

Dunkelziffer – Beispiele verdeckter psychischer Krankheitslast

- 2.1 Doping – 8
- 2.2 Psychosomatik – 9
- 2.3 Fehl- und Scheindiagnosen – 10
- 2.4 »Technische« Dunkelziffer – 11

In den Krankenkassenstatistiken sind lediglich die als eindeutig psychisch diagnostizierten Fälle berücksichtigt. Nicht erfasst sind diejenigen Krankheitsfälle, die zwar als organisch deklariert, aber psychisch (mit)verursacht sind oder aber schlichtweg falsch diagnostiziert wurden. Auch rein technische Gründe bedingen eine Verzerrung des Datenstands, was die Vermutung zulässt, dass die Dunkelziffer der verdeckten psychischen Erkrankungen weit größer ist als angenommen.

Die oben dargestellten Ergebnisse sind direkt ermittelte Zahlen aus den Codierungen (den offiziellen Diagnosen, vgl. ► Kap. »Glossar«) der ärztlichen Bescheinigungen. Nicht erfasst wurden Verhaltensauffälligkeiten, die nicht zur Krankschreibung führten, aber definitionsgemäß mittel- und langfristige Gesundheitsrisiken darstellen; ebenso psychische Erkrankungen, die auf der Krankschreibung als körperliche Erkrankung fehlerhaft oder unvollständig codiert wurden. Darüber hinaus wurde die Beeinflussung körperlicher Krankheitsbilder durch seelische Prozesse nicht erfasst.

2.1 Doping

Doping am Arbeitsplatz – Neuroenhancement

Die DAK (DAK-Gesundheit 2009) widmet ein gesondertes Kapitel des Gesundheitsreports 2009 dem »Doping am Arbeitsplatz«. Alarmierend ist die Erkenntnis, dass immer mehr Menschen Doping zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit, auch bekannt unter dem Begriff »Neuroenhancement«, für normal halten. Als Ursache hierfür wird angeführt, dass Arbeit in der Informationsgesellschaft mehr von kognitiven Faktoren wie Auffassungsgabe, Gedächtnis und Kreativität abhängig ist als von der körperlichen Leistungsfähigkeit. Laut einer Veröffentlichung in der Zeitschrift *Nature* (Maher 2008) haben 20 % einer Befragungsstichprobe schon Medikamente eingenommen, um die Leistungsfähigkeit zu verbessern und nicht um eine Krankheit zu behandeln. Hierzu gehören Amphetamine, Antidementiva und neuere Antidepressiva. Nach einer eigenen Bevölkerungsbefragung der DAK kennen 18,5 % der Befragten eine Person im Kollegenkreis oder privaten Umfeld, die mittels Medikation die Leistungsfähigkeit zu verbessern versucht.

Es ist statistisch belegt, dass dieser Einstellungswandel stark mit der Stressbelastung am Arbeitsplatz zusammenhängt. Im Mittelpunkt der Kritik stehen dabei nicht etwa bestimmte Nebenwirkungen als vielmehr die Diskussion, wie der zunehmende Einsatz von Neuroenhancern die Arbeitswelt verändern wird und ob die Einnahme vielleicht sogar zukünftig von Vorgesetzten erwartet wird. Langzeitergebnisse dazu, wie sich der Einsatz von Neuroenhancern gesundheitlich auswirkt, existieren bislang noch nicht (Podbregar u. Lohmann 2012). Medizinisch zu erwarten wäre jedoch, dass der Einsatz – wie bei allen missbräuchlich verwendeten Substanzen – auf Dauer mehr schadet als nutzt.

Als kurzfristige Nebenwirkungen sind Übelkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Panikattacken bekannt, mittelfristig können Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, Depressionen, dauerhafte Hirnveränderungen und Abhängigkeit Folgen des Abusus sein. Diese Nebenwirkungen werden jedoch zunächst nicht mit psychischen Störungen in Verbindung gebracht, sodass diese Fälle in keiner offiziellen Statistik auftauchen. Erst eine diagnostizierte Abhängigkeit als Folge des Dopings, das seinerseits wieder eine Folge der ursprünglich psychischen Belastung ist, würde Eingang in die Statistiken finden.

2.2 Psychosomatik

Der Umstand, dass zahlreiche körperliche Erkrankungen psychosomatisch verursacht sind oder in ihrem Verlauf wesentlich von psychosozialen Faktoren beeinflusst werden, gehört zum medizinischen Basiswissen.

Zahlreiche Störungen führen jedoch aufgrund ihrer somatischen Erscheinungen zu rein somatischen – also organischen – Diagnosen. Man geht davon aus, dass es oft 7 Jahre dauert, bis eine psychosomatische Störung als solche erkannt wird (Egle 2007). In der allgemeinmedizinischen Praxis rechnet man mit einer Kontaktrate von rund 30–50 % aufgrund psychischer Probleme, in der Neurologie soll dieser Wert sogar noch höher sein. Beispiele hierfür sind Ängste, die sich in Form körperlicher Beschwerden äußern, chronische Schmerzsyndrome, für die keine organische Erklärung gefunden werden kann, und Magen-Darm-Probleme wie das sog. Reizdarmsyndrom.

Zusätzlich zu diesen psychosomatisch verursachten und als körperliche Erkrankung anmutenden Störungen müssen körperliche Erkrankungen berücksichtigt werden, deren Leidensdruck und Verlauf sehr wesentlich von psychosozialen Faktoren wie Stress, Konflikten, Existenzängsten oder Einsamkeit mitbestimmt werden. Das gilt für alle chronisch verlaufenden Erkrankungen – in der folgenden Übersicht nur einige Beispiele:

Beispiele chronisch verlaufender Erkrankungen

- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Reizblase
- Asthma bronchiale
- Chronische Niereninsuffizienz
- Neurodermitis
- Enzephalitis disseminata
- Endokrinologische Erkrankungen

Doping – Nebenwirkungen

Häufige somatische Diagnosen

Psychosoziale Faktoren bei chronischen Erkrankungen

Bei den schubförmigen Verläufen können psychosoziale Faktoren Einfluss auf deren Häufigkeit und Intensität nehmen. Hinzu kommt aber, dass die psychische Verarbeitung der Erkrankung Einfluss auf die somatische Krankheit hat, weil sie entweder einen kompetenten oder eher ungünstigen, beispielsweise verleugnenden Umgang mit der Erkrankung bedingt. Eine gelingende Krankheitsverarbeitung eines Herzinfarkts erkennt man beispielsweise an der Bereitschaft, das Rauchen aufzugeben. Geschieht dies nicht, muss mit einem höheren Reinfarktrisiko gerechnet werden und somit wieder mit Kosten, Arbeitsausfällen etc.

2.3 Fehl- und Scheindiagnosen

Ressentiments und Stigmatisierungen

In der haus- und fachärztlichen Praxis ist bekannt, dass ein Teil der somatischen Erkrankungen seelische Ursachen hat bzw. die organische Komponente der Erkrankung auf »den Schein« geschrieben wird, während der psychosomatische Anteil unkommentiert bleibt. Ein Grund dafür ist, dass Kollegen wissen, mit welchen Ressentiments und Stigmatisierungen Betroffene zu rechnen haben, ein anderer, dass die seelische Komponente erst gar nicht erkannt wird.

Der Patient ist somit per offizieller Diagnose mit einer organischen Erkrankung arbeitsunfähig. Eine Studie an jungen Frauen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren zeigte, dass die Diagnosen auf Krankschreibungen mit den tatsächlich vorhandenen Störungen nur eine geringe Übereinstimmung aufwiesen, sofern es sich um psychische Störungen handelte (Hach et al. 2003). Somit ist davon auszugehen, dass psychische Störungen oft nicht in Krankschreibungen zum Ausdruck kommen.

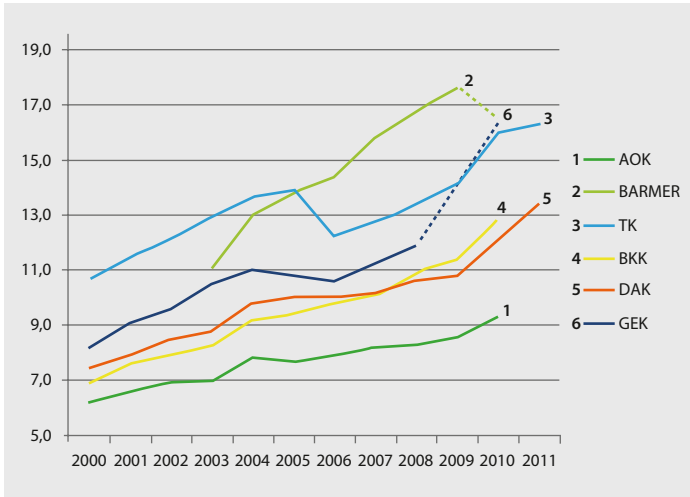
Psychosomatische Diagnosen als Ausschlussdiagnosen

Der umgekehrte Fall – dass eine psychische Störung anstatt einer organischen Erkrankung diagnostiziert wird – ist eher selten, da unser Medizinsystem und die medizinische Sozialisation nahelegen, »organische Faktoren auszuschließen«. Psychosomatische Diagnosen gelten per se als Ausschlussdiagnosen, d. h., ein Patient gilt solange als organisch krank, bis alle erforderlichen Untersuchungen abgeschlossen sind, um festzustellen: »keine organische Ursache«. Ein Psychotherapeut darf keinen Therapieplan erstellen, ohne dass eine medizinische Abklärung erfolgt ist.

Belastung durch arbeitsbedingten Stress

Zusammenfassend ist hier festzuhalten, dass der Anteil der psychischen Mitverursachung von Krankheitstagen deutlich höher ist als die tatsächlichen Fakten (Ausfallstatistik) aufzeigen, da die Ausfallstatistik ausschließlich gesicherte Fälle enthält. Die sich daraus erklärende Dunkelziffer an psychischen Störungen am Arbeitsplatz lässt sich allenfalls durch Befragungsstudien an einer repräsentativen Stichprobe aller Arbeitnehmer erschließen. Bei ca. 28 % der Arbeitnehmer ist von einer Belastung durch arbeitsbedingten Stress auszugehen (European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions 2002). 50–60 % der Fehlzeiten werden damit in Zusammenhang

2.4 • »Technische« Dunkelziffer



■ **Abb. 2.1** Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit: Anteil der AU-Tage. (Aus BPTK 2010; mit freundl. Genehmigung)

gebracht. Arbeitsbedingter Stress soll einen erheblichen Anteil an der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen und mentalen Störungen haben (■ Abb. 2.1).

2.4 »Technische« Dunkelziffer

Schließlich gibt es einen weiteren, eher technischen Aspekt, der eine höhere Dunkelziffer erwarten lässt: So werden viele Fälle von Kurzzeiterkrankungen (1–3 Tage Dauer) von den Krankenkassen erst gar nicht registriert und erreichen damit niemals die offiziellen Statistiken. Eine Untersuchung der DAK ergab, dass der wahre Krankenstand durch diesen Einfluss um ca. 5 % nach oben korrigiert werden müsse (DAK-Gesundheit 2012). Dadurch ergibt sich ein korrigierter Krankenstand der DAK für das Jahr 2011 von 3,8 % statt 3,62 %.

Auswirkungen psychischer Störungen am Arbeitsplatz

- 3.1 Anwesenheit trotz Krankheit – 14
- 3.2 Abwesenheit bei Krankheit – 17
- 3.3 Rückkehr nach Krankheit – 17
- 3.4 Ökonomische Folgen – 18

Hohe volkswirtschaftliche Kosten durch arbeitsbedingte psychische Belastungen

Die psychische Erkrankung eines Mitarbeiters beeinflusst ein Unternehmen in vielfältiger Art und Weise. Diese Einflüsse gehen weit über den wirtschaftlichen Schaden des Produktionsausfalls durch Abwesenheit hinaus.

Im Folgenden werden 3 Präsenzzustände in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Unternehmen diskutiert: der Zustand der Anwesenheit trotz Krankheit (Präsentismus), der Zustand der Abwesenheit und die Rückkehr. Schließlich wird der Versuch unternommen, eine greifbare, ökonomisch belegbare Größe für den betriebswirtschaftlichen Schaden zu ermitteln, der durch psychische Erkrankungen hervorgerufen wird. Anhand dieser Größe und einer prognostizierten Erfolgsquote lässt sich das wirtschaftlich sinnvolle Budget für ein Präventionsprogramm ermitteln.

3.1 Anwesenheit trotz Krankheit

Legt man zur Orientierung die durchschnittliche Krankheitsdauer von depressiven Störungen zwischen mehreren Monaten bis zu einem Jahr zugrunde und vergleicht diese mit der durchschnittlichen Krankenschreibung aufgrund dieser Diagnose, so zeigt sich, dass die Zeit der kompletten Erkrankung nicht deckungsgleich ist mit den tatsächlichen Fehlzeiten im Betrieb. Man kann also davon ausgehen, dass die ausfallenden Arbeitnehmer schon über einen längeren Zeitraum durch ihre Erkrankung beeinträchtigt und folglich nur eingeschränkt leistungsfähig sind. Amerikanische Untersuchungen belegen eindeutig die negativen Auswirkungen auf die Produktivität durch Leistungsminderung im Rahmen einer psychischen Erkrankung (Stewart et al. 2003). Psychische Erkrankungen bedeuten für ein Unternehmen einen Verlust an Produktivität und einen Anstieg an Kosten. Im Jahr 2009 belief sich in Deutschland die Zahl der durch arbeitsbedingte psychische Belastungen entstandenen volkswirtschaftlichen Kosten auf 6,3 Mrd. Euro. Davon werden 3 Mrd. Euro für die Krankheitsbehandlung und 3,3 Mrd. Euro für den Produktionsausfall gerechnet (Bödeker u. Friedrichs 2011).

Im Folgenden werden typische Symptome einer depressiven Erkrankung im Hinblick auf ihre arbeitsbezogenen Auswirkungen erläutert. Man unterscheidet **Haupt- und Nebensymptome**. Zu den Hauptsymptomen gehören Verlust an Interesse und Motivation, Antriebsstörungen und eine niedergeschlagene Stimmungslage. Zu den Nebensymptomen gehören Erschöpfung, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Unsicherheit, Selbstzweifel, Entscheidungsprobleme, Gereiztheit, geminderte emotionale Reaktionsbreite, in schweren Fällen Suizidgedanken.

Typische Symptome einer depressiven Erkrankung und ihre arbeitsbezogenen Auswirkungen

- Antriebsstörungen, Schlafprobleme und Erschöpfung führen zu einer verminderten Leistungsfähigkeit.
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen bedingen eine höhere Fehlerquote.
- Die gestörte Emotionalität, Gereiztheit und Irritierbarkeit führen oft zu Konflikten mit Kunden und Kollegen, weil Betroffene Schwierigkeiten haben, auf ihr Gegenüber einzugehen, oder sich oft zurückziehen.
- Unsicherheit und Selbstzweifel bedingen Entscheidungsschwächen, Fehlentscheidungen und Handlungsblockierungen. Oft fällt auf, dass die Betroffenen sich der Verantwortung ihrer beruflichen Rolle nicht mehr gewachsen fühlen.
- Durch Neues fühlen sich Betroffene leicht überfordert, sie haben Schwierigkeiten, sich an neue Situationen anzupassen und neue Anforderungen umzusetzen.

Arbeitsbezogene
Auswirkungen:
– Depression

Diese Liste ist nicht vollständig, sie deutet jedoch an, dass die Depression nicht nur die erkrankte Person betrifft, sondern über die Interaktionsschnittstellen ebenso Kunden, Kollegen und Vorgesetzte sowie die berufliche Leistung.

Es kann zu Kooperationsproblemen und Konflikten kommen, wenn der Depressive seinen Teil der Teamarbeit nicht mehr leistet oder sich von den Kollegen unverstanden fühlt, sich zurückzieht und abkapselt. Diese Tendenz wird dann als Desinteresse an den Kollegen interpretiert und führt oft dazu, dass die erkrankten Kollegen ausgegrenzt werden. Das Team hingegen fühlt sich durch die Minderleistung eines Einzelnen mehr belastet, was zu Spannungen und Unzufriedenheit führen kann.

Mit vergleichbaren sozialen Komplikationen ist auch das Burnoutsyndrom behaftet. Gemeint ist hiermit ein umfassender, oft aber nicht immer allein berufsbedingter Erschöpfungszustand. Dieser Zustand entwickelt sich häufig unmerklich über viele Monate und ist für den Betroffenen erst im späten Stadium der Erkrankung erkennbar. Neben den Symptomen einer Depression fällt als weiteres spezifisches Charakteristikum die emotionale Distanz der betroffenen Arbeitnehmer zur eigentlichen Aufgabe auf. Oft zeigt sich diese Distanz in Form von Zynismus und Abwehr. Beispiele sind der Kundenbetreuer, der durch seine Kunden »genervt« ist, der Arzt, der seine Patienten als anstrengend und kräftezehrend erlebt, oder auch der Projektmitarbeiter, der nicht daran glaubt, dass die gemeinsame Aufgabe »die Welt besser macht«, und der dies im Kollegenkreis regelmäßig zum Ausdruck bringt. Dass dieses durch die psychische Erkrankung bedingte Verhalten von Mitarbeitern für ein Unternehmen bedeutende Folgen haben kann, liegt auf der Hand.

– Burnoutsyndrom

– Suchterkrankungen

Im Zusammenhang mit oder als Spätfolge der oben genannten Störungen entwickeln die Betroffenen nicht selten eine Suchterkrankung. Der Konsum von Suchtmitteln soll emotionale Spannungen und den durch bestimmte Symptome erzeugten Leidensdruck abmildern. Diese Strategie ist langfristig offenkundig wenig hilfreich.

Suchterkrankungen sind aber häufiger als einzige Störung augenfällig und verursachen im fortgeschrittenen Stadium erhebliche Probleme. So treten gehäuft Arbeitsunfälle, kurzfristige Fehlzeiten und organische Folgeerkrankungen auf, die dann ebenfalls wieder Fehlzeiten verursachen. Die Teamkollegen werden durch mangelnde Verlässlichkeit und mangelnde Leistung, aber auch durch Loyalitätskonflikte belastet.

Es ließen sich hier noch zahlreiche andere Krankheitsbilder hinsichtlich ihrer beruflichen Auswirkungen untersuchen, die genannten Beispiele sind jedoch hinreichend, um sich ein Bild davon zu machen, dass psychische Störungen sich auf den Betrieb anders auswirken als körperliche Erkrankungen.

Das Phänomen »Präsentismus«

Für den Zustand der Anwesenheit am Arbeitsplatz bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit hat sich der Begriff »Präsentismus« etabliert. Dieses Phänomen entsteht durch die Angst, aufgrund von Krankheit seinen Arbeitsplatz zu verlieren, und verdeutlicht das Stigma, mit dem psychische Erkrankungen nach wie vor belegt sind. Schamgefühle hindern daran, konstruktiv zu handeln (Tönnemann 2009a). Hinzu kommt, dass Betroffene sich ihre Symptome oft nicht eingestehen wollen und sie verdrängen. Gerade bei seelischen Störungen fällt es sehr schwer, festzulegen, wo Gesundheit aufhört und Krankheit anfängt. Befindlichkeitsstörungen gelten nicht als Krankheit, denn jeder Mensch fühlt sich zuweilen erschöpft, lustlos oder gereizt. Nicht nur die Betroffenen sehen das so, sondern auch ihre Umwelt. Während man bei organischen Erkrankungen nach einem dichotomen Paradigma verfährt, bewegt sich die Beschreibung und das Empfinden des seelischen Zustands eher auf einem Kontinuum von gesund nach krank. Eine Studie belegt, dass Präsentismus im Zusammenhang mit erhöhter Flexibilisierung und Arbeitsplatzunsicherheit entsteht, etwa in der Folge von Zeitverträgen (Kieselbach et al. 2009). Insgesamt ist Präsentismus also ein multifaktorielles Geschehen, das durch persönliche, soziale und arbeitsbedingte Umstände entsteht. Die Kosten, die dadurch verursacht werden, sind erheblich. Der Produktivitätsverlust liegt um ein Mehrfaches höher als durch Abwesenheit. Die Kosten krankheitsbedingter Einschränkungen und die Abnahme der Arbeitsproduktivität durch Präsentismus sind enorm und übersteigen noch die Kosten durch Absentismus (Steinke u. Badura 2011).

Laut Steinke u. Badura (2011) wird **Präsentismus** bzw. das Erscheinen am Arbeitsplatz trotz einer Krankheit durch persönliche, arbeitsbedingte und gesellschaftliche Faktoren beeinflusst. Dieses Verhalten kann langfristig eine negative Wirkung auf die Gesundheit haben.

3.2 Abwesenheit bei Krankheit

Die Kosten für die Abwesenheit eines Mitarbeiters sind in ihren ökonomischen Auswirkungen zunächst recht gut fassbar als Ausfall der Produktivität oder Kosten für eine Ersatzkraft.

Was dabei aber unberücksichtigt bleibt, ist die Tatsache, dass Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen im Team weitaus mehr Unruhe verursachen als das Fehlen aufgrund einer körperlichen Erkrankung. Oft werden psychische Diagnosen verheimlicht; in Anbetracht der Stigmatisierung ist das verständlich. Meistens »sickert aber doch etwas durch«, und man stellt sich die Frage, ob die Arbeitssituation etwas damit zu tun hat, ob der Kollege wieder belastbar sein wird oder, je nach Belastung des Teams, ob sich da jemand auf Kosten anderer eine Auszeit gönnt. Bei gehäufter Arbeitsunfähigkeit beispielsweise im Rahmen von rezidivierenden Störungen oder in Zusammenhang mit einer Suchtproblematik stellt sich das Team die Frage, ob der Kollege noch tragbar ist. Zugespitzt findet man solche Situationen dann, wenn die Leistung über das gesamte Team beurteilt wird. So werden Kollegen quasi durch den Arbeitsausfall einer Person bestraft.

Unruhe im Team

Direkte Abwesenheitskosten

3.3 Rückkehr nach Krankheit

Wie gezeigt, führen psychische Störungen oft zu sehr viel längeren Ausfallzeiten als körperliche Erkrankungen. Hinzu kommt, dass die Belastbarkeit gegen Ende der Erkrankung sehr viel schlechter medizinisch zu objektivieren ist als vergleichsweise die Belastbarkeit einer ausgeheilten Knochenfraktur. Im Gegenteil: Die persönliche Belastbarkeit ist ein äußerst subjektiver Zustand und wird oft erst unter der Konfrontation mit Belastungen deutlich. Dementsprechend findet im Prozess der Rekonvaleszenz bei psychischen Störungen oft eine berufliche Wiedereingliederung statt. Der Betroffene nimmt die Arbeit langsam und stundenweise wieder auf.

Im Idealfall gelingt es, einen realistischen Plan zum Belastungsaufbau zu erstellen und den Betroffenen zunächst von bestimmten Aufgaben zu entbinden. Das bedeutet jedoch, dass dieser eine Zeit lang eine Sonderrolle einnimmt und die Kollegen trotz Anwesenheit seine Arbeit weiter übernehmen müssen oder dass ein übergangsweise eingesetzter Kollege das Team wieder verlassen muss. Zudem sind das Team und der direkte Vorgesetzte verunsichert, was dem Wiederkehrer denn jetzt zugemutet werden kann und was nicht. Dieser wiederum kehrt oft mit einer bestimmten Erwartung an den Arbeitsplatz zurück: »Die Kollegen müssen ja jetzt eingesehen haben, dass das zu viel war ...«, »Es wird bestimmt Rücksicht genommen ...« etc. Da der Betrieb jedoch in aller Regel weiterläuft wie sonst auch, werden diese Erwartungen oft enttäuscht. Sowohl der Erkrankte als auch das Team gehen durch eine Phase von Spannungen und Unsicherheit. Eine weitere mögliche

**Belastbarkeit nach
psychischer Erkrankung**



<http://www.springer.com/978-3-642-38020-4>

Employee Assistance Programs

Externe Mitarbeiterberatung im betrieblichen

Gesundheitsmanagement

Schulte-Meßtorff, C.; Wehr, P.

2013, X, 112 S. 15 Abb. Mit Online-Extras., Softcover

ISBN: 978-3-642-38020-4