

Arbeitsbelastungen und Depression

Belastende und belohnende Arbeitsbedingungen und Wiedereinstieg ins Arbeitsleben

PD Dr. Karin Siegrist LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn Klinik und
soziologisches Institut der Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Welche Fragen sind wichtig?

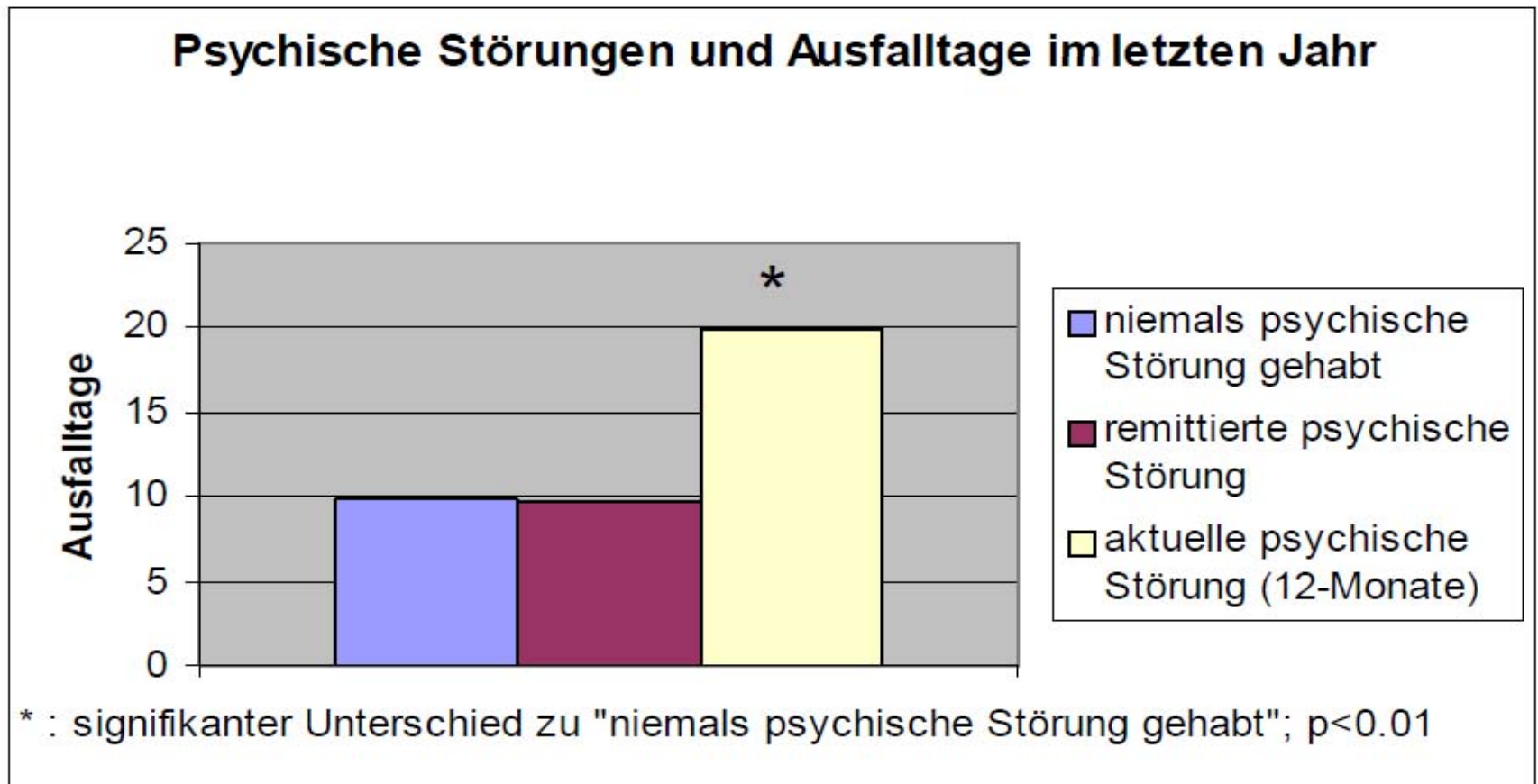
- **Welche Arbeitsbelastungen** erhöhen nachweislich das Risiko einer Depression?
 - Arbeitsbelastungen und Risikoerhöhung - Mechanismen?
 - Wie häufig sind Depressionen in Deutschland?
 - Welche ökonomischen Folgen haben sie?
- **Was bedeutet Arbeit** für die meisten Menschen?
 - Die belohnende Seite der Arbeit wird häufig unterschätzt!
- **Wie** kann ein Betrieb die **belohnenden Aspekte** von Arbeit ausbauen?
 - Wie können Führungskräfte im Alltag so mit ihren Mitarbeitern umgehen, dass diese sich unterstützt (und in gewissem Sinn belohnt) fühlen?
- **Wie** gelingt die **Wiedereingliederung** von depressiv Erkrankten?
 - Alle Beteiligten müssen das wichtig finden

Psychosozialer Stress und depressive Störung: Mechanismen?

- **ausgeprägte gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (entspannungsfeindliches, übersteigertes Leistungsverhalten, Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol, Fehlernährung u.a:)**
- **Neurotransmitter-Fehlregulierung (CRF, Serotonin, Vasopressin, Dopamin u.a.)
Gesteigerte Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden- Achse mit veränderter Cortisolausscheidung (ev. Synergie von frühkindlichen Bindungsstörungen und genetischer Vulnerabilität bei Vorliegen von psychosozialem Stress)**

Ausfalltage im Bundesgesundheitsurvey

➤ Verdoppelung der (selbstberichteten) Ausfalltage bei aktuellen psychischen Störungen (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004)



Ökonomische und sozialpolitische Aspekte depressiver Erkrankungen

- Lebenszeitprävalenz behandlungsbedürftiger Depression: 13-16%
- 12-Monatsprävalenz: 6 % (Frauen-Männer: 2:1)
- Erstmanifestation jeder 2. Depression vor 32. Lebensjahr
- AU-Tage Deutschland 2007: ca. 47 Mio. Tage (Zunahme um 83% von 1997-2008)
- Durchschnittliche AU-Dauer: 22,5 Tage
- Depression als Diagnose krankheitsbedingter Frühberentung: 27,6% bei Männern; 38,4% bei Frauen (BMAS 2009)

Aktualität des Themas

- "Müde, erschöpft, leer – krank? Was tun, wenn Mitarbeiter ausbrennen oder depressiv werden?"
www.buendnis-depression.de
- **60%** der Beschäftigten (europaweite Studie) klagen über **Zeitdruck** während der Arbeit bzw. zunehmendes Tempo.
- Längsschnittstudien in Skandinavien belegen zunehmende **Arbeitsintensivierung** seit ca. 1990.
- Gemäß DAK-Daten haben AU-Tage wegen **psychischer Störungen** von 1997 bis 2004 um **69%** zugenommen.

➡ **Zusammenhang?**

Veränderungen der Arbeitswelt

- Tertiarisierung
- Veränderte Erwerbsbevölkerung
(Ältere, Frauen)
- Technisierung/Informationstechnologie
- Ökonomische Globalisierung
- Veränderte Beschäftigungsverhältnisse
(Mobilität, Teilzeit, Arbeitsplatzunsicherheit)

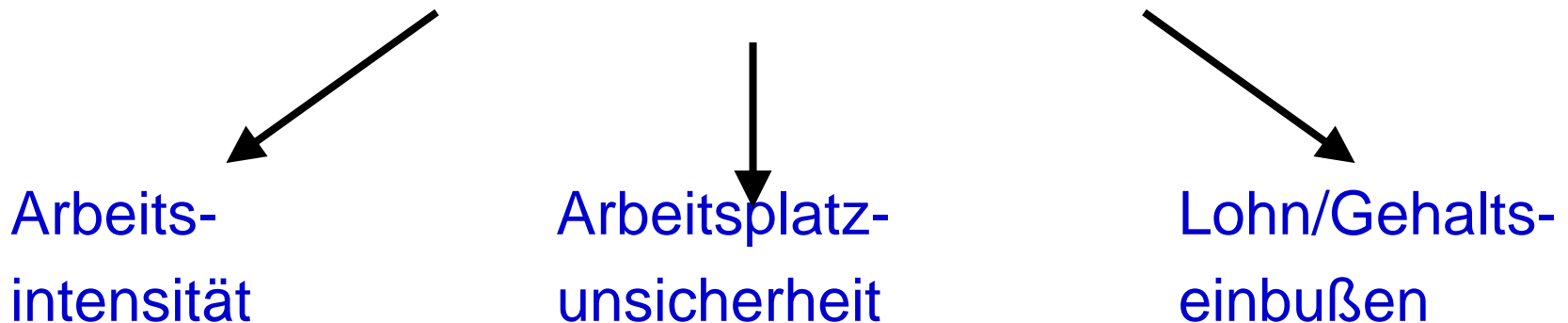
Wirtschaftliche Globalisierung

Folgen des globalen Arbeitsmarkts für Hochlohnländer

Wachsender Rationalisierungsdruck

(v.a. aufgrund internationaler Lohnkonkurrenz)

Downsizing, Merging, Outsourcing



Theoretische Modelle

- **Anforderungs-Kontroll Modell**
(R. Karasek, 1979;
R. Karasek & T. Theorell, 1990)
 - Fokus: Arbeitsaufgabe
- **Modell beruflicher Gratifikationskrisen**
(J. Siegrist, 1996;
J. Siegrist et al., 2004)
 - Fokus:
Beschäftigungs-
verhältnis/Vertrag
- **Modell der Organisationsgerechtigkeit**
(J. Greenberg, 1990;
M. Elovainio et al., 2002)
 - Fokus:
Verfahrensweisen in
Organisationen

Modell beruflicher Gratifikationskrisen

(J. Siegrist, 1996)

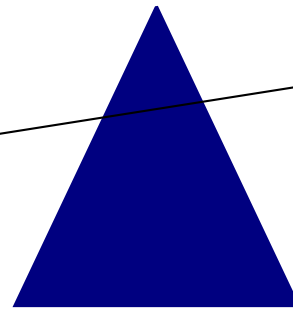
Extrinsische Komponente

- Anforderungen
- Verpflichtungen

- Lohn, Gehalt
- Aufstiegsmöglichkeiten
- Arbeitsplatzsicherheit
- Wertschätzung

Verausgabung

übersteigerte
Verausgabungsneigung

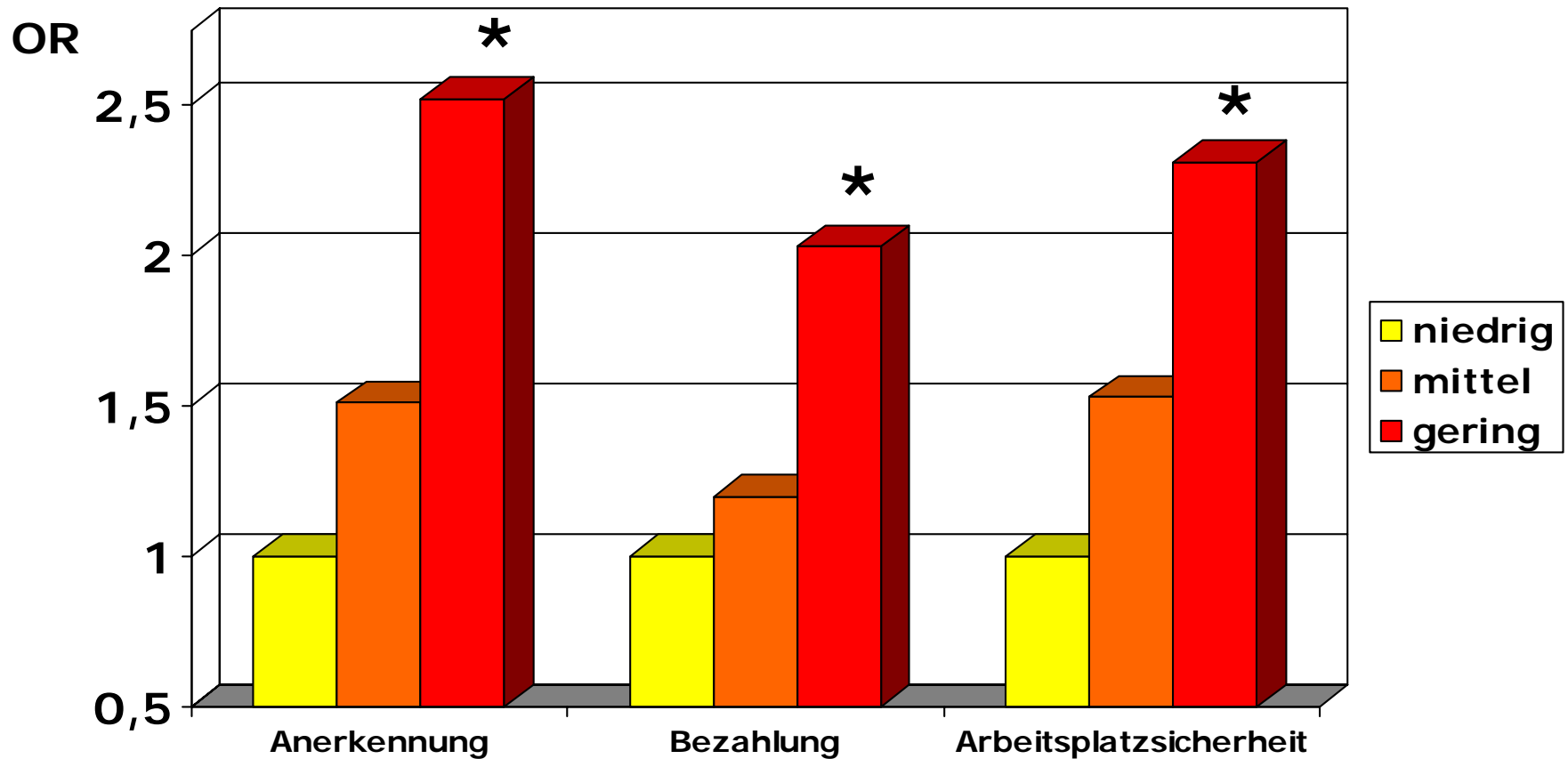


Belohnung

unrealistische
Belohnungserwartung

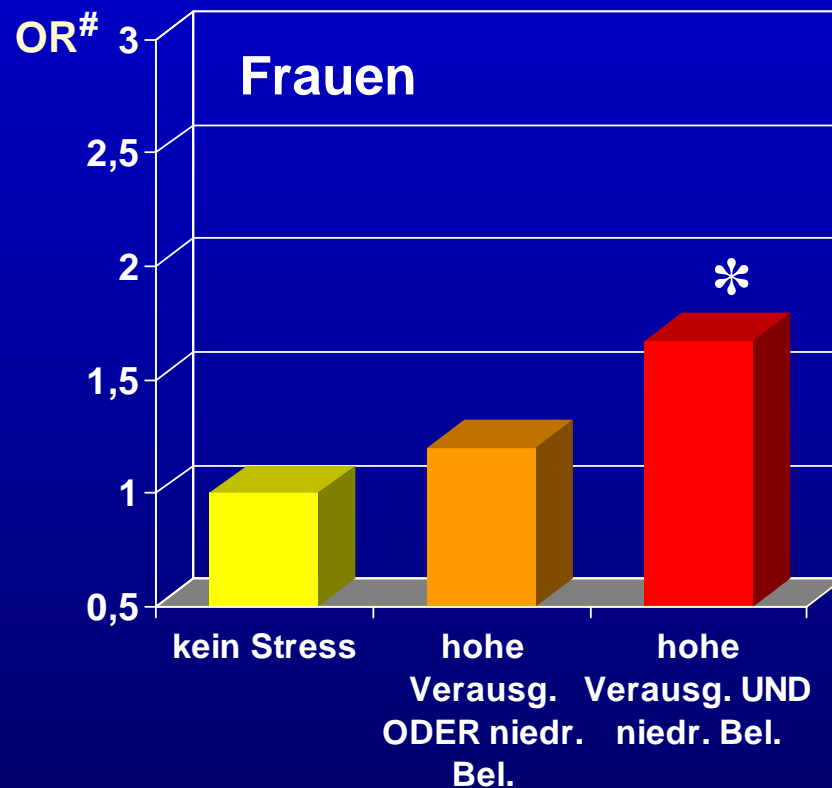
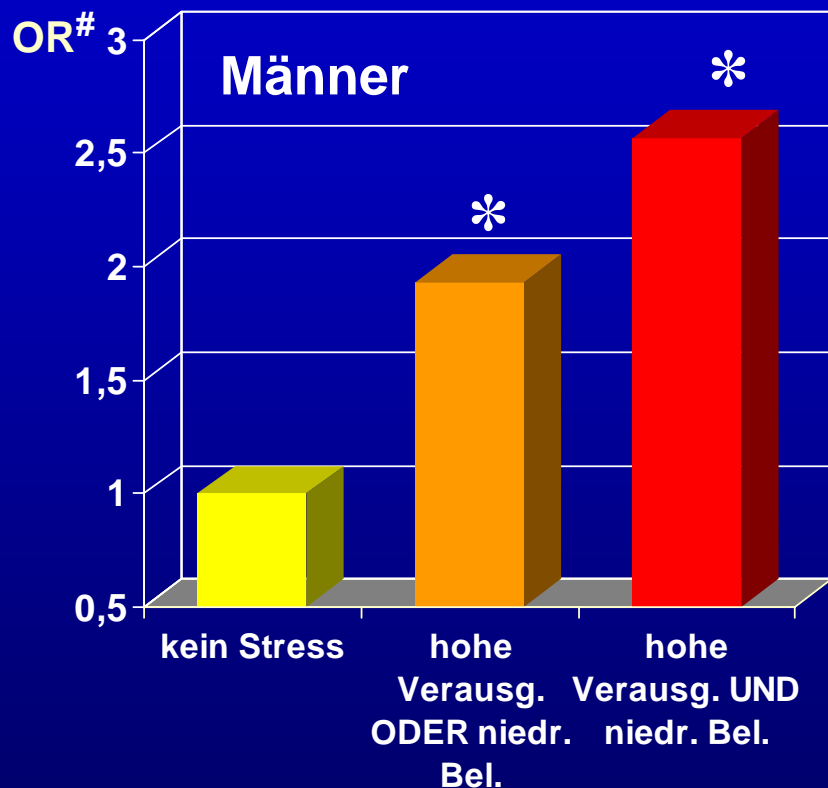
Intrinsische Komponente

Mangelnde Belohnung (3 Komponenten; Tertile) und 5-Jahres Inzidenz ärztlich diagnostizierter Depression: Heinz-Nixdorf RECALL Studie (1811 Männern und Frauen; 45-74 J.)



Quelle: N. Wege et al. 2010 (unveröffentlichte Ergebnisse)

Berufliche Gratifikationskrisen und Auftreten depressiver Störungen (GHQ): Whitehall II-Studie (N=6110, Zeitraum: 5.3 Jahre)



adjustiert für Alter, Angestelltengrad, Wert GHQ bei Eingangsuntersuchung; Personen im affektiver Störung zu Studienbeginn nicht enthalten

* $p < .05$

Quelle: S.A. Stansfeld et al. (1999), OEM, 56: 302.

Berufliche Wiedereingliederung ist Ziel auch bei vorangegangenem Erleben einer Gratifikationskrise

Geringe Belohnungen sind besser als gar keine Belohnungen

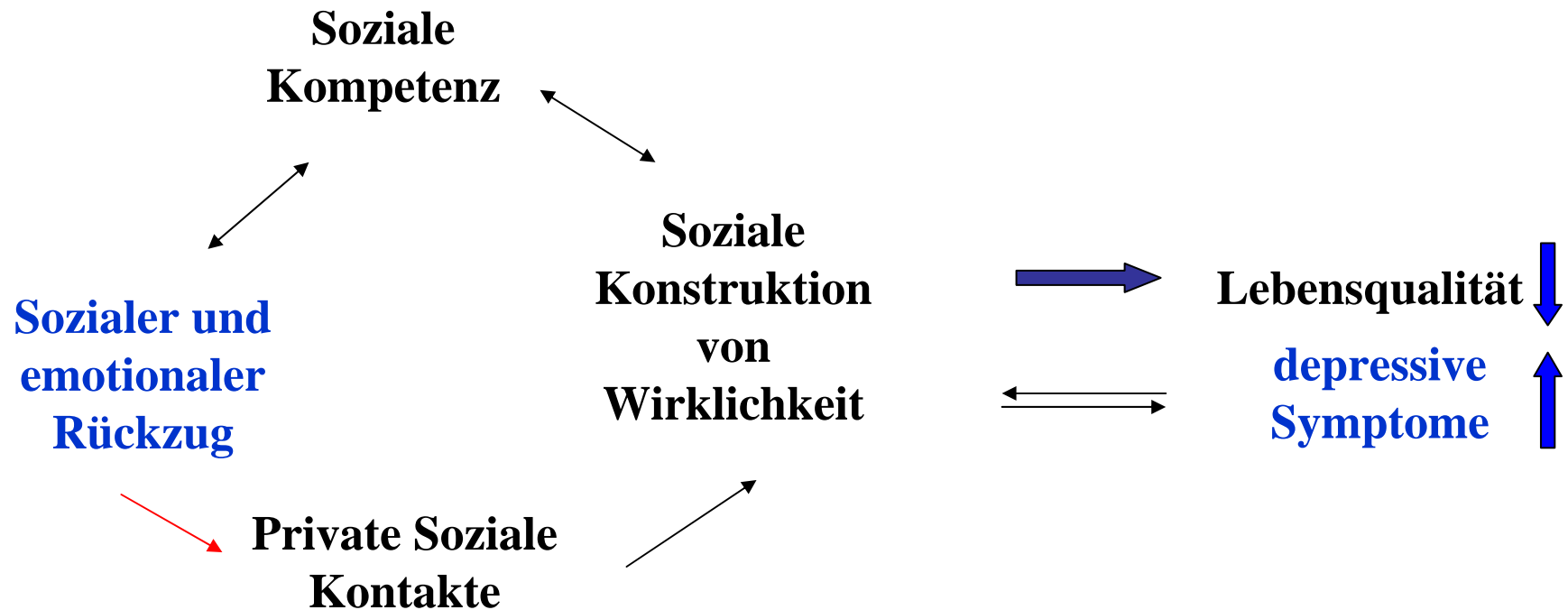
Die Waagschale mit den Belohnungen kann ein Betrieb kostenneutral schwerer machen (Anerkennung!)

Arbeitslosigkeit ist ein starker Stressor, der mit deutlich erhöhtem Depressionsrisiko einhergeht

Was passiert, wenn die Berufsrolle wegfällt?

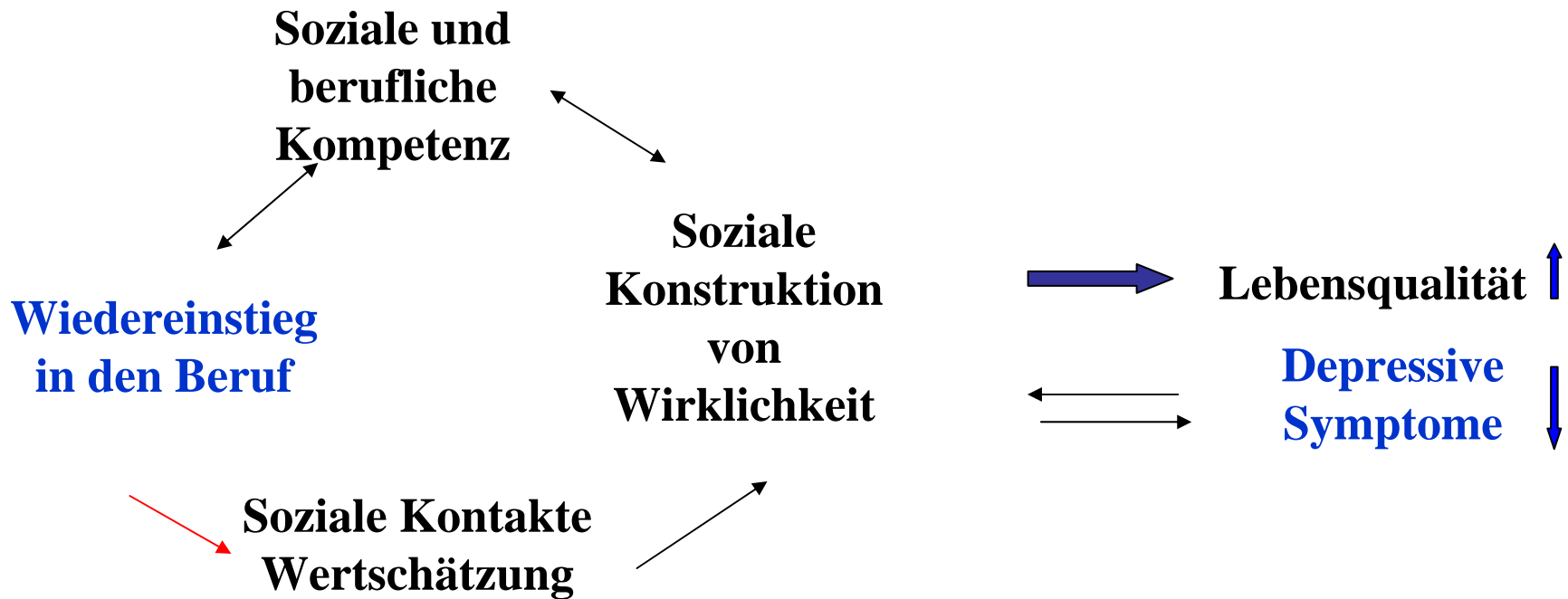
- Es kann zu einem Teufelskreis kommen mit zunehmendem Rückzug aus dem sozialen Leben
- und mit zunehmendem Abbau sozialer Kompetenzen.

Nach depressiver Episode aus dem Berufsleben gefallen: Teufelskreis sozialen Rückzugs



Alle Elemente des Zirkels sind messbar

Positiver Zirkel des Wiedereinstiegs ins Berufsleben nach depressiver Episode



Alle Elemente des Zirkels sind messbar; Evaluation ist möglich

Voraussetzung eines positiven Zirkels: ein Betrieb baut die belohnenden Aspekte von Arbeit aus

- Führungskräfte gehen offen mit ihren Mitarbeitern um
- Transparenz von Entscheidungen
- Authentische Anerkennung für eine erbrachte Leistung
- Eine wertschätzende Haltung
- Faire Kritik
- Förderung von Mitarbeitern (Fortbildung; Aufstiegsmöglichkeiten)
- Flexible Arbeitszeiten
- Freizeitangebote
- Kita Angebot
- Gezielte Unterstützung bei schwierigen Arbeitsbedingungen (ausreichende Schulung für neue Arbeitstechniken; Supervision)

Wie kann ein Betrieb die belohnenden Aspekte von Arbeit ausbauen?

- Führungskräfte gehen offen mit ihren Mitarbeitern um etc...
- All das ist ein langer Prozess
- es sind strukturelle Änderungen notwendig, die von der BL ausgehen (wie wichtig findet die BL den Ausbau von Belohnungen?)
- Führungskräfte müssten einen stärker mit Belohnungen arbeitenden Führungsstil entwickeln und erproben
- **Theory of Mind** und **Empathie** müssten nicht nur entwickelt, sondern auch **angewandt** werden
- Eine entsprechende Führungskräftequalifikation – Beispiel LWL – kann helfen, nötige Kompetenzen zu entwickeln und zu motivieren.

Wovon hängt die berufliche
Wiedereingliederung depressiv Erkrankter
ab?

Und warum ist sie so schwierig?

Ziel: Rückkehr depressiv Erkrankter ins wirkliche Leben

Eikelmann B et al, Dtsch. Arztebl.2005

- Die Exklusion psychisch Kranker ist trotz vieler sozialpolitischer Bemühungen und einer Verbesserung der gemeindepsychiatrischen Praxis fortgeschritten.
- Therapie und Rehabilitation müssen ...näher an die Lebenswelt der Betroffenen heranrücken, um sie während der Teilnahme am „wirklichen“ Leben zu unterstützen.
- Die „supported employment“ Programme erscheinen als Modell...

Nachhaltige Integration psychisch Kranker in die freie Wirtschaft

H. Hoffmann, Dorothea Jäckel, Managed Care 7/8 2007

Konzept **Supported Employment in Bern**

- Erst platzieren, dann trainieren
- Nach psychischer Krankheit arbeitet der Arbeitnehmer mindestens zu 50% unter den Bedingungen des Arbeitsmarktes
- Er erhält mindestens den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestlohn
- Arbeitsort: ein „normaler“ Betrieb
- Arbeitsverhältnis ist zeitlich nicht befristet
- Arbeitnehmer und direkter Vorgesetzter werden zeitlich unbefristet durch einen Job Coach begleitet.

- Dessen zentrale Aufgaben:

Nachhaltige Integration psychisch Kranker in die freie Wirtschaft

H. Hoffmann, Dorothea Jäckel, Managed Care 7/8 2007

Zentrale Aufgaben eines Job Coach:

- Suche geeigneter Arbeitsplätze (der zuvor psychisch Kranke wird nach privatwirtschaftlichen Regeln eingestellt; kein Akt der Wohlfahrt)
- Erarbeitung und Durchführung eines Integrationsplans in Kooperation mit dem Betrieb, dem zuvor psychisch Kranken und seinem unmittelbaren Umfeld
- Im Sinne des Case Management Einbeziehung sonstiger Betreuungssysteme... mit dem Ziel, den Arbeitsplatz dauerhaft zu sichern

Auswirkungen der Depression auf die berufliche Tätigkeit:

- langsames Arbeitstempo (Leistungsfähigkeit im Durchschnitt 5,6 Stunden pro Woche geringer als bei Gesunden)
- Abnahme der Konzentrationsfähigkeit (Flüchtigkeitsfehler, Vergesslichkeit, Unfallrisiko)
- Angst vor Übernahme verantwortungsvoller Aufgaben
- abfallendes Leistungsniveau bzw. ausgeprägte Leistungsschwankungen
- Sozialer Rückzug und Kontaktvermeidung

Folglich Schwierigkeiten bei der beruflichen Wiedereingliederung

Einfluss antidepressiver Therapie auf Erwerbsfähigkeit

(Meta-Analyse von 35 randomisierten klinischen Studien; S. Gilbody et al. 2006 Arch Int. Med 166: 2314-21)

- **Ansatz:** Vergleich von Ergebnissen bei komprehensiver Versorgung (Zusammenarbeit von Allgemeinarzt, Mental-Health-Experten und Case-Manager) und bei üblicher Pharmakotherapie:
 - **Ergebnis:** Signifikante Verringerung der Schwere depressiver Symptomatik in der komprehensiv versorgten Gruppe nach 6, 12 und 18 Monaten!
 - Je höher die Adhärenz, desto größer der therapeutische Fortschritt
 - Je intensiver die Supervision, desto größer der therapeutische Fortschritt
- **Je besser die Wirkung antidepressiver Therapie ist, desto höher ist die berufliche Rückkehrate** (Mintz et al. 1992)

Einfluss soziodemographischer und psychosozialer Merkmale auf berufliche Rehabilitation

- **Sozialer Gradient:** Je höher die berufliche Qualifikation, desto höher die Wiedereingliederungsrate
- **Berufliche Kontinuität:** Je höher die berufliche Kontinuität vor Krankheitsbeginn, desto höher die Wiedereingliederungsrate
- **Psychisches Risikoprofil:** Je stärker Pessimismus, geringer Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit und/oder Selbstwertgefühl (**Symptome einer Depression**), desto niedriger die berufliche Wiedereingliederungsrate

Einfluss kontinuierlicher Supervision auf berufliche Wiedereingliederung und Produktivität

(PS Wang et al. 2007 JAMA 298: 1401-11)

Randomisierte Studie bei 604 Beschäftigten mit behandlungsbedürftiger Depression: Komprehensive vs. konventionelle medikamentöse Therapie (12 Monate).

Komprehensive Therapie: Strukturierte, kontinuierliche telefonische Beratung; Angebot zu Gruppenpsychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie) und persönlichen Gesprächen mit klinischen Experten.

Ergebnisse:

- signifikante Verringerung der Depressionsschwere nach 6 Monaten;
- signifikanter **Anstieg der beruflichen Wiedereingliederungsrate** nach 6 und 12 Monaten;
- Im Durchschnitt um 2,6 Stunden **längere Wochenarbeitszeit** im Vergleich zur Kontrollgruppe

Ungelöste Probleme antidepressiver Therapie bei beruflicher Wiedereingliederung

- Optimierte Wirkung durch *Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie* (Kriterium: Senkung der AU-Tage)?
(Meta-Analyse von 11 randomisierten klinischen Studien: K. Niewenhuysen et al. 2009 The Cochrane Collaboration. Wiley Issue 1)
- *Ergebnis*: Kein signifikanter Unterschied. Allerdings: geringe Standardisierung bzgl. psychotherapeutischer Intervention.
- *Einfluss komorbider Störungen* auf Arbeitsproduktivität und Arbeitsfähigkeit?
(R. Kessler et al. 2008 J Occup Environ Med 50: 809-16):
- *Ergebnis*: Arbeitsproduktivität und -fähigkeit umso geringer, je mehr komorbide Störungen (stärkste Effekte: Schlafstörungen, chronische Ermüdung, Angststörungen).

Anforderungen an ein integriertes Betreuungskonzept

- Enge Zusammenarbeit zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Diensten
- Frühe Einbeziehung von betriebsärztlichen Diensten und Versicherungsträgern
- Frühes betriebliches Wiedereingliederungsmanagement z. B. auf Basis von Betriebsvereinbarungen
- **Case Management – Job Coach**
- Ambulante Gruppentherapie; betriebsärztliche Sprechstunde; Angehörigengruppe
- Schulung von Vorgesetzten in Betrieben

Problem: Wiedereingliederung bei Kleinbetrieben

Was ist zu verbessern ?

- Die **Vernetzung**
- Vernetzung setzt mehr voraus als ein Netz
- Vorhandenes Wissen wird tatsächlich genutzt
- Das Ziel – **berufliche Wiedereingliederung** depressiv Erkrankter -, ist **Ziel aller am Prozess Beteiligten**

Praktische Folgerungen und Entwicklungsbedarf I:

- **Verstärkte Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz**
(Primärprävention)
(Screening anhand validierter Messinstrumente;
Erarbeitung von Handlungsempfehlungen auf Individual-,
Gruppen- und Organisationsebene).
Probleme: fehlende Zuständigkeit und Infrastruktur, unklare
Motivation, **keine Vernetzung von Wissenschaft und
Betrieb**
- **Verbesserte Früherkennung depressiver Störungen**
(Risikogruppe Männer im frühen und mittleren
Erwachsenenalter; niedrige soziale Schicht;
Migrationshintergrund).
Probleme: Datenschutz; **Zuständigkeit von Betriebsarzt vs.
Hausarzt (keine Vernetzung)**; mangelnde Sensitivität von
Diagnoseinstrumenten bei Männern.

Praktische Folgerungen und Entwicklungsbedarf II:

- **Frühzeitige, leitliniengerechte Behandlung**
(v.a. moderne Pharmakotherapie und Psychotherapie).
Probleme: Unzureichende psychotherapeutische Versorgung (Stadt-Land-Gefälle; lange Wartezeiten; **mangelnde Kooperation zwischen Therapeuten**).
- **Verbesserte Koordination medizinischer und beruflicher Rehabilitation auf der Basis eines gemeinsamen Konzepts**
(trotz guter versicherungsrechtlicher Regelungen; BEM, LTA u.a.)
Probleme: Zeitintervall zu Reha-Antragsstellung; **Kooperation** Psychiatrie - Arbeitsmedizin; Abklärung von Arbeitsmotivation und subjektiver Prognose der Erwerbsfähigkeit; Umsetzung integrierter Betreuungskonzepte (z.B. ‚Hamburger Modell‘- **das Netz ist da, aber ist es aktiv?**).
- **Flexible Arbeitszeit- bzw. Beschäftigungsangebote, gute Arbeitsqualität und berufliche Weiterbildung** als Beiträge zur Rezidivprophylaxe.
Probleme: Begrenzte Motivation bei Arbeitgebern; Arbeitsmarktzwänge.

Praktische Folgerungen III (Versuch, den gordischen Knoten durchzuhauen):

- Die Frage, **Was ist wichtig**, ist neu zu beantworten:
Es **ist wichtig**, psychisch Kranke beruflich zu reintegrieren
Problem: die Beteiligten sehen noch nicht, dass sie alle von Erfolgen profitieren würden.
- Die **Koordination** medizinischer/psychotherapeutischer und beruflicher Rehabilitation
muss **notwendiger Teil einer guten therapeutischen Leistung** sein.
- **Aktives Bemühen um die Reintegration des depressiv Erkrankten** nach erfolgreicher Therapie muss Eingang in die **Definition eines guten Arbeitgebers** (Vorgesetzten) finden.
- **Aktives Bemühen um Reintegration** in den Betrieb seitens des erfolgreich therapierten psychisch Kranken muss Eingang in die **Definition eines Patienten, der mitmacht** (mit Compliance) finden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!