

Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Behinderungen- Prävention

(Bad Gögging 28.07.2008)

Die aktuellen Statistiken großer Krankenkassen (AOK, DAK) belegen die nachgerade dramatische Zunahme von Fehlzeiten aufgrund von **psychischen und Verhaltensstörungen**. Diese Entwicklungen unterstreichen die zunehmende **Bedeutung präventiver Maßnahmen**.

Die Zahl der auf diese Krankheitsart zurückgehenden **Arbeitsunfähigkeitstage** ist in den letzten zehn Jahren **um 37,6 % gestiegen**. Die Zahl der auf diese Krankheitsart zurückgehenden **Arbeitsunfähigkeitsfälle** ist im gleichen Zeitraum **um 60 % gestiegen**. (AOK-Fehlzeitenreport 2007). Der Anstieg der **Arbeitsunfähigkeitstage** aufgrund psychischer Erkrankungen **seit 1997 beträgt** bei der DAK **69%**, die Zahl der **Erkrankungsfälle** stieg hier sogar um **70 %**. Während das **allgemeine Krankenstandsniveau** der DAK-Mitglieder **seit 1997 nur um 5% angestiegen** ist, lag die Steigerungsrate aufgrund von **psychischen Erkrankungen** bei fast **69%**.

Zieht man zusätzlich die Unterteilung in Altersgruppen heran, so zeigt sich, dass gerade in den jüngeren Altersgruppen ein überproportionaler Anstieg der psychischen Erkrankungen zu verzeichnen ist. Von 1997 bis 2004 nimmt die **Erkrankungshäufigkeit bei den weiblichen DAK-Mitgliedern insgesamt** um **72%** zu, bei den **15-19jährigen** sind es **89%** Zunahme, bei den **20 bis 24jährigen** sogar **123%** Zunahme und bei den **25-bis 29jährigen** sind es **101%**.

Auch bei den **Männern** ist die **Häufigkeit** psychischer Erkrankungen zwischen 1997 und 2004 **um 72% gestiegen**. Die **15-19jährigen** hatten einen Zuwachs von **97%**, die **20-24jährigen** um **90%**, die **25-29jährigen** um **106%** und die **30-34jährigen** ebenfalls um **90%** zu verzeichnen. Die **jüngeren Altersgruppen** weisen damit im Zeitraum von 1997 bis 2004 sogar eine **Verdoppelung der Erkrankungsfälle** auf.

Der **Anstieg** der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankung ist vor allem **bei Depressionserkrankungen** und **Angststörungen zu verzeichnen (jeweils 41 %)**.

Psychische Erkrankungen stehen damit bei **Männern** an **vierter**, bei **Frauen** sogar schon an **dritter Stelle** der wichtigsten Krankheitsarten. Schätzungen gehen davon aus, dass psychische Erkrankungen bis zum Jahr 2020 die zweithäufigste Ursache für Arbeitsausfälle und verminderte Arbeitsfähigkeit sein werden.

Diese Daten erfassen indessen **nur diejenigen Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht mehr arbeiten konnten**. Die Gesamtzahl der Betroffenen liegt allerdings noch deutlich höher, da viele Beschäftigte trotz vorhandener Symptome zur Arbeit gehen (**Präsentismus**) oder die Arbeitsfähigkeit durch eine entsprechende Behandlung erhalten. Einer Untersuchung von Wittchen und Jacobi (2002) zufolge **litten im Jahr 1999 31% der Bevölkerung** an einer oder mehreren psychischen Störungen; das heißt, **15,6 Mio. Deutsche waren** innerhalb von 12 Monaten **psychisch krank**.

Wirft man einen Blick auf die Statistik der **Ursachen für Frühberentung im Beispielsjahr 2003**, so haben psychische Erkrankungen schon heute die erste Stelle eingenommen: **24,5 %** bei den **Männern** und bei den **Frauen** sogar **35,5 %** der Frühberentungen erfolgen aufgrund psychischer Erkrankungen.

Legt man bei der **Entwicklung der Frühberentungen** nach Krankheitsarten eine **Zeitachse** zugrunde, so wird deutlich, dass die Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen bei den **Männern** von rund **8%** im Jahr **1983 auf 25%** im Jahr **2003** und bei Frauen von **unter 10%** auf rund **35%** angestiegen sind.

Deutliche Unterschiede hinsichtlich der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen **im Jahre 2004** zeigen sich jedoch, wenn man **einzelne Wirtschaftsgruppen** näher betrachtet. An erster Stelle steht das **Gesundheitswesen**. An zweiter Stelle folgt die **Öffentliche Verwaltung mit 42%**, auch **Organisationen und Verbände** zeigen deutlich auffällige Werte mit **40%** über dem Bundesdurchschnitt.

Diese Entwicklungen stellen natürlich auch einen **beträchtlichen volkswirtschaftlichen Kostenfaktor** dar. **Psychische und Verhaltensstörungen (Diagnosegruppe V)** verursachten **2005** einen **Produktionsausfall** von 4 Mrd. € und einen **Ausfall** an der **Bruttowertschöpfung** von 7,0 Mrd. €. Eine **weitergehende Analyse** zeigt, dass der **Produktionsausfall** aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen im **Jahr 2001** von 2,96 Mrd. € auf 4,20 Mrd. € im **Jahr 2005** zugenommen hat. Der **Ausfall** der **Bruttowertschöpfung** aufgrund der **Diagnosegruppe V** betrug im **Jahr 2001**: 4,68 Mrd. € im **Jahr 2005**: 7,0 Mrd. €

Was sind die **Ursachen** dieser Entwicklungen?

Sicherlich ist hierfür nicht eine einzelne Ursache verantwortlich, sondern eine **Kombination mehrerer Faktoren**. Übereinstimmung besteht jedoch darin (wie eine Expertenbefragung der DAK ergab), dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der erwerbstätigen Bevölkerung signifikant zunimmt.

Viele Menschen verbinden mit psychischen Erkrankungen Begriffe wie **Stress, Burn-Out oder Mobbing**. Dies sind aber **keine psychischen Erkrankungen** im medizinischen Sinne. Jedoch sind sie aufgrund von Arbeitsverdichtung, geringer Handlungs- und Entscheidungsspielräume, fehlender Solidarität, Arbeitsplatzunsicherheit, schneller betrieblicher Umstrukturierungen, defizitärem Führungsverhalten, beruflicher Gratifikationskrisen, **Risikofaktoren der Arbeitswelt**, die die Seele belasten und das **Entstehen** von ernsten psychischen Erkrankungen **begünstigen**.

Allerdings muss **zu schwierigen Arbeitsbedingungen** auch noch eine persönliche Dünnhäutigkeit, eine sog. **erhöhte Vulnerabilität** hinzukommen, um psychische Krisen und Erkrankungen auszulösen. Das sog. **Vulnerabilitäts-Stress Modell** ist ein inzwischen allgemein anerkanntes **Erklärungsmodell**, das als gemeinsames Merkmal bei vielen **psychischen Erkrankungen** herangezogen wird. **Vulnerabilität** setzt sich zusammen aus **angeborenen und erworbenen Anteilen**. **Belastende äußere Bedingungen** müssen hinzukommen, um psychische Krisen oder Erkrankungen auszulösen.

Wenn **Menschen in psychische Krisen** kommen, gehen diese **Veränderungen** mit bestimmten **Auffälligkeiten** (sog. Funktionseinbußen), einher: **Beeinträchtigung der Konzentration** und der **Merkfähigkeit, Leistungseinbußen**. **Psychische Erkrankungen** lösen häufig starke **Ängste** und **Unsicherheiten** aus, sowohl bei den **Betroffenen** als auch bei den Vorgesetzten und den **Kollegen, wenn sie Veränderungen** in der Persönlichkeit, im Verhalten und in der Leistungsfähigkeit **wahrnehmen**. Fast alle psychischen Erkrankungen haben **gemeinsam**, dass die Betroffenen zeitweilig nur noch **eingeschränkt** ihre **sozialen Rollen wahrnehmen** können und die an sie gestellten Erwartungen nicht mehr erfüllen können. Sie verhalten sich anders als vorher, meistens ohne dass das Umfeld dafür eine Erklärung findet.

Besonders bei **depressiv Erkrankten** werden vor allem **Antriebs- und Aufmerksamkeitsstörungen** auffällig. **Flüchtigkeitsfehler, Unpünktlichkeit** und vermehrte Pausen treten auf. Wenn bei **bipolaren Störungen**, (manisch-depressiven Erkrankung), die Betroffenen in eine manische Phase geraten, sind sie auch im Arbeitsumfeld voller **Tatendrang** und **Euphorie**, jedoch meist mit **fehlender Kontinuität**. Das Denken ist beschleunigt, der Rededrang gesteigert, ideenflüchtig, das **Selbstwertgefühl gehoben** bis **übersteigert**. Bisweilen kann auch eine **gereizte Stimmungslage** im Vordergrund stehen und es kommt vermehrt zu **Konflikten mit Kollegen**.

Angststörungen führen häufig dazu, dass die Erkrankten versuchen, **Angst auslösende Situationen** zu **vermeiden** und sich zunehmend aus ihrem s Bezugsfeld zurückzuziehen. Im Extremfall kann das zum **Arbeitsplatzverlust** führen. Im Kollegenkreis wird das „Nicht kön-

nen“ der Erkrankten als ein „Nicht-wollen“ interpretiert, der Betroffene wird als **Simulant** und **Drückeberger** angesehen.

In einer akuten **Psychose** unterscheidet man zwischen **Negativsymptomen** wie Antriebsverlust, wie Gereiztheit, Niedergeschlagenheit oder Abschwächung aller Gefühlsempfindungen und **Positivsymptomen** wie Wahnvorstellungen, Verfolgungsängste, und Denkstörungen, optische und akustische Halluzinationen und Illusionen (Stimmenhören) können auftreten. Im **Arbeitsumfeld** sind **Veränderungen** spürbar wie vermehrtes **Fehlen**, häufigere **Pausen**, **ungewohnte Unzuverlässigkeit**, Teilnahmslosigkeit, **Unkonzentriertheit**, Unstrukturiertheit, **Nachlassen der Arbeitsleistung**. Alkohol- oder Drogenkonsum kann zunehmen. **Regeln** und Vorschriften können **missachtet** werden. Kollegen nehmen mitunter ein unerklärliches, **plötzliches Misstrauen** bzw. Feindseligkeit wahr bis hin zu **Verschwörungstheorien**.

Besteht nun ein **Verdacht**, dass ein **Mitarbeiter psychisch instabil** ist, so sollte der **Vorgesetzte bestimmte Handlungsschritte** in Gang setzen. Angelehnt an die **Stufenintervention** für den Umgang mit **Suchtkranken** hat die **Familien-Selbsthilfe Psychiatrie** gemeinsam mit dem **BKK Bundesverband** einen hilfreichen fünfstufigen Handlungsleitfaden (Das HILFE Konzept für Betriebe) konzipiert, um eine erste Orientierung für Gespräche mit Beschäftigten mit einer psychischen Störung zu bieten:

1. **Hinsehen**
2. **Initiative ergreifen**
3. **Leitungsfunktion wahrnehmen**
4. **Führungsverantwortung: Fördern – Fordern**
5. **Experten hinzuziehen**

Sollten **Anzeichen** einer psychischen Krise sich so **verdichten**, dass bei einem Mitarbeiter ein **psychiatrischer Notfall** eintritt (Erregungszustände, psychotische oder depressive Krisen, Selbst- oder Fremdgefährdung) sind folgende Punkte für die Helfer wichtig:

Den Betroffenen **in Ruhe und Klarheit ansprechen**, wenn möglich, ihn **zum betrieblichen Helfer** oder zum **Arzt begleiten** oder auch sich nicht scheuen, falls er die Hilfe ablehnt, interne oder auch **externe Unterstützung** anzufordern (**mobile psychiatrische Krisendienst, ärztliche Notfalldienste**). Im Falle einer akut bedrohlichen Situation kann es auch notwendig werden, die **Polizei** einzuschalten.

Entschließt sich ein erkrankter Mitarbeiter zu einer **ambulanten** ärztlichen oder psychotherapeutischen **Behandlung**, so kann es hilfreich sein, wenn ein betrieblicher Ansprechpartner, das **Einverständnis des Betroffenen** vorausgesetzt, **mit den behandelnden Ärzten/Psychotherapeuten** oder auch mit **Angehörigen** des Betroffenen **kooperieren** kann.

Hat die psychische Erkrankung eines Mitarbeiters einen **stationären Aufenthalt nötig** gemacht, besteht **im Unternehmen** häufig **Unsicherheit** bei Vorgesetzten und Kollegen, **ob der Kranke** in der Klinik **besucht werden kann**. Ist der Arzt von der Schweigepflicht entbunden, kann schon **während des Aufenthalts** der Zeitpunkt der Rückkehr und die Umstände der **Wiederaufnahme** der Beschäftigung besprochen werden. **Je besser die Rückkehr vorbereitet** ist, umso größer sind die Chancen, auf eine **stabile Gesundheit** am Arbeitsplatz.

Es besteht nach SGB 5 §74 die Möglichkeit einer **stufenweise Wiedereingliederung**. Für eine Übergangszeit kann die Arbeitsfähigkeit stundenweise getestet werden. Es sollte geklärt werden, welcher **Kollege als Vertrauensperson** künftig zur Verfügung steht, der ihm mitteilt, wie der **Informationsstand** über seine Krankheit **im Betrieb** ist und Informationen geben, was sich im Unternehmen geändert hat. Ist die frühere **Leistungsfähigkeit nicht mehr herzustellen**, werden **Reha-Maßnahmen** notwendig, die den Arbeitsplatz erhalten oder eine **berufliche Neuorientierung** einleiten.

Mit der **Novellierung** des **SGB 9** im Mai 2004 (§84 Abs. 2) ist als **gesetzliche Präventivmaßnahme** für Betroffene und Betriebe das **betriebliche Eingliederungsmanagement** in

Kraft getreten. Es soll dazu dienen, die **Beschäftigungsfähigkeit** und den **Arbeitsplatz** zu **erhalten**, **Ausfallzeiten** zu **verringern** und wenn jemand erkrankt ist, eine möglichst **rasche Rückkehr** einzuleiten. Für kostenlose **Beratungs- und Unterstützungsangebote** stehen den Unternehmen die Rehaträger (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträger, Integrationsämter, und die Agenturen für Arbeit) zur Verfügung.

Als praktische Folgerungen für die Prävention ergeben sich auf **personeller Ebene** zwei Ansatzpunkte zu einer gesünderen Arbeitsplatzgestaltung:

1. Training der persönlichen Stressbewältigung
2. Adäquates Führungsverhalten:

Stresspräventions- und Stressbewältigungsmaßnahmen sind **zwar sinnvoll**, allerdings allein **nicht ausreichend**. Präventive Aspekte sind natürlich auch auf der **strukturellen, betrieblichen Ebene** mit einzubeziehen. Eine **gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung** müsste unter Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten **bereits bei der Planung von Arbeitssystemen** einsetzen.

Wichtig wäre die Verbesserung der betrieblichen **Gratifikationsstruktur**, überlegenswert auch die Etablierung einer anerkannten **Qualifikation zum betrieblichen Gesundheitsmanager** und deren **gesetzlichen Verankerung**. Hauptaugenmerk des Gesundheitsmanagements müsste auf möglichst langem **Erhalt unserer Erwerbsfähigkeit** (Rente mit 67!) liegen. **Arbeitsfähigkeit** ist – wie Freud einmal bemerkte - mit Liebesfähigkeit und Genussfähigkeit eine der drei tragenden Säulen psychischer Gesundheit. **Beruf** und **Arbeit** haben etwas doppelgesichtiges, einerseits eine Fron, eine Last, eine Mühsal („im Schweiß Deines Angesichts, sollst du dein Brot verdienen“), andererseits gewährleisten sie die **Grundlagen der wirtschaftlichen Existenz**, beeinflussen das **soziale Ansehen**, das **Familienleben** und die **Stabilität der Persönlichkeit**. Arbeit -hat Voltaire einmal gesagt- hält Not, Langeweile, Lasterhaftigkeit fern und ist nicht selten auch die Mutter des Vergnügens.

Der Beruf ist das Rückgrat des Lebens

Friedrich Nietzsche

Dr. Reinhard Haslinger
 Berufliche Fortbildungszentren
 der Bayerischen Wirtschaft (bfz) gGmbH
 Tassiloplatz 7
 81541 München
 Tel.: 089 45918-239
 e-mail: haslinger.reinhard@m.bfz.de