an) durchgeführt werden kann. Für den Patienten ist es wichtig, seine inneren Antreiber, die ihn möglicherweise in bestimmten Bereichen zu Höchstleistungen antreiben, kennenzulernen und kräfteschonender einzuregulieren. Beispiel: der eigene Anspruch an den Perfektionismus kann zu hoch sein und entspricht möglicherweise nicht den gestellten Arbeitsanforderungen.

Das Arbeiten mit dem inneren Team ist hilfreich, um die eigenen Persönlichkeitsanteile ressourcenorientiert einzusetzen. Beispiel: Nicht der „Macher“ sollte das innere Team moderieren, sondern der „innere Chef“, der auch die anderen Persönlichkeitsanteile, wie beispielsweise den „Freizeitbewussten“, anhört.

Weiterhin können Entspannungsverfahren und weitere Maßnahmen zu Förderung der Work-Life-Balance

Foto: Photos.com (James Steidl)



hilfreich sein, um dem Patienten Instrumentarien zu vermitteln, seine Ressourcen zu schonen.

Extrinsische Lösungsmöglichkeiten

Betriebliche Entlastungen im Sinne von extrinsischen Lösungswegen können über Gespräche mit dem Vorgesetzten / Personalabteilung oder dem Betriebsarzt eingeleitet werden. Insbesondere geht es darum, eine Entlastung am Arbeitsplatz zu erreichen. Diese Gespräche kann der Patient selbst führen, nachdem er seinen Lösungsweg in der Beratung gefunden hat und sich stark genug dafür fühlt. Ansonsten kann der Psychiater / Nervenarzt vom Patienten dazu delegiert werden oder ein solches Gespräch begleiten. Die Arbeitgeber sind in den meisten Fällen sehr an Informationen über die Art und Weise der Erkrankung interessiert und machen sich Gedanken hinsichtlich der Belastungsfähigkeit der Mitarbeiter.

Fazit

Wiedereingliederungsmaßnahmen können individuell auf den Schweregrad der psychischen Erkrankung zugeschnitten werden. Entscheidend ist das „Outcome“ des Patienten, welches durch ein zeitnahes, individuell zugeschnittenes Behandlungsmanagement optimal erreicht werden sollte.

Neben einer gut wirksamen und gut verträglichen Medikation wird das Selbstmanagement des Betroffenen gefördert und neue Bewältigungsstrategien entwickelt. Es empfiehlt sich in den meisten Fällen auch das Unternehmen und falls vorhanden auch den Betriebsarzt mit in den Wiedereingliederungsprozess einzubinden. □

Literatur bei der Redaktion



Foto: Photos.com (KEMAL BAS)



Psychisch krank – Herausforderungen an die betriebliche Wiedereingliederung aus Sicht der Hausärztin

Hausärztinnen und Hausärzte spielen eine wesentliche Rolle

Auf Grund einer oft jahrelangen und vertrauensvollen Patienten-Arzt-Beziehung sowie seiner professionellen Übung spürt oder diagnostiziert der behandelnde Hausarzt in vielen Fällen als erster bei seinem Patienten eine psychische Auffälligkeit, wird in der Regel diesen ansprechen und einer Behandlung zuführen. Dass dies inzwischen hausärztlicher Alltag ist, liegt an der nicht nur in der täglichen Praxis „gefühlten“ deutlichen Zunahme an psychischen Störungen, die etwa 50 % der Behandlungsanlässe und Arztbesuche ausmachen. Auch das verfügbare Zahlenmaterial belegt, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen immer häufiger diagnostiziert werden und zu Arbeitsunfähigkeit führen. Laut Untersuchungen der europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz fällt jede beschäftigte Person jährlich mindestens vier Tage auf Grund von arbeitsbedingtem Stress aus, in der Europäischen Union leiden 28 % aller Erwerbstätigen hierunter.

In deutschen Großstädten erkranken jährlich 34 % der Bevölkerung an psychischen Krankheiten, in ländlichen Regionen nur 26 %. Nach jüngsten Berech-

nungen entstehen dadurch deutschen Unternehmen Produktionsausfälle von 26 Mrd. Euro pro Jahr. Beim MDK Nord (Medizinischer Dienst der Krankenkassen Norddeutschland) beträgt der Anteil der sog. F-Diagnosen bei der Begutachtung einer Arbeitsunfähigkeit (psychiatrische Krankheiten in der Klassifikation nach ICD-10) mittlerweile mehr als 50 %. Es dominieren bei der Begutachtung derzeit leichtere psychische Erkrankungen, die dennoch zu längeren Arbeitsunfähigkeits-(AU) Zeiten führen.

Eine deutliche Zunahme empfindet auch der Hausarzt beim sog. Burnout, das als „ausgebrannt“ sein vieler Arbeitnehmer oft in eine echte Depression mündet. Hieran sollen inzwischen dauerhaft (also länger als sechs Wochen im Jahr) 5 % aller Arbeitnehmer erkrankt sein. Besonders oft sind Menschen in sozialen, pflegenden oder erzieherischen Berufen betroffen, aber auch Bauarbeiter und Führungskräfte in erheblichem Maße. Selbst Patienten, die sich in einer orthopädischen oder kardiologischen Rehabilitation wegen vermeintlich rein körperlicher Erkrankungen befinden, werden in bis zu 43 % auch psychische Belastungen und Störungen gefunden.

In der hausärztlichen Praxis hat sich in den letzten 25 Jahren ein deutlicher Wandel vollzogen: Zum einen kommen immer mehr Patienten mit dem Wunsch zu ihrem Hausarzt, wegen einer Depression, wegen Burnout, einer Angststörung oder einer anderen affektiven oder Anpassungsstörung krankgeschrieben und behandelt zu werden. Bis vor wenigen Jahren noch stellte ein solcher Wunsch ein Tabu dar, vielmehr suchten die Betroffenen wegen körperlicher Symptome, die in der Allgemeinmedizin auch als „Eintrittskarte in die Praxis“ bezeichnet werden, die Sprechstunde auf. Heute scheuen sich die



Autorin

Dr. Cornelia Goesmann, niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, verantwortlich für die Thematik wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

meisten Patienten nicht, eine psychische Symptomatik und ggf. Diagnose vorzubringen. Zum anderen steigt die Zahl der behandlungsbedürftigen psychisch Kranken wegen einer schwerwiegenden Veränderung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsrhythmus, so dass immer mehr Arbeitnehmer dem Druck nicht mehr gewachsen sind und als Folge erkranken. Eine mittlere bis schwere Depression oder Angststörungen beobachtet der Hausarzt in der Regel dann, wenn zu unbefriedigenden Arbeitsbedingungen wie Rationalisierungsmaßnahmen der Betriebe mit größerer Arbeitsmenge, hohem Zeitdruck, steigendem Tempo, zunehmender Verantwortung des Einzelnen noch private Probleme wie Ehekrise, Scheidung, Todesfall, Schulden hinzu kommen. Während bei Frauen alleinerziehend sein und niedriger Bildungsstand das höchste Depressionsrisiko beinhalten, sind es bei Männern Scheidung, drohende Arbeitslosigkeit und mangelnde Anerkennung im Beruf.

Konsequentes Fallmanagement durch den Hausarzt

Da der Hausarzt in der Regel die sozialen Verhältnisse seiner Patientinnen und Patienten gut kennt, kann und muss er hier schnell eingreifen, um eine Chronifizie-



Foto: Photos.com (Viktor AAp)

zung zu verhindern. Sinnvoll ist sofort bei Beginn von Erkrankung und Krankschreibung ein konsequentes und langfristiges Fallmanagement durch den Hausarzt in Kooperation mit einem niedergelassenen Psychiater. Schritte der weiteren Therapie müssen hierbei eine korrekte Diagnostik, eine optimale Psychopharmakotherapie, eine möglichst kurzfristig eingeleitete psychotherapeutische Behandlung und gegebenenfalls eine Rehabilitationsmaßnahme mit dem Ziel einer schnellen Rückkehr an den Arbeitsplatz sein.

Bleibt der Hausarzt der Koordinator der weiteren Therapie des Patienten, so muss er eine enge Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten wie mit dem MDK, dem Betriebsarzt, dem Psychiater oder der psychiatrischen Klinik und dem Arzt des Rehabilitationsträgers pflegen.

Der Hausarzt wird frühzeitig einen Behandlungsplan mit seinem Patienten erarbeiten, besprechen und leiten, der eine Psychopharmakotherapie, die Mitbehandlung bei einem Nervenarzt, das Suchen eines Psychotherapieplatzes und gegebenenfalls die Einleitung einer ambulanten, stationären oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme oder einer Eltern-Kind-Kur, und schließlich gegebenenfalls eine stufenweise Wiedereingliederung in die Arbeit beinhalten sollte. Oft ergeben sich allerdings innerhalb dieses idealen Behandlungs- und Rehabilitationsverlaufes erhebliche Probleme, zeitliche Verzögerungen und Hemmnisse, die

eine lange Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten bedingen. So lehnt ein Teil der Patienten zunächst oder kategorisch eine Pharmakotherapie ab.

Hindernisse in der Wiedereingliederungskette

Die Wartezeiten für einen Termin bei einem niedergelassenen Psychiater betragen in der Regel acht bis zwölf Wochen auch in schweren Fällen, die Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dauert schon bis zum Erstgespräch in ländlichen Kreisen ca. vier Monate, in der Großstadt zwei bis drei Monate. Werden vom Hausarzt eine stationäre Reha-Maßnahme oder eine Mutter-Kind-Kur beantragt, so muss mit einer Ablehnungsquote von bis zu 35 % und Wartezeiten bis zum Antritt von rund sechs Monaten gerechnet werden.

Weitere Hindernisse in dieser Wiedereingliederungskette sind hoher bürokratischer Aufwand für Arzt und Patient, unterschiedlichste Antragsmodalitäten und Formblätter, geforderte Zusatzqualifikationen für Hausärzte, um überhaupt Anträge auf Rehabilitation an die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stellen zu dürfen, und eine schlechte Honorierung, falls der Hausarzt engagiert alle diese Schritte für seinen Patienten unternimmt und noch telefonisch oder schriftlich eine



Foto: Photos.com (Thinkstock Images)

Koordination der anderen Beteiligten wie dem Betriebsrat und Betriebsarzt, dem MDK, dem Psychotherapeuten, Klinik etc. herbeiführt. Anzumerken ist, dass von allen Aktivitäten des Hausarztes neben dem Regelleistungsvolumen des Kassenhonorars lediglich das Ausfüllen der Anträge auf Rehabilitation von der GKV bzw. der Deutschen Rentenversicherung (DRV) honoriert werden.

In einem Großteil der Fälle von psychisch kranken Berufstätigen bleibt der Hausarzt derjenige, der Krankschreibung, Medikation, Führung des Patienten, psychosomatische Gespräche und die Gesamtkoordination der Patientenangelegenheiten inklusive Krisenintervention, Wiedereingliederungs- und Arbeitsplatzberatung sowie darüber hinaus die Betreuung der betroffenen Familie übernimmt. Oberste Ziele dabei sind Wiederherstellung von Lebensfreude, Wiedereingliederung in soziale Zusammenhänge, Vermeidung von Langzeitarbeitsunfähigkeit oder Berentung.

Angesichts dieser umfangreichen Aufgaben des Hausarztes wären wünschenswert: Fortbildungen in der Allgemeinmedizin zu Fragen der rehabilitativen Medizin, regelmäßige, auch honorierte Kontakte zw. Hausärzten und Ärzten in medizinischen Dienst der Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtung, Vermittlungsstellen für ambulante Psychotherapie und Notfallplätze in Psychotherapeutischen Kliniken sowie neue Honorierungsmöglichkeiten für die hausärztliche Gesprächstherapie und seine Rehabilitations-Beratung. □



Foto: Photos.com (Iurii Sokolov)



Psychisch krank – Herausforderungen an die betriebliche Wiedereingliederung aus des Arbeitsmediziners/Sozialmediziners



Autor

Prof. Dr. Andreas Weber, Facharzt für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Leitung Medizinischer Dienst des Berufsförderungswerkes Dortmund

Folgen von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Psychische Erkrankungen sind nicht nur häufig, sondern ziehen teilweise erhebliche soziale Folgen nach sich. Im Sinne einer „Abwärtsspirale“ beinhalten diese unter anderem lange und/oder wiederholte Arbeitsunfähigkeitszeiten mit finanziellen Einschränkungen, Arbeitsplatzverlust, vorzeitiger Berentung oder abgelehnten Rentenanträgen, mit Absturz in die Langzeitarbeitslosigkeit, Leben am Existenzminimum, Komorbiditäten und vorzeitiger Mortalität (Abb. 1).

In allen Industrienationen sind psychische Leiden heute die häufigste Ursache für Langzeitarbeitslosigkeit und einen vorzeitigen krankheitsbedingten Berufsausstieg. In Deutschland erfolgten im Jahr 2011 rund 41 % aller Neuzugänge wegen Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung. Dies entspricht zirka 73.000 Einzelschicksalen. Psychisch Kranke scheiden mit zirka 48 Jahren (weit vor Erreichen gesetzlicher Altersgrenzen) aus dem Erwerbsleben aus und erhalten eine durchschnittliche monatliche Rente von zirka 600 Euro. Was aus ihnen wird, ist wissenschaftlich kaum erforscht. Noch interessanter ist die Frage, was aus den Betroffenen wird, deren Rentenantrag abgelehnt wurde. Systematische Untersuchungen zu dieser Frage sind dem Autor nicht bekannt.

Ausgliederung verhindern – Beschäftigungsfähigkeit erhalten

Wenn „Arbeiten bis 67“ nicht nur ein Rentenkürzungsprogramm bleiben soll, dürfen psychisch Kranke nicht diskriminiert oder ausgegliedert werden, sondern müssen mitgenommen wer-

den. Hierbei ist auch arbeits- und sozialmedizinische Kompetenz gefragt. So ist es nötig, evidenzbasierte Assessmentinstrumente für die individuelle Leistungsbeurteilung zu entwickeln, die Kranke weder überfordern, noch ihre Chancen auf eine erfolgreiche berufliche

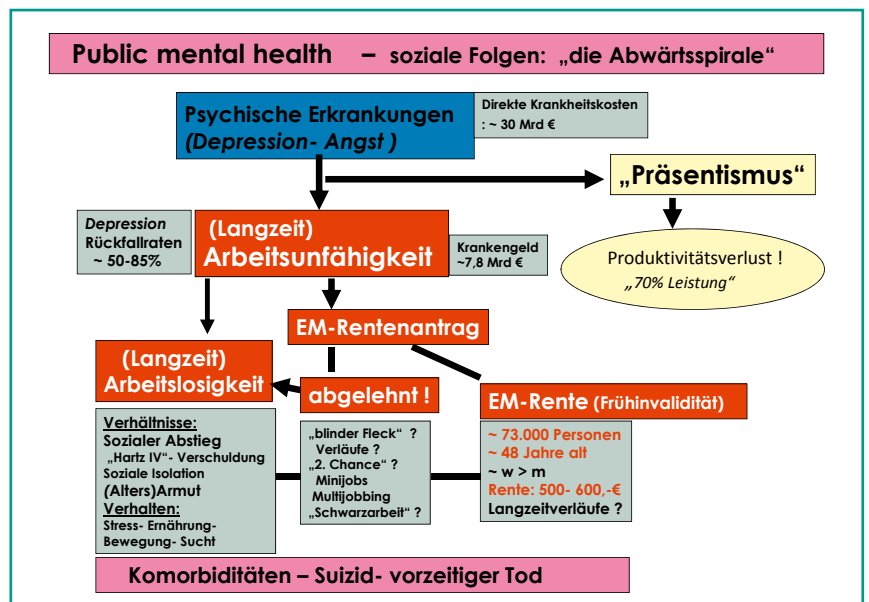


Abb. 1: Soziale „Abwärtsspirale“ bei Langzeitarbeitslosigkeit

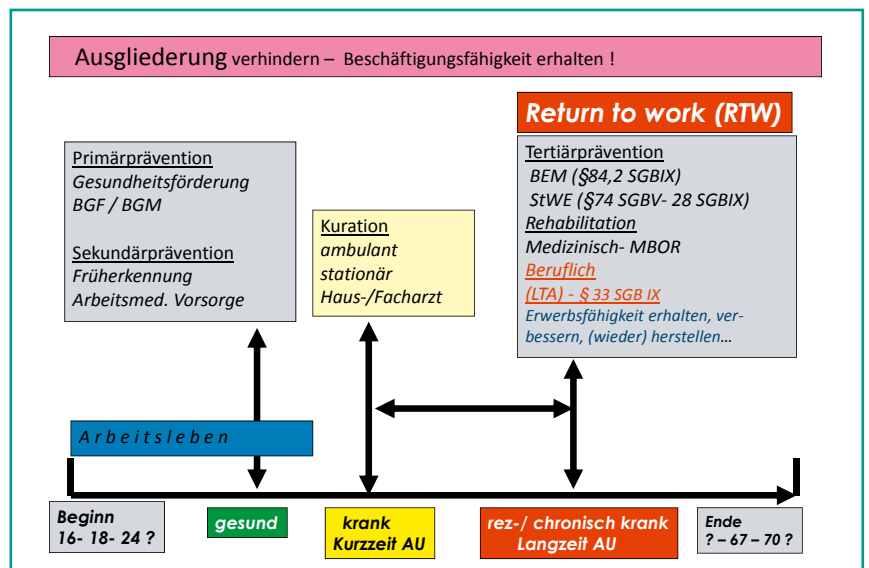


Abb. 2: Maßnahmen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit

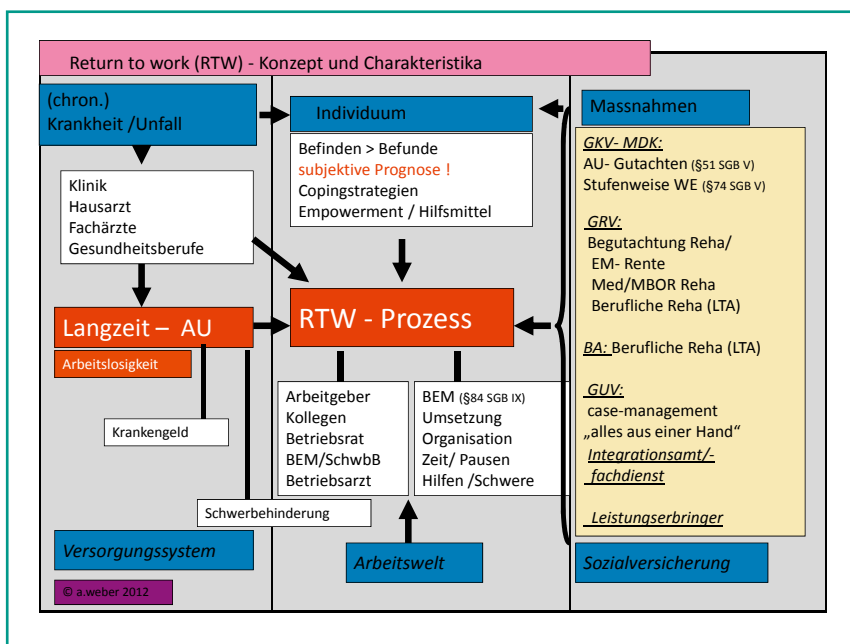


Abb. 3: Konzept und Charakteristika von Return to Work

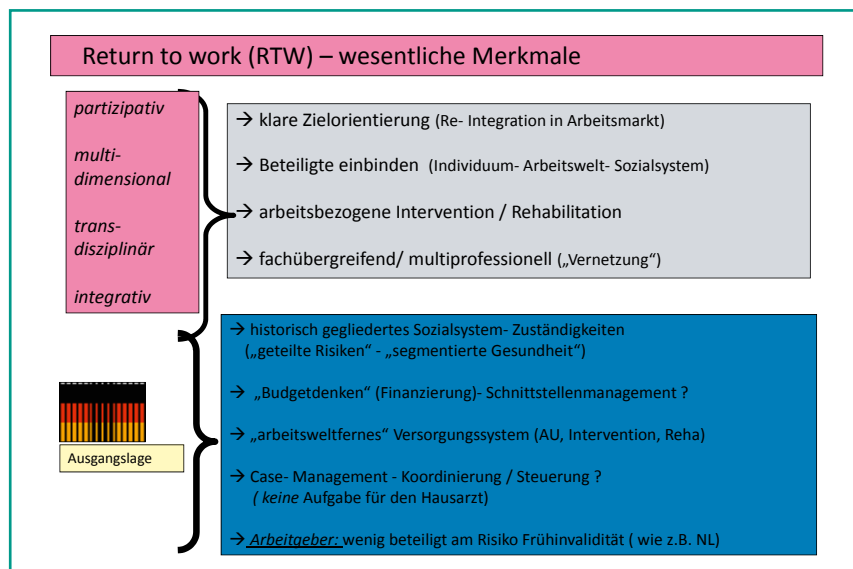


Abb. 4: Wesentliche Merkmale von Return to Work (RTW)



Abb. 5: Berufsförderungswerke in Deutschland

Reintegration mindern. Aufgrund defizitärer wissenschaftlicher Erkenntnisse und einer „falsch verstandenen Fürsorge“ wird heute Erwerbsarbeit primär immer noch als Gesundheitsrisiko und nicht als Chance gesehen. Im Weiteren stellt die Mitarbeit an der Schaffung und Ausgestaltung menschenwürdiger, leistungsgerechter Arbeitsplätze in einer globalisierten, marktfundierten Wettbewerbsgesellschaft eine ganz besondere Herausforderung dar. Langzeitarbeitslosigkeit, Minirenten, prekäre Beschäftigung, Multi-Jobbing oder Schwarzarbeit können weder für psychisch Kranke noch für eine Gesellschaft eine wirkliche Perspektive sein.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels mit prognostiziertem Fachkräftemangel und Änderung der sozialpolitischen Rahmenbedingungen kommt der Verhinderung der Ausgliederung psychisch Kranker aus dem Erwerbsleben bzw. der Wiederherstellung ihrer Beschäftigungsfähigkeit wachsende Bedeutung zu. Dieses Handlungsfeld wird auch in Deutschland zunehmend mit dem internationalen Label „Return to Work“ (RTW) beschrieben (Abb. 2).

Auf deutsche Rahmenbedingungen übertragen, handelt es sich bei RTW um einen Träger und sektorenübergreifenden Prozess unter aktiver Einbindung der Betroffenen sowie der maßgeblichen Akteure des Versorgungssystems, der Unternehmen und der Sozialversicherung („Vernetzung“) mit dem Ziel, den Erkrankten schnellst möglich an seinen Arbeitsplatz zurückzubringen bzw. in Fällen, die bereits zum Arbeitsplatzverlust geführt haben, eine neue berufliche Perspektive mit stabiler Reintegration zu erreichen. „Return to Work“ ist somit ein multidimensionaler, multiprofessioneller Ansatz, mit dem sowohl die Schnittstellen zwischen dem segmentierten Versorgungssystem (Hausarzt / Facharzt, ambulante / stationäre) und der Arbeitswelt als auch zwischen den unterschiedlichen Zuständigkeiten des gegliederten Systems der sozialen Sicherung überwunden werden können (Abb. 3).

Koordinations- und Kapazitätsprobleme behindern nach wie vor das sach- und zeitgerechte Management psychischer Erkrankungen. International besteht weitgehend Einigkeit, dass die RTW-Perspektive so früh wie möglich in den Behandlungsprozess integriert werden sollte („Time is Job“). Neuere Untersuchungen aus den Niederlanden kamen dabei zu der Erkenntnis, dass eine intensivierte Kooperation der behandelnden Ärzte mit Arbeitsmedizinern bzw. die frühzeitige Einbindung von Betriebsärzten in Kombination mit zeitnahen leidensgerechten Modifikationen am Arbeitsplatz („usual care and occupational intervention“) zu einer signifikanten Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten und höheren RTW-Raten von psychisch Erkrankten führte (Abb. 4).

Möglichkeiten und Grenzen von Berufsförderungswerken

Sollte die Wiedereingliederung am alten Arbeitsplatz nicht gelingen oder die Erkrankung bereits zu Arbeitslosigkeit geführt haben, eröffnen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranken nach ausreichender Stabilisierung eine neue berufliche Chance.

Berufsförderungswerke, gewissermaßen die „stationären Einrichtungen“ der beruflichen Rehabilitation, qualifizieren erwerbsfähige Menschen, die aufgrund von Krankheit ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben können, für eine neue Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (Abb. 5).

Abbildung 6 zeigt die Hauptdiagnosegruppen der 2.100 Rehabilitanden im Berufsförderungswerk Dortmund in 2011. Es wurden 48 % Rehabilitanden mit Muskuloskeletalen, 23 % mit psychomentalen, 11 % mit internistischen und 5 % mit neurologischen Grundkrankungen im BFW gefördert. Fer-

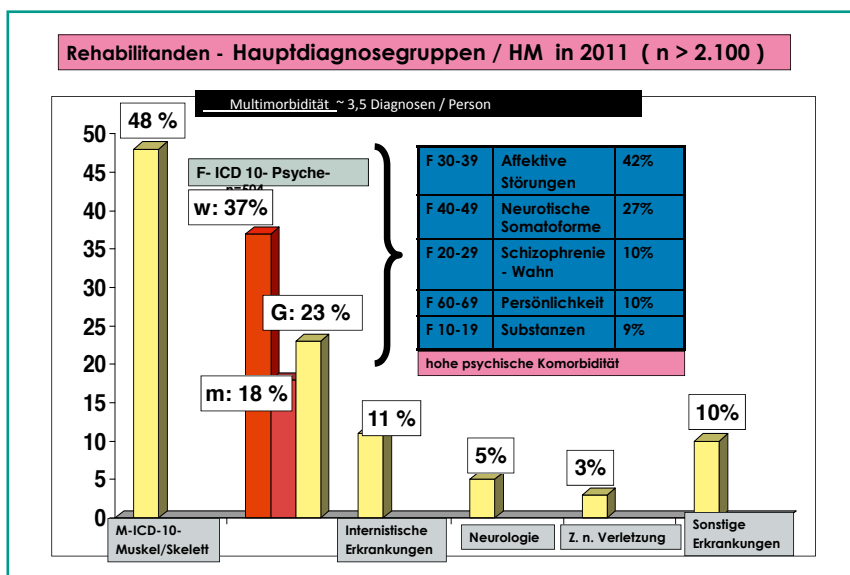


Abb. 6: Hauptdiagnosegruppe der Rehabilitation des Berufsförderungswerkes Dortmund in 2011

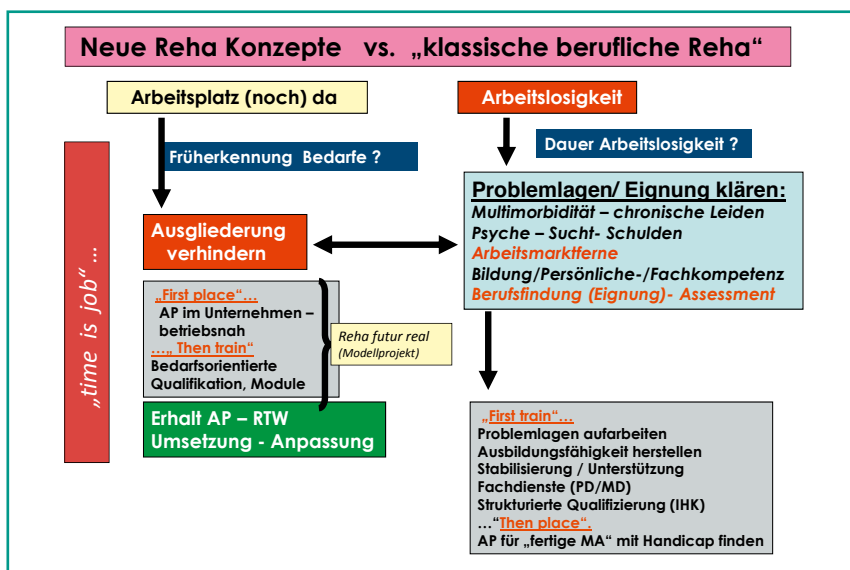


Abb. 7: Gegenüberstellung der sog. klassischen Rehabilitation mit neuen Rehabilitations-Konzepten

ner wurden 3 % mit Zustand nach Verletzungen und 10 % mit sonstigen Erkrankungen rehabilitiert. Daraus wird ersichtlich, dass Menschen mit psychomentalen Erkrankungen mittlerweile weitaus mehr die Möglichkeit der Rehabilitation und der betrieblichen Wiedereingliederung zugeführt wurden als früher.

Arbeits- und Sozialmedizin ist dabei in vielfältiger Weise in die Multiprofessionalität eines BFW eingebunden. Neben dem Assessment (Eignungsdiagnostik / Fähigkeitsprofile), der

kontinuierlichen medizinischen Betreuung und Sicherung der Ausbildungsfähigkeit stellt insbesondere die Förderung der Gesundheitskompetenz (Aktivierung, „Leben und Arbeiten mit Krankheit“) einen Schwerpunkt dar (Abb. 7).

Die wesentlichen Prinzipien innerhalb eines Berufsförderungswerkes sind zum einen das neue Rehabilitations-Modell mit Individualisierung und Integrationsorientierung und zum anderen die Strukturmerkmale interdisziplinären Reha-Teams und Fallsteuerung. □

Fortsetzung des Themenheftes mit dem Schwerpunkt: Wiedereingliederung psychisch Kranker am Arbeitsplatz

Es geht noch weiter ... das Lesevergnügen an „Return to Work“ wird verlängert

In der nächsten Ausgabe 1/2013 der ASUpraxis werden wir uns mit der spannenden Frage beschäftigen, ob bereits Kooperationsmodelle zur Wiedereingliederung von psychisch kranken Menschen aufgebaut und gelebt werden. Können diese Kooperationsmodelle zur Nachahmung anregen?



Symposium „Mitten im Arbeits- leben – trotz psychischer Erkrankung“ am 18.09.2012

Podium von links nach rechts: Frau Dr. Annetregt E. Schoeller, Bereichsleiterin im Dezernat 5 der Bundesärztekammer, Organisatorin des Symposiums, Dr. Udo Wolter, Präsident der Ärztekammer Brandenburg, Vorsitzender des Ausschusses und Ständigen Konferenz Arbeitsmedizin der Bundesärztekammer, Vorstandsmitglied der BÄK, Frau Dr. Cornelia Goesmann, niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Heinrich Heine Universität Düsseldorf



Auditorium



Podium und Auditorium bei der Diskussion



Wiebke Ahrens, Koordination Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, Organisatorin des Symposiums



Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Heinrich Heine Universität Düsseldorf



Frau Dr. Cornelia Goesmann, niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Psychotherapie



Rednerin Dr. Annette Haver, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Associate Coach DBVC



Prof. Dr. Peter Angerer, Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin, Heinrich Heine Universität Düsseldorf während seines Vortrags



Redner Prof. Dr. Andreas Weber, Facharzt für Arbeitsmedizin / Sozialmedizin, Leitung Medizinischer Dienst, Berufsförderungswerk Dortmund



Spannende Abschlussdiskussion bzgl. gelebter Kooperationsmodelle Betriebsärzte mit Hausärzten und Psychiatern, von links nach rechts: Dr. Georg von Groehling-Müller, ThyssenKrupp Steel Europe AG, leitender Betriebsarzt Dr. Hans-Peter Unger, Chefarzt des Zentrums für seelische Gesundheit, Asklepeios Klinik Hamburg-Harburg, PD Dr. Stephan Weiler, Betriebsarzt der Audi AG Ingoldstadt, Dr. Irmgard Spickenbom, Teamleiterin Sozialarbeit ThyssenKrupp Steel Europe AG, Duisburg

Chronische Hepatitis C

Boceprevir-basierte Tripletherapie

Auch Patienten mit chronischer Hepatitis C, die durch eine Behandlung mit pegyliertem Interferon plus Ribavirin (pegIFN/RBV) nicht oder nicht anhaltend virusfrei geworden sind, profitierten von einer Tripletherapie mit Boceprevir (Victrelis®). 40 % der Patienten, die auf die Standardtherapie eine Null-Response gezeigt hatten, erreichten ein dauerhaftes virologisches Ansprechen (SVR). Dies zeigte eine Zwischenauswertung der Studie PROVIDE, deren Ergebnisse kürzlich auf der Jahrestagung der „European Association of the Study of the Liver“ in Barcelona vorgestellt wurden.

In die unverblindete, einarmige PROVIDE-Studie wurden insgesamt 168 chronisch mit HCV-Genotyp-1-infizierte Patienten eingeschlossen, die in den Boceprevir-Studien der Phase II und III für mindestens zwölf Wochen die Standardtherapie mit PR erhalten und keine SVR erreicht hatten. Zum Zeitpunkt der Zwischenauswertung hatten 94 Patienten die Therapie abgeschlossen, 53 hatten sie aus unterschiedlichen Gründen abgebrochen, 17 Teilnehmer befanden sich noch in Behandlung und neun erst im frühen Follow-up. Für die Auswertung der SVR (24) konnten Daten von 138 Patienten herangezogen werden, davon 47 frühere Null-Responder und 91 partielle Responder und Relapser.*

* Null-Response: nach zwölf Wochen Therapie Senkung der Viruslast um weniger als 2 log-Stufen IU/ml partielle Response: Senkung der Viruslast um mehr als 2 log-Stufen IU/ml nach zwölf Wochen Therapie, aber HCV-RNA-Nachweis bei Therapieende weiterhin positiv Relapse: HCV-RNA-Nachweis bei Therapieende negativ, aber am Ende des Follow-up erneut positiv

Alle Patienten hatten zunächst in einer Lead-in-Phase für vier Wochen pegIFN α -2b (1,5 μ g/kg/Woche) und RBV (gewichtsadaptiert 600 bis 1.400 mg/Tag) erhalten und anschließend 44 Wochen lang zusätzlich dreimal täglich 800 mg Boceprevir. Die Viruslast wurde nach 6, 12 und 24 Wochen Tripletherapie, bei Therapieende sowie 24 Wochen danach mit einem hoch sensitiven Assay bestimmt.

Von 47 früheren Null-Respondern erreichten 19 eine SVR (40 %), von 78 partiellen Respondern 53 (68 %) und von neun Relapsen fünf (56 %). Die SVR-Rate korrelierte wie schon in früheren Studien mit der Abnahme der Viruslast nach der vierwöchigen Lead-in-Phase: Patienten, deren Viruslast um mindestens 1 log-Stufe IU/ml abgefallen war, erreichten unabhängig vom Ansprechen auf die Vortherapie mit höherer Wahrscheinlichkeit eine SVR. Als Prädiktoren für eine SVR erwiesen sich darüber hinaus ein mangelndes Ansprechen auf die Vortherapie (Null-Response ja oder nein, Odds Ratio 3,4), die Thrombozytenzahl bei Therapiebeginn (> oder < 200.000/ml, OR 3,5), das Geschlecht (männlich oder weiblich, OR 5,1) sowie die Viruslast bei Therapiebeginn (> oder < 800.000 IU/ml, OR 9,5).

Das Sicherheitsprofil entsprach den Erfahrungen aus früheren klinischen Studien mit Anämie (48 %), Fatigue (47 %), Geschmacksstörungen (34 %) und Übelkeit (30 %) als häufigsten unerwünschten Ereignissen (Inzidenz \geq 30 %). 7 % der Patienten brachen die Behandlung wegen unerwünschter Ereignisse ab. □

Impressum ASUpraxis

ASUpraxis – Der Betriebsarzt
ASUpraxis ist ein regelmäßiges Special für Betriebsärztinnen / Betriebsärzte und redaktioneller Bestandteil der Zeitschrift *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU)*

Online-Archiv:
www.asu-praxis.de

Chefredaktion

Dr. med. O. Erens (verantwortlich)

Redaktion

Dr. med. U. Hein-Rusinek
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg
Dr. med. M. Konner
Dr. med. A. Schoeller
Dr. med. M. Stichert

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Redaktion ASUpraxis
Alfons W. Gentner Verlag GmbH & Co. KG
Forststraße 131
70193 Stuttgart
E-Mail: asu@gentner.de

Quelle:

Bronowicki, J. P. et al. Sustained Virologic Response (SVR) in Prior PegInterferon / Ribavirin (PR) Treatment Failures After Retreatment with Boceprevir (BOC) + PR: PROVIDE Study Interim Results. Präsentation beim 47. Jahrestreffen der European Association for the Study of the Liver (EASL) 2012; Abstract 11.

MSD Sharp & Dohme GmbH,
Lindenplatz 1, 85540 Haar