DAK Gesundheitsreport 2005 für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern

Herausgeber:

DAK Versorgungsmanagement

Martin Kordt
DAK Zentrale
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg
Tel.: 040 - 2396 2649; Fax: 040 - 2396 4649
E-Mail: martin.kordt@dak.de

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK erstellt durch das

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
Wichmannstr. 5
D-10787 Berlin
Tel. 030 - 230 80 90, Fax 030 - 230 80 911,
E-Mail: iges@iges.de

Inhalt

Vorwort 3

1 Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern 2004 im Überblick 6

1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt? 6

1.2 Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu anderen Bundesländern 9

1.3 Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern nach Alter und Geschlecht 10

2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich? 11

3 Schwerpunktthema zu psychischen Erkrankungen, Angststörungen und Depressionen 13

4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede 87

4.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen? 87

4.2 Die Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt 88

4.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern 89

5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen 91

6 Schlussfolgerungen 93

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen 95

Anhang II: Tabellen 98

Anhang III: Expertenbefragung 103

Vorwort

Im sechsten Jahr in Folge liegt mit dem DAK-Gesundheitsreport 2005 für Mecklenburg-Vorpommern eine detaillierte Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens vor.

Auch in diesem Jahr konnten wieder deutliche Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zwischen Mecklenburg-Vorpommern und dem Bundesdurchschnitt bzw. den anderen Bundesländern festgestellt werden: Diese Unterschiede betreffen das Niveau des Krankenstands insgesamt – dieser liegt in Mecklenburg-Vorpommern deutlich über dem Bundesdurchschnitt –, aber auch einzelne Krankheitsarten oder den Krankenstand in den verschiedenen Wirtschaftszweigen.

In den letzten Jahren ist die wachsende Relevanz psychischer Erkrankungen zu beobachten. Daher widmet sich der DAK Gesundheitsreport 2005 für Mecklenburg-Vorpommern speziell diesen Krankheitsbildern. Der Schwerpunktteil des diesjährigen Gesundheitsreports geht den Phänomenen „Angst und Depressionen“ auf den Grund und greift damit ein hochaktuelle Thematik auf.

Insgesamt ist der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Der Krankenstand einzelner Betriebe, einer Branche und letztlich eines Bundeslands steht immer auch im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Entwicklungen und den Belastungen, denen Beschäftigte in der Arbeits- und Umwelt ausgesetzt sind. Daher ist es wichtig, Gesundheit und Motivation der Beschäftigten weiterhin aktiv in den Mittelpunkt der Organisations- und Personalpolitik zu rücken. Die betrieblichen Arbeitsschutzexperten sowie alle dafür Verantwortlichen in den Unternehmen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen benötigen dafür eine verlässliche Datengrundlage. Der vorliegende Bericht liefert allen Beteiligten wichtige Informationen über das Morbiditätsgeschehen in Mecklenburg-Vorpommern.

Walter Olgemöller **Schwerin, Mai 2005**
DAK-Landesgeschäftsführer

Das Wichtigste auf einen Blick

- 2004 belief sich der Gesamtkrankenstand der erwerbstätigen DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern auf 3,9%. Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern erreichte damit einen deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegenden Wert (Bund 3,2%). Gegenüber dem Vorjahr ist der Krankenstand jedoch um 0,4 Prozentpunkte gesunken (2003: 4,3%).

Gesamtkrankenstand

- Die Betroffenenquote lag 2004 bei 50%. Dies bedeutet, dass für 50% der DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Der Wert in Mecklenburg-Vorpommern übersteigt den DAK-Bundesdurchschnitt (44%).

Betroffenenquote

- Mit 127,1 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre waren die DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2004 deutlich häufiger krank als im Bundesdurchschnitt (100,4 Fälle).

Fallhäufigkeit

- Eine durchschnittliche Erkrankung war mit 11,2 Tagen etwas kürzer als im Bundesdurchschnitt (11,5 Tage).

Falldauer

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren mit 22,1% Anteil am Krankenstand die wichtigste Krankheitsart. Es folgen Krankheiten des Atmungssystems mit 17,2%, Verletzungen und Vergiftungen (16,0%) und Krankheiten des Verdauungssystems (7,9%).

Die wichtigsten Krankheitsarten

- Die Wirtschaftsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern hat einen negativen Effekt auf das Krankenstandsniveau. Der Krankenstand, der für einen „fairen“ Vergleich zwischen den Bundesländern herangezogen werden müsste, ist mit 3,72% jedoch immer noch deutlich höher als der Bundeswert.

Berücksichtigt man den ungünstigen Einfluss der Wirtschaftsstruktur, liegt der Krankenstand bei 3,72%

- Die Höhe des Krankenstandes in den einzelnen Branchen variiert deutlich zwischen 5,0% im Bereich „Organisationen und Verbände” und 2,2% im Bereich „Rechtsberatung/Wirtschaftsprüfung”.

Branchen mit deutlich unterschiedlichem Krankenstand

- Mecklenburg-Vorpommern lag 2004 hinsichtlich der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen unter dem DAK-Durchschnitt. Gegenüber 1997 ist jedoch die Zahl der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund einer psychischen Diagnose um 102 % angestiegen.

Schwerpunktthema zu psychischen Erkrankungen, Angst und Depressionen

1 Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern 2004 im Überblick

1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?

Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern 2004 bei 3,9%

2004 lag der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern bei 3,9%. Das heißt, dass an jedem Kalendertag des Jahres durchschnittlich 3,9% der DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig waren. Im Vergleich zum bundesweiten Krankenstand erreichte Mecklenburg-Vorpommern damit einen deutlich überdurchschnittlichen Wert (DAK insgesamt: 3,2%, vgl. Abbildung 1). Ein DAK-versicherter Beschäftigter in Mecklenburg-Vorpommern war im Durchschnitt an insgesamt 14,2 Tagen arbeitsunfähig.

Betroffenenquote bei 50%

Im Jahr 2004 lag der DAK für 50% der Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vor. Dies bedeutet auch: Die Hälfte aller DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern war während des vergangenen Jahres kein einziges Mal aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote im DAK-Bundesdurchschnitt lag bei 44%.

Häufigkeit von Erkrankungen deutlich über dem Bundesdurchschnitt

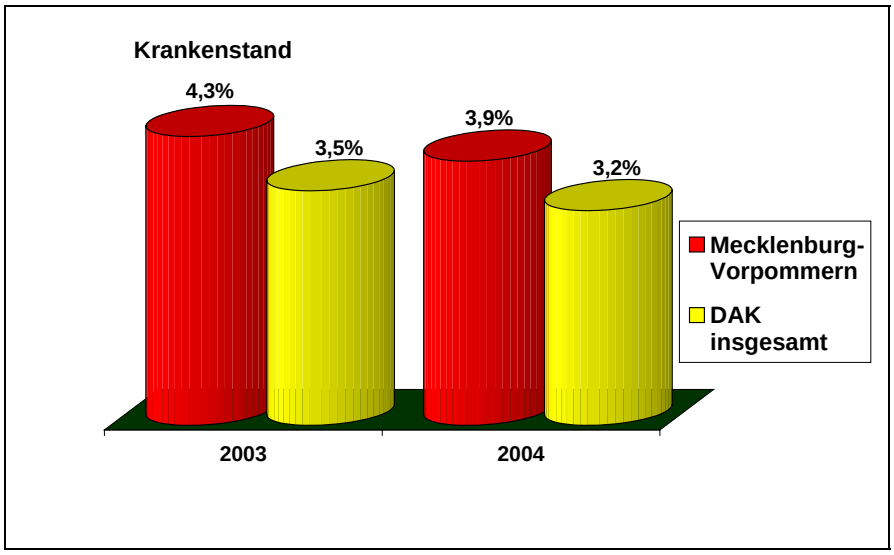
Erkrankungsdauer in Mecklenburg-Vorpommern etwas kürzer als im Bund

Der Krankenstand setzt sich zusammen aus der Erkrankungshäufigkeit und der durchschnittlichen Dauer einer Erkrankung.

Ein Blick auf die Zusammensetzung des Krankenstandes zeigt, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt. Auf 100 ganzjährig Versicherte entfielen 2004 127,1 Erkrankungsfälle. Im Bundesvergleich waren es 100,4 Erkrankungsfälle. Eine Erkrankung war in Mecklenburg-Vorpommern mit durchschnittlich 11,2 Tagen etwas kürzer als bundesweit (11,5 Tage).

Abbildung 1

Abb. 1 Krankenstand: Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Abbildung 2

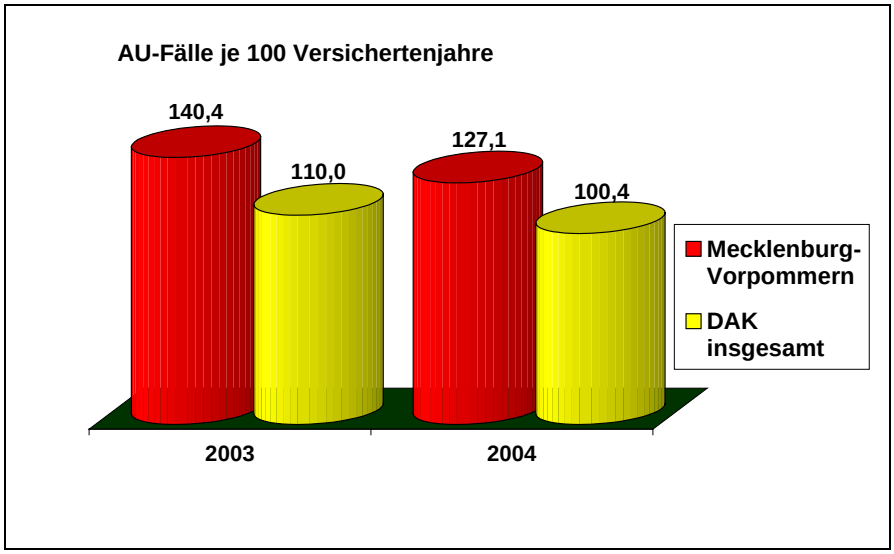


Abb. 2
Anzahl der Erkrankungsfälle: Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Abbildung 3

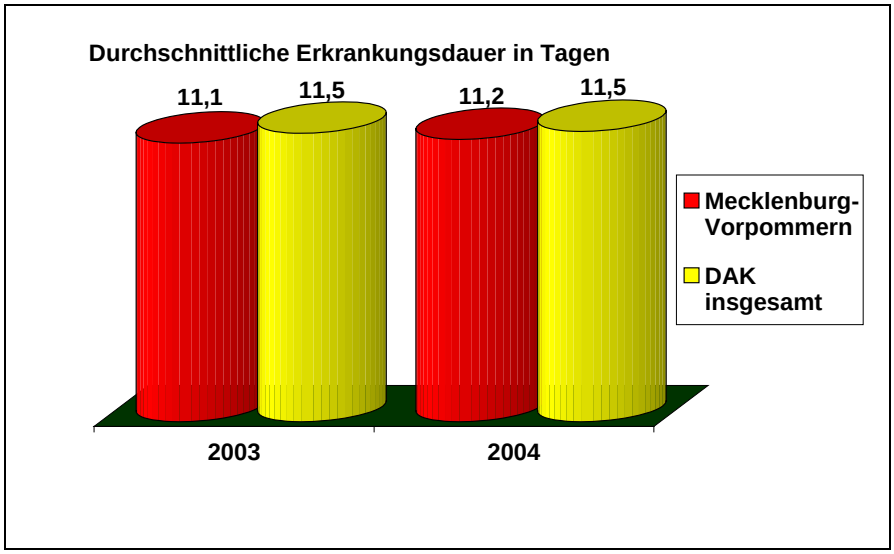


Abb. 3
Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung: Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund

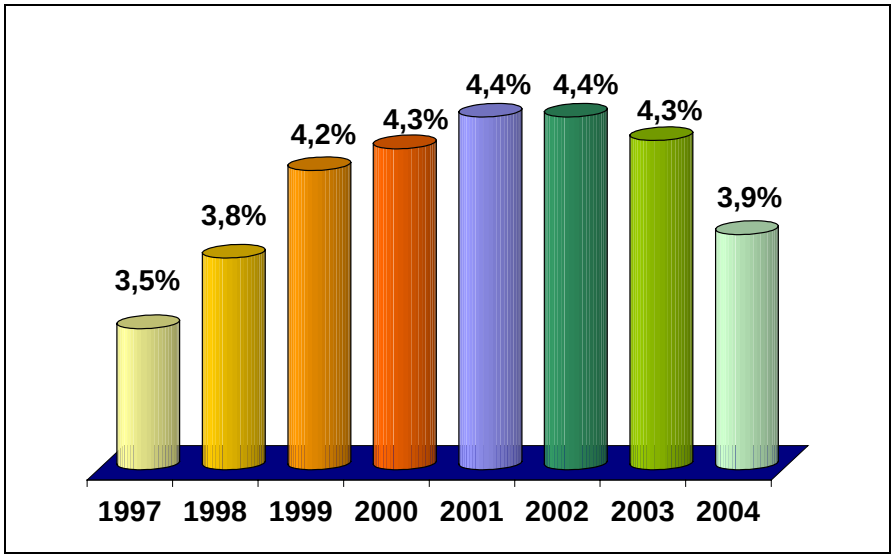
Quelle: DAK AU-Daten 2004

Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern kontinuierlich gesunken

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung des Krankenstandes in Mecklenburg-Vorpommern seit 1997. Zwischen 1997 und 2001 stieg der Krankenstand von 3,5% auf 4,4% an. Seit 2003 ist in Mecklenburg-Vorpommern ein Rückgang des Krankenstandes zu verzeichnen. Mit 3,9% erreichte das Krankenstandsniveau den seit 1999 niedrigsten Wert.

Abbildung 4

Abb. 4 Krankenstand: Mecklenburg-Vorpommern 1997 – 2004



Quelle: DAK AU-Daten 2004

1.2 Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu anderen Bundesländern

Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern erneut der zweithöchste im Bundesgebiet

Mecklenburg-Vorpommern zeigt – wie bereits im Jahr 2003 – erneut einen Krankenstandswert, der deutlich über dem Bundesniveau liegt. Gemeinsam mit Brandenburg und Sachsen-Anhalt weist es nach Berlin den zweithöchsten Krankenstand aller Bundesländer auf. Generell kann man beobachten, dass die östlichen Bundesländer sowie das Saarland deutlich über und die westlichen Bundesländer eher am Bundesdurchschnitt liegen. Die beiden südlichen Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg lagen in beiden Jahren deutlich unter dem Durchschnittswert.

Abbildung 5

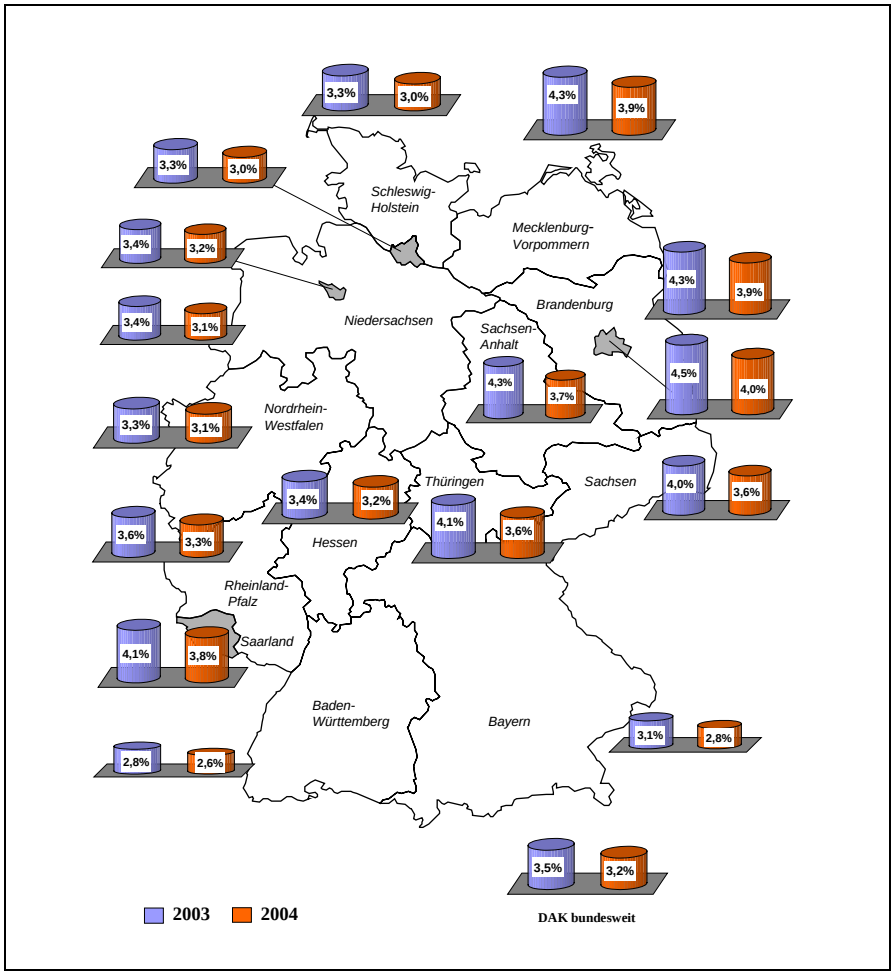


Abb. 5 Krankenstandswerte 2003 und 2004 nach Bundesländern

Quelle: DAK AU-Daten 2004

1.3 Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern nach Alter und Geschlecht

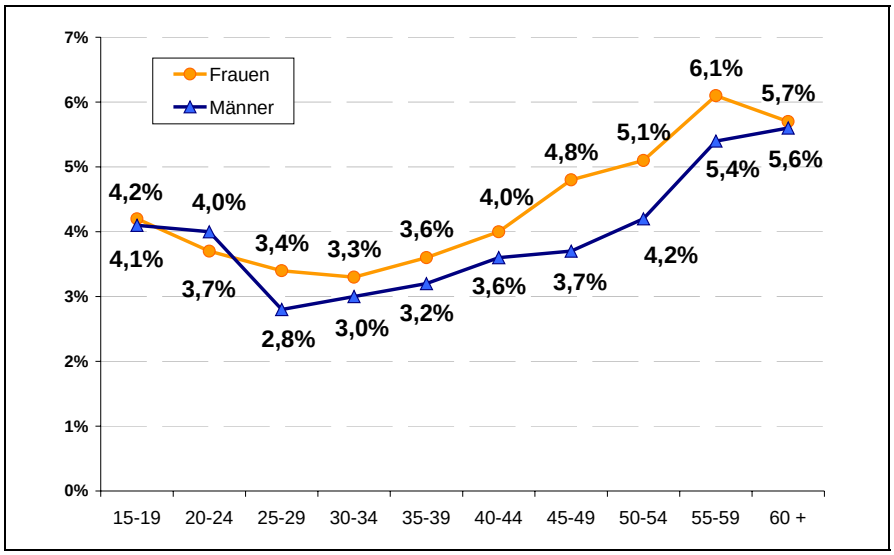
Soziodemografische Merkmale des Krankenstandes

Die Analyse nach den wichtigsten soziodemografischen Merkmalen – Geschlecht und Altersgruppenzugehörigkeit – gibt Hinweise, welche Versichertengruppen in Mecklenburg-Vorpommern vor allem von Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind.

Abbildung 6 zeigt die Krankenstandswerte 2004 getrennt nach Geschlecht sowie differenziert nach Altersgruppen.

Abbildung 6

Abb. 6 Krankenstand 2004 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Krankenstand der weiblichen Versicherten liegt deutlich über dem der Männer

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten liegt deutlich über dem der Männer. Der durchschnittliche Krankenstand betrug 2004 bei den Frauen 4,1% und bei den Männern 3,7%.

Im DAK-Bericht 2001 wurde der Unterschied im Krankenstand zwischen Männern und Frauen gesondert untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass die Hälfte des Unterschieds auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaften zurückzuführen ist.

Mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand der Beschäftigten in Mecklenburg-Vorpommern tendenziell an

Nach dem 30. Lebensjahr steigt der Krankenstand stetig an, was durch die mit zunehmendem Alter größere Wahrscheinlichkeit von schwereren und damit länger dauernden Erkrankungen zu erklären ist. Nur in der höchsten Altersgruppe flacht die Kurve wieder ab.

Dieser Effekt kommt vermutlich dadurch zustande, dass viele Kranke in diesem Alter bereits aus dem Beruf ausscheiden oder Möglichkeiten des vorgezogenen Ruhestandes in Anspruch nehmen (sog. „healthy worker"-Effekt).

2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Arbeitsunfähigkeitstagen und damit am Krankenstand der DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern sind in Abbildung 7 dargestellt:

Rund 55% des Krankenstandes werden durch Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Krankheiten des Atmungssystems sowie durch Verletzungen und Vergiftungen verursacht

Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Atmungssystems liegen mit 22,1% bzw. 17,2% an erster und zweiter Stelle. Zusammen mit der Diagnosegruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ (16,0%) verursachten diese Erkrankungsarten rund 55% des Krankenstandes in Mecklenburg-Vorpommern.

Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes stehen in Mecklenburg-Vorpommern an erster Stelle

Die Rangfolge der beiden wichtigsten Krankheitsarten in Mecklenburg-Vorpommern ist typisch und entspricht der bundesweiten Rangfolge: In der Regel sind Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems von vergleichsweise langer Dauer und liegen daher an der Spitze der Krankheitsarten.

Die wichtigste Diagnose bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind Erkrankungen des Rückens. Die DAK hat dieser Krankheitsart im Gesundheitsreport 2003 eine Sonderanalyse gewidmet.

Erkrankungen des Atmungssystems kommen im Vergleich zu Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems zwar häufiger vor, haben jedoch aufgrund ihrer relativ kurzen Dauer einen geringeren Anteil an den AU-Tagen.

Abbildung 7

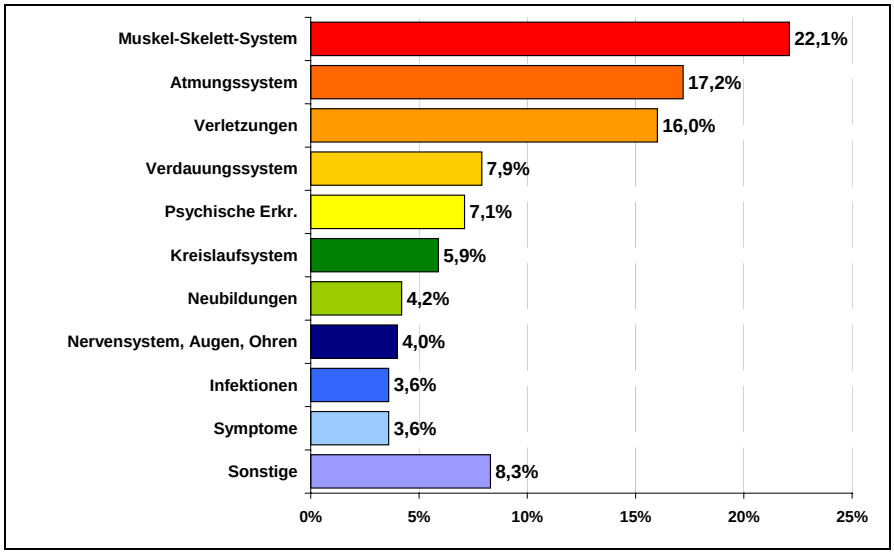


Abb. 7 Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

Quelle: DAK AU-Daten 2004

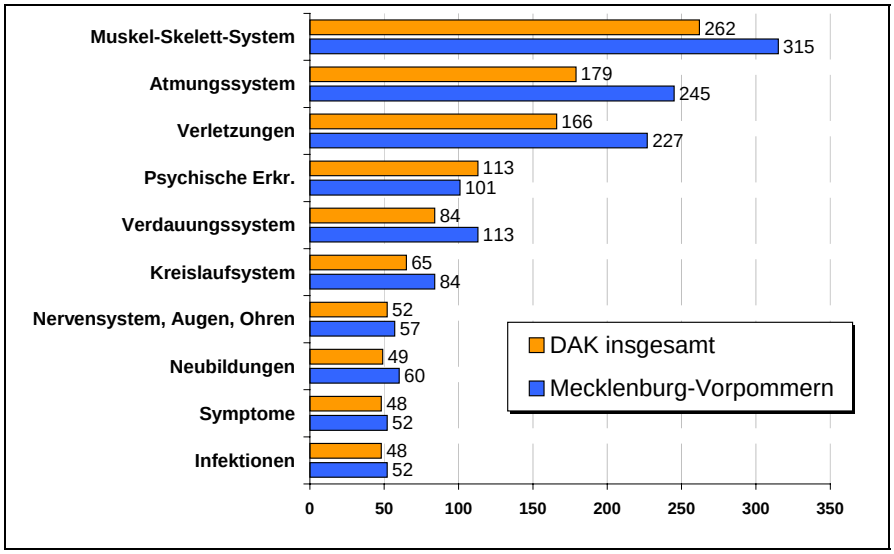
Für den Vergleich mit den Bundeswerten wird die Anzahl von Erkrankungstagen herangezogen, die je 100 Beschäftigte aufgrund einer Krankheit entstanden sind.

In Mecklenburg-Vorpommern verursachen insbesondere Erkrankungen des Atmungssystems und Verletzungen im Vergleich zum Bund mehr AU-Tage

Abbildung 8 zeigt, dass im Vergleich zum Bund in Mecklenburg-Vorpommern nahezu alle Erkrankungen mehr AU-Tage verursachen. Bei den Atemwegserkrankungen, den Verletzungen sowie den Verdauungserkrankungen fällt der Unterschied besonders deutlich aus. Aber auch Erkrankungen des Kreislaufsystems und Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen deutlich über den Vergleichswerten für den Bund. Lediglich psychische Erkrankungen verursachen gegenüber dem Bund weniger Ausfalltage.

Abb. 8
AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten

Abbildung 8



Quelle: DAK AU-Daten 2004

3 Schwerpunktthema zu psychischen Erkrankungen, Angststörungen und Depressionen

Psychische Erkrankungen sind Schwerpunkt des Bundesreports

Die DAK hat für ihren diesjährigen Gesamtreport, den „DAK-Gesundheitsreport 2005“, den Schwerpunkt „Psychische Erkrankungen, Angst und Depressionen“ gewählt. Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen wurde darin auf Bundesebene umfassend untersucht. Darüber hinaus wurde auf die beiden wichtigsten Einzelerkrankungen aus diesem Spektrum, Angststörungen und depressive Störungen, näher eingegangen.

Aktuelle Zahlen werden für Mecklenburg-Vorpommern ergänzend dargestellt.

Im Folgenden sind die Ergebnisse dieser umfangreichen Analysen für die Bundesebene dargestellt. Im Rahmen dieses DAK-Gesundheitsreportes für das Land Mecklenburg-Vorpommern interessiert jedoch darüber hinaus, wie sich die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen für Mecklenburg-Vorpommern darstellt. Daher wurden die Ausführungen an den entsprechenden Stellen mit aktuellen Zahlen speziell zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in Mecklenburg-Vorpommern ergänzt.

Wieso greift die DAK das Thema „Psychische Erkrankungen“ erneut auf?

Psychische Erkrankungen bereits Schwerpunktthema des DAK-Gesundheitsreports 2002

Vor drei Jahren, im DAK-Gesundheitsreport 2002, wurde das Thema der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen von der DAK erstmals aufgegriffen. Der damalige Gesundheitsreport belegte mit deutlichen Zahlen, was bereits seit längerem vermutet wurde: Die Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. In dem seinerzeit betrachteten Zeitraum von 1997 bis 2001 betrug die Zunahme der Fehltage über 50 %. Die Krankheitsgruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ zeigt damit im Kontext des gesamten Arbeitsunfähigkeitsgeschehens eine ganz singuläre Entwicklung.

Angesichts dieser beunruhigenden Entwicklung ist leicht nachvollziehbar, warum psychische Erkrankungen im Jahr 2005 erneut zum Schwerpunktthema des DAK-Gesundheitsreports gewählt wurden:

Hat sich der Anstieg der Fehlzeiten weiter fortgesetzt?

- Zum einen hat der Report des Jahres 2002 zahlreiche Anfragen und weitergehende Informationswünsche an die DAK ausgelöst. Dabei wird immer wieder gefragt, ob sich der Anstieg der Fehlzeiten wegen psychischer Erkrankungen seit dem Berichtsjahr 2001 fortgesetzt hat. Es besteht also ein starkes Interesse aus Fachkreisen, aber auch in der allgemeinen Öffentlichkeit an einer Aktualisierung der Zahlen.

Was verbirgt sich hinter der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen?

- Zum anderen mussten im DAK-Gesundheitsreport 2002 viele Fragen offen bleiben: Verbirgt sich hinter dem Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten tatsächlich eine Zunahme dieser Erkrankungen oder handelt es sich um Veränderungen in der Versorgungssituation (z. B. verbesserte Diagnostik), in der Wahrnehmung und Bewertung psychischer Erkrankungen durch die

Bevölkerung (z. B. größere Bereitschaft, eine psychische Diagnose zu akzeptieren)? Auch der vorliegende Gesundheitsreport 2005 kann diese Fragen nicht durch eigene Grundlagenforschung wissenschaftlich beantworten.

Durch eine Umfrage unter hochkarätigen Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis wurde jedoch der Stand des Wissens zur Frage der Entwicklung der Häufigkeit psychischer Erkrankungen und der zugrunde liegenden Ursachen zusammengetragen.[1] Ein besonderes Gewicht liegt auf möglichen arbeitsbedingten Ursachen für psychische Erkrankungen.

Versorgungs- und Präventionskonzepte in Deutschland

- Zum dritten gibt es kontinuierlich neue Entwicklungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen bzw. in der Prävention. Die DAK bietet ihren Versicherten eine Vielfalt von innovativen Versorgungsangeboten in verschiedensten Indikationsgebieten. Dazu gehören auch die psychischen Erkrankungen. Der DAK-Gesundheitsreport 2005 berichtet übergreifend über neue Versorgungs- und Präventionskonzepte in Deutschland.

Focus auf „Angst“ und „Depressionen“

Der vorliegende Report ist somit keineswegs nur eine Aktualisierung des Berichts von 2002. Dies kommt auch in der Fokussierung von zwei besonders bedeutsamen Krankheitsbildern bzw. Gruppen von Krankheiten zum Ausdruck, den Angststörungen und den depressiven Störungen. Für Nicht-Fachleute wird u.a. erläutert, wie sich die Alltagsbegriffe bzw. –phänomene „Angst“ und „Niedergeschlagenheit/Depression“ von den Krankheitsbildern im engeren Sinne abgrenzen.

Wie geht die berufstätige Bevölkerung mit dem Thema psychische Erkrankungen um?

Das Thema der Zunahme psychischer Erkrankungen bzw. der Verbesserung der Versorgung dieser Patienten ist auf den ersten Blick ein Expertenthema. Wie die Diskussion über mögliche Hintergründe steigender Arbeitsunfähigkeitszahlen zeigt, spielen die Erfahrungen und Sichtweisen der Bevölkerung im Hinblick auf psychische Erkrankungen jedoch eine sehr wichtige Rolle: Lange Zeit wurden psychische Störungen eher tabuisiert und verschwiegen. Hat es hier einen Wandel gegeben? Wie geht die berufstätige Bevölkerung mit psychischen Problemen um, wie werden Menschen mit Angststörungen oder Depressionen von ihren Kollegen oder Freunden wahrgenommen?

DAK-Gesundheitsbarometer: Befragung der berufstätigen Bevölkerung

Für den DAK-Gesundheitsreport 2005 wurde eine bundesweite repräsentative Umfrage unter der Erwerbsbevölkerung durchgeführt, um zu klären, wie psychische Erkrankungen wahrgenommen und bewertet werden, wie man sich bei entsprechenden Problemen selbst verhält und welche Erfahrungen mit dem Versorgungssystem gemacht werden.

---

[1] Die DAK dankt an dieser Stelle allen Expertinnen und Experten, die durch ihre Teilnahme an der DAK-Expertenbefragung und die Übersendung von Literatur und Zahlenmaterial zum Thema „Psychische Erkrankungen“ einen wertvollen Beitrag zur Erstellung des Schwerpunktthemas geleistet haben.

Welche Informationen liefert der DAK-Gesundheitsreport 2005 zum Thema „Angst und Depressionen“?

Überblick über die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

Kapitel 1: Seite 17

Anknüpfend an die Ergebnisse des DAK-Gesundheitsreports 2002 wird in diesem Kapitel zunächst ein Überblick über die aktuelle Entwicklung der psychischen Erkrankungen insgesamt gegeben. Wie stellt sich die Entwicklung im Vergleich zu anderen Krankheitsgruppen dar? Welche Personengruppen sind besonders vom Anstieg dieser Erkrankungen betroffen? Die Darstellungen werden durch speziell für das Land Mecklenburg-Vorpommern erstellte Analysen ergänzt.

Zahlen für Mecklenburg-Vorpommern auf den Seiten 19, 25 und 30

Was versteht man unter „Angststörungen“ und „depressiven Störungen“?

Kapitel 2: Seite 31

Im alltäglichen Sprachgebrauch werden die Begriffe „Angst“ und „Depressionen“ häufig gebraucht, um vorübergehende negative Gefühle und Stimmungen zu beschreiben. Dabei muss es sich nicht immer um Krankheiten im medizinischen Sinne handeln. Was steckt also genau hinter „Angststörungen“ und „depressiven Störungen“ und wie lassen sie sich definieren?

„Angststörungen“ und „depressive Störungen“: Bedeutung und Entwicklung

Kapitel 3: Seite 38

Angststörungen und depressive Störungen haben für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine unterschiedlich große Bedeutung. Spiegeln die Zahlen die tatsächliche Betroffenheit in der Bevölkerung wider? Wie haben sich die Zahlen in den letzten Jahren entwickelt?

Auch hier werden den bundesweiten Zahlen die Analyseergebnisse für Mecklenburg-Vorpommern gegenübergestellt.

Zahlen für Mecklenburg-Vorpommern auf Seite 43

Hintergründe für steigende Arbeitsunfähigkeitszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen

Kapitel 4: Seite 45

Für die steigende Zahl von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze, die zum Teil kontrovers diskutiert werden. Welche Ursachen stehen nach Ansicht der befragten Experten im Vordergrund?

Zusammenhang von Veränderungen in der Arbeitswelt und der steigenden Zahl von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen?

Kapitel 5: Seite 52

Seit Jahren wird eine mit dem Wandel der Arbeitswelt verbundene Veränderung der Belastungsstrukturen beobachtet. Steht die Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen mit den veränderten Rahmenbedingungen in Zusammenhang?

Kapitel 6:
Seite 63

Psychische Erkrankungen: Erfahrungen und Sichtweisen der berufstätigen Bevölkerung

Psychische Erkrankungen erfahren in der Bevölkerung insbesondere durch die häufige Berichterstattung in den Medien, eine zunehmende Aufmerksamkeit. Studien zufolge sind Patienten jedoch nach wie vor Vorurteilen ihrer Mitmenschen ausgesetzt. Wie ist die Stimmung in Bezug auf psychische Erkrankungen aktuell in der erwerbstätigen Bevölkerung? Sind psychische Erkrankungen nach wie vor ein Tabu-Thema? Oder wird die Problematik sogar überschätzt und zunehmend zu einer „Modeerscheinung“? In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der bundesweiten repräsentativen Umfrage unter der Erwerbsbevölkerung zu Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen dargestellt.

Kapitel 7:
Seite 75

Neue Versorgungsansätze bei der Behandlung psychischer Erkrankungen – Projektvorhaben der DAK

Trotz der festgestellten Zunahme bei psychiatrischen Diagnosen gibt es Hinweise, dass viele psychische Erkrankungen nicht rechtzeitig erkannt oder fehlbehandelt werden. Die DAK will mit einer Reihe von Modellprojekten zu einer Verbesserung der Versorgung psychische Kranker beitragen.

Kapitel 8:
Seite 79

Fazit: Was haben die Analysen zum Schwerpunktthema ergeben?

Die wichtigsten Ergebnisse der im Rahmen des Schwerpunktthemas zu psychischen Erkrankungen, Angststörungen und depressiven Störungen vorgenommenen Analysen werden in einem Fazit zusammenfassend dargestellt.

Schlussfolgerungen für Mecklenburg-Vorpommern auf Seite 85

Das Fazit wird um Schlussfolgerungen für die besondere Situation in Mecklenburg-Vorpommern ergänzt.

1. Überblick über die bundesweite Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

32 % der erwachsenen Bevölkerung sind von psychischen Erkrankungen betroffen

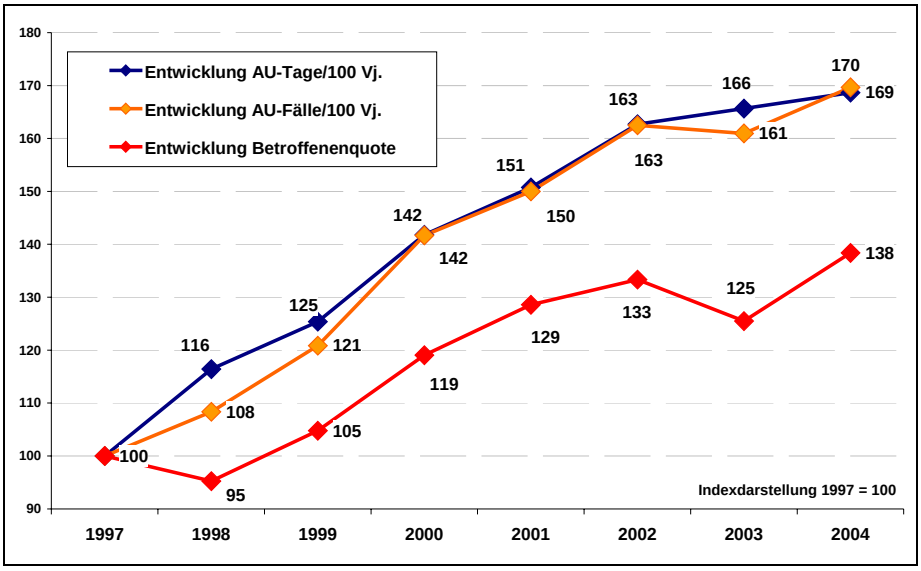
Psychische Erkrankungen gehören nach epidemiologischen Studien zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Nach Befunden des Bundesgesundheitssurveys 1998/1999 sind 32 % der erwachsenen Bevölkerung im Laufe eines Jahres entsprechend der diagnostischen Kriterien des ICD 10 von einer psychischen Erkrankung betroffen.[2] Schätzungen gehen davon aus, dass psychische Erkrankungen bis zum Jahre 2020 die zweithäufigste Ursache für Arbeitsausfälle und verminderte Arbeitsfähigkeit sein werden.

Die DAK hat bereits in ihrem DAK-Gesundheitsreport 2002 auf die deutliche Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen hingewiesen. Zwischen 1997 und 2001 stieg die Zahl der Ausfalltage bundesweit um mehr als die Hälfte (51 %) an.

Trend hat sich fortgesetzt: Anstieg der Ausfalltage seit 1997 bundesweit um 69 %

Wie die aktuellen Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigen, hat sich die seinerzeit beobachtete Tendenz in den folgenden Jahren fortgesetzt. Der Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen seit 1997 betrug im Jahr 2004 bundesweit nunmehr 69 % (vgl. Abbildung 9). Die Zahl der Erkrankungsfälle stieg im angegebenen Zeitraum sogar um 70 % an. Ähnliche Entwicklungen werden auch von anderen Krankenkassen berichtet.

Abbildung 9



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Abb. 9 Bundesweite Entwicklung von AU-Tagen, Erkrankungsfällen und Betroffenenquote aufgrund psychischer Störungen

(Indexdarstellung 1997 = 100).

[2] vgl. Wittchen, H.-U., Jacobi, F.: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, in: Psychotherapeutenjournal 0/2002

Bundesweite Entwicklung seit 1997 als Indexdarstellung

Abbildung 9 zeigt die Entwicklung der AU-Tage und der AU-Fälle (jeweils pro 100 Versichertenjahre) sowie der Betroffenenquote aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen. Dargestellt sind die Kapitel V (ICD 9) bzw. F00 – F99 (ICD 10). Der jeweilige Ausgangswert des Jahres 1997 wurde auf 100 gesetzt. Die Entwicklung von Jahr zu Jahr lässt sich damit wie eine prozentuale Veränderung gegenüber dem Wert von 1997 interpretieren.

Im Jahr 2004 waren bundesweit 2,9 % der Beschäftigten wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig

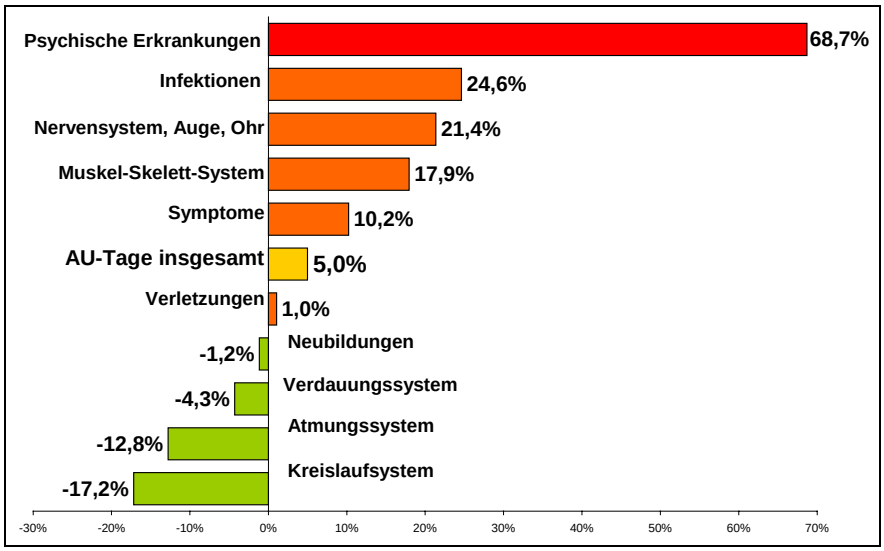
Die Betroffenenquote gibt den Anteil derjenigen Beschäftigten an, der innerhalb eines Jahres mindestens einmal aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht arbeitsfähig war. Im Jahr 2004 betrug die Betroffenenquote 2,9 %. 100 ganzjährige Versicherte waren 4,1 Mal aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig und fehlten an insgesamt 113 Tagen bei der Arbeit.

Anstieg bei psychischen Erkrankungen im Vergleich zu anderen Diagnosekapiteln deutlich überproportional

Der starke Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen ist um so bemerkenswerter, als das Krankenstandniveau insgesamt über den betrachteten Zeitraum weitgehend konstant geblieben ist und 2004 gegenüber dem Vorjahr sogar eine rückläufige Tendenz zeigte. Der Überblick über die Entwicklung der einzelnen Krankheitsarten seit 1997 zeigt, dass die Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zu anderen Diagnosekapiteln deutlich überproportional angestiegen sind (vgl. Abbildung 10).

Abb. 10 Veränderung des AU-Volumens 2004 in Relation zu 1997 nach Diagnosekapiteln bzw. Hauptgruppen

Abbildung 10



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Anstieg beim Krankenstand bundesweit insgesamt seit 1997 nur 5 %

Während das allgemeine Krankenstandsniveau der DAK-Mitglieder seit 1997 bundesweit nur um 5 % angestiegen ist, lag die Steigerungsrate hinsichtlich der Ausfalltage aufgrund von psychischen Erkrankungen bei 69 %.

Psychische Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern

Auch in Mecklenburg-Vorpommern zeigt sich bei den psychischen Diagnosen ein deutlicher Anstieg. Gegenüber 1997 ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle um 102 % angestiegen. Die Zahl der Ausfalltage stieg um 89 %, die Zahl der Betroffenen nahm um 86 % zu.

Abbildung 11

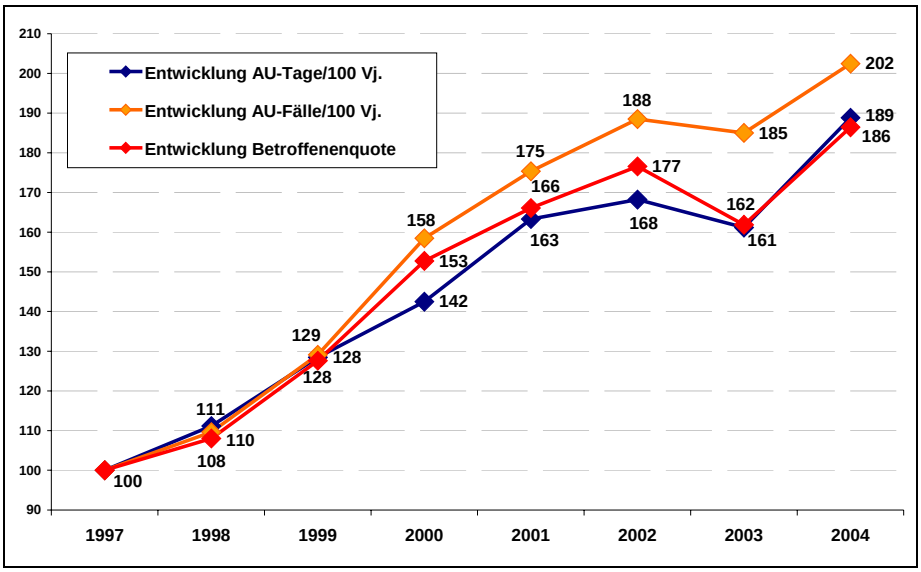


Abb. 11 Entwicklung von AU-Tagen, Erkrankungsfällen und Betroffenenquote aufgrund psychischer Störungen für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern

(Indexdarstellung 1997 = 100).

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Der starke Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern ist um so bemerkenswerter, als das Krankenstandniveau insgesamt in den letzten Jahren zurückgegangen ist.

Starker Anstieg bei den psychischen Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern

Abbildung 12

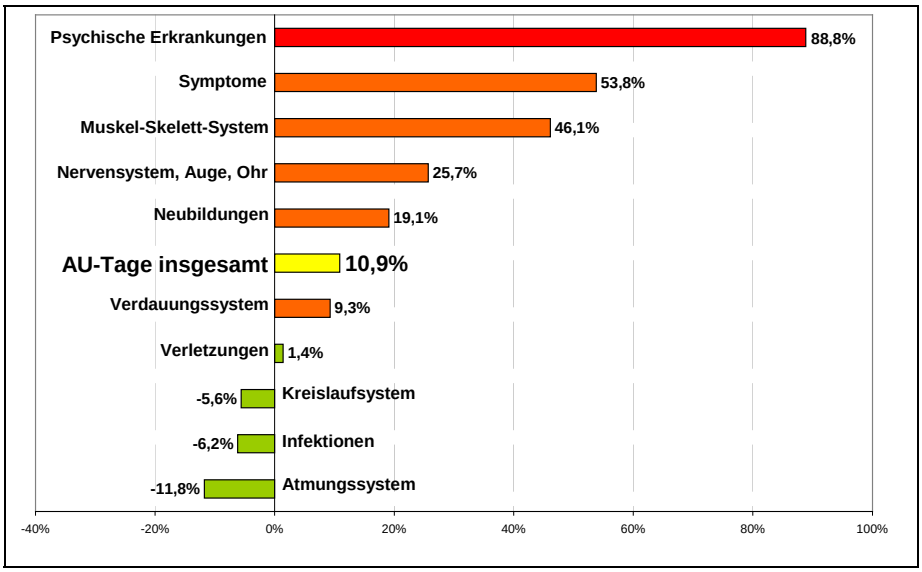


Abb. 12 Veränderung des AU-Volumens 2004 in Relation zu 1997 nach Diagnosekapiteln bzw. Hauptgruppen für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Psychische Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern deutlich überproportional angestiegen

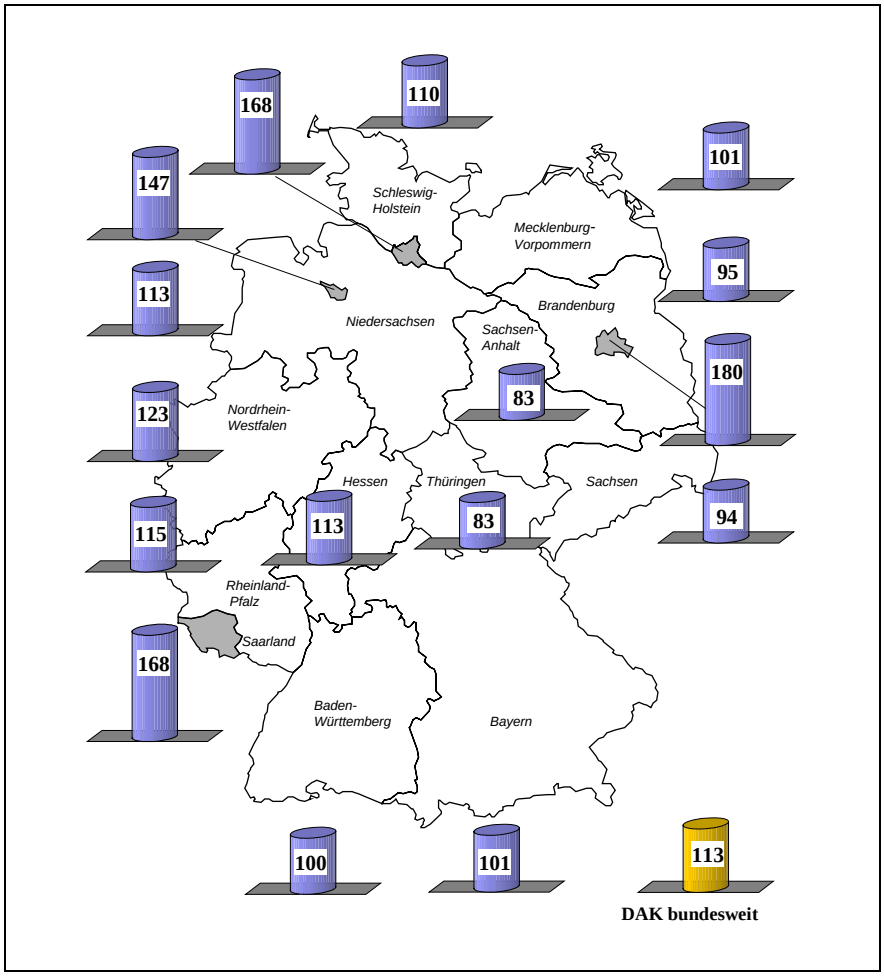
Der Überblick über die Entwicklung der einzelnen Krankheitsarten seit 1997 zeigt, dass bei vielen Krankheitsarten im Jahr 2004 mehr Ausfalltage als im Jahr 1997 aufgetreten sind. Die psychischen Erkrankungen überragen jedoch mit ihrem Anstieg der Krankheitstage deutlich alle anderen Krankheitsgruppen (vgl. Abbildung 12).

In Mecklenburg-Vorpommern wurden 2004 je 100 Versicherte 101 Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen gezählt. Der Bundeswert lag dagegen bei 113 Tagen. Während die Erkrankungshäufigkeit in Mecklenburg-Vorpommern über dem Bundesdurchschnitt lag – 100 Versicherte waren 4,9 Mal aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig, im Bundesdurchschnitt waren es 4,1 Mal – war die Krankheitsdauer mit 20,5 Tagen gegenüber dem Bund deutlich niedriger (27,8 Tage).

Abbildung 13 zeigt die je 100 Versicherte verursachten Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen nach Bundesländern.

Abb. 13 Psychische Erkrankungen 2004: Ausfalltage in den Bundesländern im Vergleich

Abbildung 13



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Mecklenburg-Vorpommern liegt hinsichtlich der Zahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen unter dem Bundesdurchschnitt von 113 Tagen. Am unteren Ende der Skala rangieren die östlichen Bundesländer Thüringen und Sachsen-Anhalt.

Mecklenburg-Vorpommern liegt im Ländervergleich unter dem Durchschnitt

Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bildet jedoch nur einen Teil des tatsächlichen Krankheitsgeschehens ab. Die Zahl der insgesamt von psychischen Erkrankungen Betroffenen liegt deutlich höher, da in den Analysen nur diejenigen Erkrankungen erfasst werden, die zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Viele Beschäftigte gehen jedoch trotz vorhandener Symptome zur Arbeit oder können die Arbeitsfähigkeit durch eine entsprechende medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung erhalten.

Analysen erfassen nur diejenigen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht mehr arbeiten konnten

Die Angaben über den Anteil der insgesamt Betroffenen (die sogenannte „Prävalenzrate“, vgl. Hinweiskästchen) variieren, je nachdem auf welchen Zeitraum sie sich beziehen:

Nach Befunden des Bundesgesundheitssurveys von 1998/ 1999 waren in Deutschland 32,1 % der erwachsenen Bevölkerung - im Alter von 18 – 65 Jahren - im Laufe eines Jahres von psychischen Störungen betroffen. Diese „12-Monatsprävalenz“ entspricht der o. g. „Betroffenenquote“, d. h, 2,9 % aller Erwerbstätigen und damit etwa 10 % der psychisch Erkrankten sind innerhalb eines Jahres aufgrund ihrer Erkrankung arbeitsunfähig.

Prävalenz

Die Prävalenz gibt an, welcher Anteil einer Bevölkerung im Beobachtungszeitraum (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz, Punktprävalenz) Symptome von Krankheitswert aufweist.

Bezogen auf die Gesamtlebenszeit wird sogar von einer Prävalenz von über 65 % gesprochen. Das heißt, das mehr als die Hälfte aller Menschen einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung erkrankt.[3]

Mehr als die Hälfte aller Menschen erkrankt einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung

[3] Wittchen & Perkonigg: Epidemiologie psychischer Störungen. Kapitel 2 in: Ehlers & Hohlweg (1996). Enzyklopädie der Psychologie: Grundlagen der Klinischen Psychologie. Göttingen

Bundesweite Analyse: Psychische Erkrankungen nach Alter und Geschlecht

Wie bereits im DAK-Gesundheitsreport 2002 berichtet wurde, sind insbesondere Frauen von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen:

Frauen stärker von psychischen Erkrankungen betroffen:

Bundesweit 140 AU-Tage bei den Frauen gegenüber 94 AU-Tagen bei den Männern

5,3 Erkrankungsfälle bei den Frauen gegenüber 3,2 AU-Fällen bei den Männern

- Auf 100 erwerbstätige Männer entfielen 2004 bundesweit 94 Ausfalltage aufgrund einer psychischen Erkrankung. Damit hatten Erkrankungen aus diesem Diagnosespektrum einen Anteil von 8,4 % am männlichen Krankenstand. Je 100 Frauen wurden 2004 dagegen 140 Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen beobachtet. Dies entsprach einem Anteil von 11,6 % am weiblichen Krankenstand.
- Die Unterschiede in der Anzahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen zwischen den Geschlechtern sind auf eine höhere Betroffenenquote und eine deutliche höhere Fallhäufigkeit bei den Frauen zurückzuführen: Die Zahl der Erkrankungen lag 2004 bei den Frauen bei 5,3 Fällen je 100 Versichertenjahre, bei den Männern hingegen nur bei 3,2 Fällen.

Betroffenenquote 2004: 3,9 % bei den Frauen, 2,2% bei den Männern

- 3,9 % der aktiv erwerbstätigen Frauen hatten 2004 mindestens eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung. Bei den männlichen Kollegen lag die Betroffenenquote nur bei 2,2 %

Falldauer bei den Männern etwas länger

- Die Falldauer ist hingegen bei den männlichen Versicherten etwas länger als bei den Frauen: Eine psychische Erkrankung dauerte 2004 bei den Männern durchschnittlich 29,3 Tage, bei den Frauen dagegen nur 26,5 Tage.

Hypothesen für den Geschlechterunterschied bei psychischen Erkrankungen:

Über die Gründe der stärkeren Betroffenheit von Frauen wurde eine Reihe von Hypothesen entwickelt.[4] Im Folgenden werden einige ausgewählte Erklärungsmodelle skizziert:

„Stress-Hypothese“

- Die „Stress-Hypothese“ führt den Geschlechterunterschied auf die schlechtere soziale Situation der Frauen zurück: geringere Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, geringerer sozialer Status, geringeres Einkommen.

„Expressivitäts-Hypothese“

- Die „Expressivitäts-Hypothese“ besagt, dass Frauen sowohl negative als auch positive Gefühle offener schildern als Männer und eine vorliegende psychische Erkrankung sowohl in wissenschaftlichen Erhebungen als auch bei der ärztlichen Diagnosestellung leichter erkannt wird.

---

[4] Hypothesen nach Cécile Ernst: Geschlechtsunterschiede bei psychischen Erkrankungen. In: A. Riecher-Rössler, A. Rohde (Hrsg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen (2001)

biologische Hypothese

- Biologische Hypothesen geben z. B. zu bedenken, dass sich bei Frauen neurobiologisch rascher Stress-Reaktionen auslösen lassen als bei Männern. Die rechte Hälfte des Gehirns, die Gefahren wahrnimmt und Angst und Miss-Stimmung vermittelt, wird bei vielen Aktivitäten bei der Frau stärker angeregt als bei Männern (Lateralisations-Unterschiede).

Welchen Einfluss die genannten Hypothesen im einzelnen tatsächlich auf die beobachteten Geschlechterunterschiede haben, kann im Rahmen dieses Berichtes nicht beurteilt werden.

Anteil psychischer Erkrankungen am Krankenstand in den mittleren Lebensjahren am höchsten

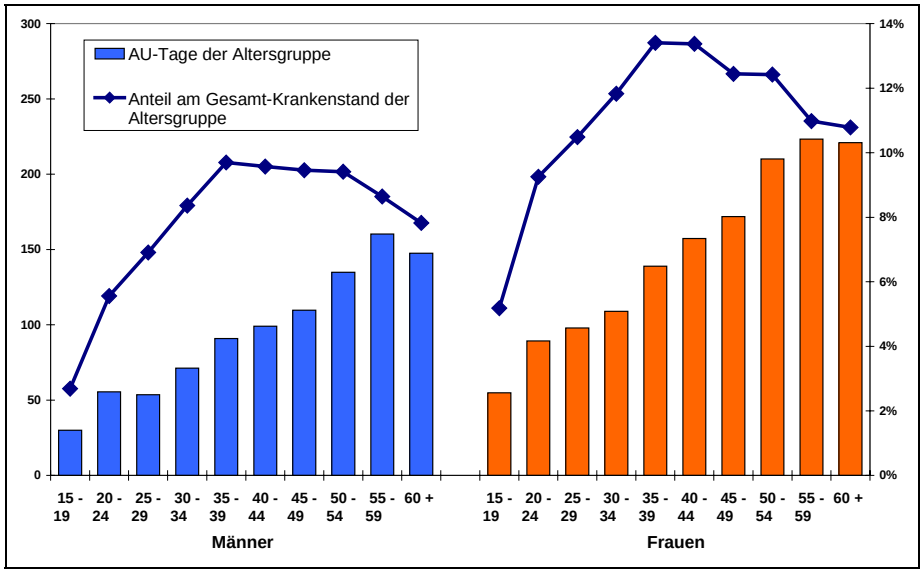
Die Analyse der Bedeutung einzelner Krankheitsarten nach Altersgruppen im Hauptteil dieses Berichtes hat gezeigt, dass psychische Erkrankungen insbesondere in den Altersgruppen von 35 bis 44 Jahren und hier besonders bei den Frauen einen hohen Anteil am Krankenstand haben. In den älteren Altersgruppen sinkt die relative Bedeutung dieser Krankheitsart aufgrund des insgesamt steigenden Krankenstandsniveaus hingegen wieder ab.

Mit dem Alter steigt die absolute Anzahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen

Ein Blick auf die absolut je Altersgruppe verursachten Ausfalltage zeigt dagegen, dass die Zahl der Ausfalltage mit dem Alter kontinuierlich zunimmt: In der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen wurden nur 41 Ausfalltage verzeichnet, in der Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen waren es bereits 124 AU-Tage und in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen sogar 183 Tage (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14

Abb. 14 AU-Tage aufgrund psychischer Störungen und Anteil am Gesamt-Krankenstand nach Geschlecht und Altersgruppe



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Überproportionaler Anstieg von Ausfalltagen in den jüngeren Altersgruppen

Im DAK-Gesundheitsreport 2002 zeigte sich jedoch, dass seit 1997 gerade in den jüngeren Altersgruppen ein überproportionaler Anstieg der psychischen Erkrankungen zu verzeichnen ist. Die seinerzeit beobachtete Entwicklung hat sich seitdem weiter fortgesetzt.

15- bis 29-jährige Männern besonders stark betroffen.

Besonders ausgeprägt ist diese Entwicklung hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit zu beobachten. Hier sind die Altersgruppen der 15- bis 29-Jährigen (bei den Frauen) bzw. der 15- bis 34-Jährigen (bei den Männern) besonders stark betroffen.

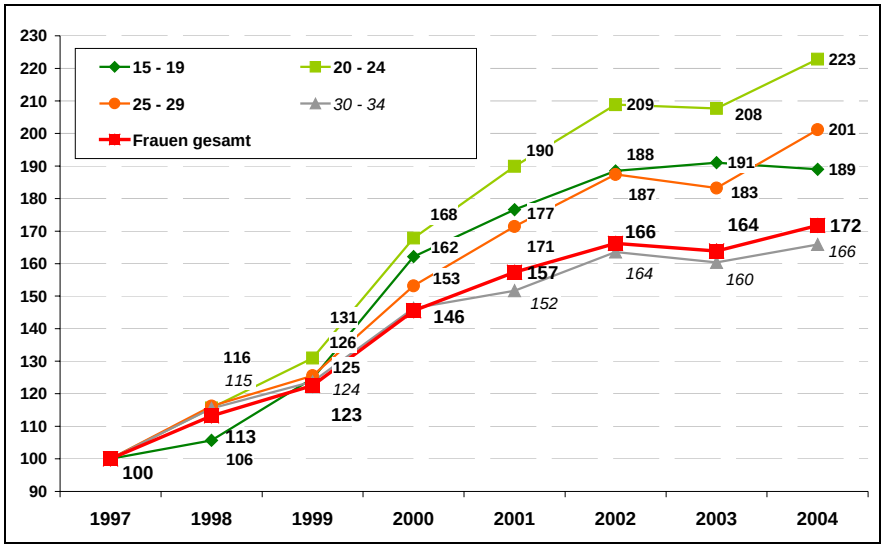
15- bis 34-jährige Frauen besonders stark betroffen.

Abbildung 15 zeigt die Entwicklung der Fallhäufigkeit in den vier untersten Altersgruppen der 15- bis 34-Jährigen im Vergleich zu den Frauen insgesamt. Die Grafik folgt der bereits aus Abbildung 9 bekannten Index-Darstellung. Abbildung 16 zeigt die analogen Ergebnisse für die Männer.

Abb. 15 Entwicklung der Fälle aufgrund psychischer Störungen in den vier jüngsten Altersgruppen und bei den Frauen insgesamt

(Indexdarstellung, 1997 = 100)

Abbildung 15



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Anstieg bei den 20- bis 24-jährigen Frauen seit 1997: 123 %

Von 1997 bis 2004 nimmt die Erkrankungshäufigkeit bei den weiblichen Mitgliedern insgesamt um 72 % zu, bei den 15- bis 19-Jährigen sind es 89 % Wachstum, bei den 20- bis 24-Jährigen sogar 123 % Zunahme und bei den 25- bis 29-Jährigen über 100 %. Die Gruppe der 30- bis 34-Jährigen hatte bei den Frauen dagegen einen unterproportionalen Anstieg zu verzeichnen.

Anstieg bei den 25- bis 29-jährigen Männern seit 1997: 106 %

Auch bei den Männern ist die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen zwischen 1997 und 2004 um 72 % angestiegen. Der Anstieg verläuft im Vergleich zu den Frauen in den unteren Altersgruppen etwas weniger steil:

Die 15- bis 19-Jährigen hatten einen Zuwachs von 97 %, die 20- bis 24-Jährigen um 90 %, die 25- bis 29-Jährigen um 106 % und die 30- bis 34-Jährigen um ebenfalls 90 % zu verzeichnen. [5]

Abbildung 16

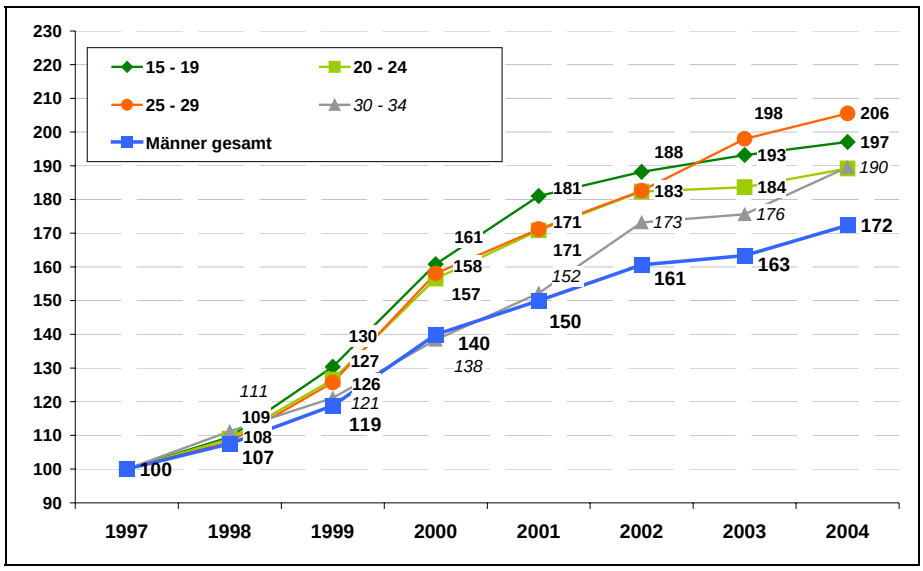


Abb. 16 Entwicklung der Fälle aufgrund psychischer Störungen in den vier jüngsten Altersgruppen und bei den Männern insgesamt

(Indexdarstellung, 1997 = 100)

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Wie die Analyse zeigt, ist der deutlich überproportionale Anstieg psychischer Erkrankungen in jungen Jahren seit 1997 ungebrochen. Die jüngeren Altersgruppen weisen in diesem Zeitraum überwiegend sogar eine Verdoppelung der Erkrankungsfälle auf.

Verdopplung der Erkrankungsfälle bei den jüngeren Altersgruppen.

Analyse für Mecklenburg-Vorpommern: Psychische Erkrankungen nach Alter und Geschlecht

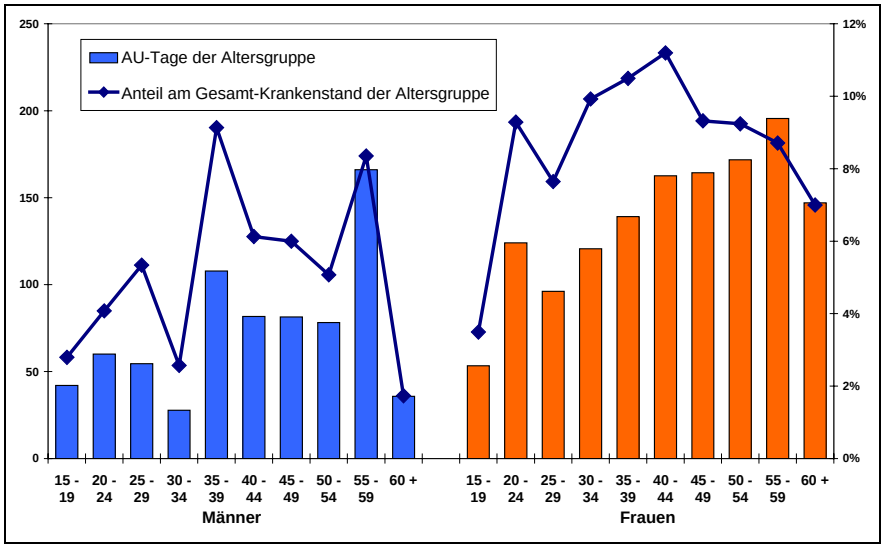
In Mecklenburg-Vorpommern zeigt sich eine ähnliche Entwicklung wie auf Bundesebene:

- Bei den Frauen waren in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern 53 Krankheitstage aufgrund einer psychischen Störung zu verzeichnen, in der Altersgruppen der 55- bis 59-Jährigen waren es hingegen 196 Ausfalltage.
- Bei den Männern waren in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen rund 42 Krankheitstage auf eine psychische Diagnose zurückzuführen, in der Altersgruppen der 55- bis 59-Jährigen wurden dagegen 166 Ausfalltage durch eine psychische Diagnose verursacht.

[5] Der höhere Anstieg bei beiden Geschlechtern (72 % gegenüber dem Gesamtanstieg der Erkrankungsfälle 70 %, vgl. Abbildung 20), ist auf das - aufgrund der Altersstandardisierung - unterschiedliche Ausgangsniveau zurückzuführen.

Abb. 17
AU-Tage aufgrund psychischer Störungen und Anteil am Gesamt-Krankenstand nach Geschlecht und Altersgruppe für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern

Abbildung 17



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Auf 100 Frauen entfielen im Jahr 2004 138 Ausfalltage aufgrund einer psychischen Diagnose, bei den Männern waren es mit 75 Ausfalltagen deutlich weniger. Dies ist auf die größere Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei den weiblichen DAK-Mitgliedern in Mecklenburg-Vorpommern zurückzuführen: 100 erwerbstätige Frauen waren im Jahr 2004 rund 7 Mal wegen einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig, ihre männlichen Kollegen dagegen nur rund 4 Mal.

Bundesweite Analyse: Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen

Ursachen auch bei den Arbeitsbedingungen zu suchen

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen zeigt deutliche Unterschiede in den einzelnen Wirtschaftsgruppen. Neben Ursachen, die im persönlichen Umfeld der Betroffenen zu suchen sind, haben also offenbar auch Arbeitsbedingungen und die daraus resultierenden Belastungen einen deutliche Einfluss auf das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken.

Mögliche Zusammenhänge von psychischen Erkrankungen mit sich verändernden Rahmenbedingungen und Belastungsstrukturen in der Arbeitswelt werden im Kapitel „Zusammenhänge zwischen dem Wandel der Arbeitswelt und der Zunahme psychischer Erkrankungen“ eingehender erörtert.

Zahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen in den Branchen unterschiedlich hoch

Abbildung 18 zeigt die Zahl der Tage, an denen 100 DAK-versicherte Beschäftigte in einer Branche im Jahr 2004 aufgrund einer psychischen Erkrankung dem Arbeitsplatz fern blieben. Die Darstellung beschränkt sich auf diejenigen Branchen, in denen ein besonders hoher Anteil von DAK-Versicherten beschäftigt ist.

Abbildung 18

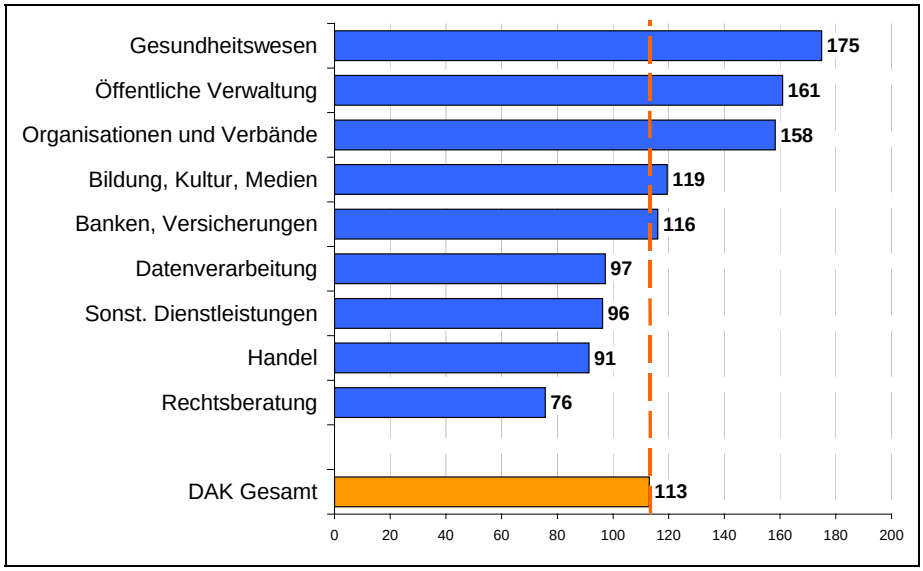


Abb. 18 AU-Tage aufgrund psychischer Störungen 2004 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Gesundheitswesen verzeichnet die meisten Ausfalltage

An erster Stelle hinsichtlich der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen steht das Gesundheitswesen. Pro 100 Versichertenjahre wurden hier 175 verzeichnet, das sind 55 % mehr als im DAK-Bundesdurchschnitt.

aufgrund psychischer Erkrankungen

Die hohe Zahl von Ausfalltagen ist auf eine stark überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit zurückzuführen. 100 ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder waren im Gesundheitswesen 2004 fast 6 Mal wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig. 4 % der Beschäftigten im Gesundheitswesen hatten mindestens eine Arbeitsunfähigkeit mit einer psychischen Diagnose. Damit lag der Anteil psychischer Diagnosen am Gesamtkrankenstand im Gesundheitswesen bei 13 %.

Pflegekräfte hohen psychischen Belastungen ausgesetzt

Untersuchungen speziell zu Gesundheit und Arbeitsbelastung in den Pflegeberufen deuten darauf hin, dass die dort verbreiteten Mehrfachbelastungen durch physische und psychische Risikofaktoren für die hohe Zahl psychischer Erkrankungen verantwortlich sind[6].

---

[6] Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Krankenpflegekräften sind im DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege umfassend analysiert worden. Ein Ergebnis dieser Analysen war die weit überdurchschnittliche Zahl von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie von psychischen und Verhaltensstörungen. Der Gesundheitsreport befasst sich insbesondere mit der Arbeitssituation in der Krankenpflege und identifiziert Faktoren, die als Ursachen für arbeitsbedingten Stress anzusehen sind.

Die DAK hat zusammen mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) eine erneute Studie in Auftrag gegeben, um aktuelle Informationen über Zusammenhänge von belastenden Arbeitsbedingungen und Erkrankungen in Krankenpflegeberufen zu dokumentieren. Die Ergebnisse der Studie werden zur Jahresmitte 2005 veröffentlicht werden.

Öffentliche Verwaltung bei psychischen Erkrankungen an zweiter Stelle

An zweiter Stelle folgt die Öffentliche Verwaltung. Während das Gesamtkrankenstandsniveau um 21 % über dem DAK-Durchschnitt liegt, liegt der Zahl der Ausfalltage auf Grund psychischer Erkrankungen sogar um 42 % über dem Bundesdurchschnitt. Auf 100 ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder entfielen 161 Ausfalltage mit einer psychischen Diagnose. Mit 5,5 Erkrankungsfällen je 100 ganzjährig DAK-Versicherter lag auch hier die Erkrankungshäufigkeit besonders hoch. 3,9 % der Beschäftigten in der Öffentlichen Verwaltung konnten 2004 mindestens ein Mal aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht zur Arbeit gehen.

Auch Beschäftigte bei „Organisationen und Verbänden" überdurchschnittlich betrofffen

Auch die Wirtschaftsgruppe „Organisationen und Verbände" zeigt deutlich auffällige Werte hinsichtlich der Bedeutung psychischer Erkrankungen für den Krankenstand. Während der Krankenstand insgesamt kaum (6 %) über dem DAK-Durchschnitt lag, war die Zahl der Ausfalltage auf Grund psychischer Erkrankungen 2004 um 40 % erhöht. Die hohe Zahl von Ausfalltagen ist ebenfalls auf eine stark überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit zurückzuführen. In keiner anderen Branche erkrankten Beschäftigte so häufig wie im Bereich „Organisationen und Verbände". 100 DAK-versicherte Beschäftigte waren 2004 mehr als 8 Mal wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig. Der Anteil der Betroffenen lag bei 4,2 %. Der Anteil psychischer Erkrankungen am Gesamtkrankenstand lag bei 12,9 %.

Hohe Anforderungen an Kommunikation

Erklärungsansätze für die stark erhöhte Zahl psychischer Erkrankungen in den beiden Branchen können aus den Daten nicht abgeleitet werden. Beiden Branchen gemeinsam sind hingegen die im Vergleich zu anderen Tätigkeiten hohen Anforderungen an soziale Interaktion und Kommunikation insbesondere mit Kunden in Ämtern, Verwaltungen und Beratungsstellen. Gerade hieraus entstehen jedoch besondere psychische Belastungssituationen:

Ergebnisse aus der BIBB/IAB-Strukturerhebung 1998/1999[7] haben gezeigt, dass nicht allein die Arbeitsbelastung bzw. der Arbeitsdruck für „psychische Erschöpfung" verantwortlich sind.

Insbesondere die kontinuierliche Arbeit mit Menschen, auf deren Kooperation man angewiesen ist, die jedoch nicht (ausreichend) entgegengebracht wird, stellt einen ausgeprägten Risikofaktor für psychische Erschöpfung dar.[8]

Abbildung 19 zeigt für die oben dargestellten Wirtschaftsgruppen die Abweichung aller Ausfalltage (dunkle Säule) im Vergleich zur Abweichung der Ausfalltage nur auf Grund von psychischen Erkrankungen (helle Säule).

---

[7] Repräsentativerhebung von 34.343 Erwerbstätigen zu ihren beruflichen Qualifikationen und ihren Arbeitsbedingungen. Vgl. BIBB/IAB: Erwerb und Bewertung beruflicher Qualifikationen von Erwerbstätigkeiten, BIBB/IAB – Strukturerhebung 1998/99 (2001)

[8] vgl. Hasselhorn, H.-M., Nübling, M.: Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 39 (2004)

Abbildung 19

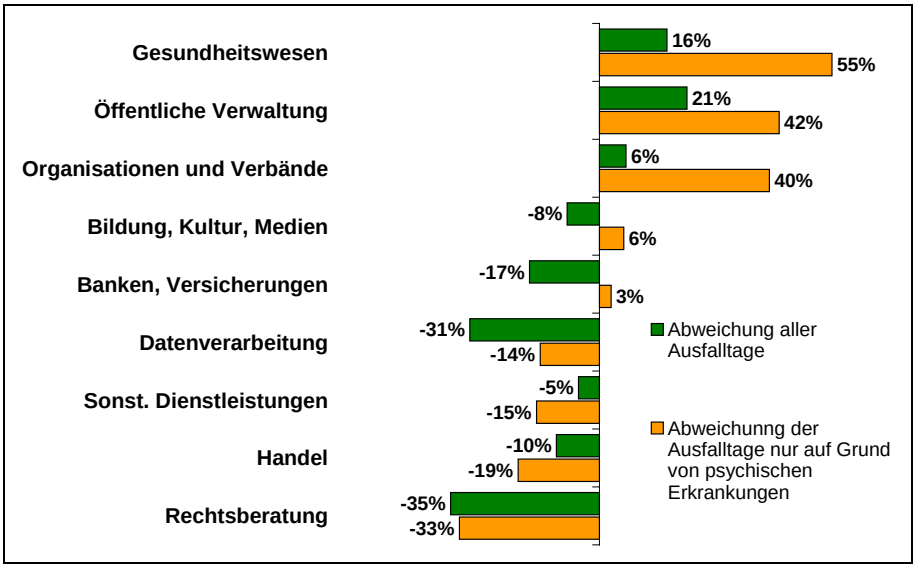


Abb. 19 Abweichung der AU-Tage wegen sämtlicher Erkrankungen und wegen psychischer Erkrankungen vom DAK-Durchschnittswert

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Auch Wirtschaftszweige mit unterdurchschnittlichem Krankenstand sind überdurchschnittlich von psychischen Erkrankungen betroffen.

Wie aus der Abbildung ersichtlich, zeigen auch Branchen mit einem im Vergleich zum DAK-Durchschnitt niedrigeren Krankenstandsniveau überdurchschnittliche Werte bei den psychischen Erkrankungen: In den Wirtschaftszweigen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Banken und Versicherungen“ konnten die Beschäftigten im Jahr 2004 aufgrund psychischer Erkrankungen an mehr Tagen nicht zur Arbeit gehen, als dies im Durchschnitt aller Branchen der Fall ist (119,5 AU-Tage bzw. 116,1 AU-Tage gegenüber 113 Tagen im Durchschnitt).

Auffällig sind auch die Werte bei den beiden Branchen, die am unteren Ende des Arbeitsunfähigkeitsgeschehen liegen: Der Krankenstand in der Datenverarbeitung lag 2004 um 31 %, der Wert für die Rechtsberatung/Wirtschaftsprüfung um 35 % unter dem DAK-Durchschnittswert.

Zu erwarten wäre, dass auch der Anteil der Ausfalltage auf Grund psychischer Erkrankungen entsprechend deutlich unter dem Durchschnittswert liegt.

Offenbar haben psychische Erkrankungen jedoch auch in diesen Wirtschaftszweigen eine überproportional hohe Bedeutung: Die Zahl der Ausfalltage lag in der Rechtsberatung/Wirtschaftsprüfung nur um 33 %, in der Datenverarbeitung sogar nur um 14 % unter dem Durchschnitt.

In den beiden übrigen Wirtschaftsgruppen „Sonstige Dienstleistungen“ und „Handel“ spielen psychische Erkrankungen eine untergeordnete Rolle.

Analyse für Mecklenburg-Vorpommern: Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen

„Organisationen und Verbände, „Öffentliche Verwaltung“ und „Bildung, Kultur, Medien“ haben die meisten Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen zu verzeichnen

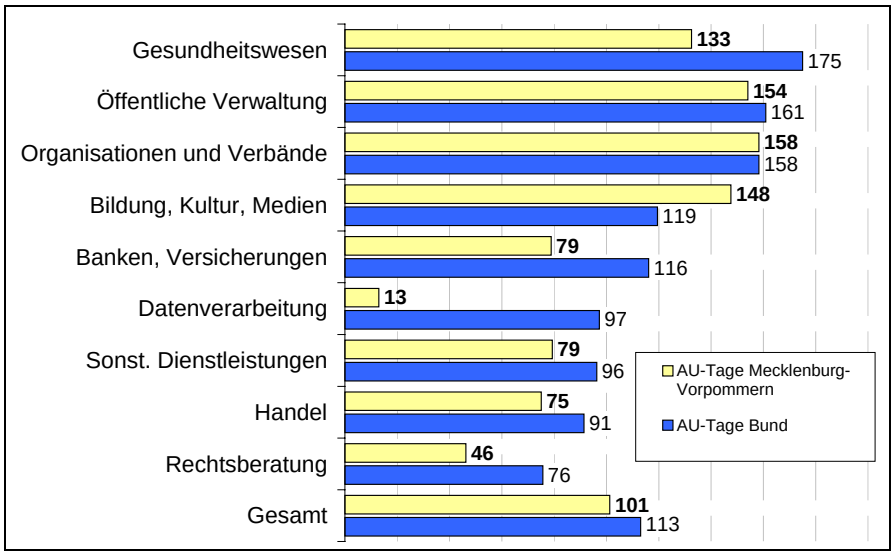
Abbildung 20 zeigt die in den einzelnen Wirtschaftszweigen in Mecklenburg-Vorpommern aufgetretenen Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zu den Bundeswerten. In Mecklenburg-Vorpommern haben der Wirtschaftszweig „Organisationen und Verbände“, die „Öffentliche Verwaltung“ sowie die Branche „Bildung, Kultur, Medien“ die meisten Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen zu verzeichnen.

Über dem Durchschnittswert in Mecklenburg-Vorpommern liegt die Zahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen außerdem im „Gesundheitswesen“.

Abb. 20 AU-Tage aufgrund psychischer Störungen 2004 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund

Abbildung 20



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Alle übrigen Wirtschaftsgruppen liegen mit der Zahl ihrer Arbeitsunfähigkeitstage bei den psychischen Erkrankungen unter dem Durchschnittswert für Mecklenburg-Vorpommern.

Verglichen mit dem bundesweiten Branchendurchschnitt weisen die meisten Branchen eine niedrigere Zahl an Ausfalltagen wegen psychischer Erkrankungen auf. Am deutlichsten sind die Abweichungen bei den Wirtschaftszweigen „Datenverarbeitung“, „Rechtsberatung/Wirtschaftsprüfung“ sowie „Banken und Versicherungen“ zu erkennen. Nur in der Branche „Bildung, Kultur, Medien“ übersteigt die Anzahl der Krankheitstage aufgrund psychischer Erkrankungen den Branchenwert des Bundes.

Verhütung psychischer Erkrankung zentrale Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Verhütung von psychischen Erkrankungen stellt zunehmend eine zentrale Aufgabe in Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Als besonders erfolgreich haben sich Projekte erwiesen, die zum einen psychische Belastungen wie Stress und hohen Zeitdruck abbauen, auf der anderen Seite aber auch den Handlungs- und Entscheidungsspielraum bei der Arbeit erhöhen und die sozialen Beziehungen von Vorgesetzten und Mitarbeitern sowie der Mitarbeiter untereinander verbessern.

2. Was versteht man unter „Angststörungen“ und „depressiven Störungen“?

Angststörungen und depressive Störungen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen

Angststörungen und depressive Störungen sind die häufigsten in Deutschland zu beobachtenden psychischen Erkrankungen. Auf internationaler Ebene zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab. Die Weltgesundheitsorganisation WHO folgert in ihrer weltweiten Studie von 1998: „Waren die drei größten Leiden der Menschheit 1990 noch Lungenentzündung, Durchfallerkrankungen und Kindstod, wird die Reihenfolge im Jahr 2020 so lauten: Herzinfarkt, Depression, Angststörungen und Verkehrsunfälle.“ Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports mit dem Schwerpunkt psychische Erkrankungen, sollen die beiden genannten Störungen daher eingehender betrachtet werden.

Ab wann sind Ängste als „Krankheit“ zu bezeichnen?

Konflikte in Beziehungen, Familien oder am Arbeitsplatz können zu starken seelischen Belastungen führen. Im Volksmund werden Menschen, die niedergeschlagen, lustlos oder traurig sind, häufig als „depressiv“ bezeichnet. Jemand der sich große Sorgen um seine Zukunft oder seinen Arbeitsplatz macht, hat „Zukunftsangst“ oder „Existenzangst“. Doch ab wann müssen solche Gefühlslagen im medizinischen Sinne als „Krankheit“ bezeichnet werden?

Angst zu haben ist ein lebensnotwendiger Vorgang!

Angst zu haben ist ein lebensnotwendiger Anpassungs- und Lernvorgang. Als Warn- und Alarmsignal hilft die Angst, auf Bedrohungen von außen und Störungen von innen aufmerksam zu machen. Die Angst an sich ist also zunächst einmal etwas Positives und ein ganz normaler und wichtiger Bestandteil des menschlichen Lebens.

Angststörungen sind unangemessene Angstreaktionen

Von einem gestörten Angstempfinden wird erst dann gesprochen, wenn sehr heftigen Angstreaktionen keine entsprechenden Gefahren oder Bedrohungen zugrunde liegen. Daher wird im Folgenden auch genauer von „Angststörungen“ gesprochen.

Nicht jede Niedergeschlagenheit ist eine Depression

Ähnlich verhält es sich mit dem Begriff der „Depression“: Auch Stimmungsschwankungen, Niedergeschlagenheit und Trauer gehören zum menschlichen Erleben und sind als Reaktionen auf Schicksalsschläge oder Enttäuschungen ganz normal. Nicht hinter jeder Verstimmung und jeder Traurigkeit verbirgt sich also auch wirklich eine Depression.

Bei einer Depression kann die Niedergeschlagenheit von dem Betroffenen nicht mehr kontrolliert werden

Als Depression bezeichnet man eine krankhafte Störung der Psyche, bei der die Niedergeschlagenheit unverhältnismäßig lange dauert und von dem Betroffenen selbst nicht mehr kontrolliert werden kann. Auslöser einer Depression können sowohl somatische Faktoren, wie eine hormonelle Umstellung im Wochenbett oder eine körperliche Erkrankung, als auch psychosoziale Faktoren, z. B. Verlust, Trennungen, berufliche Enttäuschungen, Überforderung, Ehekrisen etc. sein.

Im Folgenden werden die Begriffe „Angststörungen“ und „Depressionen“ im medizinischen Sinne näher erläutert.

Was versteht man unter „Angststörungen?“

Als wichtigste Symptome der Angststörungen werden die sogenannten „Phobien“ und Panikattacken betrachtet. Beispiele für eine Phobie sind die panische Angst vor Spinnen (Arachnophobie), die Höhenangst oder auch die Angst vor öffentliche Plätzen (Agoraphobie).

Phobische Ängste sind durch die folgenden gemeinsamen Merkmale gekennzeichnet:[9]

Symptome der Angststörung

- Eine anhaltende und intensive Angst vor einem umschriebenen Objekt oder einer umschriebenen Situation.
- Die Begegnung mit dem Objekt ruft eine Angstreaktion hervor.
- Die Situation wir unter intensivem Angsterleben ertragen oder völlig vermieden.
- Es kommt zu erheblichen Beeinträchtigungen der normalen Lebensführung.
- Der Patient leidet unter seiner Angst und erkennt selbst, dass die Angstreaktion übertrieben und unbegründet ist.
- Die Angst ist nicht auf eine körperliche oder eine andere psychische Erkrankung zurückzuführen.

Angstreaktionen auf vier Ebenen

Ein Patient, der unter krankhaften Angststörungen leidet, zeigt diese Angstreaktionen auf vier verschiedenen Ebenen: zu körperlichen Reaktionen wie Herzrasen, Schwitzen und Zittern (physiologische Ebene) kommen Angstgefühle wie Hilflosigkeit und Furcht (emotionale Ebene) sowie ängstliche Gedanken „Hilfe, ich verliere die Kontrolle, ich bekomme einen Herzinfarkt“ usw. (kognitive Ebene).

Da sich zur Vermeidung/Linderung der Angstsituation auch das Verhalten ändert (Situationen aus dem Weg gehen, Flüchten), kommt es zum Teil zu erheblichen Einschränkungen der normalen Lebensführung (verhaltensbezogenen Reaktionsebene, vgl. Abbildung 21).

Ko-Morbidität mit anderen psychischen Störungen

Patienten mit Angststörungen leiden gehäuft auch unter anderen psychischen Störungen. Zwischen 30 % und 80 % leiden unter mindestens einer weiteren Angststörung bzw. haben irgendwann einmal darunter gelitten. Häufig sind es sogar zwei und mehr weitere Angststörungen.

Darüber hinaus bestehen häufige Komorbiditäten mit Substanzmissbrauch und – abhängigkeiten.

60 % aller Patienten mit einer Panikstörung litten im Laufe ihres Lebens auch an einer Depression. In mehr als 70 % aller Fälle von Komorbidität geht die Angstsymptomatik der Depression voraus, Angststörungen können jedoch auch Symptome einer Depression sein. Die beiden Erkrankungen sind also sehr häufig miteinander

[9] vgl. Berger, M.: Psychische Erkrankungen, 2. Auflage 2004

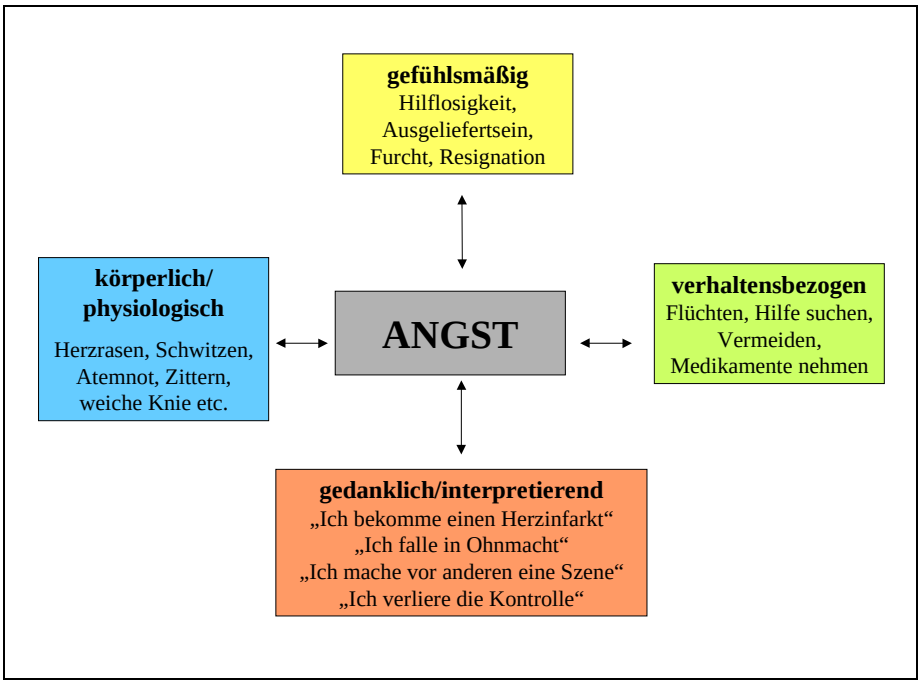
verbunden, was insbesondere bei der Diagnose von Angsterkrankungen berücksichtigt werden muss.

Ein großer Teil der Angststörungen zeigt chronischen Verlauf

Ein großer Teil der Angststörungen zeigt einen chronischen Verlauf. Die Zeitdauer zwischen dem Erstauftreten von Angstsymptomen und ihrer Diagnose beträgt zwischen 5 und 15 Jahren, so dass die meisten Angststörungen bereits bei ihrer Diagnose chronisch sind. Die häufig chronische Entwicklung bei gleichzeitig hoher Gefahr, weitere psychische Störungen zu entwickeln, zeigt wie wichtig es ist, Angststörungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Abbildung 21

Abb. 21
4-Ebenen-Modell der Angstreaktion



Quelle: Berger, M.: Psychische Erkrankungen, 2. Auflage 2004

In Tabelle 1 sind die unter „Phobische Störungen“ sowie „Andere Angststörungen“ gefassten Einzelerkrankungen in einer Übersicht aufgeführt.

Tabelle 1: ICD-Klassifikation der Angststörungen

ICD-10		Beschreibung
F40	**phobische Störungen**	
40.0	Agoraphobie	Deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei der folgenden Situationen: 1. Menschenmengen 2. öffentliche Plätze 3. allein Reisen 4. Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause
40.1	soziale Phobie	Übermäßige Angst in zwischenmenschlichen Situationen, in denen sich der Patient im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und Bewertung durch andere erlebt. Beispiele: Redenhalten, Essen und Trinken in Gegenwart anderer, Leisten von Unterschriften.
40.2	spezifische isolierte Phobie	Anhaltende Angst vor einem umschriebenen Objekt oder einer umgrenzten Situation. Beispiele: Hunde, Schlangen, Spinnen, Höhenangst, Gewitter, Blut, Injektionen, geschlossene Räume.
40.8/40.9	andere/ nicht näher bezeichnete Phobische Störungen	
F41	**Andere Angststörungen**	
41.0	Panikstörungen	Wiederholte Panikattacken, die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind und oft spontan (d. h. nicht vorhersehbar) auftreten.
41.1	generalisierte Angststörung (GAS)	Starkes und anhaltendes Erleben von Angst und Sorgen, das nicht an spezifische Situationen und Objekte gebunden ist und nicht in Form von attackenartigen Angstanfällen auftritt. Für einen Patienten mit GAS erscheint die Welt bedrohlich und voller Risiken.
41.2	Angst und Depression, gemischt	Koexistenz von leichteren ängstlichen und depressiven Beschwerden, die beide nicht das volle Ausmaß einer Angststörung oder depressiven Störung erreichen.
41.3	andere gemischte Angststörungen	
41.8/41.9	andere näher bezeichnete/nicht näher bezeichnete Angststörungen	

Quelle: ICD 10

Was versteht man unter „Depressionen?“

Die Symptome einer Depression führen die Betroffenen nur selten zum Arzt. Häufig sind es körperliche Beschwerden, aufgrund derer der Arztbesuch erfolgt.

Symptome einer Depression

Typische Anzeichen einer depressiven Episode sind eine gedrückte Stimmung und eine deutliche Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten „somatischen“ Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Körperliche Symptome können Mundtrockenheit, Druck- und Schweregefühl, Schmerzen (im Bereich von Oberbauch, Brust und/oder Kopf) oder Verdauungsprobleme sein. Oftmals ist die depressive Erkrankung mit dem Risiko des Verlustes der Arbeitsstelle und von Bezugspersonen verbunden.

Vier Ebenen von Symptomen einer Depression

Abbildung 22 stellt die vier Ebenen dar, auf denen die oben genannten Symptome auftreten. Unterschieden werden Symptome auf der emotionalen (gefühlsmäßigen) Ebene, Symptome, die sich auf das Verhalten beziehen, Symptome, die sich hinsichtlich der Gedanken und der Einstellung der Betroffenen (kognitiv-moti-vational) erkennbar sind sowie Symptome, die Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen beinhalten (somatische Ebene).

Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome wird eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer bezeichnet.

Rezidivierende depressive Erkrankungen (F33) sind wiederholte depressive Episoden (F32)

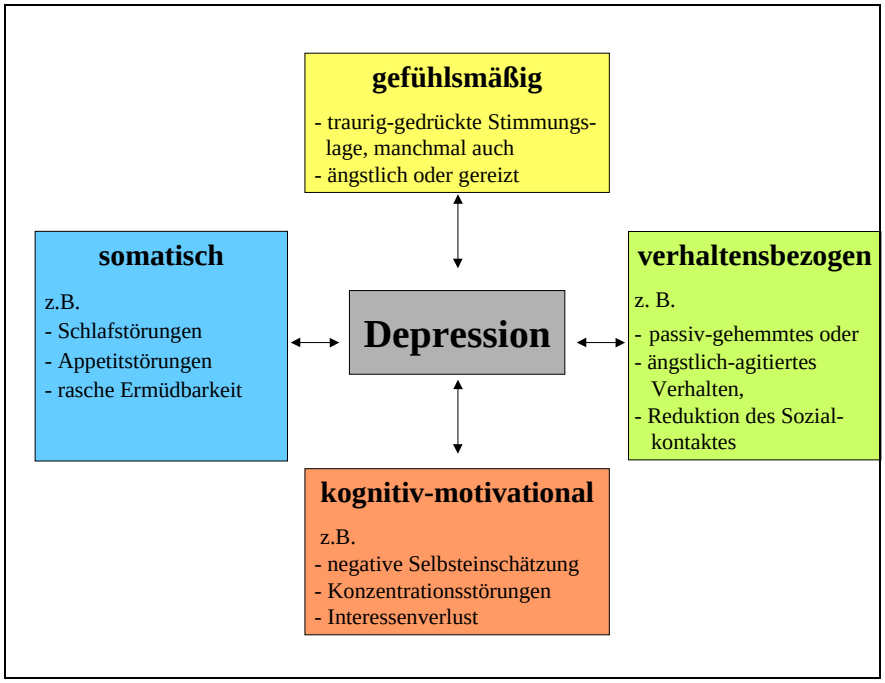
Bei der Mehrzahl der Patienten treten Depressionen als Episoden oder Phasen auf, d. h. sie klingen meistens auch ohne therapeutische Maßnahmen nach ca. 6 bis 8 Monaten wieder ab. Bei etwas mehr als der Hälfte der behandelten Patienten kommt es jedoch nach einiger Zeit zu einer erneuten Episode: aus der depressiven Episode wird eine „rezidivierende depressive Störung“ (F33, vgl. Tabelle 2). Etwa 10 % der Patienten entwickeln einen chronischen Verlauf. Für die Versorgung von Patienten mit depressiven Störungen bedeutet dies: Für einen beachtlichen Teil (ca. 15-20 %) besteht bei nicht adäquater Versorgung die Gefahr, erneut oder sogar chronisch zu erkranken.[10]

[10] Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Bei vielen depressiv Erkrankten besteht darüber hinaus ein hohes Risiko der Selbsttötung. Etwa 40 % – 70 % aller Suizide erfolgen im Rahmen einer Depression.

Abb. 22
Symptome einer „Depression“

Abbildung 22



Quelle: eigene Darstellung nach U. Baumann/M. Perrez (Hrsg.):
Klinische Psychologie-Psychotherapie (1998)

Hohe Ko-Morbidität mit Angststörungen

Wie bereits bei der Erläuterung der Angststörungen gezeigt, besteht eine Komorbidität mit Angst- und Panikerkrankungen. Häufig ist jedoch nicht klar, welche Erkrankung zuerst bestand. Vielfach gehen Angststörungen einer Depression voraus, sie können jedoch auch Symptome einer bestehenden Depression sein. Auch bei Depressionen werden häufig Komorbiditäten in Form von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit festgestellt.

Aufgrund dieser spezifischen Krankheitsmerkmale ist es also – wie auch bei den Angststörungen - besonders wichtig, depressive Erkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln. Studien haben jedoch gezeigt, das oftmals viele Jahre vergehen, bis eine Depression als solche erkannt und behandelt wird.

In Tabelle 2 sind die unter die Diagnosen „Depressive Episode“ (F32) und „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33) gefassten Einzelerkrankungen im Überblick aufgeführt.

Tabelle 2: ICD-Klassifikation der depressiven Störungen

ICD-10		Beschreibung
F32	**depressive Episode**	
F32.0	leichte depressive Episode	Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei Depressionssymptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen
F32.1	mittelgradige depressive Episode	Gewöhnlich sind vier oder mehr Depressionssymptome vorhanden. Der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.
F32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Eine depressive Episode mit mehreren, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und –handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.
F32.3	schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Schwere depressive Episode, wie unter F32 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor (Zustand, in dem der Betroffene völlig teilnahmslos und reglos ist) so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann.
F32.8/ F32.9	andere/ nicht näher bezeichnet	
F33	rezidivierende depressive Störungen	
F33.0	gegenwärtig leichte Episode	Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32) gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode leicht ist.
F33.1	gegenwärtig mittelgradige Episode	Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32) gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode mittelgradig ist.
F33.2	gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32) gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode schwer ist, ohne psychotische Symptome (vgl. F32.2).
F33.3	gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32) gekennzeichnet ist. Die gegenwärtige Episode ist schwer, mit psychotischen Symptomen (vgl. F32.3).
F33.4/F33.8/ F33.9	nicht näher bezeichnete/andere/gegenwärtig remittiert	

Quelle: ICD 10

3. Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Angststörungen und depressiven Störungen

Wie zu Beginn dieses Schwerpunktteils gezeigt wurde, haben Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen allgemein deutlich zugenommen. Es stellt sich somit die Frage, ob sich diese Entwicklung auch für die im Rahmen dieses Berichtes näher zu untersuchenden zusammengefassten Diagnosen „Angststörungen“ und „depressiven Störungen“ beobachten lässt.

Kapitel „Psychische Erkrankungen“ enthält 11 Diagnosegruppen

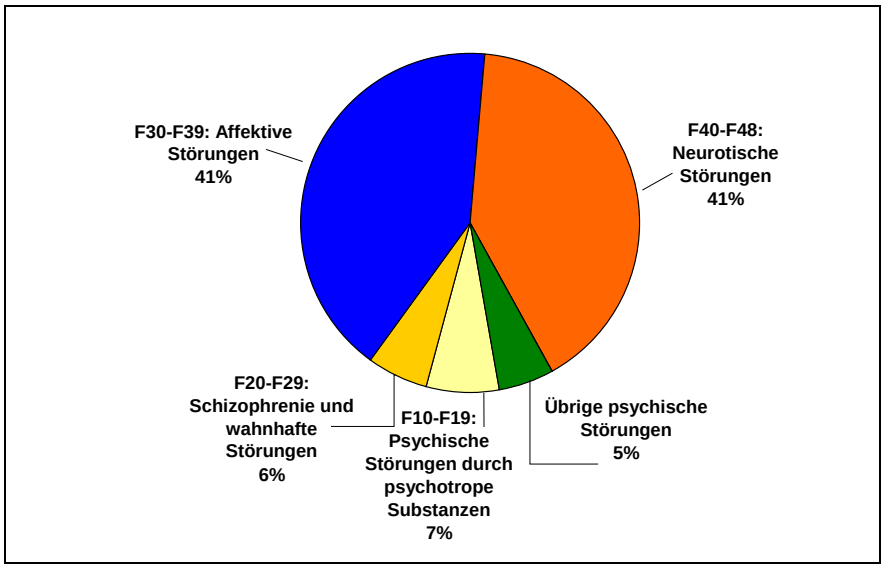
Um die Einordnung dieser Erkrankungen im Rahmen des ICD-Kapitels „Psychische Erkrankungen“ (genauer „Psychische und Verhaltensstörungen“) zu erleichtern, ist ein Blick auf die nächst tiefere Ebene erforderlich: Die Gesamtheit der psychischen und Verhaltensstörungen wird im ICD 10 in elf Diagnosegruppen unterteilt.

Sowohl „Angststörungen“ als auch „Depressionen“ sind zusammengefasste Begriffe, die jeweils einer dieser elf Diagnosegruppen zuzuordnen sind: So sind „Angststörungen“ in der Gruppe der „Neurotischen Störungen“ zu finden, „Depressionen“ sind eine Unterkategorie der Gruppe „Affektive Störungen“.

In Abbildung 23 werden die im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeit wichtigsten vier der elf Gruppen einzeln ausgewiesen, die übrigen sieben werden zu der Gruppe „Übrige psychische Störungen“ zusammengefasst. Die Abbildung zeigt den Anteil der jeweiligen Diagnosegruppe an den Ausfalltagen aufgrund psychischer Erkrankungen insgesamt.

Abb. 23 Psychische Erkrankungen: Anteil der Diagnosegruppen am AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen

Abbildung 23



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Affektive und neurotische Störungen verursachen zusammen 82 % aller Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen

Wie aus der Abbildung ersichtlich, wird das Krankheitsgeschehen von den beiden Diagnosegruppen „Affektive Störungen“ sowie „Neurotische Störungen“ dominiert. Beide Gruppen haben jeweils einen Anteil von 41 % an den Ausfalltagen aufgrund psychischer Erkrankungen insgesamt. Psychische Störungen durch „psychotrope Substanzen“, also Suchtmittelmissbrauch, verursachen 7 %, Schizophrenie und wahnhafte Störungen 6 % der Ausfalltage aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen.

Diagnosegruppe „Affektive Störungen“

Die Gruppe der „Affektiven Störungen“ enthält Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität (Stimmungslage) entweder zur Niedergeschlagenheit oder zu einer gehobenen Stimmung (Manie), bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

„Depressionen“:

Depressive Episoden (F32) und Rezidivierende depressive Störungen (F33).

Die Diagnosegruppe umfasst die Einzeldiagnosen „Manische Episode“ (F30), “Bipolare affektive Störungen“ (manisch-depressive Störungen) (F31), “Depressive Episode“ (F32), “Rezidivierende Depressive Störung“ (F33), “Anhaltende affektive Störungen“ (F34) sowie „andere“ und „nicht näher bezeichnete affektive Störungen“ (F38, F39).

Unter den Sammelbegriff „Depressionen“ werden im Folgenden nur die Einzeldiagnosen „Depressive Episode“ (F32) und „Rezidivierende depressive Störung“ (F33) gefasst.

Diagnosegruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“

Unter der Diagnosegruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ sind insbesondere „Phobische Störungen“ (F40), „Andere Angststörungen“ (F41), „Zwangsstörungen“ (F42), „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), „Dissoziative Störungen (F44), „Somatisierungsstörungen“ (F45) sowie „andere neurotische Störungen (F48)“ zusammengefasst. Unter Somatisierungsstörungen versteht man über längere Zeit wiederholt auftretende und wechselnde körperliche Symptome, die jedoch psychischen Ursprungs sind. „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ werden in der Regel durch ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis hervorgerufen.

„Angststörungen“: „Phobische Störungen“ (F40) und „andere Angststörungen“ (F41).

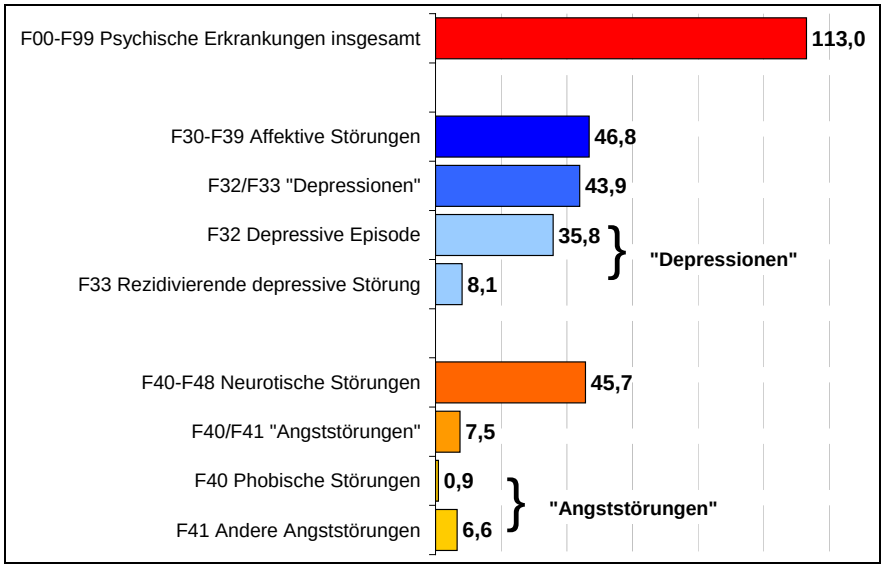
Der Begriff „Angststörungen“ umfasst die unter die Diagnosegruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ klassifizierten Einzeldiagnosen „Phobische Störungen“ (F40) und „Andere Angststörungen“ (F41).

In Abbildung 24 ist die Bedeutung der einzelnen Krankheitsarten sowie der zusammengefassten Phänomene „Depressionen“ und „Angststörungen“ hinsichtlich der verursachten Ausfalltage dargestellt.

Abbildung 24

Abb. 24
AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen:

Zusammenfassung der Einzel-ICD zu „Depressionen“ und „Angststörungen“



Quelle: DAK AU-Daten 2004

39 % aller psychischen Diagnosen sind „Depressionen“

Wie aus der Abbildung zu erkennen ist, entfällt auf „Depressionen“ (F32/F33) ein großer Anteil (94 %) der Arbeitsunfähigkeitstage in der Diagnosegruppe der „Affektiven Störungen“. 39 % aller psychischen Diagnosen sind „Depressionen“.

Angststörungen haben nur einen Anteil von 7% an den Ausfalltagen aufgrund psychischer Erkrankungen

Anders bei der Gruppe der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen: „Angststörungen“ (F40/F41) haben an den Krankheitstagen dieser Diagnosegruppe nur einen Anteil von 16 %. Bezogen auf die psychischen Erkrankungen insgesamt haben „Angststörungen“ sogar nur einen Anteil von 7 % an den Krankheitstagen.

Ein Blick auf die Betroffenenquoten, d. h. der Anteil der Beschäftigten, die im Jahr 2004 wenigstens ein Mal wegen einer Angststörung oder einer depressiven Störungen der Arbeit fern geblieben sind, zeigt auch hier deutliche Unterschiede zwischen den beiden Erkrankungsarten:

1 % der Erwerbstätigen war 2004 wegen einer Depression arbeitsunfähig

- 1,0 % der Erwerbstätigen hatten 2004 mindestens eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer depressiven Störung. Bei Männern betrug die Betroffenenquote 0,7 %, bei den Frauen lag sie mit 1,3% deutlich höher.

Nur 0,17 % der Erwerbstätigen war wegen einer Angststörung arbeitsunfähig.

Von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Angststörungen waren hingegen deutlich weniger Beschäftigte betroffen:

- Nur 0,17 % der DAK-versicherten Beschäftigten waren 2004 aufgrund einer Angststörung arbeitsunfähig. Bei den Männer waren es 0,12 %, bei den Frauen mit 0,23 % etwa doppelt so viele.

Angststörungen haben also eine viel geringere Relevanz für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen als Depressionen.

Depressionen führen häufiger zu Arbeitsunfähigkeiten

Dies lässt sich aus der typischen Symptomatik der beiden Störungen erklären: Während die meisten Angststörungen die Arbeitsfähigkeit nur wenig beeinträchtigen, bzw. vielfach durch entsprechende Vermeidungsstrategien umgangen werden, wirken sich die typischen Symptome einer depressiven Störung wie Erschöpfungszustände, Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit unmittelbarer auf die Arbeitsfähigkeit aus und führen offenbar häufiger dazu, die berufliche Tätigkeit nicht mehr weiter ausführen zu können.[11]

Angststörungen in der Bevölkerung weiter verbreitet

Dennoch sind Angststörungen in der Bevölkerung weiter verbreitet als depressive Störungen:

14, 5 % haben innerhalb eines Jahres eine Angststörung

- Die 12-Monats-Prävalenz, also der der Betroffenenquote im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsauswertungen entsprechende Wert, beträgt nach Angaben des Zusatzsurveys zum Bundesgesundheitssurvey 14,5 %.[12]

Frauen haben ein deutlich höheres Risiko, an einer Angststörung zu erkranken.

Das Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken, ist gegenüber dem Erkrankungsrisiko für Angststörungen deutlich geringer:

8,3 % haben innerhalb eines Jahres eine depressive Störung

- Im Laufe eines Jahres leiden ca. 8,3 % der Bevölkerung unter einer depressiven Störung (12-Monats-Prävalenz).

Auch bei depressiven Störungen haben Frauen ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko als Männer. Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei Männer bei 5,4 %, bei Frauen bei 11,2 %.

Entwicklung der Ausfalltage aufgrund von Angststörungen und depressiven Störungen

Der Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen zeigt sich auch bei den depressiven Störungen und den Angststörungen. Wegen der Umstellung des ICD-Diagnoseschlüssels von 1999 auf 2000 ist es schwierig, den zeitlichen Verlauf auf der Ebene der Einzeldiagnosen zuverlässig zu verfolgen. In Abbildung 25 ist daher die zeitliche Entwicklung der Krankheitstage für depressive Erkrankungen und Angststörungen sowie die psychischen Erkrankungen insgesamt erst ab dem Jahr der Umstellung des Diagnoseschlüssels 2000 dargestellt.

---

[11] vgl. Wittchen et al: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland: Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“, in: Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2

In der Befragung gaben Personen mit affektiven Störungen im Mittel 7,2 Tage mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität und 1,3 Arbeitsunfähigkeitstage an. Bei Angststörungen lagen die Werte mit 4,6 Tagen mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität und 0,8 Arbeitsunfähigkeitstagen deutlich niedriger.

[12] Vgl. Wittchen, H.-U. et al (2000b): „Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen“ Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München.

Die Zahl der Ausfalltage aufgrund depressiver Störungen stieg zwischen 2000 und 2004 um 42 %

Der Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen zeigt sich auch bei den depressiven Störungen und den Angststörungen:

- Depressive Störungen haben in den letzten Jahre einen deutlichen Anstieg zu verzeichnen: Die Zahl der Ausfalltage stieg zwischen 2000 und 2004 um 42 %, die Zahl der Erkrankungsfälle um 30 % (nicht in der Abbildung aufgeführt).

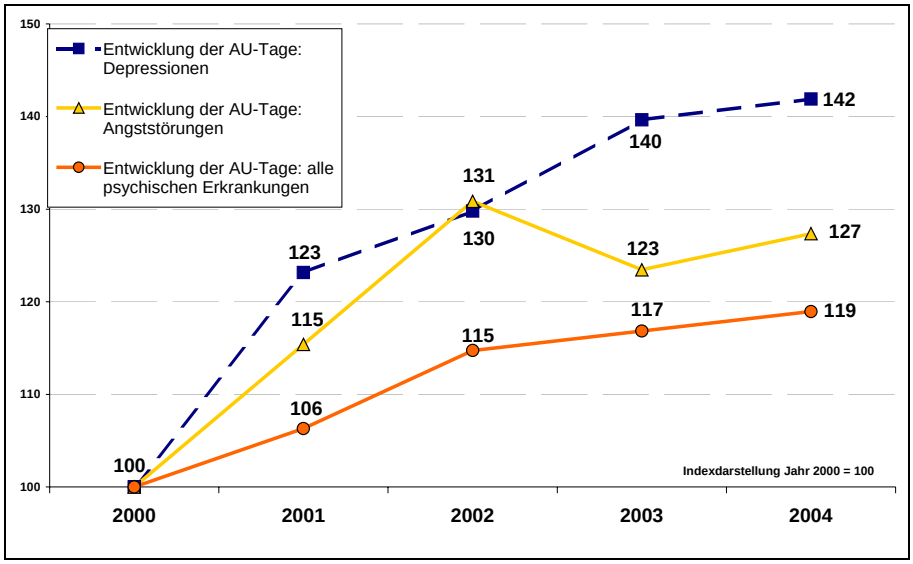
Die Zahl der Ausfalltage aufgrund von Angststörungen stieg zwischen 2000 und 2004 um 27 %

- Die Zahl der Ausfalltage aufgrund von Angststörungen ist zwischen 2000 und 2004 um 27 %, die Zahl der Erkrankungsfälle um 17 % angestiegen.
- Der Anstieg der psychischen Erkrankungen insgesamt betrug zwischen 2000 und 2004 dagegen nur 19 %. Die Zahl der Erkrankungsfälle stieg im genannten Zeitraum um 21 % an.

Abbildung 25

Abb. 25 Entwicklung der AU-Tage aufgrund von Depressionen, Angststörungen, und psychischen Erkrankungen insgesamt

(Indexdarstellung 2000 = 100)



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Männer verzeichnen einen höheren Anstieg

Bei den depressiven Störungen, hatten Männer im Vergleich zum Ausgangswert im Jahr 2000 einen etwas höheren Anstieg zu verzeichnen, als die Frauen (nicht in der Abbildung aufgeführt):

- Die Zahl der Ausfalltage stieg bis zum Jahr 2004 gegenüber 2000 um 43 % (Frauen 41 %), die Zahl der Erkrankungsfälle stieg sogar um 39 % (Frauen 24 %).

Bei den Angststörungen war ein deutlicherer Anstieg bei den Frauen zu beobachten:

- Die Zahl der Krankheitstage stieg im genannten Zeitraum bei den Frauen um 36 % an, bei den Männern dagegen nur um 19 %. Die Erkrankungshäufigkeit nahm bei den Frauen um 20 % zu, bei den Männer um 14 %.

Analysen für Mecklenburg-Vorpommern: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Angststörungen und Depressionen

Werte für Depressionen in Mecklenburg-Vorpommern liegen unter dem Bundesdurchschnitt

Die Auswertung der Diagnosegruppen „Angststörungen“ und „depressive Störungen“ für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern zeigt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt einige Unterschiede: Auf 100 DAK-Versicherte kamen 29,9 Ausfalltage aufgrund einer depressiven Störung, im Bundesdurchschnitt waren es 43,9 Tage (vgl. Abbildung 26).

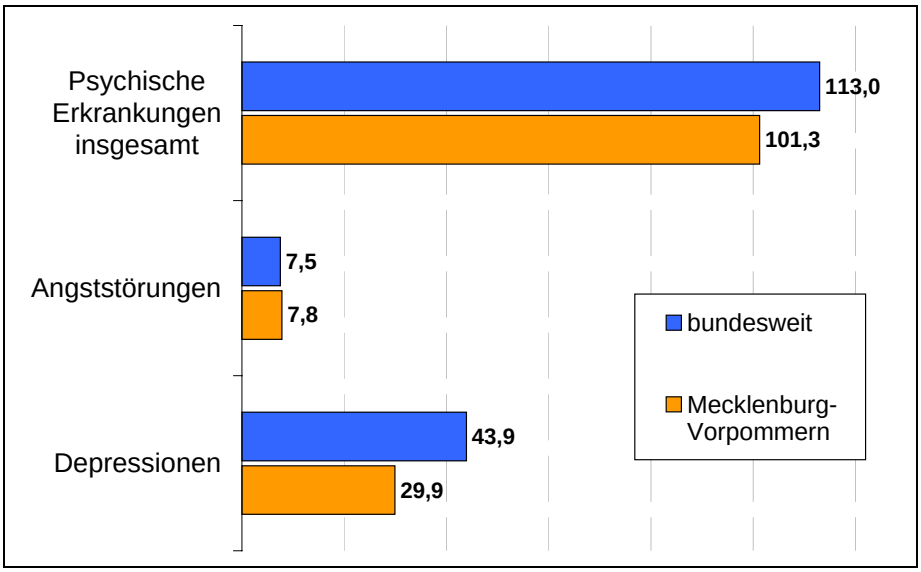
Angststörungen in Mecklenburg-Vorpommern kaum über dem Bundesdurchschnitt

Ausfalltage aufgrund von Angststörungen sind in Mecklenburg-Vorpommern deutlich seltener: Hier lag jedoch die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage mit 7,8 Erkrankungstagen kaum über dem Bundesdurchschnitt von 7,5 Tagen.

Abbildung 26

Abb. 26
AU-Tage aufgrund von Depressionen, Angststörungen, und psychischen Erkrankungen insgesamt

Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten nach Geschlecht zeigt, dass die weiblichen DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern sowohl aufgrund von Angststörungen als auch aufgrund von depressiven Störungen mehr Ausfalltage als ihre männlichen Kollegen zu verzeichnen hatten (vgl. Abbildung 27).

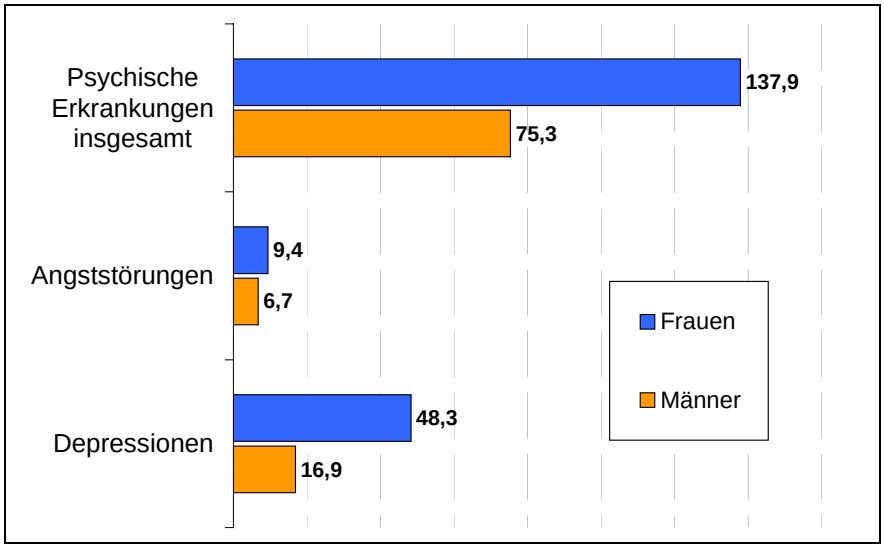
Die Zahl der Erkrankungstage aufgrund von Angststörungen war bei den Frauen in Mecklenburg-Vorpommern deutlich höher als bei den männlichen Kollegen (Frauen 9,4 Tage, Männer 6,7 Tage).

Auch hinsichtlich der depressiven Störungen verursachten die weiblichen Beschäftigten in Mecklenburg-Vorpommern deutlich mehr Ausfalltage wie die Männer: 100 weibliche Versicherte waren im Jahr 2004 an 48,3 Tagen aufgrund einer depressiven Störung arbeitsunfähig. Ihre männlichen Kollegen verzeichneten im gleichen Jahr nur 16,9 Arbeitsunfähigkeitstage.

Abbildung 27

Abb. 27
AU-Tage aufgrund von Depressionen, Angststörungen, und psychischen Erkrankungen nach Geschlecht

Daten für Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: DAK AU-Daten 2004

4. Was sind die Hintergründe für steigende Arbeitsunfähigkeitszahlen wegen psychischer Erkrankungen?

Sind Erkrankungsfälle wirklich gestiegen?

Der starke Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen muss nun nicht zwangsläufig bedeuten, dass auch die Zahl der von psychischen Erkrankungen Betroffenen an sich angestiegen ist. In der Literatur werden die Hintergründe für die höhere Zahl diagnostizierter Arbeitsunfähigkeiten z. T. sehr kontrovers diskutiert.

DAK hat Experten zu ihrer Einschätzung befragt.

Die DAK hat die wissenschaftliche Kontroverse zum Anlass genommen, im Rahmen einer schriftlichen Expertenbefragung Wissenschaftler, Psychotherapeuten, Vertreter von Kostenträgern und Unternehmen zu ihrer Einschätzung hinsichtlich der Ursachen der Zunahme psychischer Erkrankungen zu befragen. Die Befragung erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität. Vielmehr zielte die breite Auswahl von Vertretern unterschiedlicher Disziplinen und Forschungsrichtungen[13] darauf ab, ein möglichst breites Spektrum von Meinungen und Erklärungsmodellen einzufangen. Von 35 angeschriebenen Experten haben 22 zu den Interviewfragen Stellung bezogen.

Vor dem Hintergrund der steigenden Zahl von Arbeitsunfähigkeiten auf Grund psychischer Erkrankungen wurden die Experten gebeten, die folgenden Hypothesen hinsichtlich ihrer Relevanz für die Zunahme zu bewerten:

Hypothesen, die den Anstieg der Ausfallzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen erklären könnten

A. Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen in der erwerbstätigen Bevölkerung nehmen zu

B. Verbesserte diagnostische Kompetenzen hinsichtlich psychischer Störungen auf Seiten der Allgemein- bzw. Hausärzte führen zu einer höheren Entdeckungsrate psychischer Störungen

C. Die Zunahme ist auf eine wachsende Zahl fehlerhafter Diagnosestellungen zurückzuführen

D. Patienten, die einen Allgemein- bzw. Hausarzt aufsuchen, äußern von sich aus vermehrt Symptome, die auf psychische Störungen hindeuten.

E. Psychische Erkrankungen werden häufiger als explizite Diagnose notiert, weil die Patienten zunehmend bereit sind, die Diagnose einer psychischen Erkrankung für sich zu akzeptieren.

F. Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Störungen ist ein Artefakt und hängt z. B. mit Gewohnheiten der Ärzte bei der Diagnose-Kodierung oder der Umstellung des ICD-9 auf ICD-10 zusammen.

---

[13] vgl. Liste der Experten, die an der Befragung teilgenommen haben, im Anhang IV auf S. 109

Darüber hinaus konnten die Experten weitere Hypothesen eintragen und in die Bewertung einbeziehen.

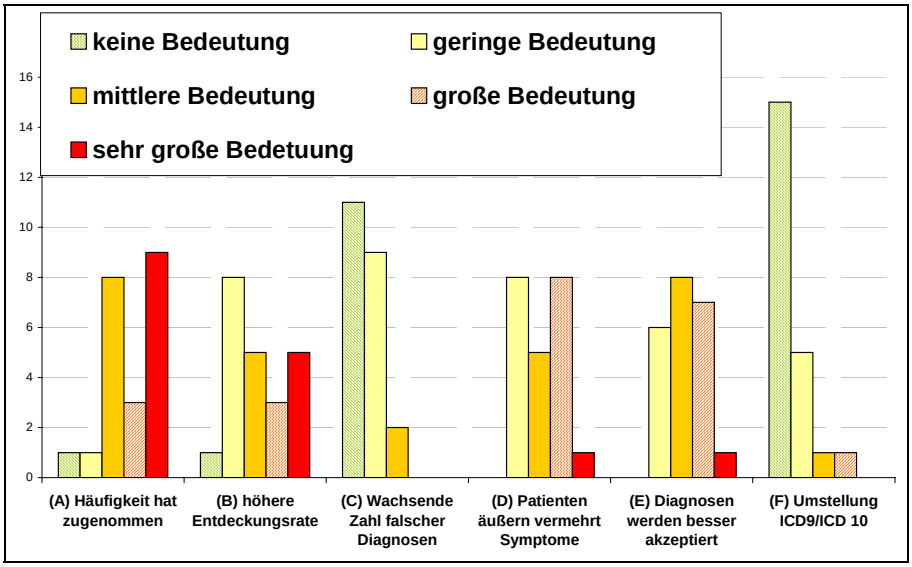
Abbildung 28 gibt einen Überblick über die Bewertung der einzelnen Hypothesen durch die 22 befragten Experten.[14]

Abb. 28

Bedeutung der unterschiedlichen Hypothesen als Erklärung für die Zunahme psychischer Erkrankungen

Antworten von 22 befragten Experten

Abbildung 28



Quelle: DAK Expertenbefragung 2005

Kombination mehrer Faktoren ist für die Entwicklung verantwortlich

Die Auswertung ergab, dass sich für die Zunahme psychischer Erkrankungen offenbar nicht nur eine Ursache herauskristallisiert, sondern eine Kombination mehrerer Faktoren für die Entwicklung verantwortlich gemacht wird:

- Sehr geringe Bedeutung wurde den Hypothesen C und F beigemessen. Die Zunahme wird also übereinstimmend nicht auf eine wachsende Zahl falsch positiver Diagnosen oder eine Verzerrung der beobachteten Erkrankungshäufigkeit aufgrund eines veränderten Diagnoseverhaltens der Ärzte zurückgeführt.

Hohe Relevanz haben Hypothesen D und E

- Von größerer Relevanz sind nach Ansicht der Experten die Hypothesen D und E: Patienten äußern von sich aus eher Symptome, die auf eine psychische Erkrankung hindeuten und sind auch eher bereit, eine entsprechende Diagnose zu akzeptieren.

---

14 Die Experten wurden gebeten, die Hypothesen hinsichtlich ihrer Bedeutung zu gewichten. Die Anweisung, insgesamt 100 %-Punkte zu verteilen, wurde dabei unterschiedlich interpretiert: Ein Teil der Befragten vergab über alle Hypothesen 100 %, ein anderer gab jeder Hypothese zwischen 0 % und 100 %. Aufgrund dieses unterschiedlichen Antwortverhaltens wurden die Ergebnisse zunächst in die für beide Gruppen getrennt mittels Quartils-Zerlegung gebildeten Kategorien übertragen und die Bewertungen erst dann zusammengeführt.

Hypothesen A und B haben größte Relevanz

- Die größte Zustimmung erhielten die Hypothesen A und B. Ein Großteil der Befragten stimmte darin überein, dass psychische Erkrankungen in der Bevölkerung zum einen in den letzten Jahren zugenommen haben, auf der anderen Seite aber auch die „Entdeckungsrate“ aufgrund verbesserter diagnostischer Kompetenzen gestiegen ist.
- Zwölf von 22 befragten Experten maßen der Hypothese A, die Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer Erkrankungen in der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nehme zu, eine sehr große bis große Bedeutung bei, für acht war dieses Erklärungsmodell von mittlerer Bedeutung und für nur zwei Befragte hatte diese Erklärungshypothese geringe bzw. gar keine Relevanz.

Die Hypothesen A, B, D und E, die die größte Zustimmung der Experten fanden, werden im Folgenden eingehender diskutiert.

Hypothese A: Die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen in der erwerbstätigen Bevölkerung nimmt zu

Anstieg in der deutschen Bevölkerung wird von den meisten Befragten vermutet

Die Hypothese einer Häufigkeitszunahme psychischer Erkrankungen wird sehr kontrovers diskutiert. Zum einen werden die gestiegenen Arbeitsunfähigkeitszeiten und Inanspruchnahmequoten von Leistungen des medizinischen Versorgungssystems als Hinweis auf einen Anstieg der Häufigkeit in der deutschen Bevölkerung angeführt. Es gibt in Deutschland jedoch bislang keine repräsentativen Langzeitstudien, die einen eindeutigen Zuwachs psychischer Erkrankungen belegen.

Studien weisen auf eher stagnierende Zahlen hin

Der Blick ins europäische Ausland zeigt, dass ein Anstieg psychischer Erkrankungen eher nicht bestätigt werden kann. So ist einer Studie aus Großbritannien zufolge die Zahl der Betroffenen konstant geblieben:[15]

Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass der Anteil psychisch Erkrankter im Jahr 2000 gegenüber dem Jahr der Ersterhebung 1993 nur geringfügig von 16,3 % auf 17,3 % gestiegen ist. Eine deutlichere Zunahme war hier lediglich bei den Männern zu verzeichnen: Hier stieg der Anteil der Betroffenen von 12,6 % auf 14,4 %.

Depressive Störungen nehmen jedoch weiter zu

Hinweise auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen gibt es jedoch für den Bereich der Depressionen. Die „Burden of Illness Study“ der Weltbank und WHO geht davon aus, dass die Häufigkeit depressiver Erkrankungen in den nächsten Jahren noch weiter an-

[15] vgl. Studie zur Prävalenz psychischer Störungen bei Erwachsenen in privaten Haushalten in Großbritannien: Singleton, N., Bumpstead, R., O’Brian, M., Lee, A., Meltzer, H.: „Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000“ (2001)

steigen wird, so dass die Depression im Jahre 2020 weltweit den zweiten Rang unter den „Behinderung verursachenden Krankheiten“ einnehmen könnte.[16]

Auch in Deutschland haben Wittchen und Perkonigg 1997 in einem 10-Jahres-Zeitraum eine Verdopplung der Raten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtet.[17]

Weitere Erklärungsmodelle der Experten

Die im Rahmen des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports befragten Experten haben über die vorgegebenen Hypothesen hinaus weitere Erklärungsmodelle ergänzt, die aus ihrer Sicht für die steigende Zahl von Ausfalltagen aufgrund psychischer Erkrankungen ursächlich sind. Für einen Anstieg der Prävalenz psychischer Erkrankungen wurden insbesondere allgemein steigende Belastungen bei gleichzeitigem Wegfall sozialer Strukturen, mit denen diese Mehrbelastungen aufgefangen werden können, verantwortlich gemacht.

Zunahme der Arbeitsbelastungen

- Ein Teil der Experten führte die steigende Zahl psychischer Erkrankungen auf eine Zunahme der Arbeitsbelastungen (Stress, Konkurrenzdruck) und der Arbeitsanforderungen (Qualität, Eigenverantwortung) zurück.

Angst vor Arbeitslosigkeit

- Auch die Angst vor Arbeitslosigkeit nehme zu. In Zeiten erhöhten Arbeitsdrucks und steigender Zukunftsangst würden Fehlzeiten und Psychotherapien als Entlastung und Unterstützung in Anspruch genommen.

„Die großen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen führen zu entfremdeten Beziehungen, entpersönlichter Kommunikation, Virtualisierung der Erlebniswelten und zur Beschleunigung der meisten Interaktionsprozesse. Die Folgen sind der Verlust an materieller und statusbedingter Sicherheit, weniger Halt in persönlichen, religiösen und spirituellen Glaubenssystemen, der Zerfall von geborgenheit- und sinnstiftenden Institutionen und Ritualen. (...) Depressionen, Angststörungen und Anpassungsstörungen können als (...) Reaktionen hierauf angesehen werden.“

Dr. med. Natalie Lotzmann
SAP AG, Walldorf

Die genannten Veränderungen in der Arbeitswelt werden im Folgenden noch im Kapitel 5 „Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Wandel der Arbeitswelt und der Zunahme psychischer Erkrankungen?“ diskutiert werden.

Auf der anderen Seite fehlten durch einen Wandel der sozialen Umwelt und zwischenmenschlicher Beziehungen zunehmend soziale Strukturen, mit denen die Arbeitsbelastungen und Zukunftsängste aufgefangen werden können:

Der Trend ginge hin zu einer größeren Vereinzelung (hohe Scheidungsrate, hohe Anzahl von Single-Haushalten, geringe Geburtenrate, geringere soziale Unterstützung und Vernetzung in der Gesellschaft).

Die drei folgenden Hypothesen stehen in einem engen Zusammenhang: Sie zielen darauf ab, dass psychische Störungen heutzutage eher erkannt werden als früher, d. h., dass zunehmend weniger Erkrankungen unentdeckt bleiben (vgl. Abbildung 28).

---

16 vgl. Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1997): Alternative projections of mortality and disability by cause 1990 – 2020: Globen Burden of Disease Study. Lancet, Vol. 349

17 Wittchen & Perkonigg (1996) a.a.O.

Hypothese B: **Verbesserte diagnostische Kompetenzen hinsichtlich psychischer Störungen auf Seiten der Allgemein- bzw. Hausärzte führen zu einer höheren Entdeckungsrate psychischer Störungen**

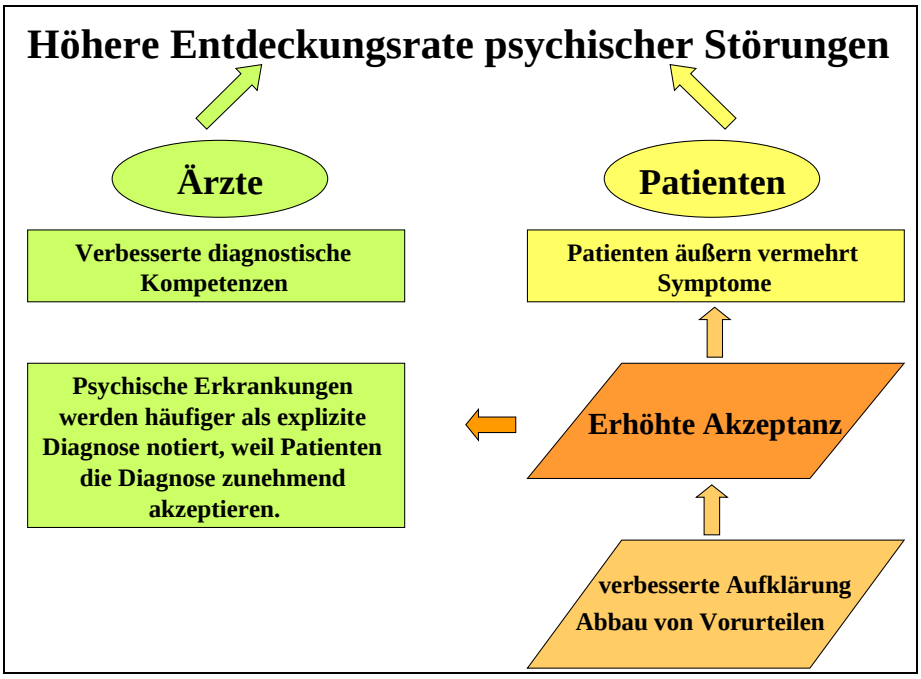
Hypothese D: **Patienten, die einen Allgemein- bzw. Hausarzt aufsuchen, äußern von sich aus vermehrt Symptome, die auf psychische Störungen hindeuten**

Hypothese E: **Psychische Erkrankungen werden häufiger als explizite Diagnose notiert, weil die Patienten zunehmend bereit sind, die Diagnose einer psychischen Erkrankung für sich zu akzeptieren.**

Abbildung 29

Abb. 29

Erklärungsmodelle für eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen aufgrund einer höheren Entdeckungsrate



Quelle: DAK Expertenbefragung 2005

Höhere Entdekkungsrate aufgrund abnehmender Stigmatisierung und besserer Informiertheit

Die höhere Entdeckungsrate wird auf verschiedene Erklärungszusammenhänge zurückgeführt:

- Die Stigmatisierung der Betroffenen habe deutlich abgenommen. Dadurch werde (auch gegenüber dem Arzt) viel offener über psychische Probleme gesprochen (Hypothese D). Überdies sei durch die breite Thematisierung vor allem auch in den Medien die Sensibilität und der Informationsgrad in der Bevölkerung deutlich verbessert worden.

„Das Bewusstsein um psychische Störungen ist heutzutage generell höher (...), so dass entsprechende Diagnosen eher in Betracht gezogen werden und Ärzte sich mit dem Thema stärker auseinander setzen. Auch führt die Enttabuisierung des Themenbereichs eher dazu, dass psychische Störungen diagnostiziert werden, da eine entsprechende Diagnose heutzutage genauso akzeptiert wird, wie eine somatische Diagnose."

Dr. Hiltraut Paridon
Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit, Dresden

- Aufgrund der allgemein höheren Akzeptanz wird in der ärztlichen Praxis eine erkannte psychische Störung auch tatsächlich als psychische Diagnose notiert, da Patienten eher bereit sind, eine solche psychische Diagnose als Ursache für ihre Beschwerden zu akzeptieren (Hypothese E).
- Auf der anderen Seite habe sich auch die diagnostische und therapeutische Qualität insbesondere im allgemein- und hausärztlichen Bereich deutlich verbessert, was zu einer erhöhten Aufmerksamkeit von Seiten der Ärzte und damit zu einer höheren Entdeckungsrate führe (Hypothese B).

In den Experteninterviews wurde die Diskussion der genannten Hypothesen noch um die folgenden Aspekte ergänzt:

Auf der Seite der Patienten:

- Durch die allgemein sinkende Tabuisierung und Stigmatisierung psychischer Erkrankungen erhöht sich die Akzeptanz in der Bevölkerung.
- Dazu trägt insbesondere auch die Medienberichterstattung bei: Psychische Störungen (insbesondere Angst und Depressionen) sind zum „Modethema" geworden. Patienten sind über die Symptome besser aufgeklärt und für die Problematik sensibilisiert.

Auf der Seite der Ärzte/Therapeuten:

- Auch schwächere Erkrankungsformen werden durch verbesserte Diagnostik/Aufmerksamkeit nun häufiger erkannt.
- Bestimmten Symptomen wie Erschöpfung und Burn-out wird zunehmend ein Krankheitswert zugeschrieben.
- Ein Zusammenhang von körperlichen und psychischen Einflussgrößen wird heute schneller hergestellt.

„... Viel wichtiger erscheint es (...) dafür zu sorgen, dass die Kompetenz der in der psychosomatischen Grundversorgung tätigen Ärzte und die Zusammenarbeit der Hausärzte mit entsprechenden Fachärzten, psychologischen Psychotherapeuten und stationären Therapieangeboten weiter verbessert wird."

Prof. Dr. Elmar Brähler,
Antje Klaiberg
Abt. für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

Obschon die Diskussion zeigt, dass hinsichtlich der Entdeckungsrate in der Vergangenheit offenbar deutliche Verbesserungen vermutet werden können, wird gerade die Problematik der nach wie vor zu geringen Entdeckungsrate in einer Reihe von Studien bemängelt.

Eine hohe Zahl psychischer Erkrankungen würde nicht oder zu spät erkannt bzw. nicht adäquat behandelt. Nach Angaben des Bundesgesundheitssurveys 1998/1999 befanden sich nur 36 % der von psychischen Erkrankungen Betroffenen in Kontakt mit professionellen Diensten. Der Anteil der Betroffenen, die eine adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhält, liegt nach konservativen Schätzungen bei lediglich 10 %[18]

[18] Wittchen, H.-U., Jacobi F.: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitssurveys '98. Bundesgesundheitsblatt 2001; 44

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) kommt in seinem Gutachten 2000/2001[19] speziell im Hinblick auf Versorgung depressiver Patienten zu dem Schluss, dass bei ca. einem Drittel der Patienten die Depression nicht erkannt und bei mehr als der Hälfte nicht konsequent und entsprechend wissenschaftlicher Empfehlungen behandelt wird. Besonders häufig blieben Depressionen bei jungen Männern unerkannt.

Hinzu käme, dass Hausärzte depressive Patienten häufig nicht oder nicht zeitgerecht in eine spezialärztliche Weiterbehandlung überwiesen. Der Rat empfiehlt daher in seinem Gutachten eine Stärkung der psychiatrischen Kompetenz aller Professionellen, die an der Versorgung depressiv Erkrankter beteiligt sind, insbesondere jedoch der Hausärzte.

Für den hausärztlichen Bereich sollten symptomorientierte evidenzbasierte Leitlinien zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen entwickelt und implementiert werden. Zur Unterstützung für eine bessere primärmedizinische Versorgung depressiv Erkrankter schlägt der Rat Vergütungsanreize beim Nachweis entsprechender Qualitätsindikatoren der Behandlung vor.

„Besonders depressive Patienten oder Patienten mit einer Angststörung beschreiben primär – v. a. allem beim Hausarzt – somatische Beschwerden (...).“

Dr. med. Peter Rücker
Westfälisches Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie, Hamm

„Ob es zu einem tatsächliche Anstieg der Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer Erkrankungen gekommen ist, ist schwer zu belegen, da entsprechende Bevölkerungsumfragen von zahlreichen Faktoren und unter anderem auch von dem Stigma psychischer Erkrankungen abhängig sind. Mein Eindruck ist, dass die Bereitschaft, eine depressive Erkrankung auch depressive Erkrankung zu nennen und den Patienten damit zu konfrontieren, zugenommen hat.“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Kompetenznetz Depression, Suizidalität, Neurophysiologie, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Weitere Hypothesen und Erklärungsmodelle für den Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen

Über die genannten Hypothesen hinaus haben die Experten weitere Erklärungsmodelle für den Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen in die Diskussion eingebracht. Diese führten den beobachteten Anstieg auf eine „künstliche“ Verzerrung der Arbeitsunfähigkeitsdaten zurück. Ärzte und Therapeuten seien zum Teil unangemessen schnell dazu bereit, Patienten eine entsprechende Diagnose zu stellen oder sie in therapeutische Behandlung aufzunehmen, um die eigene Existenz zu sichern. Auch sei es denkbar, dass die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszahlen in der Erwerbsbevölkerung auf einen Selektionseffekt zurückzuführen sei:

- Ärzte sind aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus eher bereit, Patienten entgegenzukommen und sie bei beruflicher Überbelastung krank zu schreiben.
- Eine Zunahme psychischer Erkrankungen ist vor allem dort zu beobachten, wo die höchste Anzahl von Psychotherapeuten angesiedelt ist.
- Psychische Erkrankungen, die verstärkt in jüngeren Jahren auftreten, werden in den Arbeitsunfähigkeitsdaten der aktiv Erwerbstätigen deshalb häufiger diagnostiziert, weil sich die Erwerbsbevölkerung durch das Ausscheiden älterer Arbeitnehmer (Frühverrentung) in den letzten Jahren verjüngt hat.

[19] Vgl. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001, Kapitel 13

Zu letzterer Hypothese muss jedoch angemerkt werden, dass in den Auswertungen der DAK Einflüsse, die aus den beschriebenen Veränderungen in der Altersstruktur der Erwerbstätigen resultieren könnten, durch ein entsprechende Standardisierungsverfahren herausgerechnet werden.[20]

„Aus meiner Sicht sind die Angst um den Arbeitsplatz, die massiv zunehmende Arbeitsbelastung, der Verlust der Mitarbeitersolidarität sowie die Angst, unter steigendem Leistungsdruck zu versagen oder krank zu werden, die wichtigsten arbeitsbedingten Faktoren für die Genese psychischer Erkrankungen."

Prof. Dr. Iver Hand
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

5. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Wandel der Arbeitswelt und einer Zunahme psychischer Erkrankungen?

Im Rahmen der Experteninterviews wurde der Einfluss arbeitsbedingter Faktoren auf die Genese von psychischen Erkrankungen thematisiert. Die Experten sollten die für sie besonders relevanten Einflussgrößen benennen.

Die Antworten der Expertinnen und Experten wurden in die beiden Kategorien „Arbeitsbelastungen" und „Ressourcen" unterteilt. Beide Faktoren sind für die Genese psychischer und Verhaltensstörungen relevant: Arbeitsbedingte Belastungen können (psychisch) krank machen, wenn sie nicht durch entsprechende Ressourcen aufgefangen bzw. bewältigt werden.

„Vor dem Hintergrund zunehmender psychomentaler Belastungen in der (Arbeits-)Welt werden Ängste und Hilflosigkeitserleben in bisher nicht gekannter Intensität spürbar, da (bei hervorragender körpermedizinischer primärer bis tertiärer Prävention) die (berufliche und gesellschaftliche) Existenz bedroht scheint. – Man scheitert im Zustand körperlicher Gesundheit…."

Dr. Stefan Leidig
Externe-Mitarbeiter-Unterstützung emu-systeme, Mannheim

Auf der Seite der „Arbeitsbelastungen" werden überhöhte Anforderungen, geringe Möglichkeit der Einflussnahme sowie hohe Unsicherheit (geringe Berechenbarkeit) für die Genese von psychischen Erkrankungen verantwortlich gemacht:

Überhöhte Anforderungen

- Überforderung und zeitliche Belastung mit Konsequenzen für die Gesamtlebensgestaltung
- erhöhte Konzentrationsanforderungen
- verstärkte Emotionsarbeit
- häufiger Wechsel von Aufgaben und Zuständigkeiten
- Ausweitung der Lebensarbeitszeit auf 65 Jahre und länger
- zunehmender Leistungsdruck und Anforderungen, die viele ältere Arbeitnehmer nicht mehr erfüllen können oder wollen
- durch erhöhte psychomentale Anforderungen sowie Anforderungen an höhere Flexibilität und „soft skills" entsteht ein größeres Konfliktpotenzial im psychosozialen Bereich

[20] vgl. Erläuterungen zum Standardisierungsverfahren auf S. 96

- Arbeitsunterbrechungen durch „stressige Zwischenfälle“
- gestiegene Qualitätsanforderungen, Zurückverfolgbarkeit von Fehlern, Umgang mit neuen Medien, Druck zu lebenslangem Lernen, hohe Informationsdichte, Erwartung schneller Reaktionszeiten
- in manchen Bereichen: Arbeiten in virtuellen Teams über Zeitzonen und kulturelle Grenzen hinweg

Geringe Beeinflussbarkeit

- fehlende Handlungs- und Entscheidungs-/Zeitspielräume
- Zunahme von Kontrollverlust und Erlebnis geringer persönlicher Einflussmöglichkeiten: Arbeitsumwelt birgt immer mehr Unsicherheiten (Arbeitslosigkeit, Jobwechsel, Qualifikationsanforderungen) und immer weniger Zukunftsperspektiven
- Auch leichter psychisch Erkrankte haben keine Chance mehr auf dem Arbeitsmarkt und wollen häufiger in die Berentung gehen.
- Die Stimmung in der Öffentlichkeit wird schlechter: Insbesondere die Medien verbreiten häufig schlechte Nachrichten, die zu der Wahrnehmung führen, dass sich die Lebensumstände ständig verschlechtern. Es entsteht ein Ohnmachtsgefühl, dass der Einzelne nichts machen könne.

Geringe Berechenbarkeit

- Angst, unter steigendem Leistungsdruck zu versagen
- Angst, krank zu werden
- befristete Arbeitsverhältnisse
- Ängste vor Outsourcing
- Unsicherheit in Verantwortung und Aufgabenstellung
- Angst vor Arbeitsplatzverlust
- Unternehmensentscheidungen haben immer kürzere Bestandsdauer und Verlässlichkeit. Das vergrößert das Unsicherheitsempfinden.

„Arbeit ist ein wesentlicher Lebensbereich für die meisten erwachsenen Menschen. Die damit zusammenhängenden Faktoren dürften von großer Bedeutung auch für die psychische Gesundheit sein. (...) Der Zusammenhang zwischen chronischem Stress, psychologischen Bewertungsprozessen und gesundheitlichen Effekten ist klar belegt. Von Bedeutung ist besonders das Ausmaß der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit und Vorhersagbarkeit. Dieses nimmt seit Jahren ab, d.h. unsere Arbeitswelt erscheint dem Einzelnen immer unkontrollierbarer (...).“

Prof. Dr. Jürgen Margraf
Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Basel

„Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, wenig Gestaltungsspielraum und monotone Arbeit, zunehmender Leistungsdruck und Anforderungen, die viele ältere Arbeitnehmer nicht mehr erfüllen können oder wollen, sowie Probleme in der Mitarbeiterführung und ungünstige Kooperationsbeziehungen am Arbeitsplatz können zur Entstehung psychischer Erkrankungen beitragen.“

PD Dr. Dr. Martin Härter,
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

Auf der Seite der „Ressourcen“ werden geringe soziale Unterstützung, geringe Bedeutsamkeit sowie geringe Belohnung für die Entstehung von psychischen Erkrankungen verantwortlich gemacht:

„Arbeitsbedingte Faktoren haben einen sehr großen Einfluss. Sorge um den Arbeitsplatz aber auch härtere Umgangsformen der Arbeitgeber mit ihren Beschäftigten sind hierfür ausschlaggebend. Stellenabbau wird mit immer härteren Bandagen betrieben. (...) Der Existenzkampf am Arbeitsplatz leistet Phänomenen wie Mobbing offensichtlich Vorschub.“

Thomas Sellhorn
Deutsche Angestellten Krankenkasse, Hamburg

„Gerade bei jüngeren und besser qualifizierten Arbeitnehmern (...) ist eine Entwicklung zu beobachten, wo immer mehr gearbeitet wird und ein Teufelskreis entsteht, in dem private Interessen zunehmend vernachlässigt werden und Arbeit und die beruflichen Kontakte zwangsläufig eine immer wichtigere Bedeutung im Leben bekommen. Langfristig sind die Betroffenen dann auch gefährdet für Burnout-Entwicklungen und psychische Störungen.“

Dr. Wolfgang Bürger
Zentrum f. Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Geringe soziale Unterstützung

- Schwierigkeit, sich langfristig ein stabiles und weitgefächertes soziales Bezugssystem aufzubauen, da Arbeitnehmer immer flexibeler in Bezug auf ihren Arbeitsort sein müssen.
- geringe Vereinbarkeit von Familie und Beruf (starre Arbeitszeiten, wenig Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung)
- Der Existenzkampf am Arbeitsplatz und das Konkurrenzverhalten zwischen Kollegen leisten Phänomenen wie Mobbing Vorschub.
- Probleme in der Mitarbeiterführung, Arbeitnehmer können sich nicht darauf verlassen, Hilfestellungen im Betrieb zu bekommen.
- soziale Krisen
- diskriminierendes Verhalten von Vorgesetzten
- mangelnde Copingstrategien: sowohl mangelnde Stressbewältigungskompetenz als auch mangelnde Führungskompetenzen
- durch ständige Reorganisation hervorgerufene Instabilität sozialer Gruppen (Teams) und Bezugspersonen am Arbeitsplatz
- Erholungsphasen werden kürzer oder verschwinden ganz

Geringe Bedeutsamkeit

- Unterforderung bzw. Monotonie der Arbeitsabläufe
- mangelnde Sinnhaftigkeit der Arbeitstätigkeit
- Unzufriedenheit am Arbeitsplatz

Geringe Belohnung

- keine angemessene Bezahlung, fehlende Anerkennung des Geleisteten (Gratifikationskrisen)
- geringe Möglichkeiten des beruflichen Fortkommens
- Missverhältnis von Engagement und Gratifikation[21]

[21] vgl. zum Modell der „Gratifikationskrise“ Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit, Göttingen

In dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen wird angenommen, dass Erwerbstätige sich immer wieder stark verausgaben, ohne im Vergleich hierzu eine angemessene Belohnungen zu erfahren. Stressreaktionen, die aus einem solchen Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung resultieren, ergeben sich aus der Tatsache, dass unangemessene oder ausbleibende Gratifikationen, die sowohl ökonomisch wie psychologisch wichtige Kontrolle über den eigenen beruflichen Status, bedrohen (fehlende Achtung, fehlender Aufstieg, fehlende Sicherheit).

Ein Teil der Experten weist darauf hin, dass psychische Störungen multifaktoriell bedingt seien, wobei berufliche Belastungen nur einen Teilbereich der möglicherweise miteinander interagierenden Auslöser psychischer Störungen darstellen. Sie müssten immer im Zusammenspiel mit individuellen, persönlichen Voraussetzungen der Personen, z. B. Stressverarbeitungskompetenzen, gesehen werden.

Kombination aus steigenden Belastungen und dem Wegfall von Ressourcen

- hoher Arbeits- und Zeitdruck kombiniert mit einer hohen Verausgabungsbereitschaft und ungenügender Stress-Bewältigung
- Arbeitintensivierung – hierdurch höhere Arbeitsanforderungen und ein verschlechtertes psychosoziales Arbeitsmilieu
- Zusammenspiel betrieblicher und gesellschaftlicher Veränderungen in Kombination mit persönlichen Bewältigungsdefiziten und familiären (Zukunfts-)Problemen

Die Studie „Arbeitsbedingungen und psychische Störungen“ zeigt, dass die Art der psychischen Störung mit spezifischen potenziellen Stressoren der Arbeitssituation in Beziehung steht. Die Genese psychischer Erkrankungen werde sowohl von Faktoren der Arbeitssituation (Stressoren, Ressourcen) als auch von Personenvariablen (Stressverarbeitung, Arbeitsengagement) beeinflusst [22]:

- Stressoren, die zu einem erhöhten Regulationsaufwand führen und damit Druck- und Überforderungserleben auslösen, beeinflussen die Ausprägung von Angst- und psychosomatischen Beschwerden
- Arbeitsbedingungen, die mit geringen Ressourcen und geringer Qualität der Arbeit einhergehen, beeinflussen die Ausprägung von depressiven Störungen.

Einige Experten sahen Arbeitsbelastungen nicht als Ursache für psychische Erkrankungen an. Nicht Arbeitsbedingungen an sich verursachten psychische Erkrankungen, sondern nur bei Personen, die eine entsprechende Disposition (Vulnerabilität) haben, könnten psychische Störungen ausgelöst oder verstärkt werden.

„Arbeitsbedingte Faktoren haben einen bedeutenden Einfluss auf die Manifestation, weniger auf die Genese psychischer Erkrankungen. (...). Die klassische „Assoziationsforschung“ erlaubt keine Unterscheidung zwischen beruflicher und außerberuflicher Kausalität (sehe ich meine Arbeit und ihre Bedingungen negativ, weil ich depressiv bin, oder werde ich wegen der Arbeitsbedingungen depressiv...).

Mitarbeiter mit arbeitsbezogenen psychischen Problemen berichten ganz dominierend über zwischenmenschliche Probleme im Arbeitsleben, denen vermehrte Aufmerksamkeit zukommt (Führungskompetenz der Vorgesetzten, Konfliktmanagement usw.). Wesentlich ist die soziale Unterstützung psychisch vulnerabler oder erkrankter Menschen im Unternehmen, durch Kollegen, Vorgesetzte, Betriebsärzte....“

Dr. med. Joachim Stork
AUDI AG, Ingolstadt

„Die Frage, ob die zunehmende Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit in verschiedenen Arbeitsbereichen zu einer Zunahme der genannten Diagnosen führt, ist nicht leicht zu beantworten. Nach meiner Einschätzung besteht bisweilen die Neigung, derartige Faktoren zu überschätzen.“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Kompetenznetz Depression, Suizidalität, Neurophysiologie, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

[22] vgl. Leidig, S: „Arbeitsbedingungen und psychische Störungen“, 2003 sowie Leidig, S.: „Angst und Arbeitsbedingungen“, in: Bassler, M., Leidig. S. (Hrsg.) Psychotherapie der Angsterkrankungen (2005)

Wandel der Belastungsstrukturen in der Arbeitswelt

In der Arbeitswelt lässt sich ein mehr oder weniger ausgeprägter Wandel der Rahmenbedingungen und der Belastungsstrukturen beobachten.

Vier Hypothesen, die den Wandel beschreiben

Die Experten wurden gebeten, zu vier vorgegebenen Hypothesen hinsichtlich eines zu beobachtenden Wandels der Rahmenbedingungen sowie der Belastungsstrukturen Stellung beziehen, inwieweit diese Entwicklungen aus ihrer Sicht in einem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bei Berufstätigen bzw. mit der Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten stehen.

Die vier Hypothesen wurden wie folgt beschrieben:

- **„Arbeitsverdichtung“:**

Arbeitsverdichtung

In vielen Branchen wird trotz steigenden Arbeitsvolumens mit immer weniger Personal gearbeitet. Die „Verschlankung“ der Betriebe führt zu wachsendem Zeitdruck und häufigen Überlastungssituationen, weil keine Kapazitätspuffer mehr vorhanden sind.

- **„Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und diskontinuierliche Erwerbskarrieren":**

Erosion des Normalarbeitsverhältnisses

Immer mehr Beschäftigte müssen im Laufe ihres Berufslebens mehrfach die Stelle und sogar den Beruf wechseln. Befristete Beschäftigungsverhältnisse nehmen zu. Zeiten der Beschäftigung wechseln mit Zeiten der Arbeitslosigkeit.

- **„Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft“:**

Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft

Zunahme von Arbeitsbelastungen im Zusammenhang mit sozialen Beziehungen (Kommunikation mit Kunden und Kollegen usw.)

- **„Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit“:**

Subjektivierung von Arbeit

Von Arbeitnehmern wird zunehmend erwartet, dass sie sich selbst steuern, auf die Anforderungen der Kunden und Märkte reagieren und selbständig Probleme lösen – anstatt definierte Arbeitsaufgaben auf vorgezeichneten Wegen zu bewältigen. Dies führt dazu, dass die Anforderungen der Arbeit für immer mehr Menschen zu einem alles bestimmenden Element ihres Lebens werden. Die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben verschwimmen.

Im Folgenden wird die Diskussion der verschiedenen Hypothesen aus der Sicht der Experten zusammenfassend dargestellt.

„Arbeitsverdichtung“

Die Expertinnen und Experten waren sich weitgehend darin einig, dass eine zunehmende Arbeitsverdichtung mit psychischen Erkrankungen bei Berufstätigen bzw. mit der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störung in Zusammenhang steht:

- Durch eine zunehmende Arbeitsverdichtung gingen Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie Kapazitätspuffer verloren.
- Verschlankung ginge häufig mit geringfügiger Beschäftigung und Leiharbeit (Randbelegschaft) auf der einen Seite und Überstunden auf der anderen Seite einher. In der Zukunft werde sich die Situation aller Voraussicht nach weiter verschärfen.
- Es fehlten immer mehr Spielräume und Kapazitätspuffer sowie Möglichkeiten individueller Bewältigungsstrategien.
- Arbeitsverdichtung könne zu psychischen Erkrankungen führen, wenn der Leistungsdruck aufgrund der Arbeitsverdichtung nicht bewältigt werden kann. Dies träfe zu, wenn nicht genügend Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stünden. Arbeitsverdichtung führe jedoch nicht unweigerlich zu psychischen Störungen. Sie könne aber dazu führen, wenn eine entsprechende Prädisposition der Person bzw. der Umstände vorhanden ist (z. B. aufgrund mangelnder sozialer Unterstützung und aufgrund mangelnder Selbstbewältigungskompetenzen)
- Der zwischenmenschliche Rückhalt in der Arbeitswelt nehme bei zunehmender Belastung (Arbeitsverdichtung) ab.
- Arbeitsverdichtung stünde häufig in Verbindung mit ungünstigen betrieblichen Rahmenbedingungen, wie z. B. reduzierte Erholzeiten, Mangel an sozialer Unterstützung, ungünstigen Umgebungsfaktoren, wenig „humanorientiertem“ Führungsverhalten. Diese Belastungen könnten zu psychischen Erkrankungen führen.

Einige Experten waren jedoch der Ansicht, dass aus Arbeitsverdichtung nicht zwangsläufig psychische Erkrankungen resultieren müssen:

- Arbeitsverdichtung spiele eine Rolle, jedoch nicht die, die ihr gemeinhin zugewiesen werde. Entscheidend sei der individuelle Umgang mit Belastungen und die dazu vorhandenen Möglichkeiten und Entscheidungsspielräume, sowie die Fähigkeit und Möglichkeit, zeitliche Puffer selbst setzen und nutzen zu können.

„In vielen Betrieben kursiert der Spruch: „Wenn alle gleich viel arbeiten würden, hätten wir genügend Zeit...“. Kapazitätspuffer können über sozial intelligentes, bewältigungsorientiertes und mutiges Führungsverhalten gesteuert werden.“

Dr. med. Natalie Lotzmann
SAP AG, Walldorf

„Stress und Arbeitsdruck haben in den letzten Jahren zugenommen. Die Arbeitsintensivierung führt nicht nur zu vermehrten quantitativen psychischen und physischen Arbeitsanforderungen, sondern auch zu einem verschlechterten psychosozialen Arbeitsmilieu."

PD Dr. Hans-Martin Hasselhorn
Abt. Sicherheitstechnik, Fachgebiet Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz, Bergische Universität Wuppertal

„Als arbeitsbedingter Faktor führt insbesondere der hohe Arbeitsdruck zu einer Zunahme von Angststörungen. Geringe Spielräume und fehlende soziale Unterstützung erhöhen hingegen die Gefahr, an einer Depression zu erkranken."

Prof. Dr. Peter Richter
Institut für Arbeit-, Organisations- und Sozialpsychologie, Technische Universität Dresden

„Diese Veränderungen tangieren sehr stark das Bedürfnis der Menschen nach Kontinuität, Orientierung, Sinnfindung, Existenzsicherung etc. und können dadurch auf Dauer zu einer psychischen Beanspruchungsgröße werden."

Marion Rost
DaimlerChrysler AG, Wörth

- Bei unterschiedlichen Anforderungen und weniger sozialer Unterstützung sei die individuelle Fähigkeit des Umgangs mit Belastungen entscheidend.
- Nicht die Menge der Arbeit, sondern die Unterschiedlichkeit der Anforderungen sei das Problem. Die Arbeitseffizienz sei früher in manchen Bereichen nicht sehr hoch gewesen.

„Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und diskontinuierliche Erwerbskarrieren"

Auch diese These wurde von den Experten weitgehend übereinstimmend als relevant angesehen. Man könne davon ausgehen, dass solche Bedingungen in der Zukunft Normalität sein würden. Eine stärkere psychische Belastung sei anzunehmen:

- Unsichere Berufsperspektiven führten durch hohen Leistungsdruck, um die Weiterbeschäftigung zu sichern, zu psychischer Belastung
- Arbeitsverdichtung führe zu Unsicherheit und Gefühlen der Unkontrollierbarkeit
- Mangelnde Selbstregulationskompetenzen
- und (drohende) Arbeitslosigkeit führen zu Unsicherheit und mangelnder Planbarkeit
- Durch Wegfall von sogenannten „Übergangsmärkten"[23] käme es zu steigenden Belastungen
- Psychische Belastungen könnten durch die Unsicherheit sowie die erhöhten Anforderungen an Flexibilität und Kompetenzen sowie Abnahme von Kommunikation und sozialem Rückhalt am Arbeitsplatz verstärkt werden
- Dieser Faktor werde eine Rolle spielen, da Unsicherheit entstehe und die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke schwierig sei. Soziale Unterstützung sei aber ein wichtiger Puffer beim Umgang mit psychischen Fehlbelastungen.

Einige Experten wandten dagegen ein, dass diese Entwicklung auch Chancen biete, da die Bedingungen durch einen Arbeitsplatzwechsel auch verbessert werden könnten:

[23] In der Strategie der verbesserten Übergänge von einer zur anderen Lebensphase geht es darum, die Rahmenbedingungen zu verbessern, in denen Menschen zwischen Kurz- und Vollzeitbeschäftigung, zwischen privatem Haushalt und Erwerbstätigkeit, zwischen Erwerbstätigkeit und Rente sowie zwischen Bildung und Beschäftigung wechseln können. Vgl. zur Strategie der Übergänge und Übergangsmärkte: Schmid, G: Wege in eine neue Vollbeschäftigung. Übergangsarbeitsmärkte und aktivierende Arbeitsmarktpolitik (2002)

- Die Möglichkeit zur eigenen Gestaltung der Karriere durch Arbeitsplatzwechsel sei nicht grundsätzlich negativ oder pathogen. Belastend sei jedoch für viele sicherlich der Verlust von Sicherheit und Selbstwirksamkeitserleben, wenn die Verlängerung des Arbeitsverhältnisses nur noch von Außenfaktoren abhängt, nicht mehr von der eigenen Leistung. Das Resultat sei dann eine negative Selbstwahrnehmung.

„Alle Änderungen von ‚Normalität' führen bei einem Teil der Bevölkerung (meist zu einem geringen Teil) zu Problemen, stellen jedoch auch Chancen dar. (...) Umstellungen, wenn die individuellen und Umfeldbedingungen stimmen, hat noch nie jemandem geschadet."

Prof. Dr. Klaus Scheuch
Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Technische Universität Dresden

Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft

Der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft als Auslöser für psychische Erkrankungen wurde von den Experten sehr kontrovers diskutiert.

Der Wandel sei an sich noch kein Belastungsfaktor, sondern wirke erst in Kombination mit den beiden vorgenannten Faktoren beeinträchtigend, zumal es sich hierbei nicht unbedingt um eine Zunahme der Arbeitsbelastung handele, sondern eher um eine Verschiebung der Faktoren weg von körperlichen hin zu psychischen Belastungsfaktoren. Vermehrte Emotionsarbeit im Dienstleistungssektor könne einerseits zu einem Burn-out führen, andererseits aber auch soziale Kontakte fördern und positive Effekte haben:

„Diese Entwicklung stellt an sich keinen Risikofaktor dar. Im Gegenteil. Hier können viele Ressourcen am Arbeitsplatz entstehen. Erst damit teilweise gekoppelte Bedingungen wie ständige Erreichbarkeit, ... , mangelnde Führungskompetenz- und Motivationskompetenz der Führungskräfte, mangelnde Partizipation etc. stellen Risikofaktoren dar."

Dr. med. Natalie Lotzmann
SAP AG, Walldorf

- Für eine ständig wachsende Anzahl von Erwerbstätigen träten mit der zunehmenden Beschäftigung im Informations- und Dienstleistungssektor psychische Arbeitsbelastungen in den Vordergrund. Gleichzeitig verlören klassische physikalische und chemische Belastungsfaktoren an Bedeutung. Die Nutzung aufgabenbezogener psychischer Fähigkeiten, wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentration, Lernfähigkeit, Reaktionsfähigkeit, Wahrnehmung sei grundsätzlich positiv zu bewerten". [24]
- Der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft könne insbesondere dann zu einer Verstärkung psychischer Belastungen führen, wenn soziale und kommunikative Fertigkeiten nicht geschult und regelmäßig supervidiert würden. Notwendige soziale und kommunikative Fertigkeiten könne man sich jedoch aneignen bzw. trainieren.
- Die Entwicklung stelle an sich keinen wichtigen Belastungsfaktor dar, weil Kunden- und Kollegenbeziehungen für viele auch befriedigend erlebt würden. Belastend könne jedoch sein, wenn Beschäftigte in einen Rollenkonflikt gerieten, wo einerseits Kundenorientierung gefordert werde, andererseits aber nicht die Zeit oder die Ressourcen für eine vernünftige Abwicklung der Dienst-leistung bestehe und die Betroffenen sich somit in einem ohnmächtigen Konflikt fühlten.

„Dieser Faktor wird nicht generell eine Rolle bei der Genese psychischer Erkrankungen spielen, da soziale Beziehungen sich auch positiv auf das Wohlbefinden auswirken können. Erforderliche kommunikative und soziale Kompetenzen sind prinzipiell erlernbar."

Dr. Hiltraut Paridon
Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit, Dresden

---

[24] vgl. Scheuch, K. Psychomentale Belastung und Beanspruchung im Wandel von Arbeitswelt und Umwelt. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, 32 (1997)

„Der Wandel von produktions- zu dienstleistungsorientierten Arbeitsplätzen ist mit geringerer körperlicher Belastung, erhöhten psychomentalen Anforderungen, größerer Flexibilität und dem Bedarf nach „soft skills“ verbunden, sodass sich hier ein größeres Konfliktpotenzial im psychosozialen Bereich ergibt (Erschöpfung, „Mobbing“, Stress, Depressivität, Überforderung).

Dr. med. Hanno Irle
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin

- Soziale Beziehungen könnten grundsätzlich eine Ressource für psychische Beanspruchungssituationen darstellen. Andererseits stellten die mit einem Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft einhergehenden Arbeitsgegebenheiten hohe Anforderungen an psychosoziale Entlastungsmöglichkeiten. Sollten diese nicht gegeben sein, sei ein Einfluss auf die Entwicklung psychische Erkrankungen denkbar.
- Ein Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft führe auch zu verbesserter sozialer Kompetenz. Vermehrte soziale Kontakte seien vor allem eine Quelle sozialer Verstärkung für die Arbeitsleistung, verlangten aber auch eine entsprechende Dienstleistungshaltung.
- Eine Zunahme von „Kundenorientierung“ in Bezug auf „externe Kunden“ und „interne“ Kunden als Anforderung an alle Arbeitsplätze sei nur eine kurzfristige Belastung in der Phase der Umstellung. In dieser Zeit können Belastungsreaktionen hervorgerufen bzw. begünstigt werden.
- Emotionsarbeit sei mit Sicherheit ein sozialer Stressor.[25]

Einige Experten wandten einschränkend ein, dass der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft sich vorwiegend für bestimmte Beschäftigtengruppen negativ auswirke:

- Studien hätten ergeben, dass eine hohe arbeitsbedingte Erschöpfung insbesondere bei Beschäftigten beobachtet werden könne, die kontinuierlich mit Menschen arbeiten müssten, auf deren Kooperation sie angewiesen seien, die jedoch oft nicht (ausreichend) entgegengebracht werde.[26]
- Der Wandel stelle besonders für lebens- und leistungsängstliche Menschen eine Belastung dar.

---

[25] Im Mittelpunkt des Konzeptes zur Emotionsarbeit stehen emotionale Anforderungen, die ein Arbeitsplatz an den Arbeitnehmer stellt. Dies beinhaltet, dass es betrieblicherseits gefordert wird, dass man bei der Arbeit im Umgang mit Kunden, Klienten etc. bestimmte Emotionen zeigt. Beispiele sind, dass Flugbegleiter (auch unfreundliche) Gäste freundlich behandeln müssen oder dass Krankenpfleger den Patienten gegenüber Mitgefühl zeigen müssen. Die emotionalen Anforderungen spielen insbesondere im Dienstleistungsbereich eine große Rolle, vgl.: Zapf, D., Isic, A., Fischbach, A. & Dormann, C. (2003). Emotionsarbeit in Dienstleistungsberufen. Das Konzept und seine Implikationen für die Personal- und Organisationsentwicklung. In K.-C. Hamborg & H. Holling (Hrsg.), Innovative Personal- und Organisationsentwicklung, Göttingen

[26] vgl. Hasselhorn, H.-M., Nübling, M.: Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland, a.a.O.

„Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit“

Auch die „Entgrenzung und Subjektivierung“ der Arbeit wurde von der Mehrheit der Experten nicht nur mit steigenden negativen Belastungen für die Beschäftigten verbunden. Selbststeuerung und das selbständige Lösen von Problemen sei nur dann ein Risikofaktor für die Genese psychischer Störungen, wenn Überforderung oder starke Fremdkontrolle vorlägen:

- Mit verschwimmenden Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben stiegen die Anforderungen an die Abgrenzungsfähigkeit der Arbeitnehmer. Die negativen Auswirkungen seien sehr stark abhängig von der individuellen Fähigkeit zur Schaffung von Freiräumen für Entspannung.
- Verstärkte Selbststeuerung sei prinzipiell eine positive Entwicklung, die nur dann belastend wirke, wenn unklare oder nicht realisierbare Zielvorgaben gestellt werden und Betroffene für Entwicklungen gerade stehen müssten, die sie selbst gar nicht verantworten können.
- Eine verstärkte Selbststeuerung und die Übernahme von Verantwortung seien eher positiv zu sehen, weil dadurch eine höhere Arbeitszufriedenheit erreicht werden könne.
- Selbständigkeit im Sinne von Eigenkontrolle sei in der Regel mit besserer Befindlichkeit verbunden. Die Verwischung der Grenze von Arbeit und Privatleben sei nur dann negativ, wenn Überforderung oder starke Fremdkontrolle vorliegen.
- Es hänge vom Ausbildungsstand und von den intellektuellen Fähigkeiten der Personen ab, ob dieser Faktor eine Rolle spielt. Ein großer Handlungsspielraum und Herausforderungen beim Problemlösen könnten motivierend und eher gesundheitsfördernd sein. Entsprechende Anforderungen könnten aber auch zu Überforderung führen.
- Eigenverantwortung stärke das Selbstwertgefühl. Im umgekehrten Fall, nämlich durch Wegnahmen von Kompetenzen, könne eher eine Belastung auftreten, die durch Krankheit kompensiert werde.
- Es komme zu einer Zunahme von Verantwortung am einzelnen Arbeitsplatz, insbesondere auch an Arbeitsplätzen mit geringen Anforderungen an die durchlaufene Ausbildung. Die Folge sei eine Zunahme der Belastung des Einzelnen, die nicht mit Arbeitsstunden messbar sei. Die Anforderungen an die Abgrenzungsfähigkeit der Arbeitnehmer, v. a. jedoch an Situationsüberblick und Entscheidungsfähigkeit steige.
- Die Übernahme von Verantwortung sei eher positiv zu werten.

„Grundsätzlich ist das, was Arbeit positiv auszeichnet, dass sie dem Subjekt die Möglichkeit bietet, Subjekt zu sein. (...) Das Problem der Entgrenzung und der Überwindung der Trennung von Arbeit und Nicht-Arbeit kann zwar zu erheblichen individuellen Problemen führen. Schlimmer ist jedoch eine Arbeitstätigkeit, die den Menschen eingrenzt und begrenzt.

Prof. Dr. Klaus Scheuch
Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Technische Universität Dresden

„Die Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit‘ spielt m. E. keine Rolle für die Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen. Im Gegenteil fördert die Möglichkeit der Selbststeuerung der Arbeit die Zufriedenheit. Arbeit ist ein bestimmenden Element des Lebens; die Aufhebung der Trennung von Arbeit und Privatleben existiert erst seit der Industrialisierung und ist positiv zu sehen.“

Dr. Gisela Bartling
Psychologisches Institut I, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

„Die Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit ist z. Z. noch nicht sehr verbreitet und wird sich (...) auch nur bedingt negativ auswirken, da die Auswirkungen sehr stark von der individuellen Fähigkeit zur Schaffung von Freiräumen für Muße und Entspannung abhängig sind. Hier ist ein Lernprozess erforderlich (...).“

Dr. Barbara Kulick
Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz, Speyer

„Vor dem Hintergrund einer globalen Konkurrenz ist man immer teuerer, langsamer und dümmer. Da Arbeit immer mit persönlicher Bedeutung verknüpft ist, bedeutet die tiefe Verunsicherung in der Arbeitswelt auch eine persönliche Bedrohung, weshalb man versucht ist, über Leistung seine Emotionen zu regulieren."

Dr. Stefan Leidig
Externe-Mitarbeiter-Unterstützung emu-systeme, Mannheim

„Entscheidend scheint mir zu sein, dass diese vier Faktoren (...) dann zur Entwicklung psychischer Erkrankungen bei Berufstätigen und damit zu einer Zunahme der Arbeitsunfähigkeit führen, wenn nicht frühzeitig auf den Wandel der genannten Rahmenbedingungen vorbereitet wird."

Dr. Thomas Kirn
Psychotherapeutische Praxis, Dülmen

- Die Hypothese beinhaltet zwei Aspekte:

  1. Selbständig Probleme lösen:

  Hierbei komme es sehr auf die Persönlichkeit des Einzelnen an. Bei manchen führe dies zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, bei anderen zu Überforderung.

  2. Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben:

  Bei Arbeitstätigkeiten, die durch ein „mit nach Hause nehmen" der Probleme charakterisiert sind, sei die Unfähigkeit, sich von den Problemen der Arbeit zu lösen, und ein hohes berufliches Engagement („overcommitment") verantwortlich für das erhöhte Risiko einer psychischen wie physischen Erkrankung.[27]

- Durch die zunehmende Entgrenzung und Subjektivierung der Arbeit entstünde durch das Prinzip der „Indirekten Steuerung" eine deutlich höhere Belastung: Die bisherige Unterordnung unter den „fremden Willen" werde ersetzt durch die Instrumentalisierung des eigenen Willens als Organisationsprinzip.[28]

Wie die Ausführungen zeigen, halten die befragten Experten die vier Hypothesen für relevante Beschreibungen des Wandels der Arbeitswelt. Die zum Teil sehr kontrovers geführte Diskussion zeigt jedoch auch, dass die beschriebenen Veränderungen sowohl Chancen als auch Risiken bergen. Inwieweit sie psychische Erkrankungen fördern, kann daher nicht eindeutig beantwortet werden.

Deutlich wurde jedoch, dass eine Veränderung der Arbeitsbelastung immer dann für die Beschäftigten am ehesten mit einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit und des psychischen Wohlbefindens einhergeht, wenn die Arbeitstätigkeit mit ausreichenden Ressourcen in Form von sozialer Unterstützung sowie ausreichenden Handlungs- und Entscheidungsspielräumen verbunden ist.

---

[27] vgl. Hasselhorn, H.-M., Nübling, M.: Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland, a.a.O.

[28] Das Prinzip der „indirekten Steuerung" gruppiert sich um die Begriffe „Selbstorganisation" und „Kontextsteuerung". Dabei sind beide Aspekte einander bedingende Momente einer Steuerungsauffassung, die im Kern darauf zielt, Beschäftigte zu einer selbsttätigen Steigerung der Leistungsverausgabung zu bringen. Selbstorganisation meint in diesem Zusammenhang zunächst die Gewährung von Handlungsspielräumen auf der Ausführungsebene, also hinsichtlich der Wahl der Mittel und Methoden zur Erreichung eines Ziels. Kontextsteuerung wiederum zielt auf die Festlegung der zu erreichenden Ziele sowie die Motivation der Beschäftigten, diese Ziele zu ihren eigenen zu machen. Vgl. dazu: Glissmann, W. und K. Peters, 2001: Mehr Druck durch mehr Freiheit – Die neue Autonomie in der Arbeit und ihre paradoxen Folgen, Hamburg.

6. Psychische Erkrankungen: Erfahrungen und Sichtweisen der Bevölkerung

Hohe Aufmerksamkeit psychischer Erkrankungen in den Medien

Psychische Erkrankungen sind ein in der Bevölkerung zunehmend breit diskutiertes Thema. Dazu trägt sicherlich auch die hohe Aufmerksamkeit bei, die der Problematik in den Medien zuteil wird. Die Tatsache, dass immer mehr Menschen über Symptome und Hintergründe psychischer Erkrankungen informiert sind, führt offenbar dazu, dass auch in der ärztlichen Praxis offener über psychische Beschwerden gesprochen wird bzw. eine psychische Störung als Diagnose vom Patienten eher akzeptiert wird (vgl. Diskussion in Kapitel 4 des Schwerpunktthemas).

Stigmatisierung offenbar nach wie vor Hindernis für die angemessene Versorgung

Dennoch werden Stigmatisierung und eine nach wie vor mangelnde Akzeptanz in der Bevölkerung immer noch als ein wesentliches Hindernis für die angemessene Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen angesehen. So kommt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten zu dem Schluss:

Spielen Tabuisierung und Stigmatisierung in der deutschen Bevölkerung eine Rolle?

„Psychisch Kranke und speziell Depressive leiden subjektiv und objektiv unter Stigmatisierung und mangelnder Akzeptanz ihrer Krankheit durch die Gesellschaft. Ihre Leiden bleiben infolgedessen häufig hinter einer Mauer aus Schweigen und Scham verborgen“.[29]

Es stellt sich daher die Frage, inwieweit Tabuisierung und Stigmatisierung psychisch Erkrankter in der deutschen Bevölkerung nach wie vor eine Rolle spielen.[30]

Darüber hinaus hat die Diskussion im vorangegangenen Kapitel gezeigt, dass arbeitsbedingte Faktoren für die Genese psychischer Störungen von großer Bedeutung sind. Doch wie sieht es mit der Einstellung zu psychischen Erkrankungen bei Kollegen und Vorgesetzten aus? Werden psychische Erkrankungen als Ursache für Fehlzeiten genauso akzeptiert wie körperliche Erkrankungen?

In der DAK-Bevölkerungsbefragung wurden mehr als 1000 Erwerbstätige befragt

Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung wurde eine repräsentative Stichprobe von mehr als 1000 Erwerbstätigen zu ihrer Wahrnehmung und der Akzeptanz psychischer Erkrankungen gefragt. Die Befragung wurde im Februar 2005 durchgeführt.

Wahrnehmung psychischer Erkrankungen

Die Ergebnisse der Befragung werden im Hinblick auf drei Fragestellungen analysiert:

- Wie werden psychische Erkrankungen in der Bevölkerung wahrgenommen?

---

29 Vgl. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III. (2001) a.a.O.

30 vgl. hierzu auch Gaebel, W.: Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration, in: DÄB, 12/2004

Einstellung zum Versorgungssystem
Erfahrungen am Arbeitsplatz

- Wie ist die Einstellung der Befragten in Bezug auf das medizinische und/oder psychotherapeutische Versorgungssystem?
- Welche Erfahrungen machen die Befragten mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz?

Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung

Die Entwicklung psychischer Erkrankungen wird mit großer Aufmerksamkeit verfolgt

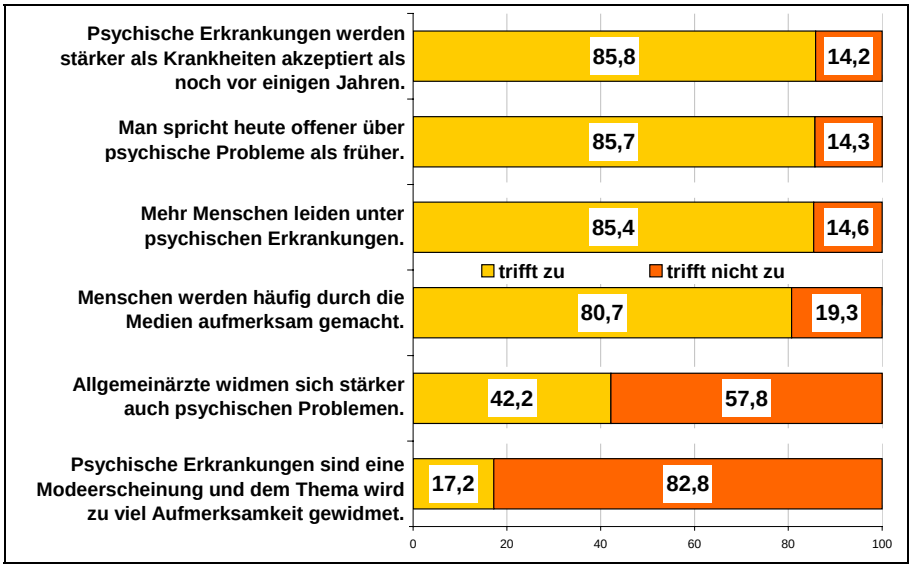
In der Bevölkerungsumfrage wurde nach der Wahrnehmung psychischer Erkrankungen allgemein, sowie konkret von Angststörungen und depressiven Störungen gefragt. Sind psychische Erkrankungen nach wie vor ein Tabuthema? Oder wird dem Thema sogar zuviel Aufmerksamkeit gewidmet?

Die Ergebnisse zeigen, dass die Entwicklung psychischer Erkrankungen mit großer Aufmerksamkeit verfolgt wird:

Abb. 30

Frage 9: „Im Folgenden geht es um den Umgang mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen. Bitte sagen Sie, ob Sie die folgenden Aussagen für zutreffend oder nicht zutreffend halten."

Abbildung 30



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Psychische Erkrankungen nehmen in der Wahrnehmung zu

In der Wahrnehmung der Bevölkerung nehmen psychische Erkrankungen an Bedeutung zu: Der Aussage „Ich habe den Eindruck, dass heute mehr Menschen als noch vor einigen Jahren unter psychischen Erkrankungen leiden" stimmten 85,4 % der Befragten zu.

Psychische Erkrankungen werden eher akzeptiert

Nach Ansicht der Befragten wird über psychische Erkrankungen heute offener gesprochen und psychische Störungen auch eher als Krankheit akzeptiert: 86 % stimmten diesen Aussagen zu.

Medienberichterstattung trägt zur Aufmerksamkeit bei

Vor allem die breite Thematisierung in der Medienberichterstattung hat offenbar zu einer stärkeren Wahrnehmung und Erhöhung der Akzeptanz beigetragen: 81 % der Befragten meinen, dass die Medien eine wichtige Rolle für die erhöhte Aufmerksamkeit in Bezug auf psychische Erkrankungen spielen.

Rolle der Allgemeinärzte eher verhalten gewertet

Dagegen wird die Rolle der Allgemeinärzte eher verhalten gewertet: Nur 42 % der Befragten glauben, dass sich Allgemeinärzte heute stärker psychischen Problemen widmen als früher.

Psychische Erkrankungen nicht nur Modethema

Eine deutliche Absage erteilten die Befragten der Aussage, dass die Relevanz des Themas überschätzt werde: 83 % waren der Ansicht, dass es sich hierbei nicht um eine Modeerscheinung handele, der zu viel Aufmerksamkeit gewidmet werde.

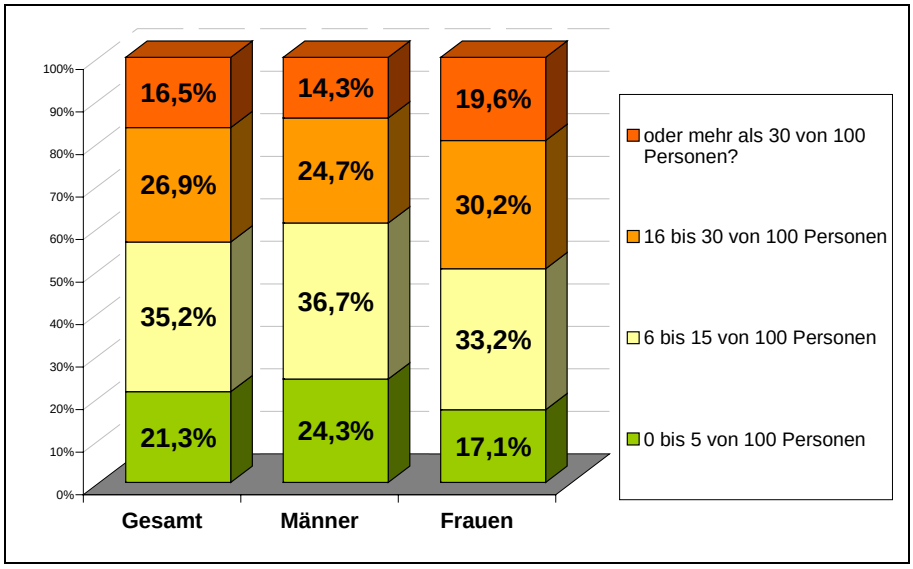
Sind Angststörungen und Depressionen in der Bevölkerung ein Begriff?

Eine weitere Frage zielte auf die Wahrnehmung konkreter Krankheitsbilder wie Angststörungen und depressive Störungen ab. Sind diese Phänomene in der Bevölkerung überhaupt ein Begriff? Wie informiert sind die Befragten über die Bedeutung dieser speziellen psychischen Störungen?

Gefragt wurde nach dem geschätzten Anteil von Personen, die im Laufe ihres Leben unter einer „behandlungsbedürftigen Angststörung" bzw. unter einer Depression leiden, „die von einem Arzt oder Therapeuten behandelt werden sollte". Abbildung 31 und Abbildung 32 zeigen die Verteilung der Antworten auf die verschiedenen Antwortkategorien.

Abbildung 31

Abb. 31



Frage 8: „Was glauben Sie, wie viele von 100 Personen leiden ... im Laufe ihres Lebens unter einer behandlungsbedürftigen Angststörung? Sind das..."

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

- Die Mehrheit von 35,5 % schätzte den Anteil der im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Angststörung Erkrankten auf zwischen 6 % und 15 %,
- 27 % der Befragten glauben, dass die Lebenszeitprävalenz bei bis zu 30 % liegt,

- 16,5 % schätzen den Anteil der im Laufe ihres Lebens von Angststörungen Betroffenen sogar auf über 30 %.
- Nur etwa ein Fünftel (21 %) der Befragten vermutete eine deutlich geringere Lebenszeitprävalenz von nicht mehr als 5 %.

Tendenz, die Häufigkeit von Angststörungen zu überschätzen

Im Vergleich zu der in Studien ermittelten Lebenszeitprävalenz von etwa 15 %, zeigen die Befragten also sogar eine Tendenz, die Häufigkeit von Angststörungen zu überschätzen.

Wie die Befragung darüber hinaus ergab, wird die Häufigkeit von Angststörungen von den männlichen Befragten deutlich geringer wahrgenommen als von den Frauen. Dies ist vermutlich auf die sehr viel größere Betroffenheit von Frauen hinsichtlich behandlungsbedürftiger Angststörungen zurückzuführen.

Im Vergleich zu behandlungsbedürftigen Angststörungen wird die Prävalenz depressiver Erkrankungen in der Bevölkerung sogar noch deutlich höher eingeschätzt:

- Nur knapp 9 % der Befragten vermuteten eine sehr geringe Lebenszeitprävalenz mit einem Wert von bis zu 5 %
- 27,5 % schätzten den Anteil der im Laufe ihres Lebens an einer depressiven Störung Erkrankten auf zwischen 6 % und 15 %
- Fast ein Drittel (32,7 %) der Befragten glaubt, dass die Lebenszeitprävalenz bei bis zu 30 % liegt
- Ebenfalls fast ein Drittel (31,2 %) schätzen den Anteil der im Laufe ihres Lebens von behandlungsbedürftigen Depressionen Betroffenen sogar auf über 30 % (vgl. Abbildung 32)

Auch die Häufigkeit von Depressionen wird eher überschätzt

Damit wurde die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen, die Studien zufolge bei etwa 20 % liegt, von einem Teil der Befragten ebenfalls deutlich zu hoch eingeschätzt. Auch die Wahrnehmung von depressiven Störungen war bei den Frauen noch höher als bei den Männern.

Aufmerksame Wahrnehmung von Menschen aus dem Umkreis

Gegen eine Tabuisierung von Angststörungen und depressiven Erkrankungen spricht auch die aufmerksame Wahrnehmung von Menschen aus dem Umkreis, die an einer psychischen Erkrankungen leiden: 46 % der Befragten gaben an, eine oder mehrere Personen zu kennen, die schon einmal unter einer Depression gelitten haben sowie 39 %, eine oder mehrere Personen zu kennen, die schon einmal von einer Angststörung betroffen waren.

Depressive Erkrankungen wirken sich einschränkender auf Arbeitsfähigkeit aus

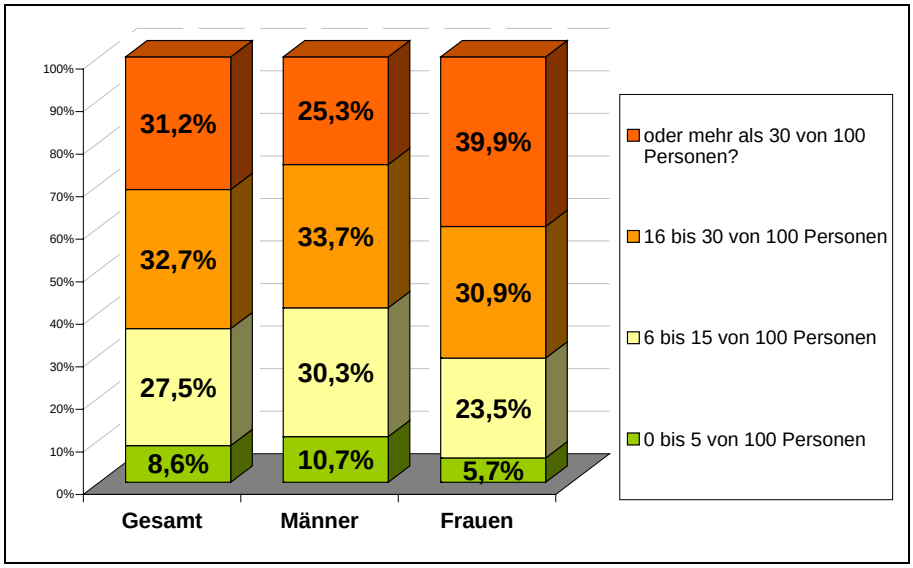
Die auch in diesen Ergebnissen beobachtbare höhere Wahrnehmung von depressiven Störungen ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich depressive Erkrankungen vergleichsweise deutlicher und einschränkender auf die alltägliche Lebensführung und Arbeitsfähigkeit auswirken. Menschen mit Angststörungen haben dagegen vielfach Strategien entwickelt, die dazu führen, dass

angstauslösende Situationen vermieden werden. Bestimmte Angststörungen führen dadurch zu einer vergleichsweise geringeren Beeinträchtigung der alltäglichen Lebensführung. Auf der anderen Seite zeigen Therapien zur Behandlung von Angststörungen sehr rasche und gute Erfolge. Die Therapie depressiver Störungen ist dagegen vielfach von längerer Dauer und depressive Störungen können trotz angemessener Behandlung nach einiger Zeit erneut auftreten, wodurch sie auch von Menschen in der Umgebung deutlicher wahrgenommen werden.

Abbildung 32

Abb. 32

Frage 6: „Was glauben Sie, wie viele von 100 Personen leiden ... im Laufe ihres Lebens unter einer Depression, die von einem Arzt oder Therapeuten behandelt werden sollte? Sind das...“



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Bevölkerung zeigt hohe Sensibilität

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, vermutlich auch durch die breite Thematisierung in den Medien, auf eine insgesamt sehr hohe Sensibilität für die Problematik hindeutet. Eine Tabuisierung des Themas kann in der erwerbstätigen Bevölkerung nicht beobachtet werden. Im Vergleich zu den Frauen ist die Wahrnehmung in der männlichen Bevölkerung jedoch deutlich geringer ausgeprägt.

Einstellung der Befragten in Bezug auf das medizinische und/oder psychotherapeutische Versorgungssystem

Gibt es Vorbehalte, sich in ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung zu begeben?

Die Problematik psychischer Störungen findet in der erwerbstätigen Bevölkerung offenbar breite Beachtung. Doch wie steht es mit der Einstellung der Betroffenen in Bezug auf das Versorgungssystem? Gibt es Vorbehalte und Ängste, die verhindern, dass sich Menschen, die an psychischen Störungen leiden, in ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung begeben?

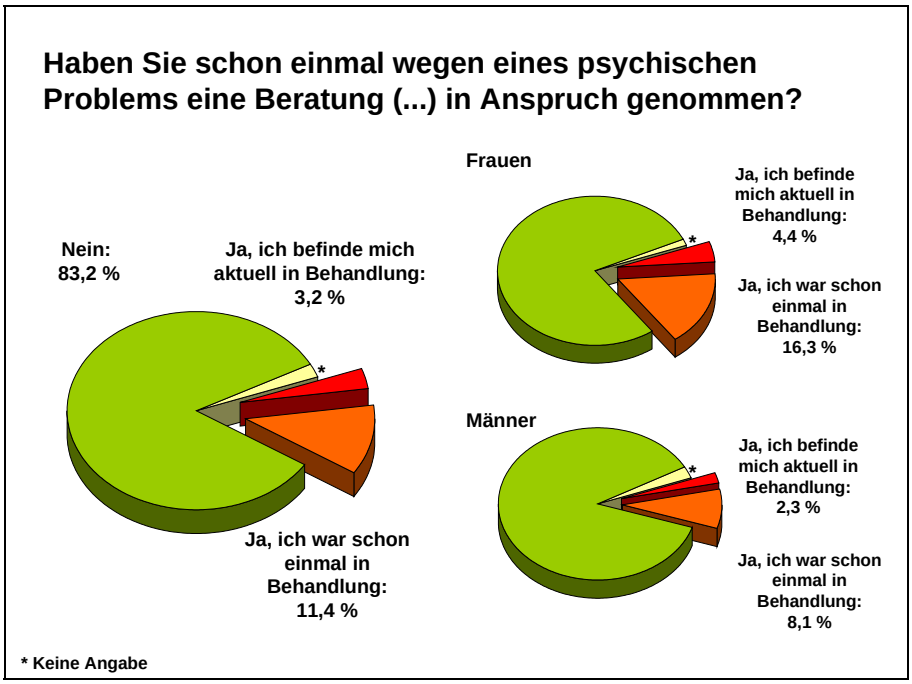
Insgesamt 14,6 % der Befragten waren schon einmal in Behandlung

In der DAK-Bevölkerungsbefragung wurde nach der Zahl derjenigen gefragt, die selbst schon einmal wegen eines psychischen Problems eine Beratung bei einem Arzt oder Therapeuten in Anspruch genommen habe. Insgesamt 14,6 % der Befragten gaben an, aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal in Behandlung gewesen zu sein. Berücksichtigt man, dass vermutlich nicht alle Befragten im Rahmen der telefonischen Befragung eine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung angegeben haben und somit die Zahl der tatsächlich Behandelten etwas höher sein dürfte, ergibt sich eine erstaunlich hohe Behandlungsquote.

Abb. 33

Frage 10: „Haben Sie selbst schon einmal wegen eines psychischen Problems Beratung bei einem Arzt oder Therapeuten in Anspruch genommen?“

Abbildung 33



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Deutliche Unterschiede in der Behandlungsquote von Männern und Frauen

Auffällig sind jedoch die aus Abbildung 33 ersichtlichen deutlichen Unterschiede in der Behandlungsquote von Männern und Frauen. Während bei den Frauen fast 21 % angaben, aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt einmal aufgrund eines psychischen Problems in Behandlung gewesen zu sein, lag der Anteil bei den Männern mit gut 10 % nur halb so hoch. Die unterschiedliche Behandlungsquote entspricht jedoch der geschlechtsspezifischen unterschiedlichen Betroffenheit von psychischen Erkrankungen: Wie bereits im Kapitel „Bundesweite Analyse: Psychische Erkrankungen nach Alter und Geschlecht“ auf S. 22 erörtert wurde, sind Frauen etwa doppelt so häufig von psychischen Erkrankungen betroffen wie Männer.

Einen Hinweis auf etwaige Berührungsängste mit dem medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgungssystem gibt auch die Zeitspanne, die zwischen der Wahrnehmung der Erkrankungssymptome und der Konsultation eines Arztes oder Therapeuten liegt:

Drei Viertel nahmen

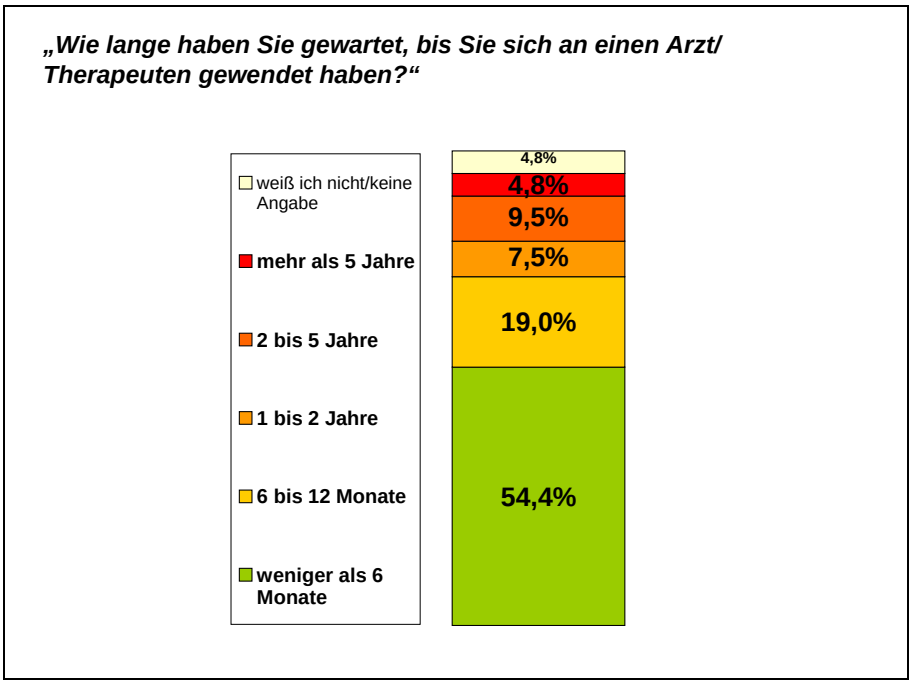
Mehr als die Hälfte der Befragten hatte weniger als 6 Monate ge-

wartet, bevor sie medizinische oder therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben, bei insgesamt fast drei Vierteln der Befragten betrug der Zeitraum zwischen der Manifestation der Erkrankung und der Kontaktaufnahme mit einem Arzt/Therapeuten weniger als ein Jahr.

innerhalb eines Jahres Kontakt zum Arzt oder Therapeuten auf

Abbildung 34

Abb. 34



Frage 12: „Als dieses Problem erstmals auftrat und Sie gemerkt haben, dass Sie damit nicht alleine fertig werden: Wie lange haben Sie da gewartet, bis Sie sich an einen Arzt oder Therapeuten gewandt haben?

Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Betroffenen einen guten Zugang zum Versorgungssystem hat. Jedoch dauerte es bei insgesamt mehr als einem Viertel der Betroffenen länger als ein Jahr, bis eine adäquate Behandlung der psychischen Beschwerden aufgenommen wurde, bei fast 5 % lagen sogar mehr als 5 Jahre zwischen dem Auftreten der Erkrankung und einer entsprechenden Behandlung.

Bei einem Viertel dauert die Kontaktaufnahme bis zu Jahren und länger

Dieser Befund ist nicht nur im Hinblick auf die deutlichen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Arbeitsfähigkeit psychisch Erkrankter, sondern vor allem auch angesichts des insbesondere bei depressiven Störungen hohen Risikos einer Chronifizierung der Erkrankung sowie der bei psychischen Erkrankungen hohen Gefahr der Ko-Morbidität als problematisch zu werten. Für einen Teil der Betroffenen besteht offenbar noch immer eine Hemmschwelle, die den Zugang zum Versorgungssystem behindert bzw. den Zeitraum bis zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen verlängert.

Für einen Teil der Betroffenen existieren offenbar noch Hemmschwellen

Stärkere Rolle des Hausarztes wünschenswert

Möglicherweise könnte die lange Zeitspanne bis zum Beginn einer Behandlung für einen Teil der Betroffenen durch eine stärkere Motivation von Seiten des Hausarztes verringert werden. Wie die Bevölkerungsumfrage ergab, spielt der Hausarzt als „Motivator“, eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen, eine vergleichsweise geringe Rolle (vgl. Abbildung 35).

Behandlungsaufnahme erfordert hohe Eigeninitiative

Vielmehr hängt die Behandlung psychischer Störungen noch immer in hohem Maße von der Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Betroffenen ab. Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung wurde danach gefragt, wie diejenigen, die angeben haben, aktuell bzw. zu einem früheren Zeitpunkt eine Behandlung in Anspruch genommen haben, zu diesem Schritt motiviert worden sind.

Beschwerden werden nur selten im Freundes- und Familienkreis besprochen

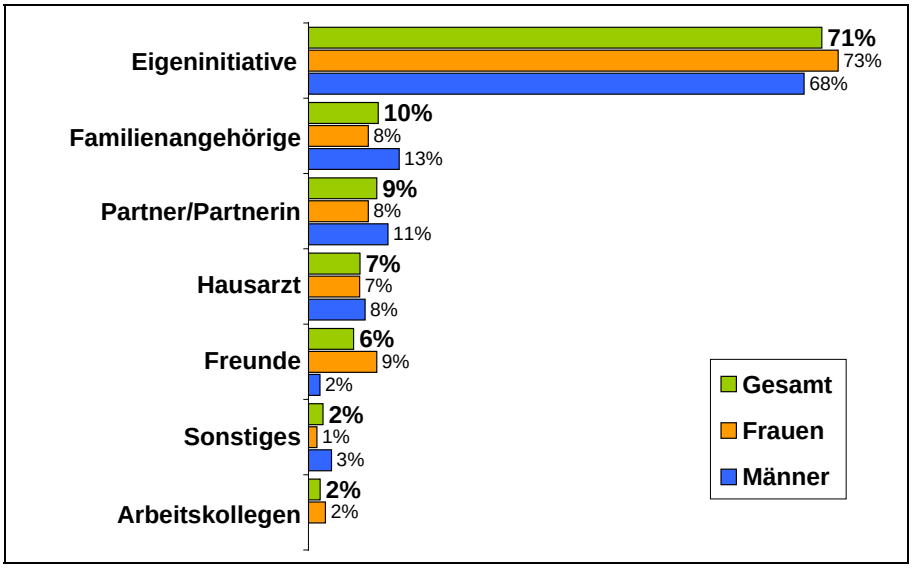
Mehr als 70 % der Betroffenen gaben an, aus Eigeninitiative einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen. Nur ein sehr geringer Teil ist durch Familienangehörige, Partner oder Freunde zu diesem Schritt motiviert worden. Dies lässt vermuten, dass die Beschwerden, die zum Aufsuchen eines Arztes oder Therapeuten geführt haben, nur wenig im Familien- und Freundeskreis besprochen wurden.

Abb. 35

Frage 11: „Wer hat Sie dazu motiviert, wegen Ihres psychischen Problems die Beratung eines Arztes oder Therapeuten in Anspruch zu nehmen?“

(Mehrfachnennungen waren möglich)

Abbildung 35



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Nur ein sehr geringer Teil der psychisch Erkrankten ist nach eigenen Angaben durch den Hausarzt dazu motiviert worden, sich in eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

Interessante Unterschiede ergeben sich hinsichtlich des Zugangs zum Versorgungssystem von Männern und Frauen: Für Männer spielt die Motivation durch Familienangehörige, die Partnerin oder auch den Hausarzt eine deutlich größere Rolle als bei den Frauen.

Männer besprechen Beschwerden nicht mit Freunden

Dagegen wird die Problematik von Männern mit Freunden offenbar fast nie und mit Arbeitskollegen überhaupt nicht besprochen, während Frauen ihre Beschwerden sogar häufiger mit Freunden als mit dem eigenen Partner besprechen.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass Stigmatisierung und Tabuisierung für Männer noch eher ein Hindernis für den Zugang zum medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem darstellen. Beschwerden werden offenbar nur im sehr engen, vertrauten Rahmen besprochen, während Frauen tendenziell eher auch den Freundeskreis mit einbeziehen und dadurch vermutlich eine breitere Unterstützung und Akzeptanz erfahren.

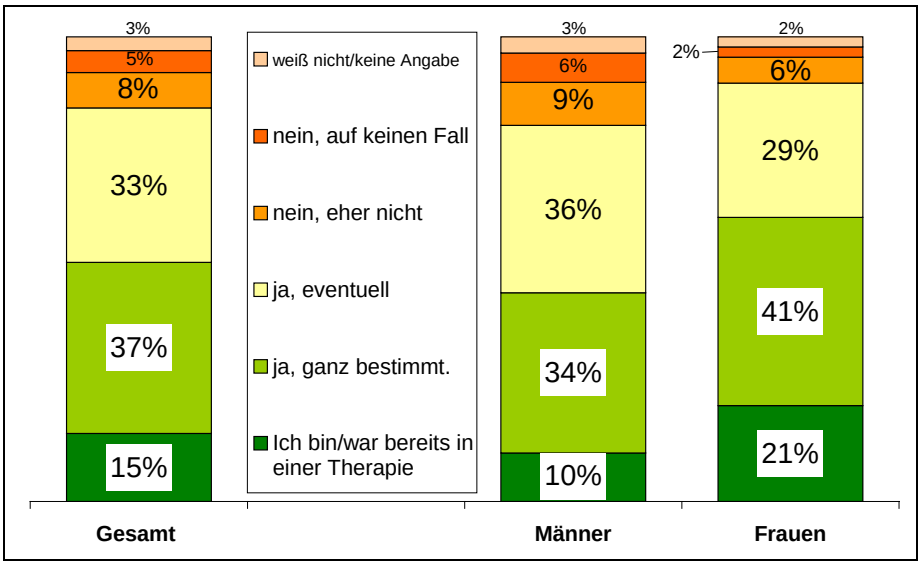
Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass die Einstellung der Befragten gegenüber der Problematik psychischer Erkrankungen von vergleichsweise hoher Offenheit und Akzeptanz geprägt ist. Doch wie sieht es aus, wenn man selbst Betroffener wäre?

In der Bevölkerungsumfrage wurde danach gefragt, inwieweit man sich vorstellen könne, wegen eines psychischen Problems zu einem Arzt oder Therapeuten zu gehen (vgl. Abbildung 36.)

Abbildung 36

Abb. 36

Frage 14: „Könnten Sie sich vorstellen, wegen psychischer Probleme zu einem Arzt oder Therapeuten zu gehen?“



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Ergebnisse zeigen große Offenheit, zum Arzt oder Therapeuten zu gehen

Die Ergebnisse zeigen auch hier eine erstaunlich große Offenheit gegenüber der Vorstellung, sich aufgrund eines psychischen Problems vom Arzt oder Therapeuten behandeln zu lassen: 85 % der Befragten gaben an, entweder schon in Behandlung zu sein, oder sich „bestimmt“ oder „eventuell“ vorstellen zu können, wegen eines psychischen Problems in Behandlung zu begeben. Nur insgesamt 13 % standen dieser Option ablehnend gegenüber.

Ressentiments kaum erkennbar

Ausgeprägte Ressentiments gegenüber der Vorstellung, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken und sich entsprechend behandeln zu lassen bestehen offenbar nicht bzw. werden im Rahmen des telefonischen Interviews nicht geäußert. Die Befragung ergab jedoch auch hier deutliche Unterschiede in der Akzeptanz der Behandlung psychischer Störungen bei Männern und Frauen: Insgesamt 15 % der männlichen Befragten konnten sich „eher nicht" oder „auf keinen Fall" vorstellen, bei einer psychischen Erkrankungen zum Arzt oder Therapeuten zu gehen, bei Frauen lag dieser Anteil nur bei 8 %. Die unterschiedliche Akzeptanz ist vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass Männer sich eine eigene Betroffenheit in geringerem Maße vorstellen können, bzw. eine solche Vorstellung nicht mit sich in Verbindung bringen wollen.

Mehr Vorbehalte bei Männern

Die Befragungsergebnisse machen deutlich, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme des medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystems insbesondere auf den Abbau von Vorbehalten von Seiten männlicher Betroffener abzielen sollten.

Welche Erfahrungen machen die Befragten mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz?

Die Diskussion im vorangegangenen Kapitel hat gezeigt, dass psychische Belastungen am Arbeitsplatz einen großen Einfluss auf die Entstehung psychischer Störungen haben. Vor dem Hintergrund, dass eine steigende Zahl der Fehltage in deutschen Betrieben auf psychische Erkrankungen zurückzuführen ist, wurden die Befragten um ihre Einschätzung und Einstellung zum Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz gebeten.

Die Befragten sollten hierzu ihre Zustimmung bzw. Ablehnung gegenüber mehreren vorgegebenen Aussagen geben.

Befragte finden es gut, dass Menschen mehr auf das psychische Wohlbefinden achten

Die Bewertung zeigt eine überwiegend hohe Akzeptanz von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen:

- Insgesamt 85 % stimmten der Aussage „Ich finde es gut und wichtig, dass die Menschen immer mehr auch auf ihr psychisches Wohlbefinden Acht geben" voll bzw. eher zu (vgl. Abbildung 37). Nur 13 % äußerten sich zurückhaltend bzw. ablehnend.

Die negativ formulierte Aussage „Ich halte es für übertriebene Schonhaltung, wenn man wegen psychischer Probleme der Arbeit fern bleibt", bekam dagegen ebenfalls einige Zustimmung:

Psychische Erkrankungen kein Grund für Arbeitsunfähigkeit?

- Immerhin 23 % stimmten dieser Aussage voll bzw. eher zu. Fast ein Viertel der Befragten ist also offenbar der Ansicht, dass psychische Erkrankungen kein Grund sind, der Arbeit fernzubleiben.

Abbildung 37

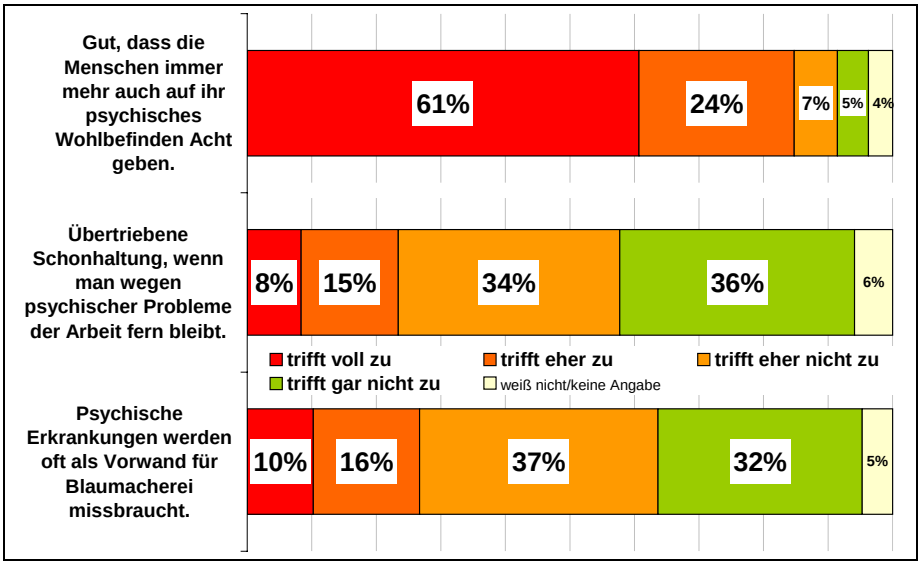


Abb. 37

Frage 15: „Eine steigende Zahl der Fehltage in deutschen Betrieben ist psychischen Erkrankungen zuzurechnen. Bitte sagen Sie, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen“

Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

26 % glauben an Blaumacherei

Diese Haltung spiegelt auch die Zustimmung zu der folgenden Aussage wider:

- 26 % der Befragten waren voll oder eher der Ansicht, „dass psychische Erkrankungen oft als Vorwand für Blaumacherei missbraucht werden“.

Wenngleich also der weitaus größte Teil der Befragten eine hohe Toleranz gegenüber Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen zeigte, zeigt immer noch ein nicht geringer Teil deutliche Vorbehalte. Dies zeigt sich auch in der pauschalen Wahrnehmung der Vorgesetzten bzw. Kollegen (vgl. Abbildung 38):

30 % zweifeln am Verständnis des Vorgesetzten

- Insgesamt 30 % der Befragten glauben, dass der oder die Vorgesetzte „wenig Verständnis dafür hat, wenn ein Mitarbeiter wegen psychischer Probleme fehlt“.

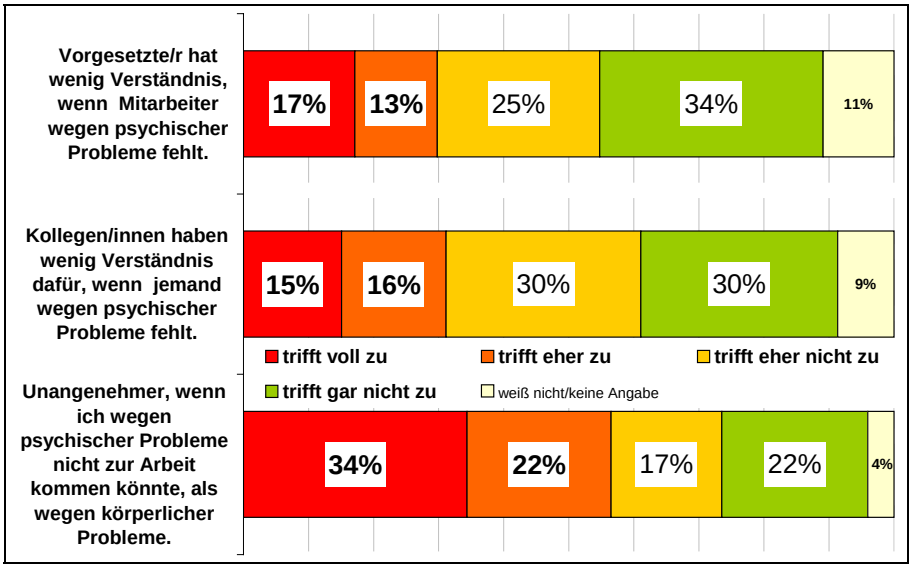
Gewisse Zweifel am Verständnis der Kollegen

- Ähnlich hoch ist die Skepsis gegenüber der Haltung der Kollegen: Weniger als ein Drittel halten es für ausgeschlossen, dass den Kollegen das Verständnis dafür fehlt, wenn jemand wegen psychischer Probleme am Arbeitsplatz fehlt. Fast ein Drittel glaubt hingegen, dass die Kollegen hierfür kein Verständnis hätten.

Abbildung 38

Abb. 38

Frage 15:
„Eine steigende Zahl der Fehltage in Betrieben ist psychischen Erkrankungen zuzurechnen. Bitte sagen Sie, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.“



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

35 % wäre es unangenehm, wegen einer psychischen Erkrankung fehlen zu müssen

Die Unsicherheit gegenüber der Akzeptanz von Ausfallzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen zeigt sich in der großen Zustimmung zu der folgenden Aussage:

- 35 % der Befragten wäre es persönlich unangenehmer, wegen psychischer Probleme nicht zur Arbeit zu kommen, als wegen körperlicher Probleme arbeitsunfähig zu sein. Weitere 22 % stimmen dieser Aussage „eher zu“.

Insgesamt 56 % haben also eher große Bedenken, aufgrund einer psychischen Erkrankung bei der Arbeit zu fehlen. Nur jeder Fünfte glaubt, dass eine psychische Erkrankung als Ursache für das Fehlen am Arbeitsplatz genauso akzeptiert würde, wie jede andere körperliche Erkrankung auch.

Dem Anschein nach keine Stigmatisierung oder Tabuisierung

Skepsis gegenüber „Simulanten“

Zweifel am Verständnis von Vorgesetzten und Kollegen

Männern haben eher Hemmungen, Hilfe in Anspruch zu nehmen

Die Einstellung der befragten Erwerbsbevölkerung lässt sich zusammenfassend wie folgt beschreiben:

- Einerseits vermeiden die Beschäftigten in der Befragung jeden Anschein von Tabuisierung oder Stigmatisierung psychisch Erkrankter.
- Untergründig kann jedoch nach wie vor eine gewisse Skepsis beobachtet werden, ob psychische Erkrankungen nicht teilweise doch auf „Simulation“ oder übertriebener Schonhaltung beruhen.
- Ein großer Teil der Befragten äußerte Bedenken, bei einer psychischen Erkrankung das Verständnis der Vorgesetzten und Kollegen zu finden.
- Auch wurden noch gewisse Hemmschwellen vor allem bei Männern beobachtet, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

7. Neue Versorgungsansätze bei der Behandlung psychischer Erkrankungen – Projektvorhaben der DAK

Defizite in der Behandlung psychisch Kranker

Die angemessene Behandlung psychisch kranker Menschen stellt eine Herausforderung dar, der das Gesundheitssystem offenbar nicht in gleichem Maße nachkommt, wie etwa bei der Versorgung somatischer Erkrankungen. Defizite in der ambulanten Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen, wie die diskontinuierliche und unkoordinierte Versorgung, werden unter anderem am Beispiel der Versorgung von Patienten mit depressiven Störungen deutlich.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) bestätigt, dass nur ein relativ kleiner Teil von Menschen mit psychischen Störungen eine nach modernen Behandlungsleitlinien als adäquat zu bezeichnende Behandlung erhält.[31] Er bezieht sich bei seinen Aussagen exemplarisch auf die Versorgung von Patienten mit depressiven Störungen.

40 % erhalten beim Hausarzt keine depressionsspezifische Therapie

Laut der im SVR-Gutachten zitierten bundesweiten Depressions-Screening-Studie „Depression 2000“[32] erhielten rund 40 % der in Allgemeinarztpraxen versorgten Betroffenen keine depressionsspezifische Therapie. Hauptursache sei, dass sie nicht als depressiv oder therapiebedürftig angesehen würden. Nach Angaben des Sachverständigenrates kommt hinzu, dass Hausärzte depressive Patienten häufig nicht oder nicht zeitgerecht in eine spezialärztliche Weiterbehandlung überweisen.

Rat empfiehlt Stärkung der psychiatrischen Kompetenz

Für die Behandlung depressiver Störungen empfiehlt der Rat eine Stärkung der psychiatrischen Kompetenz aller Professionellen, die an der Versorgung depressiv Erkrankter beteiligt sind, insbesondere jedoch der Hausärzte. Für den hausärztlichen Bereich sollten symptomorientierte evidenzbasierte Leitlinien zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen entwickelt und implementiert werden.

DAK hat Modellprojekte angestoßen

Die DAK hat auf die vom Sachverständigenrat in Bezug auf die Behandlung psychischer Erkrankungen zusammengestellten Empfehlungen mit einer Reihe von Projekten und Vorhaben reagiert:

---

31 vgl. Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ des Gutachtens 2000/2001, Kapitel 13

32 vgl. Wittchen, H.-U.: Die Studie „Depression 2000“. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen, in: Fortschritte der Medizin, Bd. 188, Sonderheft I/2000

Das Modellprojekt „Psy-Case-Management“ der DAK

Insbesondere psychosomatische Erkrankungen verursachen aufgrund der oftmals zunächst auftretenden somatischen Beschwerden hohe Kosten in allen Leistungsbereichen, ohne dass durch die Therapie eine kausale Behandlung oder dauerhafte Beschwerdelinderung erreicht wird. Eine aktuelle DAK-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen durchschnittlich erst nach 7 Jahren eine adäquate Behandlung beginnen[33].

Konzept zur Fallsteuerung für Patienten mit ausgesuchten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Die DAK hat daher in Kooperation mit der Bundesanstalt für Angestellte (BfA) und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ein Konzept zur Fallsteuerung für Patienten mit ausgesuchten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in den Modellregionen Hessen und Rheinland-Pfalz erarbeitet.

Am Anfang steht die frühzeitige Identifikation von psychischen und psychosomatischen Patienten. Nach einer Analyse der persönlichen Versorgungssituation soll in geeigneten Fällen die Einleitung der erforderlichen fachärztlichen/psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie zur Vermeidung einer Chronifizierung sowohl der psychischen als auch der somatischen Erkrankungen erfolgen. Ziel des Projektes ist die Wiedereingliederung des Versicherten in das berufliche und private Leben.

Die Projekt ist im Februar 2005 gestartet, das Ende ist für Dezember 2006 vorgesehen. Der Erfolg des Projektes wird wissenschaftlich evaluiert.

Hausarztvertrag Hessen – Qualitätsanforderung „Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung"

Vermittlung der Fähigkeit, psychische Ursachen für körperliche Erkrankungen zu erkennen und ggf. die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen einzuleiten

Die DAK hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zum 01.04.2005 einen Hausarztvertrag abgeschlossen. Die teilnehmenden besonders qualifizierten Hausärzte müssen neben der Teilnahme an Qualitätszirkeln und einer externen Praxiszertifizierung auch eine Fortbildung in der psychosomatischen Grundversorgung nachweisen. Der Arzt erhält dabei die Fähigkeit vermittelt, psychische Ursachen und Gründe für körperliche Erkrankungen und ihre Wechselwirkungen zu Erkrankungen der Psyche zu erkennen und ggf. die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen einzuleiten.

---

[33] vgl. Zielke, M. et al: Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlungen und Rehabilitation im Langzeitverlauf (2004).

Kooperationsprojekt im Rahmen einer Integrierten Versorgung (IV) für gerontopsychiatrische Erkrankungen

An dem Kooperationsprojekt sind die DAK Bayern, das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, das Krankenhaus Kaufbeuren, die „Blaue Blume Schwaben gGmbH“ sowie niedergelassene Fachärzte und Allgemeinmediziner, ambulante Dienste und das Pflegeinstitut Akademie, Allgäu, beteiligt.

Ziel: Verbesserung der Versorgungsqualität

Ziel dieses Versorgungsmodells ist es, die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung von Patienten mit dementiellen und affektiven Erkrankungen sowie sonstigen gerontopsychiatrischen Störungen durch eine problemorientierte, sektoren- und fachübergreifende Zusammenarbeit in Form einer IV-Versorgungskette zwischen den beteiligten Einrichtungen zu verbessern.

Das Kooperationsprojekt im Rahmen einer Integrierten Versorgung begann im Januar 2005 und endet zum 31.12.2006.Die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Begleitung des Versorgungsmodells erfolgt durch das Institut für Sozialwissenschaftliche Politikberatung.

Modellprojekt (IV) der DAK mit einem ambulanten Zentrum für Sozialpsychiatrie und Nervenheilkunde in Verbindung mit einer stationären Einrichtung sowie ambulanten Leistungsanbietern in Niedersachsen

Durch Bezugstherapeutensystem wird Behandlungscompliance verbessert

Das IV-Modell ist gekennzeichnet durch gemeinsam zu definierende Vorgaben, die sich auf Behandlungsleitlinien stützen. Kernpunkt ist das Bezugstherapeutensystem als direkte und unmittelbare Begleitung im System, welches die Behandlungscompliance verbessert und die Rate für Wiedererkrankungen senkt. Durch dieses Angebot werden wesentliche Belange der psychiatrischen Behandlung in einem ländlich strukturierten Gebiet auf den ambulanten Sektor zentriert.

Ergänzend hierzu existieren regionale Hilfenetze sowie die Einbindung von Hausärzten und der gemeinde-psychiatrischen Versorgung. Die psychiatrische Clearingstelle arbeitet als „Gatekeeper“ für den stationären Bereich und koordiniert die Leistungen. Dadurch wird die rechtzeitige Rückkehr des Patienten aus dem stationären in den ambulanten Bereich gesichert.

Der Beginn der IV-Vereinbarung ist für April 2005 vorgesehen und endet am 31.12.2006. Die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Begleitung wird vom Bereich Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt.

Modellprojekt (IV) der DAK mit einer sozialpsychiatrischen Schwerpunkt-Praxis für die ambulante Versorgung psychisch schwer, chronisch und mehrfach Kranker sowie stationären Einrichtungen und ambulanten Leistungsanbietern in Niedersachsen

An diesem Projekt der Integrierten Versorgung (IV) sind neben einer Schwerpunkt-Praxis und niedergelassenen Ärzten auch ambulante Pflegdienste, Sozialpsychiatrische Dienste, andere ambulante komplementäre Leistungsanbieter, Kliniken, Altenheime sowie Behindertenwerkstätten und Behindertenheime beteiligt.

Kooperation von Praxisärzten mit Hausärzten und Ärzten anderer Fachrichtungen sowie Psychologen und Psychotherapeuten

Durch Kooperationen innerhalb des ländlichen Versorgungsbereiches beraten die Praxisärzte sowohl Hausärzte als auch Ärzte anderer Fachrichtungen fall- und problembezogen. Unter Beteiligung von Psychologen und Psychotherapeuten werden die Behandlungsschritte festgelegt.

Der Beginn der IV-Vereinbarung ist zum 01.04.2005 geplant. Das Projekt endet am 31.12.2006. Die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Begleitung wird vom Bereich Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt.

DAK-Projekt: Behandlungskonzept „Integrierte Versorgung Depression“ mit dem Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg (ehemals LBK), niedergelassenen Ärzten und ambulanten Leistungsanbietern (in Planung)

Projektziel: durch schnelle und effiziente Behandlung die Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren, stationäre Aufenthalte zu vermeiden und einer Chronifizierung vorzubeugen.

Die Zielsetzung des Projektes im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) ist es, durch schnelle und effiziente Behandlung in der Akutphase, die Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren, stationäre Aufenthalte möglichst zu vermeiden und einer Chronifizierung vorzubeugen. Berücksichtigung finden ebenfalls eine Rückfall- und Rezidivprophylaxe. Die vorgesehenen Behandlungsschritte sind modellhaft in einzelnen Module dargestellt und können flexibel angewendet werden. Mit dem Projekt soll eine sektorübergreifende Leistungserstellung praktiziert werden, d.h. die haus- und fachärztliche Versorgung ist in Verbindung zur klinischen Versorgung vorgegeben. Die organisatorische Leitung des Projektes obliegt dem klinischen Bereich im Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten.

Der Projektbeginn ist für Mitte 2005 geplant. Das Projekt endet voraussichtlich zum 31.12.2006. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet.

8 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Gegenüber 1997 Anstieg psychischer Erkrankungen um 70 %

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der berufstätigen DAK-Mitglieder zeigt seit 1997 eine kontinuierliche Zunahme der Krankheitsfälle und –tage wegen psychischer und Verhaltensstörungen sowie von Angststörungen und depressiven Störungen. Im direkten Vergleich der Jahre 1997 und 2004 haben die Arbeitsunfähigkeitstage dieser Krankheitsart um 69 %, die Erkrankungsfälle um 70 % zugenommen.

Anstieg von Angststörungen und depressiven Störungen gegenüber 2000 um 42 % bzw. 27 %

Der Anstieg der depressiven und Angststörungen kann aufgrund der Umstellung des ICD-Diagnoseschlüssels von 1999 auf 2000 nur im Vergleich zum Jahr 2000 angegeben werden. In diesem Zeitraum stieg die Zahl der Ausfalltage aufgrund depressiver Störungen um 42 %, aufgrund von Angststörungen um 27 % an. Im Vergleich dazu war bei den psychischen Erkrankungen in diesem Zeitraum von fünf Jahren insgesamt nur ein Anstieg von 19 % zu verzeichnen.

Die vertiefenden Analysen des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports 2005 haben eine Reihe von wichtigen Erkenntnissen zur Bedeutung der psychischen Erkrankungen sowie zu Angststörungen und depressiven Störungen geliefert:

Entwicklung psychischer Erkrankungen insgesamt

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen hat weiter zugenommen

- Die Bedeutung psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren trotz des gegenüber dem letzten Jahr sinkenden Gesamtkrankenstandes weiter zugenommen

Frauen sind insgesamt deutlich häufiger betroffen

- Frauen sind deutlich häufiger von Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen insgesamt sowie von Angststörungen und depressiven Störungen betroffen und weisen dementsprechend auch erheblich mehr Krankheitstage und -fälle auf.

Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen nehmen mit dem Alter zu

- Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen verursachen mit zunehmendem Alter der Mitglieder immer mehr Krankheitstage und -fälle. Allerdings nimmt die relative Bedeutung für den Krankenstand aufgrund des insgesamt steigenden Krankenstandsniveaus in den höheren Altersgruppen wieder ab.

Überproportionaler Anstieg bei den Jüngeren

- Gerade in den jüngeren Altersgruppen ist hingegen ein überproportionaler Anstieg der psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. Hier sind die Altersgruppen der 15- bis 29-Jährigen (bei den Frauen) bzw. der 15- bis 34-Jährigen (bei den Männern) besonders stark betroffen. Zwischen 1997 und 2004 wiesen die jüngeren Altersgruppen zum Teil sogar eine Verdoppelung der Erkrankungsfälle auf. So hatten beispielsweise die Männer im Alter von 25 bis 29 Jahren einen Anstieg um 106 %, die Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren sogar eine Zunahme um 123 % zu verzeichnen.

Einzelne Branchen haben überdurchschnittlich Arbeitunfähigkeitszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen

- Die Analyse nach Wirtschaftsgruppen zeigt, dass insbesondere die Branchen „Gesundheitswesen“, „Öffentliche Verwaltung“ und „Organisationen und Verbände“ hohe Arbeitunfähigkeitszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen aufweisen. So lag die Zahl der Ausfalltage im Gesundheitswesen um 55 %, in der Öffentlichen Verwaltung um 42 % und in Organisationen und Verbänden um 40 % über dem Bundesdurchschnitt.

Auch Branchen mit niedrigem Gesamtkrankenstand betroffen

- Überdurchschnittliche Werte zeigen auch Branchen, die hinsichtlich ihres Gesamtkrankenstandes insgesamt sogar unter dem Bundesdurchschnitt liegen, wie die Wirtschaftszweige Bildung, Kultur, Medien und Banken und Versicherungen. Auch hier liegen die Krankheitstage wegen psychischer Erkrankungen leicht über dem Bundesdurchschnitt, was bedeutet, dass die Beschäftigen in diesen Branchen ebenfalls einem höheren Risiko unterliegen, an einer psychischen Störung zu erkranken.

Im Hinblick auf Ansätze zur Prävention psychischer Erkrankungen spezielle im Kontext der Arbeitswelt ist Folgendes festzuhalten:

Ansätze für betriebliche Gesundheitsförderung zum Abbau psychischer Belastungen

Die Analyse nach Wirtschaftsgruppen hat ergeben, dass psychische Erkrankungen bei Beschäftigten in bestimmten Branchen überproportional auftreten und somit für das Krankheitsgeschehen in diesen Branchen besonders charakteristisch sind. Dabei handelt es sich vor allem um das Gesundheitswesen, die öffentlichen Verwaltung, die Organisationen und Verbände, die Medien, Bildungs- und Kultureinrichtungen sowie Banken und Versicherungen.

Speziell in diesen Branchen sollten sich Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit Möglichkeiten der psychosozialen Prävention befassen:

Im Hinblick auf die helfenden Berufe (Gesundheitswesen, soziale Einrichtungen, zum Teil auch öffentliche Verwaltungen) gehört das Thema der Burn-out-Prävention in diesen Zusammenhang.

Kombination von hohen Leistungsanforderungen und geringen Handlungsspielräumen führt zu Stress

Allgemein und branchenunabhängig spielt arbeitsbedingter Stress eine Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass die Kombination von hohen Leistungsanforderungen und gleichzeitig geringen eigenen Handlungsspielräumen zu arbeitsbedingtem Stress führt und bei den Betroffenen das Risiko für das Auftreten insbesondere depressiver Störungen erhöht.

Entwicklung von Angststörungen und depressiven Störungen

Angststörungen und depressive Störungen sind häufigste psychische Erkrankungen

Angststörungen und depressive Störungen sind die häufigsten in Deutschland zu beobachtenden psychischen Erkrankungen. Für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben sie jedoch eine sehr unterschiedliche Bedeutung:

- 2004 waren 1,0 % der Erwerbstätigen von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer depressiven Störungen betroffen.
- Die Betroffenenquote bei den Angststörungen lag deutlich niedriger: Nur 0,17 % der DAK-versicherten Beschäftigten waren 2004 aufgrund einer Angststörung arbeitsunfähig.

Geringe Relevanz bei Arbeitsunfähigkeiten

Bei beiden Krankheitsgruppen sind Frauen deutlich stärker betroffen als Männer.

Die Zahl der Ausfalltage aufgrund von depressiven Störungen lag mit rund 44 Ausfalltagen je 100 Mitglieder deutlich höher als bei den Angststörungen. Nur 7,5 Ausfalltage waren 2004 je 100 Mitglieder auf eine Angststörung zurückzuführen.

Angststörungen jedoch in der Bevölkerung weiter verbreitet

Dennoch sind Angststörungen in der Bevölkerung weiter verbreitet als depressive Störungen:

- Im Laufe eines Jahres erkranken 14,5 % der Bevölkerung an einer Angststörung. Das Risiko liegt bei Frauen noch höher.

14, 5 % haben innerhalb eines Jahres eine Angststörung

Das Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken, ist gegenüber dem Erkrankungsrisiko für Angststörungen deutlich geringer:

- Im Laufe eines Jahres leiden ca. 8,3 % der Bevölkerung unter einer depressiven Störung.

8,3 % haben innerhalb eines Jahres eine depressive Störung

Auch bei depressiven Störungen haben Frauen ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko als Männer.

Die Interpretation dieser Ergebnisse sollte im Zusammenhang mit neueren Untersuchungen zur Epidemiologie und zur Versorgungssituation psychischer Erkrankungen in der Bundesrepublik erfolgen. Diese Untersuchungen zeigen, dass psychische Störungen zum einen erheblich häufiger auftreten, als die Arbeitsunfähigkeiten zeigen und zum anderen, dass diese Erkrankungen in der medizinischen – insbesondere hausärztlichen Versorgung in vielen Fällen nicht erkannt und auch nicht optimal behandelt werden. Die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – insbesondere im Hinblick auf die besonders verbreiteten und offenbar zunehmenden depressiven Störungen – ist eine der wichtigsten Aufgaben in den kommenden Jahren.

Verbesserung der Versorgung ist eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe

Angesichts der im Bundesgesundheitssurvey festgestellten Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung stellen die Arbeitsunfähigkeiten dieser Diagnosen nur die „Spitze des Eisbergs“ dar. Es lässt sich daher nicht entscheiden, ob der bei den Arbeitsunfähigkeiten beobachtbare Anstieg der psychischen Erkrankungen tatsächlich eine Zunahme derartiger Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung widerspiegelt oder ob diese Erkrankungen von den Ärzten nur häufiger festgestellt werden. Auch in der Literatur werden die Hintergründe für die höhere Zahl diagnostizierter Arbeitsunfähigkeiten z. T. sehr kontrovers diskutiert.

Befragung von Experten zu den Ursachen psychischer Erkrankungen

DAK-Experten-Befragung zu den Ursachen psychischer Erkrankungen

Die DAK hat die wissenschaftliche Kontroverse zum Anlass genommen, im Rahmen einer schriftlichen Expertenbefragung 22 Wissenschaftler, Psychotherapeuten, Vertreter von Kostenträgern und Unternehmen zu ihrer Einschätzung hinsichtlich der Ursachen der Zunahme psychischer Erkrankungen zu befragen.

Kombination mehrerer Faktoren verantwortlich

Die Auswertung ergab, dass sich für die Zunahme psychischer Erkrankungen offenbar nicht nur eine Ursache herauskristallisiert, sondern eine Kombination mehrerer Faktoren für die Entwicklung verantwortlich gemacht wird:

Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der erwerbstätigen Bevölkerung nimmt zu

- Ein großer Teil der Befragten war der Ansicht, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen in der erwerbstätigen Bevölkerung zunimmt.

Verbesserte Entdeckungsrate aufgrund erhöhter Akzeptanz bei Ärzten und Patienten

- Auf der anderen Seite wurde auch eine höhere Entdeckungsrate für die steigenden Zahlen verantwortlich gemacht. Dies wurde auf die folgenden Faktoren zurückgeführt:
  - Verbesserte diagnostische Kompetenzen hinsichtlich psychischer Störungen auf Seiten der Allgemein- bzw. Hausärzte führen zu einer höheren Entdeckungsrate psychischer Störungen
  - Psychische Erkrankungen werden häufiger als explizite Diagnose notiert, weil die Patienten zunehmend bereit sind, die Diagnose einer psychischen Erkrankung für sich zu akzeptieren.
  - Patienten, die einen Allgemein- bzw. Hausarzt aufsuchen, äußern von sich aus vermehrt Symptome, die auf psychische Störungen hindeuten.

Arbeitsbedingte Faktoren spielen eine wichtige Rolle:

Darüber hinaus wurden die Experten befragt inwieweit arbeitsbedingter Faktoren aus ihrer Sicht einen Einfluss auf die Genese von psychischen Erkrankungen haben. Die Experten sahen bei verschiedenen arbeitsbedingten Faktoren einen Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gegeben:

Steigende Arbeitsbelastungen sowie

Auf der Seite der „Arbeitsbelastungen“ werden überhöhte Anforderungen, geringe Möglichkeit der Einflussnahme sowie hohe Unsicherheit (geringe Berechenbarkeit) für die Genese von psychischen Erkrankungen verantwortlich gemacht.

Wegfall wichtiger Ressourcen

Auf der Seite der „Ressourcen“ wurde geringer sozialer Unterstützung, geringer Bedeutsamkeit sowie geringer Belohnung eine wichtige Rolle bei der Entstehung psychischer Erkrankungen zugemessen.

Einige Experten sahen Arbeitbelastungen jedoch nicht als eigentliche Ursache für psychische Erkrankungen an. Diese könnten jedoch bei Personen, die eine entsprechende Disposition für die Ausprägung psychischer Erkrankungen hätten, entsprechende psychische Störungen auslösen oder verstärken.

Führt der Wandel der Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt zu einem Anstieg?

Vor dem Hintergrund des in der Arbeitswelt zu beobachtenden Wandels der Rahmenbedingungen und der Belastungsstrukturen, wurden die Experten gebeten, zu vier vorgegebenen Hypothesen Stellung beziehen, inwieweit diese Entwicklungen aus ihrer Sicht in einem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bei Berufstätigen bzw. mit der Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten stehen:

„Arbeitsverdichtung“

- Die mit einer zunehmenden „Arbeitsverdichtung“ einhergehenden Belastungen wie erhöhter Leistungsdruck auf der einen Seite sowie eine Verringerung der Handlungs- und Entscheidungsspielräume und eine Verschlechterung der sozialen Beziehungen auf der anderen Seite, wurde für die Entstehung von psychischen Erkrankungen mit verantwortlich gemacht. Jedoch sei auch die individuelle Fähigkeit des Umgangs mit Belastungen entscheidend.

„Erosion des Normalarbeitsverhältnisses“

- „Die Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und diskontinuierliche Erwerbskarrieren“ wurde ebenfalls weitgehend übereinstimmend als relevant angesehen. Unsichere Berufsperspektiven und Angst vor Arbeitslosigkeit führten zu hohem Leistungsdruck. Durch erhöhte Anforderungen an Flexibilität sei die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke schwierig. Einige Experten wandten dagegen ein, dass diese Entwicklung auch Chancen biete, da die Bedingungen durch einen Arbeitsplatzwechsel auch verbessert werden könnten.

„Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft“

- Der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft als Auslöser für psychische Erkrankungen wurde von den Experten sehr kontrovers diskutiert. Der Wandel sei an sich noch kein Belastungsfaktor, sondern wirke erst in Kombination mit den beiden vorgenannten Faktoren beeinträchtigend, zumal es sich hierbei nicht unbedingt um eine Zunahme der Arbeitsbelastung handele, sondern eher um eine Verschiebung der Faktoren weg von körperlichen hin zu psychischen Belastungsfaktoren. Vermehrte Emotionsarbeit im Dienstleistungssektor könne einerseits zu Burn-out führen, andererseits aber auch soziale Kontakte fördern und positive Effekte haben. Die Entwicklung könne jedoch insbesondere dann zu einer Verstärkung psychischer Belastungen führen, wenn soziale und kommunikative Fertigkeiten nicht geschult und regelmäßig supervidiert würden.

„Entgrenzung und Subjektivierung“

- Auch die „Entgrenzung und Subjektivierung“ der Arbeit wurde von der Mehrheit der Experten nicht nur mit steigenden negativen Belastungen für die Beschäftigten verbunden. Die damit verbundenen erhöhten Anforderung an Selbststeuerung und das selbständige Lösen von Problemen sei nur dann ein Risikofaktor für die Genese psychischer Störungen, wenn Überforderung oder starke Fremdkontrolle vorlägen.

Deutlich wurde, dass eine Veränderung der Arbeitsbelastung immer dann für die Beschäftigten am ehesten mit einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit und des psychischen Wohlbefindens einhergeht, wenn die Arbeitstätigkeit mit ausreichenden Ressourcen in Form von sozialer Unterstützung sowie ausreichenden Handlungs- und Entscheidungsspielräumen verbunden ist.

Bevölkerungsumfrage zu Erfahrungen und Umgang der Bevölkerung mit psychischen Erkrankungen

Hohe Aufmerksamkeit psychischer Erkrankungen in den Medien

Psychische Erkrankungen sind ein in der Bevölkerung zunehmend breit diskutiertes Thema. Dazu trägt sicherlich auch die hohe Aufmerksamkeit bei, die der Problematik in den Medien zuteil wird. Die Tatsache, dass immer mehr Menschen über Symptome und Hintergründe psychischer Erkrankungen informiert sind, führt offenbar dazu, dass auch in der ärztlichen Praxis offener über psychische Beschwerden gesprochen wird bzw. eine psychische Störung als Diagnose vom Patienten eher akzeptiert wird.

Spielen Tabuisierung und Stigmatisierung psychisch Erkrankter noch eine Rolle spielen.

Die DAK wollte jedoch wissen, inwieweit Tabuisierung und Stigmatisierung psychisch Erkrankter in der deutschen Bevölkerung nach wie vor noch eine Rolle spielen. Wie ist die Einstellung zu psychischen Erkrankungen bei Kollegen und Vorgesetzten? Werden psychische Erkrankungen als Ursache für Fehlzeiten genauso akzeptiert wie körperliche Erkrankungen?

Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung wurde daher eine repräsentative Stichprobe von mehr als 1000 Erwerbstätigen zu ihrer Wahrnehmung und der Akzeptanz psychischer Erkrankungen gefragt.

Die Befragung der Bevölkerung ließ die folgenden Schlüsse zu:

Dem Anschein nach keine Stigmatisierung oder Tabuisierung

- Einerseits vermeiden die Beschäftigten in der Befragung jeden Anschein von Tabuisierung oder Stigmatisierung psychisch Erkrankter.

Skepsis gegenüber „Simulanten“

- Untergründig kann jedoch nach wie vor eine gewisse Skepsis beobachtet werden, ob psychische Erkrankungen nicht teilweise doch auf „Simulation“ oder übertriebener Schonhaltung beruhen.

Zweifel am Verständnis von Vorgesetzten und Kollegen

- Ein großer Teil der Befragten äußerte Bedenken, bei einer psychischen Erkrankung das Verständnis der Vorgesetzten und Kollegen zu finden.

Männern haben eher Hemmungen, Hilfe in Anspruch zu nehmen

- Auch wurden noch gewisse Hemmschwellen vor allem bei Männern beobachtet, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Neue Versorgungsansätze bei der Behandlung psychischer Erkrankungen

Versorgungsdefizite bei der Behandlung psychisch Erkrankter

Die angemessene Behandlung psychisch kranker Menschen stellt eine Herausforderung dar, der das Gesundheitssystem offenbar nicht in gleichem Maße nachkommt, wie etwa bei der Versorgung somatischer Erkrankungen. Nach Befunden des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erhält nur ein kleiner Teil von Menschen mit psychischen Störungen eine als adäquat zu bezeichnende Behandlung.

DAK hat Modellprojekte angestoßen

Die DAK hat auf die vom Sachverständigenrat in Bezug auf die Behandlung psychischer Erkrankungen zusammengestellten Empfehlungen mit einer Reihe von Projekten und Vorhaben reagiert.

Zusammenfassung für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern

Zahl der AU-Fälle wegen psychischer Diagnosen in Mecklenburg-Vorpommern seit 1997 um 102 % gestiegen

Die Analysen der Arbeitsunfähigkeiten der berufstätigen DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern zeigen einen deutlichen Anstieg bei den psychischen Diagnosen. Gegenüber 1997 ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle um 102 % angestiegen. Die Zahl der Ausfalltage stieg um 89 % an, die Zahl der Betroffenen nahm um 86 % zu.

Im Hinblick auf die Situation in Mecklenburg-Vorpommern lässt sich sagen, dass psychische Erkrankungen eine geringere Bedeutung haben als im Bund, sowohl was die Anzahl der Krankheitstage als auch was den Anteil am Gesamtkrankenstand betrifft. Wie auch im Bund sind weibliche DAK-Mitglieder deutlich stärker betroffen als die männlichen.

„Organisationen und Verbände“, „Öffentliche Verwaltung“ und „Bildung, Kultur, Medien“ haben die meisten Ausfalltage wegen psychischer Erkrankungen

Die Branchen „Organisationen und Verbände“, „Öffentliche Verwaltung“ und „Bildung, Kultur, Medien“ sind in Mecklenburg-Vorpommern die Wirtschaftszweige, in denen 2004 die meisten Ausfalltage wegen psychischer Erkrankungen zu beobachten waren. In allen drei Branchen lag die Anzahl der Ausfalltage aufgrund einer psychischen Diagnose deutlich über dem Bundeswert.

Depressive Störungen liegen unter dem Bundesdurchschnitt

Die Auswertungen der Diagnosegruppen „Angststörungen“ und „depressive Störungen“ für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern zeigt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt einige Abweichungen: Auf 100 DAK-Versicherte kamen 29,9 Ausfalltage aufgrund einer depressiven Störung, im Bundesdurchschnitt waren es 43,9 Tage.

Angststörungen kaum über dem Bundesdurchschnitt

Ausfalltage aufgrund von Angststörungen sind in Mecklenburg-Vorpommern deutlich seltener als aufgrund depressiver Störungen. Hier lag die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage mit 7,8 Tagen kaum über dem Bundesdurchschnitt von 7,5 Tagen.

Frauen in Mecklenburg-Vorpommern besonders stark betroffen

Die Frauen in Mecklenburg-Vorpommern waren sowohl von Angststörungen als auch von depressiven Störungen deutlich stärker betroffen als ihre männlichen Kollegen.

Empfehlungen der DAK

Die Ausführungen haben gezeigt, dass psychische Erkrankungen und insbesondere depressive Störungen in den vergangenen Jahren weiter zugenommen haben. Vor dem Hintergrund der Analysen empfiehlt die DAK im Hinblick auf die Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen:

Betriebliche Gesundheitsförderung

- Ansätze für betriebliche Gesundheitsförderung bieten sich vor allem bei der Stärkung von Ressourcen, die für Bewältigung von Stress und erhöhten Leistungsanforderungen von großer Bedeutung sind. Dazu gehört die Verbesserung des sozialen Klimas in den Betrieben sowie die Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums und der Mitbestimmungsmöglichkeiten in den Betrieben.

Mehr Verständnis am Arbeitsplatz

- Trotz einer deutlichen Abnahme von Stigmatisierung und Tabuisierung psychisch Erkrankter, befürchten Beschäftigte nach wie vor, bei einer psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz kein Verständnis bei Vorgesetzten und Kollegen zu finden. Hier sollte eine innerbetriebliche Aufklärungsarbeit dazu beitragen, die Akzeptanz weiter zu verbessern.

Stärkung der Kompetenzen im Versorgungssystem

- Ein großer Teil der Betroffenen erhält noch immer keine angemessene Behandlung. Die Behandlungsquote sollte durch eine Stärkung der psychiatrischen Kompetenz aller Professionellen, die an der Versorgung depressiv Erkrankter beteiligt sind, insbesondere jedoch der Hausärzte weiter verbessert werden. Die für den hausärztlichen Bereich bereits existierenden evidenzbasierten Leitlinien sollten zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen konsequent implementiert werden.

Erhöhte Aufmerksamkeit bei den Hausärzten

- Auch wenn die Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung deutlich verbessert werde konnte, sind insbesondere bei männlichen Betroffenen nach wie vor Vorbehalte zu erkennen, sich in eine entsprechende Behandlung zu begeben. Hier sind insbesondere die Hausärzte gefragt, verstärkt auf mögliche Zusammenhänge von somatischen Symptomen mit psychischen Erkrankungen zu achten und die Patienten bezüglich einer geeigneten Therapie zu beraten.

4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstands-unterschiede

Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern lag 2004 mit 3,9% deutlich über dem Niveau des bundesweiten DAK-Krankenstandes von 3,2%. Es erscheint daher naheliegend, mögliche bundeslandspezifische Ursachen für den hohen Krankenstand näher zu analysieren.

4.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen?

Regionale Abweichungen der Krankenstände vom Bundesdurchschnitt

Auf der Landkarte der DAK-Krankenstände (Abbildung 5) sind teilweise deutliche regionale Abweichungen zum Bundesdurchschnitt erkennbar: Berlin liegt im Jahr 2004 mit einem Krankenstand von 4,0 % deutlich über und Baden-Württemberg mit nur 2,6 % deutlich unter dem DAK-Bundesdurchschnitt.

Einfluss von Alter und Geschlecht wird ausgeschaltet

Bei Vergleichen zwischen einzelnen Bundesländern oder auch zwischen einem Bundesland und dem Bundesdurchschnitt ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zusammensetzung der DAK-Versicherten in einem Bundesland deutlich von der Zusammensetzung der DAK-Versicherten bundesweit abweichen kann. Dies gilt zum einen für die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht. Diese beiden Faktoren werden jedoch in allen DAK-Gesundheitsreports bereits durch ein Standardisierungsverfahren ausgeglichen.

Aber: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand

Darüber hinaus gibt es jedoch noch einen weiteren wichtigen Faktor, der zu Krankenstandsunterschieden führen kann: Die Wirtschaftsstruktur ist nicht in allen Bundesländern identisch.

Abweichende Wirtschaftsstruktur kann Auswirkungen auf das Krankenstandsniveau haben

Die bundesweiten Zahlen der DAK zeigen, dass Beschäftigte in Wirtschaftszweigen, wie etwa den Öffentlichen Verwaltungen oder dem Gesundheitswesen erheblich höhere Krankenstände haben als Beschäftigte, die beispielsweise bei Banken und Versicherungen oder in der Rechts- und Wirtschaftsberatung arbeiten. Der Gesamtkrankenstand in einem Bundesland hängt aus diesem Grund unter anderem auch davon ab, wie groß die Anteile von Beschäftigten aus Wirtschaftszweigen mit hohem oder niedrigem Krankenstand an den DAK-Mitgliedern in dem betreffenden Bundesland sind.

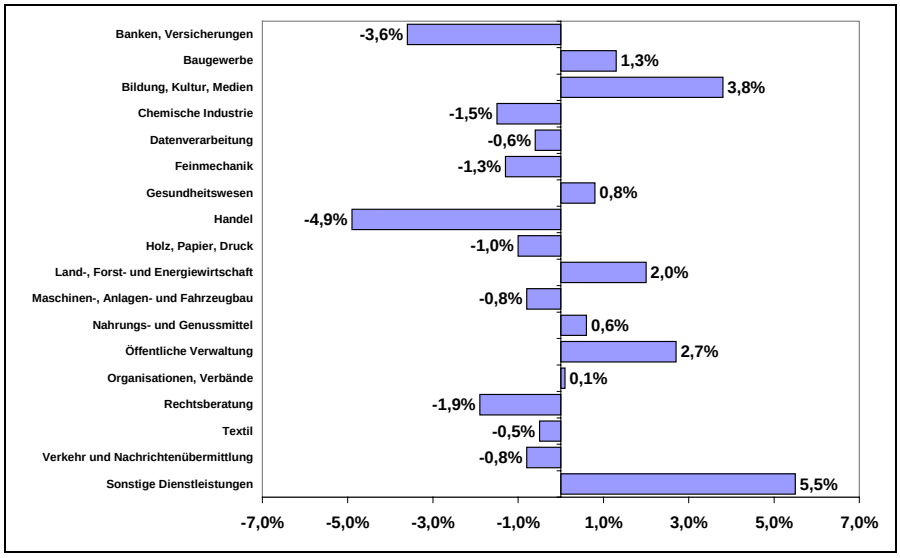
In den folgenden Auswertungen wird daher der Einfluss, den die Wirtschaftsstruktur eines Bundeslandes auf den Krankenstand hat, näher beleuchtet.

4.2 Die Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Als erstes stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Zusammensetzung der DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern nach Wirtschaftsgruppen überhaupt nennenswert vom DAK-Bundesdurchschnitt abweicht. Abbildung 39 zeigt, welche Unterschiede zum Bundesdurchschnitt beim Anteil von Mitgliedern aus unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen bestehen.

Abbildung 39

Abb. 39 Abweichungen in der Verteilung der DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern auf Wirtschaftsgruppen 2004 vom DAK-Bundesdurchschnitt



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Die Zusammensetzung der Wirtschaftszweige, in denen die DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern beschäftigt sind, zeigt eine gegenüber der DAK insgesamt deutlich abweichende Struktur. Die DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern sind im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weniger häufig in den Wirtschaftsgruppen „Handel“, „Banken und Versicherungen“ und „Rechtsberatung“ beschäftigt. Nennenswert häufiger sind sie demgegenüber in den Wirtschaftsgruppen „Sonstige Dienstleistungen“, „Bildung, Kultur, Medien“ und „Öffentliche Verwaltung“ tätig.

Angesichts der Vielzahl kleinerer und größerer Abweichungen in der Wirtschaftsstruktur des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern gegenüber dem DAK-Bundesdurchschnitt lässt sich natürlich nicht auf einen Blick erkennen, ob daraus für das Bundesland insgesamt nun eine krankenstandserhöhende oder -vermindernde Wirkung resultiert.

4.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf die Höhe des Krankenstandes lässt sich berechnen.

Das Ergebnis ist: Die Wirtschaftsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern wirkt sich ungünstig auf den Krankenstand der DAK-Mitglieder aus.

Abbildung 40

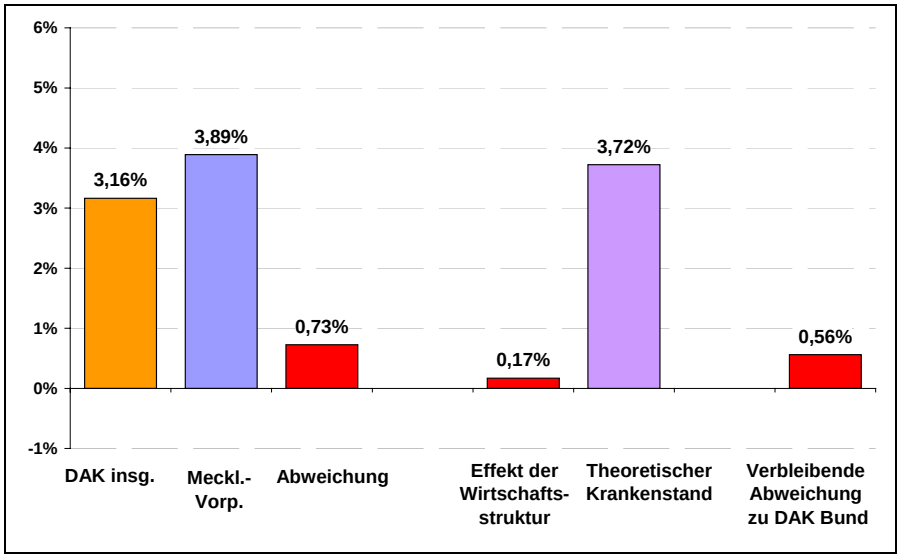


Abb. 40 Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern wird durch die Wirtschaftsstruktur beeinflusst

Abbildung 40 zeigt den Krankenstandsunterschied zwischen Mecklenburg-Vorpommern und dem Bund gesamt. Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern liegt um 0,73%-Punkte über dem Bundesdurchschnitt. Der Effekt der Wirtschaftsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern beträgt 0,17%-Punkte. Das bedeutet, dass 0,17%-Punkte des Krankenstands in Mecklenburg-Vorpommern durch eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ungünstigere Wirtschaftsstruktur bedingt sind.

Für einen fairen Vergleich muss der bereinigte Krankenstand von 3,72% herangezogen werden

Für einen fairen Vergleich zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt müsste man also den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern auf den Krankenstand in Rechnung stellen. Abbildung 40 zeigt den „theoretischen Krankenstand“ von 3,72%, der sich ergibt, wenn man den Krankenstandswert um den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur bereinigt. Beim Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt wäre theoretisch also ein niedrigerer Krankenstand von 3,72% anzusetzen.

Es bleibt also eine Abweichung von 0,56%-Punkten, die nicht auf die Alters- oder Geschlechts- oder Wirtschaftsstruktur zurückzuführen ist.

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Arbeitszufriedenheit

Welche Faktoren genau den Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern beeinflussen, kann den vorliegenden Krankenstandsdaten nicht entnommen werden.

Ursachen sind vor allem im Bereich der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und der Arbeitszufriedenheit zu vermuten. Hier könnten ggf. gezielte branchenspezifische Untersuchungen weiteren Aufschluss geben.

Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz sind je nach Wirtschaftszweig sehr unterschiedlich. Dies drückt sich nicht zuletzt in branchenspezifisch sehr unterschiedlichen Krankenständen aus. Im folgenden Kapitel werden daher die Krankenstandswerte in 19 Wirtschaftszweigen in Mecklenburg-Vorpommern vergleichend dargestellt.

5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen

Nach den Betrachtungen zur Wirtschaftsstruktur und ihrem Einfluss auf den Krankenstand sollen nun abschließend die Krankenstände der einzelnen Branchen in Mecklenburg-Vorpommern dargestellt werden.

Abbildung 41 zeigt die Krankenstände der Branchen, in denen DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern wie auch bundesweit besonders stark vertreten sind. Abbildung 42 zeigt die Zahlen für die übrigen Wirtschaftsgruppen.

Abbildung 41

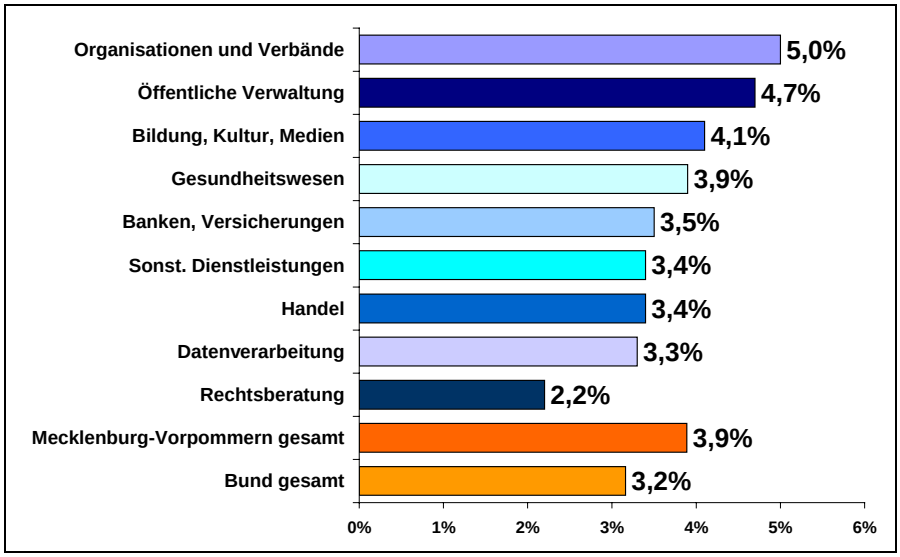


Abb. 41 Krankenstandswerte 2004 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern in Mecklenburg-Vorpommern

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Die Wirtschaftsgruppe „Organisationen und Verbände“ weist in Mecklenburg-Vorpommern den höchsten Krankenstand auf

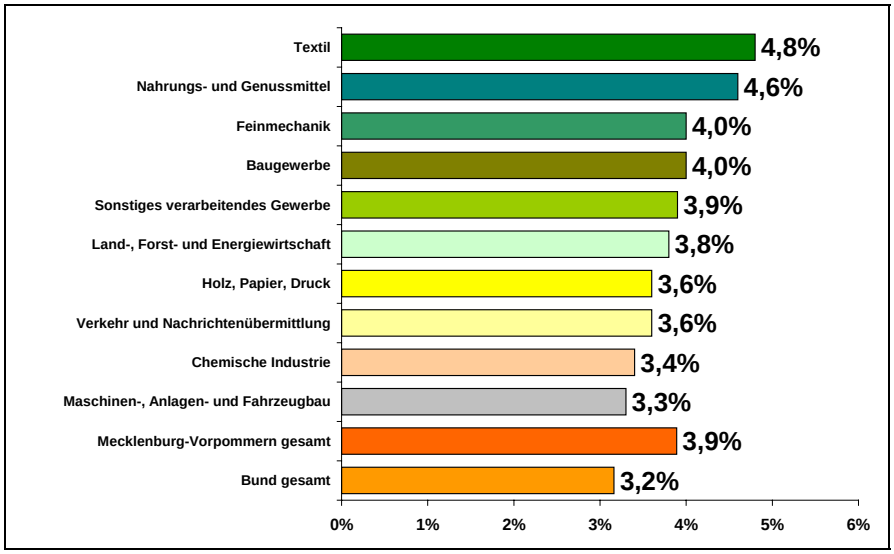
In Mecklenburg-Vorpommern weist die Wirtschaftsgruppe „Organisationen und Verbände“ mit 5,0% den höchsten Krankenstand unter den wichtigen Branchen auf, gefolgt von der „Öffentlichen Verwaltung“ mit 4,7% sowie „Bildung, Kultur, Medien“ mit 4,1%. Alle drei Krankenstände liegen deutlich über dem Durchschnitt in Mecklenburg-Vorpommern.

Deutlich unter dem Durchschnitt in Mecklenburg-Vorpommern liegen dagegen die Branchen „Rechtsberatung“ mit 2,2%, „Datenverarbeitung“ mit 3,3%, sowie „Handel“ und „Sonstige Dienstleistungen mit jeweils 3,4%.

Der hohe Krankenstand in der Branche „Organisationen und Verbände“ ist vor allem durch die hohe Fallzahl verursacht; sie beträgt 189 AU-Fälle pro 100 Versicherte, während der Gesamtwert für Mecklenburg-Vorpommern bei 127 Fällen liegt. Die durchschnittliche Falldauer in dieser Wirtschaftsgruppe liegt hingegen mit 9,6 Tagen unter dem Durchschnitt in Mecklenburg-Vorpommern (11,2 Tage).

Abbildung 42

Abb. 42 Krankenstandswerte 2004 in den übrigen zehn Wirtschaftsgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Bei den übrigen Wirtschaftsgruppen liegen „Textil“ und „Nahrungs- und Genussmittel“ deutlich über dem durchschnittlichen Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern. Die Krankenstandswerte der restlichen Branchen befinden sich nahe bzw. auf dem Durchschnittswert oder liegen darunter. Diese zum Teil besonders günstigen Werte sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass DAK-Mitglieder hier überwiegend nicht in gewerblichen, sondern in Verwaltungs- und Büroberufen beschäftigt sind.

6 Schlussfolgerungen

Der für Mecklenburg-Vorpommern registrierte Krankenstand liegt mit 3,9% deutlich über dem Bundesdurchschnitt

Der Krankenstandswert der DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern liegt mit 3,9% deutlich über dem bundesweit von der DAK beobachteten Wert.

In Mecklenburg-Vorpommern kontinuierlicher Rückgang des Krankenstands

Im zweiten Jahr in Folge ist in Mecklenburg-Vorpommern ein Rückgang des Krankenstands zu beobachten. Während der bundesweite Krankenstand seit 1999 fünf Jahre lang bei 3,5% stagnierte und erst 2004 gegenüber 2003 sank, hat in Mecklenburg-Vorpommern der Rückgang bereits im Jahr 2003 eingesetzt.

Schwache konjunkturelle Entwicklung hat einen senkenden Einfluss auf den Krankenstand

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern in Mecklenburg-Vorpommern sinkende Krankenstandsniveau müssen auf der volkswirtschaftlichen wie auch der betrieblichen Ebene gesucht werden. Die jeweiligen Faktoren können sich dabei in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben: Auf volkswirtschaftlicher Ebene besteht ein enger Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Konjunktur und der damit verbundenen Lage auf dem Arbeitsmarkt und der Höhe des Krankenstandes. Bei schwacher Konjunktur und steigender Arbeitslosigkeit sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau. Die schwache konjunkturelle Entwicklung der letzten Jahre übt in diesem Sinne einen tendenziell krankenstandssenkenden Einfluss aus.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert einen Anstieg des Krankenstandes

Auf der betrieblichen Ebene kommt es durch einen verstärkten Wettbewerb und die Notwendigkeit von Einsparungen zu Arbeitsverdichtungen und Rationalisierungen, die krank machende Arbeitsbelastungen der Beschäftigten zur Folge haben. Dass diese Entwicklung nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes geführt hat, ist vermutlich auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in den Unternehmen zurückzuführen.

Einflussfaktoren auf den betrieblichen Krankenstand

Die Betrachtung des Gesamtkrankenstandes sagt für die Beurteilung der gesundheitlichen Belastung allein allerdings eher wenig aus. Die Auswertungen für Mecklenburg-Vorpommern zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

Strukturelle Aspekte, soziale Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

Auch können je nach Branche konjunkturelle und strukturelle Entwicklungsaspekte für die Krankheitsquote eine große Rolle spielen. Beispielsweise fällt auf, dass der Krankenstand in den Branchen besonders gering ist, in denen kleinbetriebliche Strukturen wie z. B. bei der „Rechtsberatung“ oder der „Datenverarbeitung“ vorliegen. Für Groß- und Kleinbetriebe gleichermaßen ist das Betriebsklima, d. h. die soziale Kultur des Unternehmens, eine wichtige Einflussgröße, um den Krankenstand erfolgreich zu senken.

Informationen über Morbiditätsgeschehen als Grundlage für Präventionsmaßnahmen

Die im „DAK Gesundheitsreport 2005“ für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern enthaltenen Informationen über das Morbiditätsgeschehen können den Verantwortlichen des betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes als Grundlage für gezielte Präventionsmaßnahmen in den Betrieben dienen.

Schlussfolgerungen aus den Analysen im Rahmen des Schwerpunktthemas zu psychischen Erkrankungen, Angststörungen und Depressionen

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der berufstätigen DAK-Mitglieder zeigt seit 1997 eine kontinuierliche Zunahme der Krankheitsfälle und -tage wegen psychischer und Verhaltensstörungen sowie von Angststörungen und depressiven Störungen. In Mecklenburg-Vorpommern haben im direkten Vergleich der Jahre 1997 und 2004 die Arbeitsunfähigkeitstage dieser Krankheitsart um 89%, die Erkrankungsfälle sogar um 102% zugenommen.

Vor dem Hintergrund der Analysen empfiehlt die DAK im Hinblick auf die Prävention psychischer Erkrankungen:

Betriebliche Gesundheitsförderung

- Ansätze für betriebliche Gesundheitsförderung bieten sich vor allem bei der Stärkung von Ressourcen, die für Bewältigung von Stress und erhöhten Leistungsanforderungen von großer Bedeutung sind. Dazu gehört die Verbesserung des sozialen Klimas in den Betrieben sowie die Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums und der Mitbestimmungsmöglichkeiten in den Betrieben.

Mehr Verständnis am Arbeitsplatz

- Trotz einer deutlichen Abnahme von Stigmatisierung und Tabuisierung psychisch Erkrankter, befürchten Beschäftigte nach wie vor, bei einer psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz kein Verständnis bei Vorgesetzten und Kollegen zu finden. Hier sollte eine innerbetriebliche Aufklärungsarbeit dazu beitragen, die Akzeptanz weiter zu verbessern.

Stärkung der Kompetenzen im Versorgungssystem

- Ein großer Teil der Betroffenen erhält noch immer keine angemessene Behandlung. Die Behandlungsquote sollte durch eine Stärkung der psychiatrischen Kompetenz aller Professionellen, die an der Versorgung depressiv Erkrankter beteiligt sind, insbesondere jedoch der Hausärzte weiter verbessert werden. Die für den hausärztlichen Bereich bereits existierenden evidenzbasierten Leitlinien sollten zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen konsequent implementiert werden.

Erhöhte Aufmerksamkeit bei den Hausärzten

- Auch wenn die Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung deutlich verbessert werde konnte, sind insbesondere bei männlichen Betroffenen nach wie vor Vorbehalte zu erkennen, sich in eine entsprechende Behandlung zu begeben. Hier sind insbesondere die Hausärzte gefragt, verstärkt auf mögliche Zusammenhänge von somatischen Symptomen mit psychischen Erkrankungen zu achten und die Patienten bezüglich einer geeigneten Therapie zu beraten.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse auf Seite 79.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Analysen im Rahmen des Schwerpunktthemas finden Sie auf Seite 79.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erwerbstätige DAK-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern 2004

Datenbasis: alle in Mecklenburg-Vorpommern lebenden erwerbstätigen Personen, die 2004 Mitglied der DAK waren

Der Gesundheitsreport berücksichtigt in Mecklenburg-Vorpommern lebende Personen, die im Jahr 2004 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten. Für diesen Personenkreis erhält die DAK die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, falls eine Krankheit auftritt. Allerdings ist zu beachten, dass nur diejenigen krankheitsbedingten Ausfalltage in die Auswertung einfließen, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Die gesamte Datenbasis für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern umfasst rund 87.300 DAK-Mitglieder, die sich zu 62,4% aus Frauen und zu 37,6% aus Männern zusammensetzen. Die DAK versichert auch in Mecklenburg-Vorpommern sehr viele weibliche Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, Büros, Verwaltungen). Daher der im Vergleich zu anderen Krankenkassen deutlich höhere Frauenanteil.

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

Viele Kennwerte werden „pro 100 Versichertenjahre" angegeben

Nicht alle Mitglieder im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern waren das ganze Jahr über bei der DAK versichert. Rechnet man die rund 87.300 Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder" um, ergeben sich für das Jahr 2004 etwa 73.000 Versichertenjahre. Viele der Auswertungen zeigen die Krankenstandskennwerte „pro 100 Versichertenjahre". Wir verwenden diese Bezugsgröße anstelle von „pro 100 Mitgliedern", weil sie zu präziseren Ergebnissen führt.

Krankenstand

Die Kennzahl „Krankenstand" wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.

Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre

Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im

Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 366[34], so erhält man den Krankenstandswert.

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit

Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Im Gesundheitsreport finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versichertenjahre.

Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.

Durchschnittliche Falldauer

Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert.

Betroffenenquote

Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 % ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Die Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren - es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Lösung für zusammenfassende Vergleiche: standardisierte Kennzahlen

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit

---

[34] Das Jahr 2004 war ein Schaltjahr, in den anderen Jahren beziehen sich die Berechnungen entsprechend auf 365 Kalendertage.

unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, berechnet man sogenannte standardisierte Kennzahlen. Durch die Standardisierung werden Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet.

Standardisierung nach Geschlecht und Alter auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik

Dies geschieht, indem beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsreporten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wird jeweils der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik.

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann der Unterschied zwischen den DAK-Ergebnissen und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der nicht auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.

Korrektur um den Einfluss der Wirtschaftsstruktur

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur wurde folgendermaßen korrigiert: Für den Krankenstand eines Bundeslandes werden durch indirekte Standardisierung auf die Referenzpopulation der DAK-Mitglieder insgesamt (bundesweit) zwei Erwartungswerte berechnet: EW_1 indirekt standardisiert nach Alter und Geschlecht, EW_2 indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht und Wirtschaftsstruktur. Der Quotient aus EW_1 und EW_2 ergibt einen Korrekturfaktor, mit dem die direkt standardisierten Krankenstandswerte multipliziert werden.

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern für die Berichtsjahre 2003 und 2004 analysierten AU-Daten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2004: DAK-Bund und Mecklenburg-Vorpommern 99

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2003: DAK-Bund und Mecklenburg-Vorpommern 100

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2004: DAK-Bund und Mecklenburg-Vorpommern 101

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2003: DAK-Bund und Mecklenburg-Vorpommern 102

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2004:
DAK bundesweit und Mecklenburg-Vorpommern

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre AU-Tage	AU-Fälle	∅ Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken-stand
A00-B99	Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	DAK Bund	47,8	8,2	5,8	4,1%
		Meckl.-Vorp.	51,8	8,4	6,2	3,6%
C00-D48	Neubildungen	DAK Bund	48,9	1,4	35,1	4,2%
		Meckl.-Vorp.	60,3	2,2	27,6	4,2%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	DAK Bund	113,0	4,1	27,8	9,8%
		Meckl.-Vorp.	101,3	4,9	20,5	7,1%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK Bund	51,7	4,7	11,1	4,5%
		Meckl.-Vorp.	57,5	6,1	9,4	4,0%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK Bund	64,8	3,3	19,8	5,6%
		Meckl.-Vorp.	83,6	4,5	18,7	5,9%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK Bund	178,9	27,9	6,4	15,5%
		Meckl.-Vorp.	244,8	33,1	7,4	17,2%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungs-systems	DAK Bund	83,9	13,7	6,1	7,2%
		Meckl.-Vorp.	112,7	20,4	5,5	7,9%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	DAK Bund	261,6	15,3	17,1	22,6%
		Meckl.-Vorp.	314,9	19,3	16,3	22,1%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK Bund	27,8	2,7	10,3	2,4%
		Meckl.-Vorp.	40,5	3,9	10,5	2,8%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK Bund	48,0	5,1	9,4	4,2%
		Meckl.-Vorp.	51,6	5,7	9,0	3,6%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK Bund	166,2	9,7	17,1	14,4%
		Meckl.-Vorp.	227,4	12,9	17,7	16,0%
A00-Z99	Gesamt	DAK Bund	1.157,1	100,4	11,5	100,0%
		Meckl.-Vorp.	1.423,7	127,1	11,2	100,0%

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2003:
DAK bundesweit und Mecklenburg-Vorpommern

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre AU-Tage	AU-Fälle	∅ Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken-stand
A00-B99	Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	DAK Bund	56,5	9,8	5,8	4,5%
		Meckl.-Vorp.	62,7	9,9	6,4	4,0%
C00-D48	Neubildungen	DAK Bund	53,7	1,4	38,2	4,3%
		Meckl.-Vorp.	57,6	2,1	27,0	3,7%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	DAK Bund	111,0	3,9	28,7	8,8%
		Meckl.-Vorp.	86,4	4,5	19,2	5,6%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK Bund	51,4	4,7	11,0	4,1%
		Meckl.-Vorp.	57,6	6,4	9,1	3,7%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK Bund	73,2	3,6	20,2	5,8%
		Meckl.-Vorp.	94,2	5,0	18,8	6,1%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK Bund	213,7	33,1	6,4	17,0%
		Meckl.-Vorp.	307,1	41,8	7,3	19,8%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungs-systems	DAK Bund	86,9	14,0	6,2	6,9%
		Meckl.-Vorp.	121,0	20,9	5,8	7,8%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	DAK Bund	282,4	15,9	17,7	22,4%
		Meckl.-Vorp.	333,7	20,2	16,5	21,5%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK Bund	30,2	2,8	10,6	2,4%
		Meckl.-Vorp.	42,9	3,8	11,3	2,8%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK Bund	51,4	5,6	9,2	4,1%
		Meckl.-Vorp.	54,1	6,1	8,9	3,5%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK Bund	181,1	10,4	17,4	14,4%
		Meckl.-Vorp.	250,6	13,9	18,0	16,1%
A00-Z99	Gesamt	DAK Bund	1.260,3	110,0	11,5	100,0%
		Meckl.-Vorp.	1.552,6	140,4	11,1	100,0%

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2004: DAK bundesweit und Mecklenburg-Vorpommern

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		∅ Tage je AU-Fall	Kranken-stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (65 - 67)	DAK Bund	966,0	94,4	10,2	2,6%
	Meckl.-Vorp.	1.288,6	124,5	10,3	3,5%
Baugewerbe (45)	DAK Bund	1.170,2	92,1	12,7	3,2%
	Meckl.-Vorp.	1.479,4	104,0	14,2	4,0%
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	DAK Bund	1.069,1	110,3	9,7	2,9%
	Meckl.-Vorp.	1.493,4	166,7	9,0	4,1%
Chemische Industrie (23 - 25)	DAK Bund	1.091,7	103,7	10,5	3,0%
	Meckl.-Vorp.	1.226,8	119,0	10,3	3,4%
Datenverarbeitung (72)	DAK Bund	803,6	82,8	9,7	2,2%
	Meckl.-Vorp.	1.211,4	125,0	9,7	3,3%
Feinmechanik (30 - 33)	DAK Bund	990,2	98,1	10,1	2,7%
	Meckl.-Vorp.	1.449,0	125,8	11,5	4,0%
Gesundheitswesen (85)	DAK Bund	1.341,2	107,4	12,5	3,7%
	Meckl.-Vorp.	1.409,7	125,5	11,2	3,9%
Handel (50 – 52)	DAK Bund	1.040,0	85,5	12,2	2,8%
	Meckl.-Vorp.	1.229,9	96,3	12,8	3,4%
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	DAK Bund	1.001,9	92,5	10,8	2,7%
	Meckl.-Vorp.	1.330,2	122,3	10,9	3,6%
Land-, Forst- und Energiewirtschaft	DAK Bund	1.214,2	105,6	11,5	3,3%
(01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	Meckl.-Vorp.	1.385,4	122,7	11,3	3,8%
Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau	DAK Bund	1.055,7	101,1	10,4	2,9%
(29, 34, 35)	Meckl.-Vorp.	1.206,4	141,0	8,6	3,3%
Nahrungs- u. Genussmittel (15 - 16)	DAK Bund	1.246,3	93,6	13,3	3,4%
	Meckl.-Vorp.	1.681,4	118,1	14,2	4,6%
Öffentliche Verwaltung (75)	DAK Bund	1.395,6	124,7	11,2	3,8%
	Meckl.-Vorp.	1.712,0	161,7	10,6	4,7%
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen	DAK Bund	1.229,5	126,9	9,7	3,4%
(91, 95)	Meckl.-Vorp.	1.818,5	189,2	9,6	5,0%
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	DAK Bund	750,8	76,7	9,8	2,1%
	Meckl.-Vorp.	798,1	102,8	7,8	2,2%
Sonstige Dienstleistungen	DAK Bund	1.099,8	92,1	11,9	3,0%
(55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	Meckl.-Vorp.	1.262,5	105,0	12,0	3,4%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	DAK Bund	1.154,2	102,1	11,3	3,2%
	Meckl.-Vorp.	1.440,4	114,0	12,6	3,9%
Textil (17 - 19)	DAK Bund	993,7	94,1	10,6	2,7%
	Meckl.-Vorp.	1.758,5	149,6	11,8	4,8%
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	DAK Bund	1.235,8	97,2	12,7	3,4%
	Meckl.-Vorp.	1.301,8	99,3	13,1	3,6%

(*) In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2003: DAK bundesweit und Mecklenburg-Vorpommern

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		∅ Tage je AU-Fall	Kranken-stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (65 - 67)	DAK Bund	1.074,4	103,3	10,4	2,9%
	Meckl.-Vorp.	1.316,7	143,0	9,2	3,6%
Baugewerbe (45)	DAK Bund	1.290,3	102,7	12,6	3,5%
	Meckl.-Vorp.	1.549,8	121,7	12,7	4,2%
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	DAK Bund	1.163,9	125,4	9,3	3,2%
	Meckl.-Vorp.	1.692,9	190,5	8,9	4,6%
Chemische Industrie (23 - 25)	DAK Bund	1.190,8	112,8	10,6	3,3%
	Meckl.-Vorp.	1.310,5	145,2	9,0	3,6%
Datenverarbeitung (72)	DAK Bund	884,1	88,3	10,0	2,4%
	Meckl.-Vorp.	1.747,5	129,6	13,5	4,8%
Feinmechanik (30 - 33)	DAK Bund	1.074,7	107,6	10,0	2,9%
	Meckl.-Vorp.	1.250,0	123,7	10,1	3,4%
Gesundheitswesen (85)	DAK Bund	1.434,3	115,3	12,4	3,9%
	Meckl.-Vorp.	1.530,5	132,6	11,5	4,2%
Handel (50 - 52)	DAK Bund	1.145,7	94,9	12,1	3,1%
	Meckl.-Vorp.	1.234,9	104,2	11,8	3,4%
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	DAK Bund	1.101,5	102,0	10,8	3,0%
	Meckl.-Vorp.	1.489,6	126,6	11,8	4,1%
Land-, Forst- und Energiewirtschaft	DAK Bund	1.358,8	117,4	11,6	3,7%
(01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	Meckl.-Vorp.	1.496,7	135,3	11,1	4,1%
Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau	DAK Bund	1.163,0	112,0	10,4	3,2%
(29, 34, 35)	Meckl.-Vorp.	1.538,7	151,3	10,2	4,2%
Nahrungs- u. Genussmittel (15 - 16)	DAK Bund	1.326,1	103,4	12,8	3,6%
	Meckl.-Vorp.	1.663,3	126,6	13,1	4,6%
Öffentliche Verwaltung (75)	DAK Bund	1.479,4	133,8	11,1	4,1%
	Meckl.-Vorp.	1.806,7	188,4	9,6	4,9%
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen	DAK Bund	1.300,8	139,0	9,4	3,6%
(91, 95)	Meckl.-Vorp.	1.807,8	191,4	9,4	5,0%
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	DAK Bund	839,4	82,9	10,1	2,3%
	Meckl.-Vorp.	1.083,3	113,0	9,6	3,0%
Sonstige Dienstleistungen	DAK Bund	1.230,1	102,4	12,0	3,4%
(55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	Meckl.-Vorp.	1.433,9	120,4	11,9	3,9%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	DAK Bund	1.247,4	112,9	11,0	3,4%
	Meckl.-Vorp.	1.569,4	142,4	11,0	4,3%
Textil (17 - 19)	DAK Bund	1.086,2	101,6	10,7	3,0%
	Meckl.-Vorp.	1.513,3	145,5	10,4	4,1%
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	DAK Bund	1.332,5	106,5	12,5	3,7%
	Meckl.-Vorp.	1.502,1	111,4	13,5	4,1%

(*) In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Anhang III: Expertenbefragung

Die Befragung

Insgesamt 34 Wissenschaftler und erfahrene Praktiker wurden um eine Teilnahme an der Befragung zu den Hintergründen der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer und Verhaltensstörungen gebeten. Davon haben 22 den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt, das bedeutet eine Rücklaufquote von 65 %. Der für diesen Zweck entwickelte Fragebogen enthält hauptsächlich offene bzw. halb-standardisierte Fragen.

Der Fragebogen ist im Folgenden abgedruckt. Die Liste der Expertinnen und Experten, die an der Befragung teilgenommen haben, finden Sie am Schluss dieses Berichtes.

Expertenbefragung:
Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer und Verhaltensstörungen

A1 Auf der Basis der Arbeitsunfähigkeits-Daten der DAK lässt sich für den Zeitraum von 1997 bis 2003 eine Zunahme der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen von 68 auf 111 Tage pro 100 Versichertenjahre feststellen, das bedeutet einen Anstieg um 63 %. Andere Krankenkassen beobachten den gleichen Trend.

Der Anstieg geht vor allem auf eine Zunahme in den Diagnosegruppen "Affektive Störungen" (F30 – F39) sowie "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" (F40 – F45) zurück.

Bitte bewerten Sie die Bedeutung der nachfolgenden Hypothesen zu den Hintergründen der Zunahme, indem Sie Prozentpunkte vergeben.

Sie können natürlich weitere Hypothesen eintragen und in die Bewertung einbeziehen.

Je mehr Prozentpunkte Sie für eine Aussage vergeben, desto mehr Bedeutung messen Sie ihr bei.

Insgesamt können Sie 100 Prozentpunkte vergeben.

		Prozentpunkte	
A	Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer und Verhaltenstörungen in der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nehmen zu.		%
B	Verbesserte diagnostische Kompetenzen hinsichtlich psychischer Störungen auf Seiten der Allgemein- bzw. Hausärzte führen zu einer höheren Entdeckungsrate psychischer Störungen.		%
C	Die Zunahme ist auf eine wachsende Zahl fehlerhafter Diagnosestellungen zurückzuführen.		%
D	Patienten, die einen Allgemein- bzw. Hausarzt aufsuchen, äußern von sich aus vermehrt Symptome, die auf psychische Störungen hindeuten.		%
E	Psychische Erkrankungen werden häufiger als explizite Diagnose notiert, weil die Patienten zunehmend bereit sind, die Diagnose einer psychischen Störung für sich zu akzeptieren.		%
F	Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Störungen ist ein Artefakt und hängt z. B. mit Gewohnheiten der Ärzte bei der Diagnose-Kodierung oder der Umstellung des ICD-9 auf ICD-10 zusammen.		%
G	**Andere Hypothesen** *(bitte eintragen)*:		%
H			%
J			%
K			%

A2 Bitte kommentieren oder begründen Sie Ihre Gewichtung der Hypothesen.

- Insbesondere bitten wir Sie um nähere Erläuterungen zu Ihren Gewichtungen der Hypothesen A (Zunahme von Inzidenz/Prävalenz) und B (höhere Entdeckungsrate).
- Sehen Sie Unterschiede in der Gewichtung bei bestimmten Diagnosen (z.B. Depressionen, Angststörungen usw.)?

B1 Den größten Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen wegen psychischer und Verhaltensstörungen hatten im Jahr 2003 die Diagnosen "Depressive Episode" (F 32), "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" (F43) sowie "Somatoforme Störungen" (F45).

Welchen Einfluss haben aus Ihrer Sicht **arbeitsbedingte Faktoren** auf die Genese dieser psychischen Erkrankungen?

Welche einzelnen **arbeitsbedingten Faktoren** halten Sie für besonders relevant?

B2 In der Arbeitswelt lässt sich ein mehr oder weniger ausgeprägter Wandel der Rahmenbedingungen und der Belastungsstrukturen beobachten.

- **Stehen aus Ihrer Sicht die vier im Folgenden umrissenen Entwicklungen in einem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bei Berufstätigen bzw. mit der Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten?**
- **Werden diese Faktoren möglicherweise in Zukunft eine nennenswerte Rolle bei der Genese bestimmter psychischer Erkrankungen spielen?**

A "Arbeitsverdichtung":

In vielen Branchen wird trotz steigenden Arbeitsvolumens mit immer weniger Personal gearbeitet. Die "Verschlankung" der Betriebe führt zu wachsendem Zeitdruck und häufigen Überlastungssituationen, weil keine Kapazitätspuffer mehr vorhanden sind.

B "Erosion des Normalsarbeitsverhältnisses und diskontinuierliche Erwerbskarrieren":

Immer mehr Beschäftigte müssen im Laufe ihres Berufslebens mehrfach die Stelle und sogar den Beruf wechseln. Befristete Beschäftigungsverhältnisse nehmen zu. Zeiten der Beschäftigung wechseln mit Zeiten der Arbeitslosigkeit.

C "Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft":

Zunahme von Arbeitsbelastungen im Zusammenhang mit sozialen Beziehungen (Kommunikation mit Kunden und Kollegen usw.)

D "Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit":

Von Arbeitnehmern wird zunehmend erwartet, dass sie sich selbst steuern, auf die Anforderungen der Kunden und Märkte reagieren und selbständig Probleme lösen – anstatt definierte Arbeitsaufgaben auf vorgezeichneten Wegen zu bewältigen. Dies führt dazu, dass die Anforderungen der Arbeit für immer mehr Menschen zu einem alles bestimmenden Element ihres Lebens werden. Die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben verschwimmen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Liste der befragten Expertinnen und Experten

Dr. Gisela Bartling
Psychologische Diagnostik und Klinische Psychologie, Psychologisches Institut I, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Prof. Dr. Jürgen Bengel
Institut für Psychologie, Abt. für Rehabilitationspsychologie, Universität Freiburg

Prof. Dr. Elmar Brähler, Antje Klaiberg
Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

Dr. Wolfgang Bürger
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Iver Hand
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

PD Dr. Dr. Martin Härter
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Universitätsklinikum Freiburg

PD Dr. Hans-Martin Hasselhorn
Fachbereich D – Abt. Sicherheitstechnik, Fachgebiet Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz, Bergische Universität Wuppertal

Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Kompetenznetz Depression, Suizidalität / Neurophysiologie, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. med. Hanno Irle
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin

Dr. Thomas Kirn
Psychotherapeutische Praxis, Dülmen

Dr. Barbara Kulick
Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz, Speyer

Dr. Stefan Leidig
Externe Mitarbeiter-Unterstützung (emu-systeme), Mannheim

Dr. med. Natalie Lotzmann
SAP AG, Walldorf

Prof. Dr. Jürgen Margraf
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Psychologie, Universität Basel

Dr. Hiltraut Paridon
Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit, Dresden

Prof. Dr. Peter Richter
Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie, Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften, Technische Universität Dresden

Marion Rost
DaimlerChrysler AG, Wörth

Dr. med. Peter Rücker
Westfälisches Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Hamm

Prof. Dr. Klaus Scheuch
Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden

Tomas Sellhorn
Deutsche Angestellten Krankenkasse, Hamburg

Dr. med. Joachim Stork
AUDI AG, Ingolstadt