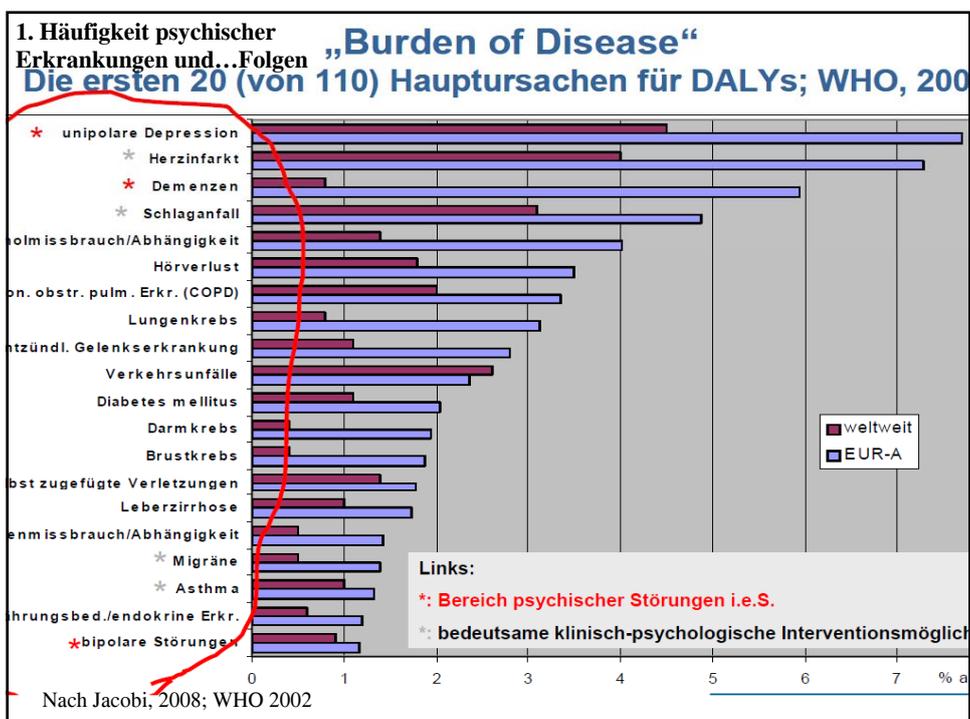


## Betriebliche Wiedereingliederung bei psychischen Erkrankungen

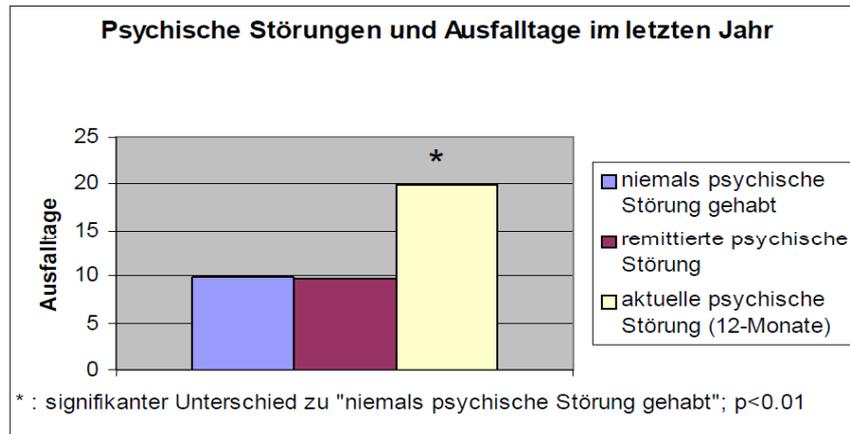
PD Dr. Karin Siegrist

1. Häufigkeit psychischer Erkrankungen (Häufigkeit von Komorbidität; wirtschaftliche Folgen)
2. Arbeitsbelastungen und psychische Erkrankungen (Schwerpunkt depressive Erkrankungen)
3. Betriebliche Wiedereingliederung bei psychischen Erkrankungen: Schwierigkeiten und Chancen
4. Verbesserungspotentiale (Vernetzung setzt mehr voraus als ein Netz)



## Ausfalltage im Bundesgesundheitsurvey

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



## Ökonomische und sozialpolitische Aspekte depressiver Erkrankungen



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

## 2. Arbeitsbelastungen und psychische Erkrankungen

Welche Arbeitsbelastungen erhöhen das Erkrankungsrisiko und warum?

Häufigkeit von Rationalisierungsmaßnahmen (N=22.559 Erwerbstätige; BIBB/IAB-Erhebung 1998/99)

- **Downsizing:**  
Personalabbau / Entlassungen  
in den letzten 2 Jahren: **35,2% Ja**
- **Outsourcing:**  
Auslagerung von Arbeitsbereichen /  
Vergabe von Aufträgen an Fremdfirmen: **15,1% Ja**
- **Umstrukturierung:**  
Umorganisation / Umstrukturierung  
von Abteilungen: **35,5% Ja**

Quelle: N. Dragano, J. Siegrist (2005), Fehlzeiten-Report (S.167).  
Heidelberg: Springer. ...die Probleme verschärfen sich

## Theoretische Modelle

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

## Modell beruflicher Gratifikationskrisen (J. Siegrist, 1996)

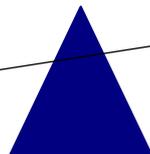
### Extrinsische Komponente

- Anforderungen
- Verpflichtungen

- Lohn, Gehalt
- Aufstiegsmöglichkeiten
- Arbeitsplatzsicherheit
- Wertschätzung

Verausgabung

Belohnung

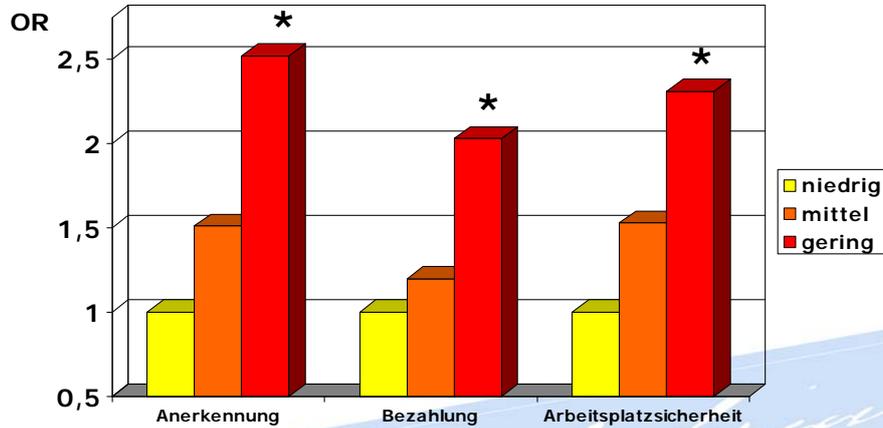


Unrealistische Erwartung  
von Belohnungen

Erwartung  
(‘übersteigerte  
Verausgabungsneigung‘)

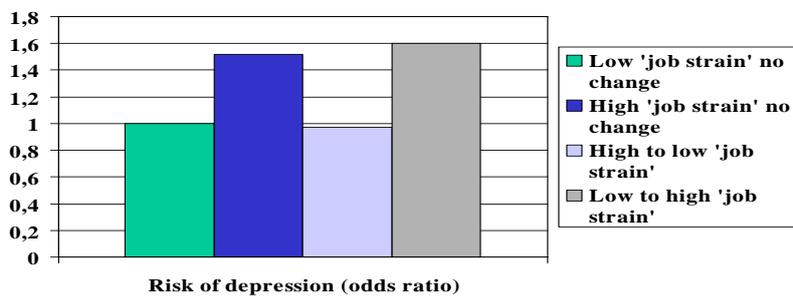
Intrinsische Komponente

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



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

Change of job strain over time and depression: a 7-year follow-up study in Canada (N=4866)



Source: Wang JL et al (2009) Am J Epidemiol 169: 1085-1091

- Dunkelziffer aufgrund mangelnder Inanspruchnahme von Ärzten
- Unter-Diagnostizierung und nichtangemessene Behandlung durch behandelnde Ärzte (geschlechtsspezifische Symptomatik?)
- Hohe Komorbiditätsrisiken (Suchtmittelmissbrauch, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen)
- Gegenüber Frauen deutlich erhöhtes Suizidrisiko

Berufliche Wiedereingliederung ist Ziel auch bei vorangegangenem Erleben von Gratifikationskrise

**Denn: Geringe Belohnungen sind besser als keine Belohnungen**

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



### 3. Berufliche Wiedereingliederung

#### Schwierigkeiten und Chancen

#### Auswirkungen der Depression auf die berufliche Tätigkeit:

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

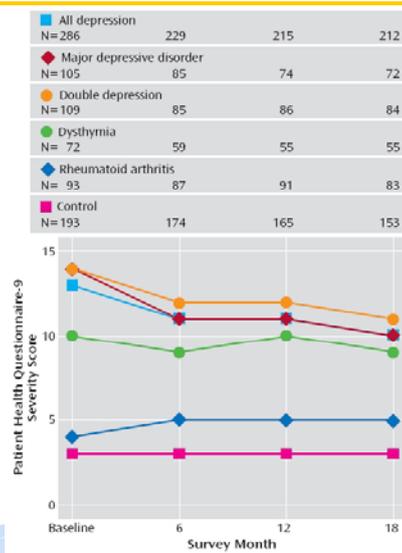
Folglich Schwierigkeiten bei der beruflichen Wiedereingliederung

## Einfluss antidepressiver Therapie auf Erwerbsfähigkeit

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

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

## Verlauf der beruflichen Leistung in Abhängigkeit von depressiver Symptomatik



## Ungelöste Probleme antidepressiver Therapie bei beruflicher Wiedereingliederung



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

## Einfluss soziodemographischer und psychosozialer Merkmale auf berufliche Rehabilitation

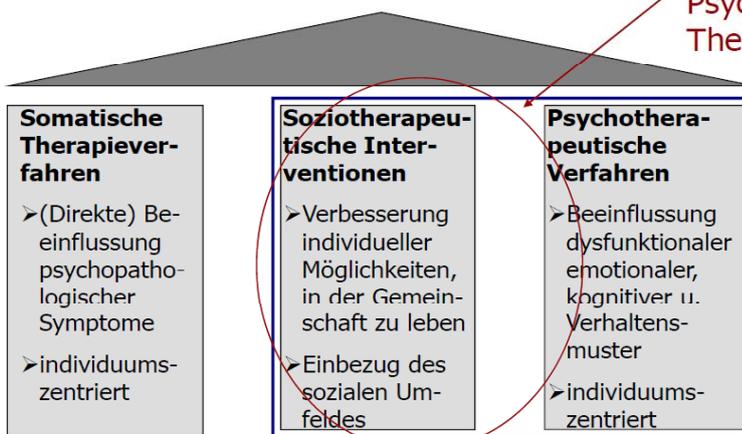


- *Sozialer Gradient*: Je höher die berufliche Qualifikation, desto höher die Wiedereingliederungsrate
- *Berufliche Kontinuität*: Je höher die berufliche Kontinuität vor Krankheitsbeginn, desto höher die Wiedereingliederungsrate
- *Psychisches Risikoprofil*: Je stärker Pessimismus, geringe Kontrollüberzeugung, geringe Selbstwirksamkeit und /oder geringes Selbstwertgefühl ausgeprägt sind, desto niedriger die berufliche Wiedereingliederungsrate

## 2. DGPPN S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

### Psychosoziale Therapien: Definition und Abgrenzung

DGPPN S3-  
Leitlinie  
Psychosoziale  
Therapien



Psychosoziale Therapien (Sprachgebrauch im angloamerikanischen Raum)

### 3 a-h.

## Einzelne psychosoziale Interventionen: Charakteristika und Wirksamkeit

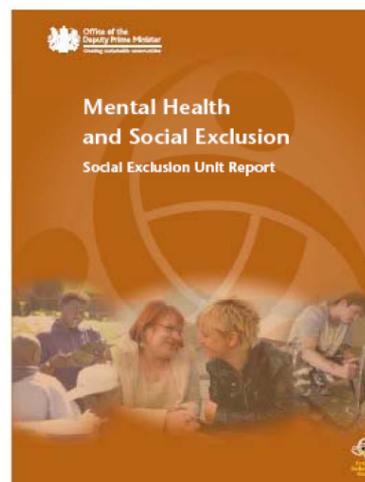
Case Management, Multiprofessionelle gemeinde-  
psychiatrische Teams, Assertive Community  
Treatment, Home Treatment, Arbeitsrehabilitation  
und Teilhabe am Arbeitsleben, Training sozialer  
Fertigkeiten, Therapeutische Gemeinschaft,  
Psychoedukation

## e. Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

Problem sozialer Exklusion  
psychisch Kranker in  
verschiedenen Bereichen,  
insbesondere auch Arbeit:

*„Adults with mental health problems are  
one of the most excluded groups in  
society (employed 24%, job loss risk  
x2, substantial debt x3, divorce x3,  
persons in care: 40% contact only to  
those in care)“*

*Although many want to work,  
fewer than a quarter actually  
do – the lowest employment  
rate for any of the main  
groups of disabled people.“*



## e. Zwei Modelle von Arbeitsrehabilitation

- 1) First train then place: strukturierte Aktivität in Stufen
  - Defizite beheben/ ausgleichen
  - Skills trainieren, dann Versuch der Platzierung auf 1. Arbeitsmarkt angestrebt
  - nicht immer Unterstützung bei Jobsuche und Nachbetreuung am Arbeitsplatz
  - Beispiel: überwiegender Teil der Angebote von RPK's und beruflichen Trainingszentren, Arbeitstherapie
  - Entsprechende Maßnahmen in den meisten Studien unter den Begriff **Pre-vocational Training** subsummiert

## e. Zwei Modelle von Arbeitsrehabilitation

- 2) First place then train: direkte Jobsuche
  - Rasche, direkte Jobsuche u. Platzierung am 1. Arbeitsmarkt, dann fortlaufende Unterstützung/Training durch Job Coach
  - liegt dem amerik. **Supported Employment (SE)** zugrunde
  - Individual Placement and Support = manualisierte Variante von SE mit dem Merkmalen:
    - Ziel: permanente Beschäftigung auf 1. Arbeitsmarkt
    - Min. Ansprüche an Rehabilitanden: klare Motivation für Jobsuche
    - Rasche Suche nach Arbeit, Vermeidung v. vorbereitendem Training
    - individuelle Platzierung
    - individuelle und zeitl. unbegrenzte Unterstützung am Arbeitsplatz
    - enge Zusammenarbeit med. und arbeitsrehabitativer Dienste

## e. Evidenz zu Arbeitsrehabilitation (1)

- Evidenz überwiegend aus englischsprachigem Raum
  - Unter **Supported Employment** im Vgl. zu Pre-vocational Training:
    - (+) erhöhte Wahrscheinlichkeit des Erreichens einer Beschäftigung auf 1. Arbeitsmarkt (5 Reviews, 1 RCT, **Ia**)
    - (+) mehr in kompetit. Arbeit verbrachte Wochen/J. (1 Rev., 1 RCT, **Ia-Ib**)
    - (+) höhere durchschnittliche monatl. Arbeitszeit (3 Reviews, 1 RCT, **Ia**)
    - (+) höherer durchschnittlicher monatl. Verdienst (1 Review, 1 RCT, **Ia-Ib**)
    - (+?) Verkürzung der Zeitdauer bis zum 1. Job und Verlängerung der Arbeitsverhältnisse
- (→) keine Erhöhung des Selbstwertgefühls (2 Reviews, 1 RCT, **Ib**)  
(→) keine Erhöhung der Lebensqualität (2 Reviews, 2 RCTs, **Ib**)  
(→) keine Erhöhung des allg. Funktionsniveaus (2 Reviews, 1 RCT, **Ib**)  
(→) keine Abmilderung psychiatrischer Symptome (2 Reviews, 1 RCT, **Ib**)  
(→) keine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit (1 RCT, **Ib**)

## e. Evidenz zu Arbeitsrehabilitation (2)

- Studien, die die Wirksamkeit von **Pre-vocational Training** im Vergleich zur Standardbehandlung untersuchen, zeigen jedoch auch Evidenz für Pre-vocational Training:
  - (+) Steigerung des durchschnittlichen monatlichen Verdienstes (1 RCT, **Ib**)
  - (+) Steigerung Funktionsniveau (1 nicht-randomis. kontroll. Studie, **IIa**)
  - (+) Steigerung psych. Wohlbefindens (2 nicht-randomis. kontroll. Studien, **IIa**)
  - (+) Steigerung der Zufriedenheit in den Bereichen Arbeit, physische Leistungsfähigkeit, tägliche Aktivitäten, Erfolg und Anerkennung, Unabhängigkeit, Finanzen, Freizeit, Unterstützung, Freunde/ Bekannte (1 nicht-randomis. kontroll. Studie, **IIa**)

## Zusammenfassung (1)

- Psychosoziale Therapien mit soziotherapeutischem Schwerpunkt sind in hohem Maße von Organisation der Behandlung und Versorgung abhängig und für moderne psychiatrische Versorgung essentiell
- Zentrale Ziele: Selbständigkeit, Unabhängigkeit
- (Gute) Evidenzgrundlagen u.a. zu:
  - Aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung (Team)
  - Kriseninterventions- und Home Treatment Teams
  - Supported Employment, Social Skills Training

### Einfluss kontinuierlicher Supervision auf berufliche Wiedereingliederung und Produktivität

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



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

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

#### **Ergebnisse:**

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

## Anforderungen an ein integriertes Betreuungskonzept

- Enge Zusammenarbeit zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Diensten
  - Frühe Einbeziehung von betriebsärztlichen Diensten und Versicherungsträgern
  - Frühes betriebliches Wiedereingliederungsmanagement z. B. auf Basis von Betriebsvereinbarungen
  - Case Management und personale Kontinuität
  - Ambulante Gruppentherapie; betriebsärztliche Sprechstunde; Angehörigengruppe
  - Schulung von Vorgesetzten in Betrieben
- Problem:* Wiedereingliederung bei Kleinbetrieben

## 4. Verbesserungspotentiale

- Vernetzung setzt mehr voraus als ein Netz

## Praktische Folgerungen und Entwicklungsbedarf



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

## Praktische Folgerungen und Entwicklungsbedarf II:



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

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

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

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!