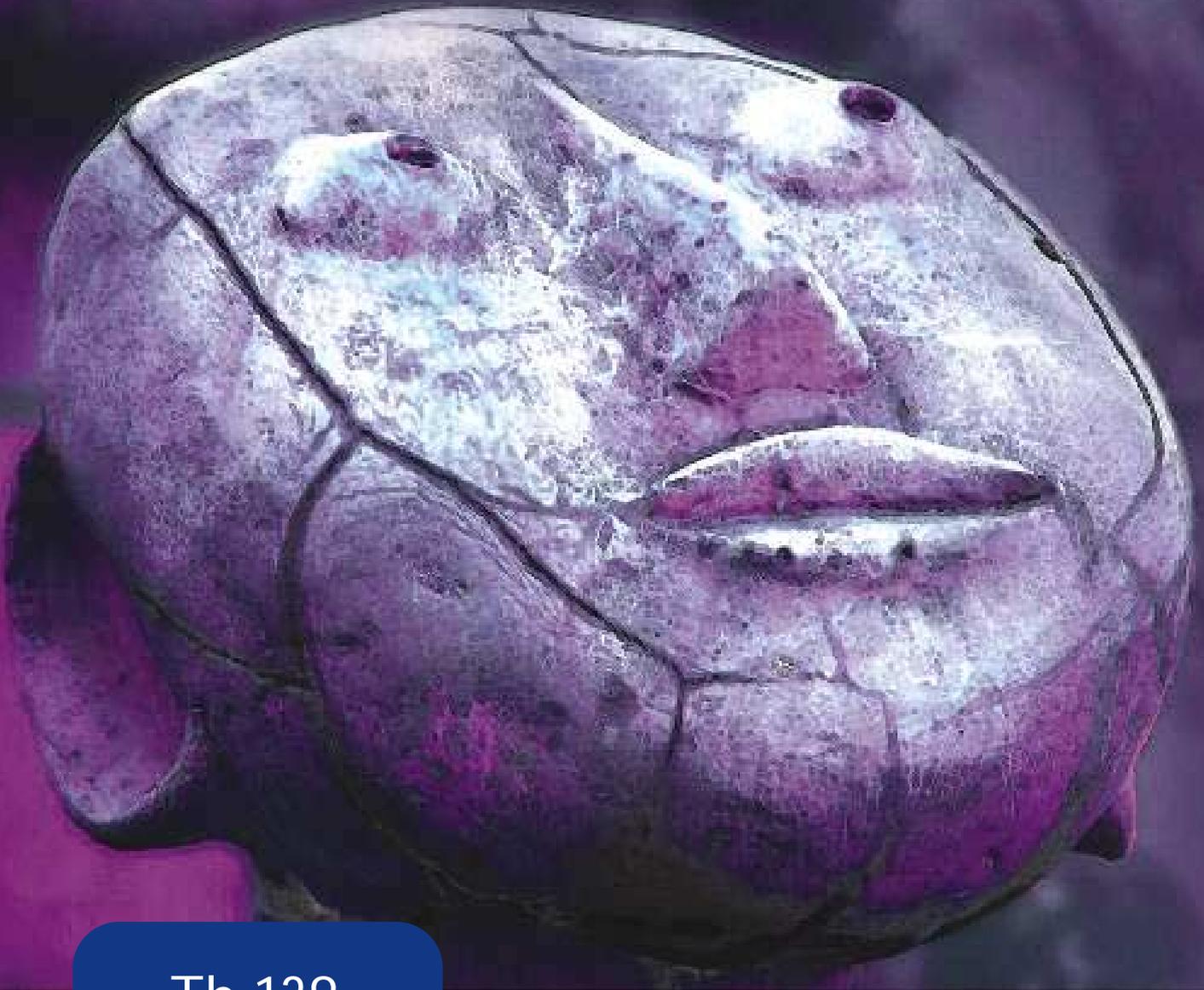


# Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen



Tb 138

Schriftenreihe der  
Bundesanstalt für  
Arbeitsschutz und  
Arbeitsmedizin

baua:

## **Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen**

**Zur Bedeutung arbeitsbedingter Faktoren  
für das Auftreten depressiver Störungen  
Workshop vom 1. Juli 2004 in Berlin**

Tagungsleitung: Dr. rer. nat. Gisa Junghanns  
Dr. sc. med. Peter Ullsperger  
Gruppe „Arbeitsgestaltung bei psychischen  
Belastungen, Stress“  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Umschlaggestaltung  
und Fotografik: Angelika Rößler,  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Verlag/Druck: Wirtschaftsverlag NW  
Verlag für neue Wissenschaft GmbH  
Bürgermeister-Smidt-Str. 74-76, D-27568 Bremerhaven  
Postfach 10 11 10, D-27511 Bremerhaven  
Telefon: (04 71) 9 45 44 – 0  
Telefax: (04 71) 9 45 44 – 77  
E-Mail: [info@nw-verlag.de](mailto:info@nw-verlag.de)  
Internet: [www.nw-verlag.de](http://www.nw-verlag.de)

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin  
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, D-44149 Dortmund  
Telefon: (02 31) 90 71 – 0  
Telefax: (02 31) 90 71 – 24 54  
E-Mail: [poststelle@buaa.bund.de](mailto:poststelle@buaa.bund.de)  
Internet: [www.buaa.de](http://www.buaa.de)

Berlin:  
Nöldnerstr. 40-42, D-10317 Berlin  
Telefon: (0 30) 5 15 48 – 0  
Telefax: (0 30) 5 15 48 – 41 70

Dresden:  
Proschhübelstr. 8, D-01099 Dresden  
Telefon: (03 51) 56 39 – 50  
Telefax: (03 51) 56 39 – 52 10

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe  
und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

ISSN 1433-2132  
ISBN 3-86509-276-4

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kurzreferat	5
Abstract	6
I. Der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und psychischen Störungen aus epidemiologischer Perspektive F. Jacobi	7
II. Wege zur besseren Versorgung depressiver Patienten U. Hegerl	17
III. Chronischer Distress im Erwerbsleben und depressive Störungen: epidemiologische und psychobiologische Erkenntnisse und ihre Bedeutung für die Prävention J. Siegrist, A. Rödel	27
IV. Zusammenhang zwischen Arbeit und Depression – ein Überblick R. Rau	38
V. Forschungsstand und Forschungsperspektive aus arbeitspsychologischer Sicht zum Zusammenhang zwischen Erwerbsarbeit und Depressivität G. Mohr	58
VI. Erschöpfung und Depression in der (modernen?) Arbeitswelt aus Sicht der stationären psychosomatischen Rehabilitation M. Winkler	66

# Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen

## Kurzreferat

Seit einigen Jahren wird von einer allgemeinen Zunahme depressiver Störungen berichtet, teilweise wird sogar von einer neuen Volkskrankheit gesprochen. Laut Techniker Krankenkasse leidet inzwischen einer von zehn kranken Beschäftigten an psychischen Störungen, nach den Rückenschmerzen der zweithäufigste Grund für Krankschreibungen. Es erhebt sich die Frage, in welcher Beziehung depressive Erkrankungen zur Arbeitstätigkeit stehen, ob sie lediglich im Kontext mit der Arbeit auftreten, arbeitsassoziiert oder unmittelbar arbeitsbedingt sind. Der Workshop „Zur Bedeutung arbeitsbedingter Faktoren für das Auftreten depressiver Störungen“ sollte dem Ziel dienen, die arbeitsmedizinische Bedeutung dieser aktuellen Thematik aus den Blickwinkeln der verschiedenen Fachdisziplinen herauszuarbeiten. Gleichzeitig wurden Hinweise für weiteren Forschungsbedarf aus der Sicht von Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz erwartet. Der Workshop sollte nicht zuletzt einer Verständigung und Vernetzung zwischen den Experten aus den Fachgebieten Medizin, Psychologie, Soziologie und Rehabilitation dienen und gegebenenfalls deren Augenmerk auf den nicht zu unterschätzenden Einfluss von Arbeit auf die psychische Gesundheit richten.

Wichtige Voraussetzung für eine zielführende Diskussion waren Definition bzw. Diagnose der Depression. Der zu beobachtende inflationäre Gebrauch des Begriffs bei vorübergehenden Stimmungstiefs ist einer wissenschaftlichen Betrachtung nicht dienlich.

Begriffliche Klarheit im Sinne der Unterscheidung zwischen vorübergehenden Stimmungstiefs und depressiven Episoden gemäß der Internationalen Klassifikation ICD 10 ist gefordert: die depressive Episode gemäß ICD10 geht mit definierten psychischen Symptomen einher und wird häufig von zugehörigen körperlichen Symptomen begleitet. Typische Symptome sind danach beispielsweise eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit und Verminderung des Antriebs. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind beeinträchtigt.

Die in der Literatur angeführten Ursachen der Depression schließen arbeitsbezogene Faktoren, wie Fehlbelastungen, chronische Überlastung und Stress, wenig Licht und Bewegung, Angst vor Arbeitsplatzverlust zumindest als den Krankheitszustand verschlimmernde Faktoren ein. Offen bleiben jedoch Fragen über Wechselwirkungen von individueller Prädisposition und der Wirkung von arbeitsbedingtem chronischem Stress.

Erwartungsgemäß wurden die zahlreichen noch offenen Fragen in diesem Workshop nicht geklärt, die Beiträge aus den verschiedenen Fachdisziplinen vermitteln jedoch dem interessierten Leser einen nachhaltigen Eindruck über die dringliche Notwendigkeit der Erforschung und stärkeren Berücksichtigung des Faktors Arbeit bei Prävention, Therapie, Rehabilitation und Wiedereingliederung von Erwerbstätigen mit depressiven Störungen.

## Schlagwörter:

depressive Störungen, Arbeitsbedingungen, Arbeitsmedizin

# Work-related factors of depressive disorders

## Abstract

A general increase of depressive disorders has been reported over the last years, and depressive disorders are sometimes even discussed as a new endemic disease. According to the TK Health insurance company one of ten ill employees suffer from mental health disturbances, i.e., the second frequent cause of sick notes after back pains. The question arose whether and to what extent depressive disorders are related with work load and working conditions.

The workshop "Relevance of work related factors for the occurrence of depressive disorders" aimed at elaborating the importance of this actual topic for occupational medicine from the viewpoint of the different disciplines involved. Furthermore, the workshop aimed at advancing the communication among the experts of diverse disciplines (medicine, psychology, sociology and rehabilitation) so that they turn their attention to the significant influence of work on mental health. At the same time, indications of open problems and further research needs for occupational medicine were expected from the experts in the course of the deliberations.

An important precondition for a successful discussion was the reference to definition and diagnosis of depression. The inflationary use of a medical term for description of temporary mood changes is not helpful for scientific considerations. Conceptual clarity is required to distinguish between temporary mood changes and major depressive episodes defined according to the International Classification ICD 10 with typical mental and physical symptoms.

Causes of depressive episodes as specified in literature include work-related factors, e.g. inappropriate work load, chronic overload and stress, lack of light and little physical activity or fear of losing one's job. At least these factors may contribute to the worsening of a depressive episode. However, the interaction of individual predisposition and the influence of work-related chronic stress is still an open question.

As expected, not all problems could be solved in this workshop. However, the contributions by the experts from the different disciplines leave the impression that research is really needed in this domain, particularly with regard to increased consideration of the factor "work" in prevention, therapy, and rehabilitation of employees with major depressive episodes.

## Key words:

depressive disorders, working conditions, occupational medicine

# I. Der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und psychischen Störungen aus epidemiologischer Perspektive

F. Jacobi

Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden

## Kurzreferat

Klinische Studien sind in ihrer Aussagekraft insofern begrenzt, als dass psychische Störungen häufig nicht erkannt bzw. diagnostiziert werden; die „Fälle“ mit einer Diagnose sind daher oftmals keine „Patienten“ im engeren Sinne. Auch in arbeitspsychologischen Studien zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und psychischen Störungen wurden die entsprechenden Befunde meist aus umgrenzten Populationen generiert (z.B. in bestimmten Arbeitsumfeldern) und sollten optimalerweise in repräsentativen Studien repliziert und erweitert werden, um ein adäquates Gesamtbild zu erhalten. Anhand des Bundesgesundheits surveys 1998/99 sollen einerseits mit psychischen Störungen assoziierte Funktionseinschränkungen (bzw. reduzierte Arbeitsfähigkeit) und andererseits mit arbeitsbezogenen Faktoren assoziierte psychische Probleme (bzw. Diagnosen psychischer Störungen) auf repräsentativer bevölkerungsbezogener Basis illustriert werden.

Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei deutschen Erwachsenen (18-65 Jahre) beträgt etwa 30 %. Psychische Störungen gehen mit deutlich erhöhten Gesundheitsausgaben und einer stark erhöhten Rate an Ausfalltagen einher. Bei Arbeitslosen ist die Prävalenz psychischer Störungen gegenüber Erwerbstätigen deutlich erhöht (z.B. etwa doppelt so hohe Raten bei substanzbezogenen, affektiven und Angststörungen).

In einer zweiten Beispielrechnung ergibt sich ein deutlicher Zusammenhang – wiederum unter Berücksichtigung wichtiger soziodemographischer Determinanten – zwischen Rauchen und „ungesunden Arbeitsbedingungen“ (Lärm, Staub, Gase oder „schlechte Luft“).

Epidemiologische Befunde legen sowohl Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen nahe (mit dem Ziel einer Reduktion von Produktivitätsverlust durch Einschränkungs- und Ausfalltage) als auch entsprechende „Verhältnisprävention“ am Arbeitsplatz (mit dem Ziel einer Reduktion psychischer Störungen und damit assoziierten Belastungen und Beeinträchtigungen). In derartigen repräsentativen Untersuchungen sollten zukünftig mehr bzw. differenziertere arbeitsbezogene Variablen einbezogen werden.

## Schlagwörter:

Psychische Störungen, Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, Bundesgesundheits-survey 1998/99 – Zusatzsurvey „Psychische Störungen“

# 1 Repräsentative Studien als Ergänzung zu Studien in speziellen Settings

Dass psychische Störungen das Funktionsniveau einer betroffenen Person – und damit auch ihre Arbeitsfähigkeit – beeinträchtigen, ergibt sich einerseits aus den entsprechenden diagnostischen Kriterien, z.B. im Sinne des DSM-IV (APA, 1994) oder der ICD-10 (WHO, 1993), in denen neben subjektiver Belastung zumindest eine milde Beeinträchtigung gegeben sein muss, um eine Diagnose zu rechtfertigen. Zusätzlich wissen wir aus Untersuchungen in klinischen Stichproben, dass das Ausmaß an (Arbeits-) Ausfalltagen bei psychischen Störungen erheblich ist, und nicht selten ist gerade diese Einschränkung der Produktivität Behandlungsanlass. Studien, die sich mit Kosten-Nutzen-Aspekten der Behandlung psychischer Störungen befassen, zeigen regelmäßig, dass gerade in der Verringerung solcher indirekter Krankheitskosten ein großes Potenzial besteht, über die Linderung individuellen Leidens hinaus auch einen Nutzen aus der Perspektive von Arbeitgebern, Staat und Kostenträgern zu erzielen (z.B. ZIELKE, 1993; JACOBI & MARGRAF, 2001; WEIDHAAS, 2001).

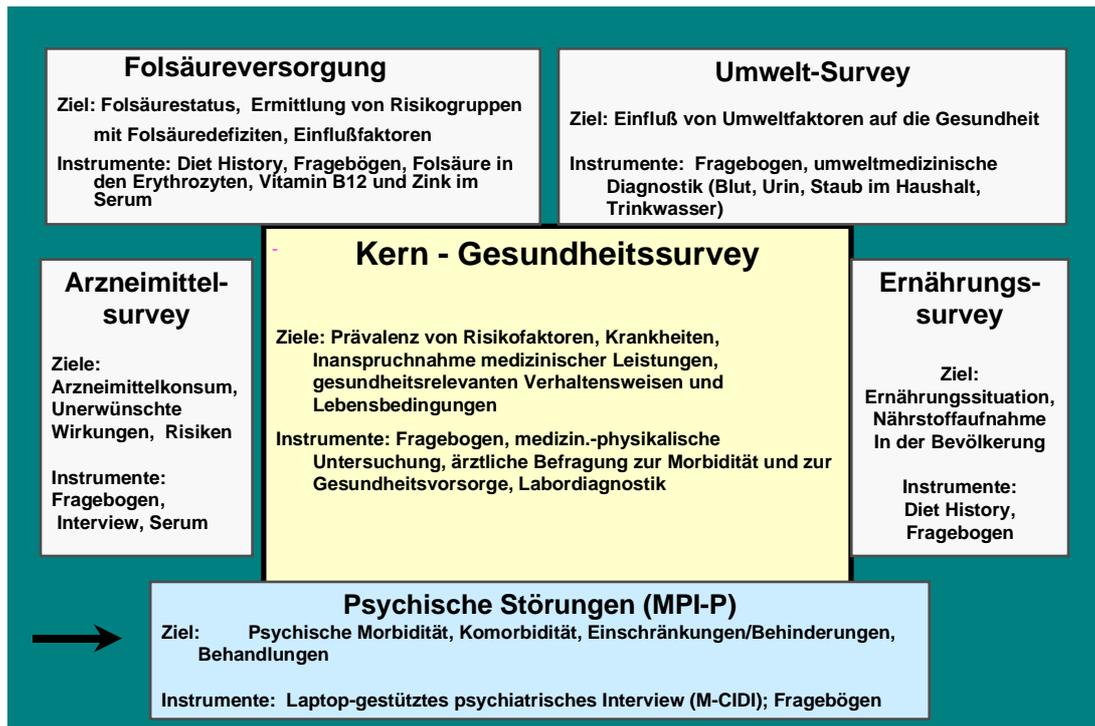
Derartige klinische Studien sind allerdings in ihrer Aussagekraft insofern begrenzt, als dass diejenigen, die sich aufgrund psychischer Störungen in Behandlung befinden, nur einen Teil der Betroffenen repräsentieren, denn psychische Störungen werden häufig nicht erkannt bzw. diagnostiziert. Die „Fälle“ mit einer Diagnose sind oftmals keine „Patienten“ im engeren Sinne (GOLDBERG & HUXLEY, 1981; siehe auch JACOBI & WITTCHEN, 2004), und die Prävalenz unbehandelter psychischer Störungen ist größer als die Prävalenz behandelter psychischer Störungen (BIJL et al., 2003). Daher kommt epidemiologischen Studien in der Allgemeinbevölkerung eine besondere Bedeutung zu, da dort etwa der Zusammenhang psychopathologischer Symptomatik und beeinträchtigter Arbeitsfähigkeit auch dann bestimmt werden kann, wenn die entsprechende psychische Störung bislang weder von der Person selbst noch von ihrem Umfeld (z.B. Familie, Hausarzt) als solche erkannt wurde.

Andererseits haben umgekehrt Arbeitsbedingungen im Sinne von Risiko- oder Schutzfaktoren auch einen Einfluss auf die psychische Gesundheit (z.B. DE JONGE et al., 2000; HACKER, 1998; KARASEK & THEORELL, 1990; THEORELL & KARASEK, 1996) und spielen eine wichtige Rolle in biopsychosozialen Krankheitsmodellen (z.B. „Burnout“-Problematik in speziellen Berufsgruppen). In entsprechenden Untersuchungen wurden psychische Störungen allerdings meist nicht auf Diagnoseebene (z.B. Major Depression im Sinne des DSM-IV), sondern mit dimensional Befindlichkeitsmaßen (z.B. Depressivität) erhoben; zudem wurden die entsprechenden Befunde meist aus umgrenzten Populationen generiert (z.B. in bestimmten Arbeitsumfeldern) und sollten optimalerweise in repräsentativen Studien repliziert und erweitert werden, um ein adäquates Gesamtbild zu erhalten.

Im Folgenden sollen anhand von Daten des Bundesgesundheits surveys 1998/99 beide Aspekte – mit psychischen Störungen assoziierte Funktionseinschränkungen (bzw. reduzierte Arbeitsfähigkeit) und mit arbeitsbezogenen Faktoren assoziierte psychische Probleme (bzw. Diagnosen psychischer Störungen) – auf repräsentativer bevölkerungsbezogener Basis illustriert werden.

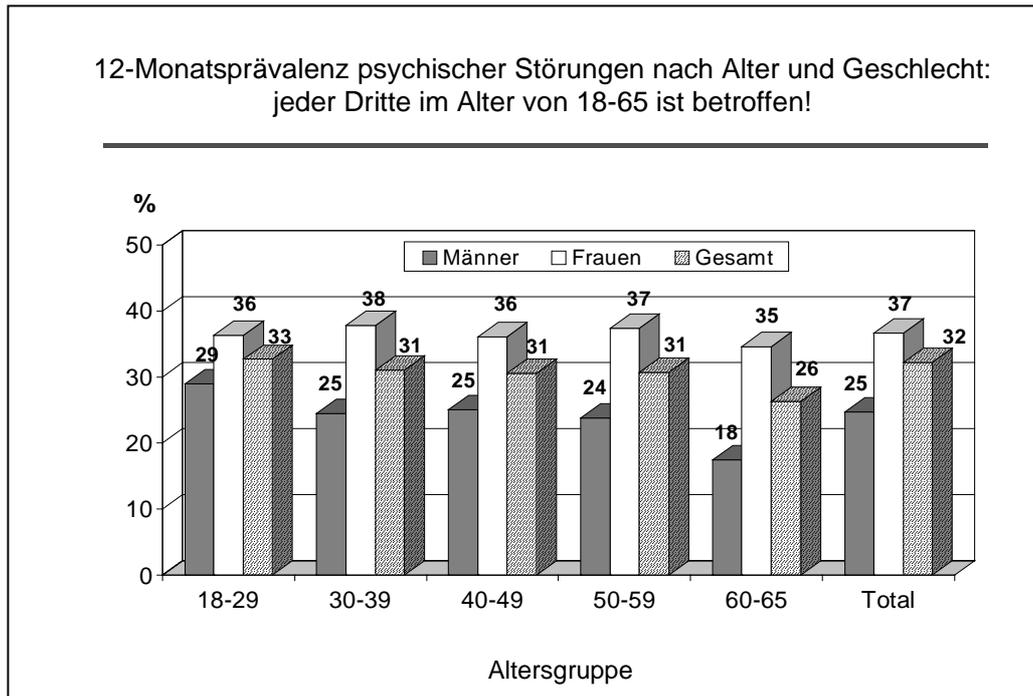
## 2 Der Bundesgesundheitsurvey 1998/99 und sein Zusatzsurvey „Psychische Störungen“

Zunächst sollen schlaglichtartig einige zentrale Ergebnisse des Bundesgesundheits-surveys 1998/99 berichtet werden. Design und Methoden des Forschungsprojekts sind andernorts ausführlich dargestellt (WITTCHEN et al., 1998; WITTCHEN & JACOBI, 2001; JACOBI et al., 2002).



**Abb. I.1** Der modulare Aufbau des Bundesgesundheitsurveys 1998/99 (BELLACH et al., 1998; STOLZENBERG, 2000)

Zusammenfassend sei hier erwähnt, dass es sich beim Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (vgl. Abb. I.1) um eine repräsentative Stichprobe der deutschen 18-65-Jährigen handelt (N=4181), bei denen Substanzstörungen, mögliche psychotische Störungen, affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, sowie Essstörungen mittels eines computergestützten standardisierten klinischen Interviews (M-CIDI / DIA-X; WITTCHEN & PFISTER, 1997; WITTCHEN et al., 1998) erhoben wurden. Der Datensatz des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ kann übrigens als Public Use File für weitere eigene Auswertungen bezogen werden. Auch der Kernsurvey des Bundesgesundheitsurveys, in dem neben ärztlich erfragten körperlichen Erkrankungen auch eine Vielzahl andere gesundheitsrelevante und soziale Variablen erhoben wurden, ist verfügbar und lässt sich mit den Daten des Zusatzsurveys koppeln (vgl. JACOBI, 2003).



**Abb. I.2** 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland (JACOBI, KLOSE & WITTCHEN, 2004)

Etwa 20 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren erfüllen die Kriterien für mindestens eine psychische Störung (DSM-IV) in den vergangenen vier Wochen; die 12-Monats-Prävalenz beträgt etwa 31 % und die Lebenszeit-Prävalenz etwa 43 % (JACOBI et al., 2004). Die häufigste Störungsgruppe bilden die Angststörungen (12-Monats-Prävalenz Frauen: 20 %, Männer 9 %), gefolgt von depressiven Störungen (12-Monats-Prävalenz Frauen: 14 %, Männer 8 %), somatoformen Störungen (12-Monats-Prävalenz Frauen: 15 %, Männer 7 %) und substanzbezogenen Störungen (12-Monats-Prävalenz Frauen: 2 %, Männer 7 %). Nur 60 % der Fälle haben nur eine Diagnose; etwa 10 % erfüllen die Kriterien für vier oder mehr Diagnosen. Altersgruppenspezifische Angaben lassen sich Abb. I.2 entnehmen.

Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland damit übrigens in etwa einen mittleren Platz ein: in bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Studien ist zwar eine z.T. beträchtliche Variabilität über Länder und methodische Ansätze hinweg zu verzeichnen (siehe z.B. ANDRADE et al., 2000, BIJL et al., 2003, THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM, 2004), aber die Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys liegen bei den meisten Diagnosen im Bereich um den länderübergreifenden Median der jeweiligen Prävalenzen (für den europäischen Bereich: WITTCHEN & JACOBI, in press).

Psychische Störungen gehen mit deutlich erhöhten Gesundheitsausgaben und einer stark erhöhten Rate an Ausfalltagen einher (JACOBI, KLOSE & WITTCHEN, 2004). Sowohl aufgrund ihrer Häufigkeit in allen Altersgruppen und der Assoziation mit hohen direkten und indirekten Kosten kann von einem gesellschaftlichen Nutzen ausgegangen werden, wenn psychische Störungen verstärkt diagnostiziert, behandelt oder durch präventive Maßnahmen (z.B. im Arbeitsbereich) in ihrem Auftreten vermindert würden.

### 3 Exemplarische Berechnungen im Zusammenhang mit arbeitsbezogenen Variablen

Der Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenen Variablen (z.B. beruflicher Stellung, Zufriedenheit mit Arbeitssituation, ausgewählten spezifischen Stressoren am Arbeitsplatz), und körperlicher und psychischer Gesundheit (Symptome, unterschwellige und manifeste Diagnosen) kann im Bundesgesundheitsurvey im Zusammenhang mit dritten Variablen (z.B. gesundheitsbezogener Lebensqualität [SF-36; BULLINGER & KIRCHBERGER, 1998], Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Einschränkungs- und Ausfalltage) untersucht werden.

#### 3.1 Arbeitslosigkeit und psychische Störungen

Abb. I.3 zeigt, dass die Prävalenz psychischer Störungen bei Arbeitslosen gegenüber Erwerbstätigen deutlich erhöht ist (ROSE, 2003). So sind die Raten etwa bei substanzbezogenen, affektiven und Angststörungen etwa doppelt so hoch wie diejenigen der Erwerbstätigen. Der Zusammenhang bleibt auch dann bestehen, wenn man die Berechnung bezüglich der möglichen Störvariablen Alter, Geschlecht oder sozialer Schicht (Winkler-Schichtindex, gebildet aus Bildungsniveau, beruflicher Stellung und Einkommenssituation; WINKLER & STOLZENBERG, 1998) kontrolliert.

Störungsbereich	Erwerbstätige %	„ökonom. inaktive“ %	Arbeitslose %	OR <sup>1</sup>	OR <sup>2</sup>
Irgendeine psychische Störung	28.7	34.7	41.8	1.8	1.7
Abhängigkeit / Missbrauch irgendeiner Substanz (außer Nikotin)	4.1	5.1	9.0	1.8	1.8
Affektive Störung	9.7	15.9	20.0	2.3	2.1
Angststörung	12.5	17.2	23.1	2.1	2.0
Somatoforme Störung	10.0	11.5	16.0	1.7	1.5

1: Odds ratio (Arbeitslose vs. Erwerbstätige; bivariat)  
2: Odds ratio (Arbeitslose vs. Erwerbstätige; kontrolliert nach Schichtindex, Alter und Geschlecht)

**Abb. I.3** Prävalenz psychischer Störungen bei Erwerbstätigen, ökonomisch Inaktiven und Arbeitslosen (ROSE, 2004)

In Abhängigkeit vom Auflösungsgrad der Analysen ergeben sich weitere Wechselwirkungen: so ist z.B. bei Westdeutschen Arbeitslosigkeit stärker mit psychischen Störungen assoziiert als bei Ostdeutschen – obwohl ostdeutsche Arbeitslose größere Unzufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation angeben als westdeutsche Arbeitslose. Dies verweist auf die Wichtigkeit, bei der Analyse von Befindlichkeiten zwischen verschiedenen Ebenen zu unterscheiden (z.B. Diagnose einer psychischen Störung vs. Zufriedenheits-Maße; vgl. JACOBI, HOYER & WITTCHEN, in press).

Weiterführende Analysen betreffen spezifischere Aspekte der Arbeitslosigkeit (z.B. Dauer, erlernter Beruf) oder andere berufliche Kategorien (blue collar, white collar I/II, entrepreneurs). Hierbei ist aufgrund des querschnittlichen Designs immer zu betonen, dass derartige Zusammenhänge sowohl im Sinne von „Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für psychische Störungen“ als auch im Sinne von „Arbeitslosigkeit infolge psychischer Beeinträchtigung“ interpretiert werden können. In zukünftigen Surveys wären – wenn nicht längsschnittlich, so doch zumindest retrospektiv erfasste – detailliertere Erhebungen zu Beginn, Verlauf und Wechselwirkungen von psychischen Problemen und beruflichen Situationen wünschenswert.

### **3.2 Belastungen am Arbeitsplatz und Rauchen**

Anhand des Bundesgesundheits surveys lassen sich weitere psychologische Fragestellungen im Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen untersuchen, z.B. inwiefern „ungesunde Bedingungen am Arbeitsplatz“ mit dem Gesundheitsverhalten zusammenhängen. Sowohl kompensatorische Maßnahmen (z.B. „Ich rauche unter anderem deswegen nicht, weil ich bereits am Arbeitsplatz ungesunden Bedingungen ausgesetzt bin“) als auch Indifferenz oder Verleugnung gesundheitlicher Risiken (z.B. „Bei meinen Arbeitsbedingungen kommt es auf ein paar Zigaretten mehr oder weniger auch nicht mehr an“) sind denkbar.

Dabei ist zu beachten, dass potenziell gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen wie z.B. Lärm, Staub, Gase oder „schlechte Luft“ auch mit sozialen und schichtspezifischen Variablen zusammenhängen, die wiederum unterschiedlich stark mit bestimmten Verhaltensweisen assoziiert sind (z.B. schicht- oder geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten). Daher wurden die Analysen in Abb. 1.4 wiederum hinsichtlich des Winkler-Schicht-Index, Alter und Geschlecht kontrolliert. Der Zusammenhang zwischen täglichem Rauchen und genannten „ungesunden Arbeitsbedingungen“ (38.9 % Raucher) im Vergleich zum Rest der Bevölkerung (27.2 % Raucher) ist deutlich; betrachtet man die Nikotinabhängigkeit (im Sinne einer Diagnose nach DSM-IV), so findet sich hier ebenso eine (allerdings nach Kontrolle o.g. Variablen nicht mehr signifikante) Tendenz (13.8 % vs. 9.5 %). Zumindest im Durchschnitt ist damit die erste Hypothese (kompensatorische Maßnahmen bei ungesunden Arbeitsbedingungen) – auch unter Berücksichtigung wichtiger soziodemographischer Determinanten – in Zweifel gezogen.

## Wahrgenommene Belastungen am Arbeitsplatz und Rauchverhalten

- „compensation“ vs. „denial of risk“
- tägliches Rauchen bei „schlechter Luft“ erhöht, kein Zusammenhang zu subjektiver gesundheitlicher Beeinträchtigung

	tägliche Raucher  %	OR <sup>1</sup>	Nikotin- abhängigkeit  %	OR <sup>1</sup>
Lärm, Staub, Gase, Dämpfe, „schlechte Luft“ vorhanden	38.9	1.5	13.8	1.4 (n.s.)
~ nicht vorhanden	27.2	Ref.	9.5	Ref.

1: Odds ratio (kontrolliert nach Schichtindex, Alter und Geschlecht)

**Abb. I.4** Zusammenhang zwischen „ungesunden“ Arbeitsbedingungen (Lärm, Staub, Gase, Dämpfe, „schlechte Luft“ am Arbeitsplatz) und Rauchverhalten

## 4 Ausblick: Arbeitsbezogene Faktoren in epidemiologischen Studien differenzierter erheben!

Epidemiologische Befunde (wie z.B. anhand des Bundesgesundheits surveys) legen sowohl Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen nahe (mit dem Ziel einer Reduktion von Produktivitätsverlust durch Einschränkungs- und Ausfalltage oder Berentungen) als auch entsprechende „Verhältnisprävention“ am Arbeitsplatz (mit dem Ziel einer Reduktion psychischer Störungen und damit assoziierten Belastungen und Beeinträchtigungen).

Die Datenlage im Bundesgesundheits survey 1998/99 ist im Hinblick auf detaillierte Analysen zur Wechselwirkung zwischen arbeitsbezogenen Faktoren und psychischen Störungen allerdings begrenzt. Wünschenswert für zukünftige repräsentative Erhebungen ist der Einbezug weiterer berufs- und arbeitsbezogener Variablen (z.B. differenziertere Angaben zu Berufsgruppen/Wirtschaftszweig, beruflichem Umfeld, wahrgenommenen Anforderungen und Gratifikationen im Rahmen der Arbeitstätigkeit, arbeitsbezogenen Stressoren, soziale Unterstützung, Einfluss der Arbeitstätigkeit auf familiäre Situation und körperliche Gesundheit etc.). Art und Format dieser Variablen sollten dabei im Konsens verschiedener disziplinärer Ansätze (Arbeitspsychologie, Arbeits- und Sozialmedizin, Gesundheitspsychologie, Occupational Health, Public Health, Klinische Psychologie, Psychiatrie, Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung etc.) ausgewählt und optimiert werden.

## Literaturverzeichnis

**American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn.) (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Press 1994.

**Andrade, L.; Caraveo-Anduaga, J.J.; Berglund, P.; Bijl, R.; Kessler, R.C.; Demler, O.; Walters, E.E.; Kylyc, C.; Offord, D.; Üstün, T.B.; Wittchen, H.-U.:** Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization, 78 (2000), 4, 413-426

**Bellach, B.-M.; Knopf, H.; Thefeld, W.:** Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. Gesundheitswesen, 60 (1998) (Sonderheft 2), 59-68

**Bullinger, M.; Kirchberger, I.:** SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handanweisung. Göttingen: Hogrefe 1998

**De Jonge, J.; Bosma, H.; Peter, R.; Siegrist, J.:** Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. Social Science & Medicine, 50 (2000), 1317-1327

**Goldberg, D.; Huxley, P.:** Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock 1980

**Hacker, W.:** Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Huber 1998

**Jacobi, F.:** Public Use Files als Perspektive für die klinisch-psychologische Forschung. In: Ott, R.; Eichenberg, C. (Hrsg): Klinische Psychologie im Internet. Göttingen: Hogrefe 2003, 367-380

**Jacobi, F.; Hoyer, J.; Wittchen, H.-U.:** Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys. Zeitschrift für Klinische Psychologie.

**Jacobi, F.; Klose, M.; Wittchen, H.-U.:** Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 47 (2004), 736-744

**Jacobi, F.; Margraf, J.:** Kosten-Studien zu psychologischer Angstbehandlung. In: Michaelis, W. (Hrsg), Der Preis der Gesundheit: wissenschaftliche Analysen, politische Konzepte; Perspektiven der Gesundheitspolitik. Landsberg: ecomed 2001, 114-131

**Jacobi, F.; Wittchen, H. U.; Holting, C.; Sommer, S.; Lieb, R.; Hofler, M.; Pfister, H.:** Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. Int J Methods Psychiatr Res, 11 (2002), 1, 1-18

**Jacobi, F.; Wittchen, H.-U.; Hölting, C.; Höfler, M.; Müller, N.M.; Pfister, H.; Lieb, R.:** Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34 (2004), 1-15

**Jacobi, F.; Wittchen, H.-U.:** "Diagnoseträger" und Patienten: Zur Epidemiologie behandelter und unbehandelter psychischer Störungen in Deutschland. *Psychotherapeutenforum* 3 (2004), 17-22

**Karasek, R.; Theorell, T.:** *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books 1990

**Rose, U.:** Epidemiological analysis of the German National Health Interview and Examination Survey: Differences between employed and unemployed adults aged 20-64 - first results. In: Giga, S.; Flaxman, P.; Houdmont J.; Ertel, M. (Eds.), *Occupational Health Psychology: Flexibility, Quality of working life and health*. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2003, 231-234.

**Stolzenberg, H.:** *Bundes-Gesundheitssurvey 1998: Dokumentation des Datensatzes*. Berlin: Robert Koch Institut 2000

**Theorell, T.; Karasek, R.:** Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1996), 9-26

**The WHO World Mental Health Survey Consortium:** Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Association*, 291 (2004), 21, 2581-2590

**Weidhaas, H.J.:** Werden durch Psychotherapie Kosten im Gesundheitswesen eingespart? In: Michaelis, W. (Hrsg): *Der Preis der Gesundheit*. Ecomed, Landsberg, 2001, 106–113

**Winkler, J.; Stolzenberg, H.:** Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Das Gesundheitswesen, Schwerpunktheft: Bundes-Gesundheitssurvey 1998*, Stuttgart: Thieme 1998

**Wittchen, H.-U.; Jacobi, F.:** Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44 (2001), 993-1000.

**Wittchen, H.-U.; Jacobi, F.:** Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of studies. *European Journal of Neuropsychopharmacology* (in press)

**Wittchen, H.-U.; Lachner, G.; Wunderlich, U.; Pfister, H.:** Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (1998), 11, 568-578

**Wittchen, H.-U.; Pfister, H. (Hrsg):** DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12-Monate); Ergänzungsheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12-Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung) 1997

**World Health Organization:** International Classification of Diseases. ICD-10. Geneva: World Health Organization 1993

## II. Wege zur besseren Versorgung depressiver Patienten

U. Hegerl

Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität, München

### Einleitung

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Neuere Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey zeigen, dass in den letzten 4 Wochen vor der Untersuchung 6,3 % der Befragten (Frauen: 7,8 %; Männer: 4,8 %) in der Bundesrepublik Deutschland an einer depressiven Störung litten. Die 12-Monatsprävalenz liegt bei 10,8 % für depressive Störungen insgesamt, mit einem deutlichen Überwiegen der Frauen (14,2 % vs. 7,5 %). Lebenszeitbezogen wurde die Prävalenz für das Auftreten einer depressiven Erkrankung auf 18,1 % geschätzt (Frauen 24,5 %; Männer 11,9 %) (Wittchen, Müller et al., 1999).

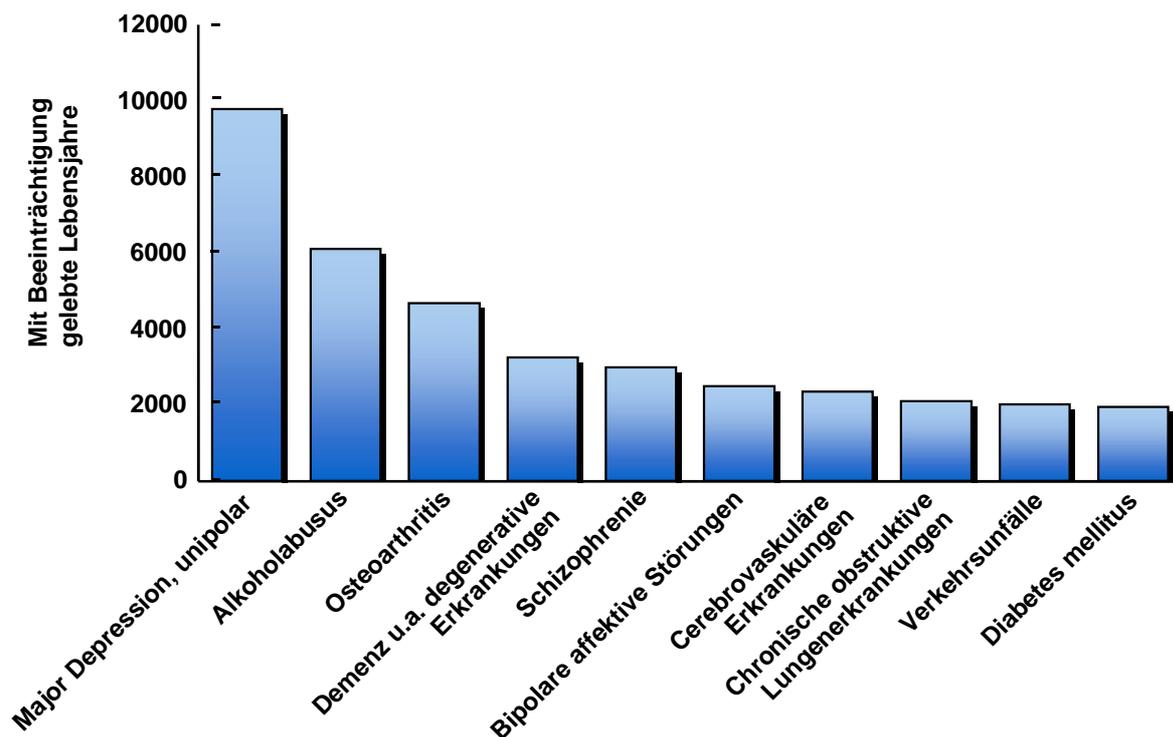


Abb. II.1 Global Burden of Disease (Murray & Lopez, 1996)

Die Ergebnisse der internationalen WHO-Studie "Global Burden of Disease" (Murray & Lopez, 1996) bestätigen, dass Depressionen eine herausragende Rolle innerhalb der großen Volkskrankheiten einnehmen. Die Bedeutung der verschiedenen Volkskrankheiten wurde mit einem Indikator ermittelt, der die Erkrankungsjahre pro Bevöl-

kerung berücksichtigt, gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung durch die jeweilige Erkrankung. In den entwickelten Ländern steht hier die unipolare Depression an erster Stelle (siehe Abbildung II.1), noch vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Volkskrankheiten. Hochrechnungen haben zudem eine in den nächsten Jahren weiter zunehmende Bedeutung der Depression ergeben.

## **Symptomatik**

Typische Symptome der Depression sind gedrückte (depressive) Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit und eine Verminderung des Antriebs. Darüber hinaus sind eine Verminderung der Konzentration und Aufmerksamkeit, des Selbstvertrauens und Selbstwertgefühls, Schuldgefühle und Ängste häufige Symptome depressiver Erkrankungen. Das Denken depressiver Menschen ist durch eine negativistische und pessimistische Sicht der Zukunft gekennzeichnet, viele Betroffene berichten weiterhin von Ein- und Durchschlafstörungen und Reduzierung des Appetits und des Gewichts. Viele Patienten leiden im Verlauf der depressiven Episode unter Suizidgedanken. Suizidversuche und vollzogene Suizide stellen bei schwereren Formen der Depression ein erhebliches mit der Erkrankung einhergehendes Risiko dar. Depression und Suizidalität sind damit einander überlappende Phänomene.

Im klinischen Alltag unterliegt das individuelle Erscheinungsbild der Depression erheblichen Variationen. So steht bei einigen Patienten eher ein ängstliches und unruhiges Verhalten im Vordergrund der Beschwerden. Bei anderen Patienten geht die Depression auch mit einer erhöhten Reizbarkeit oder vermehrtem Alkoholkonsum einher. Insbesondere bei leichteren Formen von Depressionen können auch verschiedene körperliche Symptome wie allgemeine Erschöpfbarkeit, Rückenbeschwerden oder Kopfschmerzen ursächlich für die Kontaktaufnahme mit dem Arzt sein, der dann vor der nicht immer einfachen Aufgabe steht, die zugrundeliegende Depression zu explorieren. Auch der Umgang mit dem Thema Suizidalität kann Hausärzten Schwierigkeiten bereiten.

## **Suizidalität**

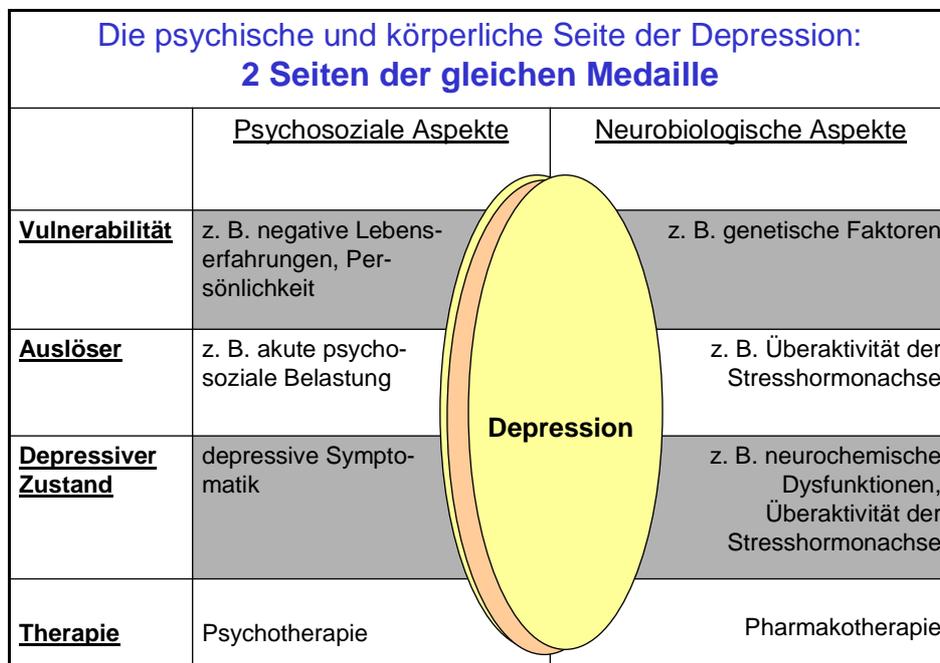
Jährlich nehmen sich in Deutschland ca. 11.000 Menschen das Leben, wobei von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen ist. Damit ist die Zahl der Suizide fast doppelt so hoch wie die Anzahl der Verkehrstoten in Deutschland. In der Altersgruppe der 15- bis 35-Jährigen steht der Suizid hinter den Unfällen sogar an zweiter Stelle der Todesursachen. Die Zahl der Suizidversuche liegt etwa 10fach höher als die der vollzogenen Suizide. Jährlich werden etwa 120.000 Personen wegen suizidaler Handlungen in Krankenhäuser eingewiesen, insgesamt betrachtet begehen ca. 2 % der Allgemeinbevölkerung in ihrem Leben mindestens einen Suizidversuch. Basierend auf Ergebnissen psychologischer Autopsiestudien steht fest, dass der größte Teil der suizidalen Krisen im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen zu sehen ist. Ca. 10-15 % der Patienten mit schwerer Depression sterben an Suizid.

## Diagnose depressiver Störungen

Bei den genannten Symptomen ist es wichtig, dass sie eine bestimmte zeitliche Dauer (mindestens zwei Wochen) und eine gewisse Intensität aufweisen, damit die Diagnose einer affektiven bzw. depressiven Störung gestellt werden kann. Diese erfolgt heute in Europa meist anhand des aktuell gültigen Klassifikationssystems ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1992), das auf einer genauen Beschreibung der diagnostischen Kategorien im Sinne einer operationalen Diagnostik basiert. Zu den affektiven Störungen gehören nach ICD-10 neben der unipolaren Depression (einzelne depressive Episode, ICD-10-Code: F32) und der rezidivierenden depressiven Erkrankung (wiederkehrende depressive Episoden, ICD-10-Code: F33) auch die Dysthymie (lange andauernde sub-depressive Verstimmung, ICD-10-Code: F34.1) und die bipolare affektive Störung (sog. manisch-depressive Erkrankung ICD-10-Code: F31), für die jeweils genaue diagnostische Kriterien vorliegen.

## Ätiopathogenese

Man geht heute davon aus, dass an der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen immer neurobiologische und psychosoziale Komponenten beteiligt sind. Diese stehen zueinander in einem komplementären Verhältnis, ähnlich wie die beiden Seiten einer Medaille. Auf beiden Seiten kann nach Ursachen (Vulnerabilitätsfaktoren, Auslöser, andere Pathomechanismen) und Ansatzpunkten für die Behandlung gesucht werden (siehe Abbildung II.2).



**Abb. II.2** Die psychische und körperliche Seite der Depression

Eine Reihe von Studien hat sich mit dem Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und der Arbeitsumwelt beschäftigt. Amerikanische Studien schätzen den Anteil der an Depressionen erkrankten Arbeitnehmer (Kriterium: Major Depression) auf 1.8 % bis 3.6 % (Blazer, Kessler et al., 1994; Kouzis & Eaton, 1997). Insbesondere die fehlende Kontrolle über die eigenen Arbeitsprozesse, belastende Beziehungen am Arbeitsplatz und fehlende soziale Unterstützung wurden als wichtige Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz genannt, die an der Entstehung depressiver Erkrankungen beteiligt sein können. Auch hohe Anforderungen am Arbeitsplatz und lange Arbeitszeiten stellen relevante Stressoren dar, die eine Rolle bei der Entstehung depressiver Erkrankungen spielen und deren Verlauf modulieren können (Übersicht bei Tennant, 2001).

Soziologische Erklärungsversuche depressiver Erkrankungen neigen jedoch bisweilen dazu, die neurobiologischen Faktoren in ihrer Bedeutung zu unterschätzen oder lediglich als Folge psychosozialer Faktoren zu sehen. Gerade der langjährige und intensive Kontakt mit depressiv Erkrankten lehrt jedoch immer wieder, dass zahlreiche Menschen ohne identifizierbare psychosoziale Auslöser erkranken. Oft wird vorschnell dem Erklärungsbedürfnis nachgegeben und Belastungsfaktoren, wie sie in jedem Leben vorkommen, als hinreichende Erklärung für eine depressive Episode angesehen. Auf die Bedeutung biologischer Auslöser weisen eindrücklich Faktoren wie veränderte Abläufe in den Nervenzellen und im Gehirn hin, die der Depression vorausgehen oder diese begleiten. Hier können Ungleichgewichte der Botenstoffe im Gehirn eine Rolle spielen, die durch Medikamente direkt beeinflusst werden können (Hegerl & Niescken, 2004)

## **Depressionen und Arbeit**

Nach Daten des DAK Gesundheitsreports 2004 sind psychische Erkrankungen mit einer Steigerung seit 1997 um etwa 50 % in Deutschland für etwa 8,8 % aller AU-Tage verantwortlich. Daten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zufolge haben psychische Erkrankungen im Jahr 2002 einen Produktionsausfall von etwa 3,09 Mrd. € verursacht, dem ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von etwa 4,87 Mrd. € entspricht (<http://www.baua.de/info/statistik>). Ein Großteil dieser psychischen Erkrankungen sind Depressionen. Auch diese Daten unterstreichen die herausragende Rolle depressiver Erkrankungen für unser Gesundheitssystem. In einer Arbeit von Greenberg und Mitarbeitern (Greenberg, Stiglin et al., 1993) werden die durch Depressionen verursachten Kosten in den USA auf jährlich 43,7 Mrd. \$ geschätzt. Etwa 30 % dieser Kosten gehen dabei auf direkte Kosten wie z.B. Medikamente, Therapien oder (vor allem) stationäre Aufenthalte zurück. Ökonomische Kosten aufgrund verfrühter Sterblichkeit und weitere indirekte Kosten wie z.B. Ausfälle durch Arbeitsunfähigkeit tragen ebenfalls zu diesen erheblichen gesundheitsökonomischen Belastungen bei und stellen den weitaus größeren Teil der durch depressive Erkrankungen verursachten Kosten dar.

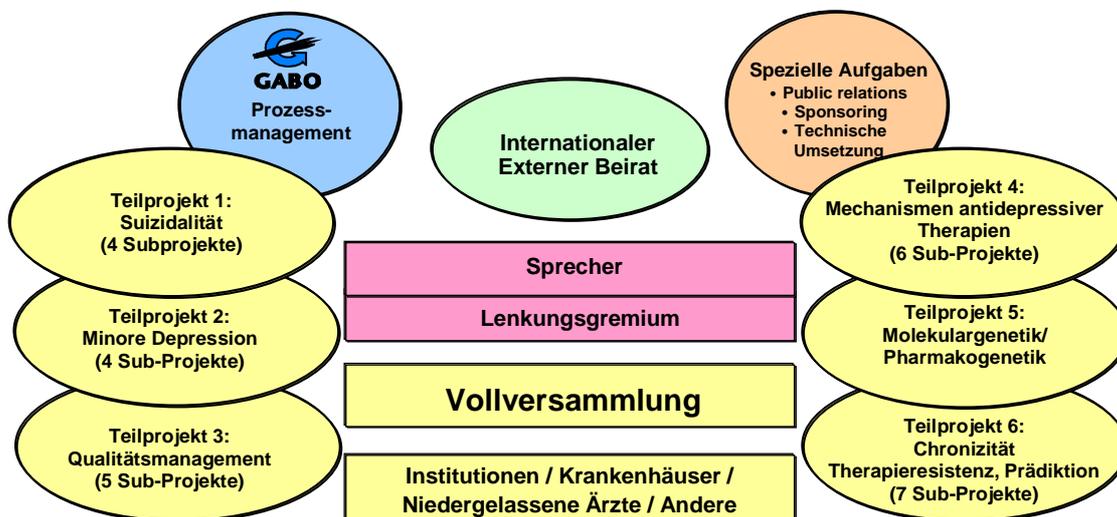
## **Behandlung depressiver Erkrankungen**

Zur Behandlung depressiver Erkrankungen stehen psycho- und pharmakotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten mit eindeutig belegter Wirksamkeit zur Verfügung. Dies betrifft sowohl die akut-symptomsuppressive als auch die rückfallverhütende

Wirkung. Kernstücke der Behandlung von Depressionen sind die pharmakologische Behandlung mit Antidepressiva und psychotherapeutische Verfahren wie die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder die interpersonale Therapie (IPT). In Abhängigkeit vom Schweregrad der depressiven Erkrankung können auch andere Verfahren wie z.B. die Wachttherapie, Lichttherapie oder in schweren Fällen die Elektrokonvulsions-therapie (EKT) zum Einsatz kommen.

Obwohl eine Reihe wirksamer Behandlungsverfahren zur Verfügung steht, erhält Ergebnissen neuerer Untersuchungen zufolge nur ein kleiner Teil der Betroffenen eine angemessene Behandlung (z.B. Katon, von Korff et al., 1992; Sartorius, Ustun et al., 1993; Lepine, Gastpar et al., 1997; Isometsa, Seppala et al., 1998; Wittchen, Hofler et al., 2001; Jacobi, Hofler et al., 2002).

## Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“



**Abb. II.3** Struktur des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“

Das seit 1999 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ versucht mit einer Vielzahl von Projekten und Aktivitäten die Diagnostik und Therapie von Depressionen zu verbessern und Interventions- und Präventionsstrategien allgemein verfügbar zu machen (umfangreiche Informationen unter: <http://www.kompetenznetz-depression.de>). In diesem bundesweiten Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ sind Ärzte, Therapeuten, Forscher und die wichtigsten Institutionen des Gesundheitswesens zusammengeschlossen, um gemeinsam gegen die sich überschneidenden Gesundheitsprobleme „Depression“ und „Suizidalität“ vorzugehen (vgl. Abbildung II.3). Das Netzwerk wendet sich gleichermaßen an professionelle Helfer und Wissenschaftler, an die Betroffenen, ihre Angehörigen und die Gesamtbevölkerung. Eine umfangreiche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sensibilisiert die Öffentlichkeit und klärt über Depressionen und ihre

Therapiemöglichkeiten auf. Das Kompetenznetz umfasst insgesamt über 20 Subprojekte, die in sechs thematischen Gruppen zusammengefasst sind. Ein wichtiges Ziel dieses Netzwerkes ist es, durch Beteiligung von Ärzten der Primärversorgung das Augenmerk der Forschung auf versorgungsrelevante Bereiche zu lenken und umgekehrt eine raschere Umsetzung moderner evidenzbasierter Behandlungsstrategien in der Primärversorgung zu erreichen. Neben niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten sind zahlreiche Forschungseinrichtungen und Universitätskliniken, Bezirks- und Landeskrankenhäuser, psychosomatische Kliniken, Krankenkassen und die Industrie wichtige Partner im Kompetenznetz.

Eines der im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ initiierten Projekte, das sehr erfolgreich regionale Netzwerke zur Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen aufbaut, ist das bundesweit tätige „Bündnis gegen Depression“.

### **„Bündnis gegen Depression“**

Das „Bündnis gegen Depression“ geht auf eine Studie zurück, die in 2001/2002 in Nürnberg durchgeführt wurde („Nürnberger Bündnis gegen Depression“). Ein Ziel des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ war und ist es, die Versorgungs- und Lebenssituation depressiver Menschen in Nürnberg zu verbessern (vgl. Hegerl, Althaus & Stefanek, 2003; Hegerl, Althaus, Niklewski & Schmidtke, 2003). Um dieses Ziel zu erreichen, wurden und werden in Nürnberg simultan Interventionen auf vier Ebenen durchgeführt. Bei diesen vier Ebenen handelt es sich um

- die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung durch Fortbildungen für niedergelassenen Hausärzte und Allgemeinmediziner und die Erstellung von Materialien, die zur Entlastung der ärztlichen Kollegen beitragen können (z.B. Screening-Fragebogen WHO-5, Video zur Weitergabe an Patienten, Fortbildungsvideo für Ärzte),
- Information der breiten Öffentlichkeit, z.B. durch Kinospots, Plakate, Vorträge, Medienberichte und Aktionstage,
- Weiterbildung und Schulung wichtiger Multiplikatoren (z.B. Altenpfleger, Pfarrer, Lehrer, Polizei, Medien) und
- spezielle Angebote für Risikogruppen (z.B. Menschen nach Suizidversuch) und Förderung der Selbsthilfe.

Die Akzeptanz des Programms bei den professionellen Versorgern und deren Kooperationsbereitschaft waren groß. In den ersten 24 Monaten der Kampagne haben in enger Zusammenarbeit mit den Institutionen vor Ort rund 90 Fortbildungsveranstaltungen und über 40 öffentliche Veranstaltungen stattgefunden.

Die Wirksamkeit dieses Vorgehens auf vier Interventionsebenen wurde mittels einer umfangreichen Datenerhebung in der Interventions- und einer Kontrollregion überprüft. Im Vergleich zur Baseline (2000) und zur Kontrollregion (Würzburg) konnte ein signifikanter Rückgang (-24 %) suizidaler Handlungen im Jahr 2002 erreicht werden. Die Suizidraten für sich betrachtet unterliegen in Nürnberg und insbesondere der Würzburger Region sehr starken Schwankungen, so dass der statistische Nachweis auch von klinisch bedeutsamen Effekten kaum möglich ist. Die Suizidversuche gin-

gen innerhalb der 2 Interventionsjahre um insgesamt 26 % zurück. Im Baselinejahr 2000 in Nürnberg gab es 100 Suizide, im 1. Interventionsjahr 89 und im 2. Interventionsjahr 75 (vgl. Hegerl, Althaus, Niklewski & Schmittke, 2003).

Mit diesem Ansatz steht erstmals ein Mehrebenen-Konzept zur Optimierung der Versorgung depressiver Patienten mit gut belegter Wirksamkeit und erprobten Materialien (z.B. Fortbildungspakete für Ärzte, Lehrer, Pfarrer, Altenpfleger; Videos für Patienten und Ärzte, professionelles PR-Konzept mit Großplakaten, Flyern, Kinospot) zur Verfügung.

Basierend auf den Ergebnissen und Materialien des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ wurde vor zwei Jahren ein gemeinnütziger Verein gegründet und die Voraussetzung für eine überregionale Ausdehnung ähnlicher Aktivitäten geschaffen. Andere Regionen zeigten von Anfang an Interesse, das Nürnberger Konzept oder Teile davon zu übernehmen und umzusetzen. Das bundesweite „Bündnis gegen Depression“ hat in Kooperation mit Fachleuten umfangreiche Materialien und Konzepte erstellt, die zum Teil auf den Nürnberger Materialien beruhen, zum Teil aber auch Neu- oder Weiterentwicklungen darstellen und den am „Bündnis gegen Depression“ beteiligten Regionen zur Verfügung gestellt werden können.

Daher ist es für andere Regionen möglich, dieses Modell oder Teile davon auch mit moderaten Mitteln umzusetzen. Die Kooperationspartner erhalten dabei vom „Bündnis gegen Depression e.V.“ umfangreiche Unterstützung. Dies bedeutet konkret, dass bei der Projektplanung, bei der Planung der Öffentlichkeitsarbeit und den einzelnen Modulen der Kampagne Unterstützung durch überregionale Koordinatoren angeboten wird, die ggf. auch bei Kampagnenstart und -durchführung, Konzeptualisierung der Öffentlichkeitsarbeit, Durchführung von „Train-the-Trainer“-Seminaren und Evaluation zur Verfügung stehen.

Damit sind sehr gute Voraussetzungen geschaffen, auf regionaler Ebene zahlreiche Aktivitäten zu initiieren. Gleichzeitig wird unter dem gemeinsamen Dach des „Bündnisses gegen Depression e.V.“ bundesweite Lobbyarbeit für das Anliegen einer besseren Versorgung depressiv erkrankter Menschen geleistet. Durch eine gemeinsame Öffentlichkeits- und Pressearbeit steht das „Bündnis gegen Depression“ auch überregional zu bestimmten Fragestellungen als Ansprechpartner zur Verfügung. Vor allem kleineren Regionen soll damit auch die Möglichkeit gegeben werden, auf Elemente professioneller Öffentlichkeitsarbeit zurückgreifen zu können oder Unterstützung bei der Arbeit mit lokalen Medien zu erhalten. Zur Bündelung gemeinsamer Kräfte gehört auch die gemeinsame Suche nach Förderern für das „Bündnis gegen Depression“. Es ist zu erwarten, dass die Unterstützung des Bündnisses als Repräsentanz einer großen Zahl regional organisierter Initiativen, die ein gemeinsames Konzept und Ziel vorantreiben, auch für überregional engagierte Sponsoren von großem Interesse ist.

## **Das Bündnis national und international**

Mehr als 20 Städte haben im Rahmen der Ausweitung des Bündnisses gegen Depression e.V. bereits eigene regionale Initiativen gegründet, Materialien für ihre Öffentlichkeitsarbeit adaptiert, Schirmherren und Sponsoren akquiriert, Train-the-

Trainer-Seminare besucht und offizielle Auftaktveranstaltungen mit großer Resonanz durchgeführt bzw. für die nahe Zukunft geplant (vgl. Abbildung II.4).



**Abb. II.4** Ausweitung des Bündnis gegen Depression  
(○ = Ausweitungspartner; ● = angefragt)

## European Alliance Against Depression

Auch im europäischen Ausland sind die Ergebnisse und das Konzept des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ auf Interesse gestoßen. Seit April 2004 unterstützt die Europäische Kommission die Etablierung regionaler 4-Ebenen Interventionsprogramme und deren Evaluation im Rahmen der „European Alliance against Depression“ mit Partnern aus 18 europäischen Staaten. Das Projekt wird in enger Kooperation mit dem „Bündnis gegen Depression e.V.“ durch die Psychiatrische Klinik der LMU München koordiniert.

Das Interventionsprogramm „European Alliance Against Depression“ (EAAD) gründet auf den Erfahrungen und Materialien des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ und erweitert diese um Kenntnisse und Materialien aus anderen europäischen Ländern. Hinter den Partnern in den Ländern stehen, ebenso wie in den verschiedenen deutschen Regionen ganz unterschiedliche Institutionen: Universitätskliniken, Krankenhäuser, Versorgungseinrichtungen aus der Primärversorgung oder spezielle mit öffentlichen Mitteln unterstützte regionale Kampagnen. Innerhalb der ersten achtzehn Monate der Förderung durch die Europäische Kommission werden verschiedene Länder auf regionalen Ebenen Interventionsprogramme starten. In einem zweiten Schritt sollen die Erfahrungen und die gewonnenen Daten der verschiedenen Länder genutzt werden, um die Aktivitäten auf weitere Regionen in den jeweiligen Ländern

auszudehnen oder, wenn möglich, landesweit durchzuführen. Die „European Alliance Against Depression“ wird im Rahmen des „Public Health Program“ der Europäischen Kommission Health & Consumer Protection, Directorate-General gefördert.

Weitere Informationen zum Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“, dem „Bündnis gegen Depression e.V.“ und „EAAD“ finden Sie unter folgenden Internetadressen:

<http://www.kompetenznetz-depression.de>

<http://www.eaad.net>

## Literaturverzeichnis

Blazer, D. G., R. C. Kessler, et al. (1994). "The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey." *Am J Psychiatry* **151** (7): 979-86.

Greenberg, P. E., L. E. Stiglin, et al. (1993). "The economic burden of depression in 1990." *J Clin Psychiatry* **54** (11): 405-18.

Hegerl, U., Althaus D., Niklewski G., Schmittke A, (2003). "Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention - Ergebnisse des Nürnberger Bündnisses gegen Depression". *Deutsches Ärzteblatt* **11**: 515- 520.

Hegerl, U., Althaus, D. & Stefanek, J. (2003) "Public attitudes towards the treatment of depression: Effects of an information campaign". *Pharmacopsychiatry* **36** (6): 288-291.

Hegerl, U. & Niescken, S. (2004). "Depressionen bewältigen - die Lebensfreude wiederfinden". Stuttgart: Trias.

Isometsa, E., I. Seppala, et al. (1998). "Inadequate dosaging in general practice of tricyclic vs. other antidepressants for depression." *Acta Psychiatr Scand* **98**(6): 451-4.

Jacobi, F., M. Hofler, et al. (2002). "Prevalence, detection and prescribing behavior in depressive syndromes. A German federal family physician study." *Nervenarzt* **73**(7): 651-8.

Katon, W., M. von Korff, et al. (1992). "Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care." *Med Care* **30**(1): 67-76.

Kouzis, A. C. and W. W. Eaton (1997). "Psychopathology and the development of disability." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **32**(7): 379-86.

Lepine, J. P., M. Gastpar, et al. (1997). "Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society)." *Int. Clin. Psychopharmacol.* **12**(1): 19-29.

Murray & Lopez (1996) "The global burden of disease". Harvard: University Press.

Sartorius, N., T. B. Üstün, et al. (1993). "An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'." Arch Gen Psychiatry **50**(10): 819-24.

Tennant, C. (2001). "Work-related stress and depressive disorders." J Psychosom Res **51**(5): 697-704.

Wittchen, H. U., M. Hofer, et al. (2001). "Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated?" Int Clin Psychopharmacol **16**(3): 121-35.

Wittchen, H. U., N. Müller, et al. (1999). "[Affective, somatoform and anxiety disorders in Germany--initial results of an additional federal survey of "psychiatric disorders"]." Gesundheitswesen **61 Spec No**: S216-22.

Wittchen, H. U., Müller, N., Schmidtkunz, B., Winter, S., & Pfister, H. (2000). "Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen." Fortschritte der Medizin **118** (Sonderheft I): 4-10.

### **III. Chronischer Distress im Erwerbsleben und depressive Störungen: epidemiologische und psychobiologische Erkenntnisse und ihre Bedeutung für die Prävention**

J. Siegrist, A. Rödel

Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität,  
Düsseldorf

#### **Kurzreferat**

Aufgrund der hohen volkswirtschaftlichen Kosten und des Leidensdrucks der Betroffenen kommt der Erforschung der Ursachen depressiver Störungen große gesundheitspolitische Bedeutung zu. Ihre Genese wird auf das Zusammenwirken verschiedener Faktoren zurückgeführt, unter ihnen auch psychosoziale Belastungen wie z.B. chronischer beruflicher Distress.

Ziel des folgenden Beitrags ist die Darstellung ausgewählter Befunde der epidemiologischen und psychobiologischen Forschung zur Assoziation von beruflichem Distress und depressiven Störungen und die Formulierung von Empfehlungen, die präventive Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anleiten können.

Nach einer Erläuterung des Terminus 'chronischer beruflicher Distress' werden zunächst wichtige theoretische Modelle der Arbeitsstressforschung (Anforderungs-Kontroll-Modell, Modell beruflicher Gratifikationskrisen) und die zugehörigen Messansätze beschrieben. Im Anschluss daran wird ein Überblick über die vorliegende empirische Evidenz gegeben; zusammenfassend lässt sich festhalten, dass inzwischen eine solide empirische Basis für die Annahme eines Zusammenhangs zwischen beruflichem Distress und depressiven Störungen besteht. Möglichkeiten der Prävention im Kontext der Erwerbsarbeit ergeben sich auf den Ebenen der Person (Förderung von Kompetenzen der Stressbewältigung), der Gruppe (Veränderung von Interaktionsstrukturen) und des Unternehmens (Veränderung der Organisation von Arbeit).

#### **Schlagwörter:**

Anforderungs-Kontroll-Modell, betriebliche Gesundheitsförderung, chronischer beruflicher Distress, depressive Störungen, Modell beruflicher Gratifikationskrisen, Prävention, psychosoziale Arbeitsbelastungen

# 1 Einleitung

Der Leidensdruck, dem depressive Menschen unterliegen, ist enorm, da die Erkrankung aufgrund ihrer Symptomatik Wohlbefinden und Lebensqualität massiv einschränkt. Negative Muster prägen Denken und Erleben, hinzu kommen Veränderungen des Verhaltens in Form von sozialem Rückzug, und oft verlieren Depressive die Fähigkeit, ihre Arbeitsaufgaben zu bewältigen. Depressionen können sogar die Entstehung von schweren körperlichen Erkrankungen wie der koronaren Herzkrankheit begünstigen (s.u.).

Die Ursachen depressiver Störungen werden heute aus dem Zusammenwirken verschiedener Faktoren - im Sinne einer multifaktoriellen Genese - abgeleitet. So spielen unter anderem genetische Prädispositionen, Persönlichkeitsfaktoren, Veränderungen im Stoffwechsel des Gehirns sowie psychosoziale Belastungen, wie z.B. traumatische Erlebnisse oder chronischer beruflicher Distress eine Rolle.

Der Versuch einer Erforschung möglicher Zusammenhänge zwischen Arbeitsstress und der Entwicklung depressiver Störungen stellt die Wissenschaft vor besondere Herausforderungen. Im Rahmen großangelegter Studien ist es zum einen schwierig, das vielgestaltige Krankheitsbild der Depression (unipolare, bipolare Depression; Dysthymie etc.) valide zu bestimmen. Zum anderen stellt die eindeutige Definition und Messung von beruflichem Distress die Wissenschaft vor schwierige Probleme. Diese Probleme werden dadurch verschärft, dass sich beide Konstrukte zumindest teilweise auf das subjektive Erleben der jeweils Betroffenen beziehen, das heißt weder einer direkten Beobachtung noch einer mit technischen Hilfsmitteln durchführbaren Messung zugänglich sind. Um eine empirische Analyse der möglichen Effekte von beruflichem Distress auf die Entwicklung depressiver Störungen leisten zu können, die auch hinreichende Beweiskraft für sich beanspruchen kann, sind deshalb sorgfältige Vorarbeiten zur Konzeptionalisierung und Operationalisierung der zu erfassenden Konstrukte erforderlich. Dieser Umstand ist ein Grund dafür, dass entsprechende Fragestellungen bislang nur in wenigen prospektiven epidemiologischen Studien bearbeitet wurden. Ebenfalls begrenzt ist die wissenschaftliche Evidenz zu den psychobiologischen Mechanismen, die zwischen Ursache (hier: psychosoziale Arbeitsbelastungen) und Wirkung (hier: Entwicklung einer depressiven Störung) vermitteln.

Zugleich aber besitzt die Fragestellung nach dem Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und Depression erhebliche präventivmedizinische und gesundheitspolitische Relevanz: Nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland (1998) leiden mehr als 4 Millionen Menschen an einer depressiven Störung, und jeder Zehnte erkrankt während seines Lebens mindestens einmal an einer schweren depressiven Episode. Diese hohe Erkrankungsrate hat weitreichende volkswirtschaftliche Konsequenzen. Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) beziffert die unternehmerischen Kosten durch Depressionen für Europa auf 3-4 % des Bruttoinlandprodukts (ILO, 2001). Davon entfallen zwei Drittel auf Produktivitätseinbußen durch verminderte Leistungsfähigkeit der Betroffenen, der Rest vorwiegend auf krankheitsbedingte Abwesenheit. Allein in Deutschland gehen nach Angaben der ILO rund 10,9 Millionen Arbeitstage pro Jahr durch krankheitsbedingte Abwesenheit aufgrund psychischer Erkrankungen verloren. Einer kürzlich von der Weltgesundheitsorganisation vorgenommenen Schätzung zufolge werden Depression und koronare Herzkrankheit bis zum Jahr

2020 weltweit die führenden Ursachen vorzeitigen Todes und durch Behinderung eingeschränkter Lebensjahre sein (MURRAY et al., 1996). Eine möglichst breite Erforschung der Ursachen der Entwicklung depressiver Störungen und der Möglichkeiten ihrer Prävention scheint deshalb nicht nur aus der individualmedizinischen, am Leid des einzelnen Kranken orientierten Perspektive (s.o.), sondern auch aus gesamtgesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Sicht geboten.

## 2 Theorie und Messung

Gibt es eine wissenschaftlich brauchbare Definition des Begriffs 'chronischer Distress'? Stressreaktionen sind vor allem dann zu beobachten, wenn eine Herausforderung die einer Person zur Verfügung stehenden Fähigkeiten und Ressourcen so stark beansprucht oder übersteigt, dass sie nicht in der Lage ist, erfolgreich auf sie zu reagieren. Situationen dieser Art werden als Bedrohung empfunden, wenn die handelnde Person sie als wichtig einschätzt und im Fall des Misserfolgs negative Konsequenzen befürchten muss ('Distress' bezeichnet im Gegensatz zu 'Eustress' die negativen emotionalen Konnotationen solcher Erfahrungen). Die kurzfristigen Konsequenzen einer Bedrohung sind exzessive physiologische Aktivierungszustände insbesondere der beiden 'Stressachsen' des Organismus, des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems (HPA-Achse) und des sympathischen Nervensystems und des Nebennierenmarks (SAM-Achse) (sog. 'Kampf-oder-Flucht-Reaktion' des Organismus; Ausschüttung von Stresshormonen, Anstieg des Blutdrucks etc.) sowie negative Gefühle von Furcht, Wut oder Hilflosigkeit (WEINER, 1992; LAZARUS, 1999). Dauerhaft erfolgloses Bemühen und wiederkehrende Bedrohungen (chronischer Distress) bewirken eine anhaltende Aktivierung der Stressachsen, wodurch sich mittelfristig körperliche Funktionen und Strukturen verändern und nach einer Latenzzeit gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen auftreten können.

Nun gibt es zahlreiche Merkmale der Arbeitsorganisation, für die vermutet werden kann, dass sie chronischen Distress hervorrufen. Theoretische Modelle in der Arbeitsstressforschung haben daher die Funktion, vor dem Hintergrund eines übergeordneten theoretischen Rahmens relevante Merkmale der Situation und der Person aus dem komplexen Belastungs- und Bewältigungsgeschehen am Arbeitsplatz herauszufiltern (heuristisch-analytische Funktion). Dabei werden nicht die nur in bestimmten Zusammenhängen beobachtbaren Sachverhalte in ihrer Besonderheit beschrieben, sondern ihre verallgemeinerbaren Aspekte, weshalb Stressmodelle auf sehr unterschiedliche Arbeitsplätze, Berufsgruppen usw. anwendbar sind (generalisierende Funktion).

Theoretische Modelle erfüllen darüber hinaus auch die Aufgabe der Erklärung, indem sie bestimmte Beziehungen zwischen Konstrukten postulieren, wie z.B. zwischen Arbeitsstress und Gesundheit (erklärende Funktion). Lassen sich die angenommenen Zusammenhänge auch empirisch belegen, so können Arbeitsstressmodelle schließlich dazu genutzt werden, präventive Maßnahmen zu entwickeln: Der Nachweis von gesundheitsschädlichen Wirkungen bestimmter Merkmale der Arbeitsorganisation zeigt zugleich, wo Ansatzpunkte für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung liegen können (handlungsanleitende Funktion).

In den vergangenen Jahrzehnten wurden zahlreiche Arbeitsstressmodelle entwickelt, die das oben beschriebene, allgemeine Stresskonzept in jeweils unterschiedlicher Weise für den Bereich der Erwerbsarbeit konkretisieren (Übersicht bei COOPER, 1998; PERREWE et al., 2002). Dabei haben sich zwei Modelle als besonders erfolgreich im Hinblick auf die Erklärung der Entstehung von Krankheiten erwiesen: Das Anforderungs-Kontroll-Modell (KARASEK, 1979; KARASEK et al., 1990) und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (SIEGRIST, 1996; SIEGRIST, 2002).

Nach dem Anforderungs-Kontroll-Modell ist das Ausmaß psychosozialer Arbeitsbelastungen davon abhängig, welche Anforderungen an den Beschäftigten im Rahmen seiner Arbeitsaufgabe gestellt werden, und welche Möglichkeiten ihm zur Verfügung stehen, Art und Weise der Erledigung dieser Aufgabe selbst zu bestimmen. Gesundheitsschädliche Auswirkungen von Arbeitstätigkeiten werden dann erwartet, wenn permanent hohe quantitative Anforderungen (z.B. hoher Zeitdruck) mit einem geringen Entscheidungsspielraum einhergehen: Der Betroffene kann seine Aufgaben nicht aktiv und erfolgsgesteuert bearbeiten und macht die Erfahrung, wesentliche Aspekte seiner Umwelt nicht kontrollieren zu können (Erfahrung mangelnder Selbstwirksamkeit). Situationen dieser Art finden sich in der klassischen Fließbandarbeit, aber auch bei vielen statusniedrigen Büro- oder Dienstleistungsarbeiten.

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen beschreibt Arbeitsbedingungen als psychosozial belastend, die durch ein Ungleichgewicht zwischen hoher Verausgabung einerseits und geringer Belohnung andererseits gekennzeichnet sind. Belohnungen umfassen dabei neben der Bezahlung auch nicht-materielle Gratifikationen der erfahrenen Anerkennung und Wertschätzung sowie berufliche Aufstiegschancen und Arbeitsplatzsicherheit. Zwar bemühen sich Beschäftigte, Situationen auszuweichen, in denen sie im Verhältnis zur geleisteten Verausgabung unangemessene Gratifikationen erhalten. Im Modell werden jedoch drei Bedingungen spezifiziert, die diese Strategie verhindern können. Erstens haben Arbeitnehmer keine andere Wahl, als ein aus ihrer Sicht unausgewogenes Verhältnis von Verausgabung und Belohnung hinzunehmen, wenn ihnen aufgrund einer ungünstigen Arbeitsmarktlage oder geringer Qualifikation keine Möglichkeiten des Arbeitsplatzwechsels offen stehen. Zweitens werden entsprechende Konstellationen manchmal auch aus strategischen Gründen, z.B. im Sinne einer Vorleistung für erwarteten späteren beruflichen Aufstieg hingenommen. Schließlich gibt es auch Beschäftigte, die selbst zu einer Aufrechterhaltung eines Ungleichgewichts beitragen, ohne dass ihnen dies bewusst wäre. Dies ist dann der Fall, wenn sie ein bestimmtes, in der Persönlichkeitsstruktur verankertes Muster der Bewältigung beruflicher Aufgaben zeigen, das als 'übersteigerte berufliche Verausgabungsneigung' bezeichnet wird (SIEGRIST, 1996). Betroffene weisen eine distanzlose Identifikation mit den an sie gestellten beruflichen Anforderungen auf und neigen dazu, Leistungserwartungen und Belohnungen unrealistisch einzuschätzen: Sie leisten oft mehr, als von ihnen erwartet wird, und verausgaben sich in einem Umfang, der auf lange Sicht in einen chronischen Erschöpfungszustand münden kann.

Beide Modelle behaupten einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Arbeitsbelastungen und einem erhöhten Erkrankungsrisiko. Wie aber aus den knappen vorstehenden Ausführungen bereits hervorgeht, konzipieren sie das Konstrukt 'psychosoziale Arbeitsbelastungen' in unterschiedlicher Weise. Dem entsprechend können aus ihnen auch verschiedene praktische Folgerungen abgeleitet werden. Es scheint daher sinnvoll, ihre wesentlichen Differenzen möglichst scharf herauszuarbeiten.

Im Anforderungs-Kontroll-Modell wird bestimmten situationalen Merkmalen der Arbeitstätigkeit stressinduzierende Wirkung zugeschrieben: die Exposition gegenüber hohen Anforderungen bei geringem Entscheidungsspielraum bedroht die personale Kontrolle eines Beschäftigten und verhindert das Erleben von Selbstwirksamkeit. Im Modell beruflicher Gratifikationskrisen liegt der Schwerpunkt auf Aspekten der Erfüllung des Arbeitsvertrags. Wie jeder soziale Vertrag basiert auch der Arbeitsvertrag auf dem allgemeinen Prinzip der sozialen Reziprozität, indem er Pflichten definiert, d.h. unter anderem ein bestimmtes Maß an Verausgabung fordert, und Rechte gewährt, d.h. bestimmte Gratifikationen festlegt, die dem Arbeitnehmer als Gegenleistung gewährt werden. Eine Verletzung der Reziprozitätsnorm bedroht die Erfahrung der Statuskontrolle und des Selbstwerts, wenn trotz hoher Anstrengung von Seiten des Beschäftigten keine angemessene finanzielle Belohnung erfolgt, keine Arbeitsplatzsicherheit oder Aufstiegsmöglichkeiten gewährt werden und die Anerkennung für die geleistete Verausgabung versagt wird.

Die aus dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen abzuleitenden Folgerungen beziehen sich deshalb vor allem auf die faire Ausgestaltung des Beschäftigungsverhältnisses und auf Verteilungsgerechtigkeit, während das Anforderungs-Kontroll-Modell Anregungen für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitstätigkeit gibt (s.u.).

Zur Messung beider Modelle gibt es unterschiedliche Ansätze. In der internationalen Forschung hat sich jedoch das Verfahren standardisierter Befragung durchgesetzt, das sowohl im persönlichen oder telefonischen Interview als auch als Selbstausfüller realisiert werden kann.

Der Arbeitsinhaltsfragebogen ('Job Content Questionnaire', JCQ) zur Erhebung des Anforderungs-Kontroll-Modells enthält 46 Fragen, ist aber auch als Kurzfassung erhältlich ([www.workhealth.org](http://www.workhealth.org)). Der Fragebogen zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen umfasst 17 Fragen zu Verausgabung und Belohnung ('Effort-reward imbalance', ERI) ([www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology](http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology)). Die Abbildung des Ungleichgewichts zwischen Verausgabung und Belohnung erfolgt dabei durch die Bildung eines Quotienten aus den Summenwerten der beiden Skalen. Ein weiterer Abschnitt enthält 6 Fragen zu beruflicher Verausgabungsneigung ('Overcommitment', OC).

Beide Messinstrumente wurden inzwischen in zahlreiche Sprachen übersetzt, in international vergleichenden Studien implementiert und auf die Erfüllung psychometrischer Kriterien getestet. Besondere Bedeutung kommt dabei Kriterien wie Reliabilität (vor allem innere Konsistenz der Skalen), Änderungssensitivität und Validität der Messung zu. Ausführliche Angaben hierzu finden sich bezüglich des Arbeitsinhaltsfragebogens bei KARASEK et al. (1998) sowie unter [www.workhealth.org](http://www.workhealth.org).

Bezüglich des Fragebogens zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen liegen ebenfalls entsprechende Angaben vor (SIEGRIST et al., 2004b; [www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology](http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology)). Ergänzend kann aus neueren Untersuchungen darauf hingewiesen werden, dass zwischen den Skalen der beiden Fragebögen (mit Ausnahme von 'Anforderung' und 'Verausgabung') lediglich moderate Korrelationen bestehen, und dass die faktorielle Validität des Instruments mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen mit befriedigenden Ergebnissen überprüft werden konnte (RÖDEL, 2004). Auch zur gruppenbezogenen und prädiktiven Validität liegen vielfältige Hinweise vor, welche die Brauchbarkeit der genannten Messansätze weiter untermauern.

### 3 Wissenschaftliche Evidenz

Nachdem die theoretischen Grundlagen und die Konzeption der beiden hier im Mittelpunkt stehenden Stressmodelle erläutert und die zugehörigen Messansätze beschrieben wurden, können wir uns nun der Frage zuwenden, welche wissenschaftliche Evidenz zu Effekten psychosozialer Arbeitsbelastungen auf die psychische Gesundheit bereits vorliegt. Zwar gibt es bislang nur einzelne empirische Ergebnisse zu dieser Fragestellung – auf das diesbezügliche Forschungsdefizit und einzelne Gründe hierfür wurde bereits eingegangen (s.o.) –, allerdings sind diese Resultate aufschlussreich.

Dies gilt insbesondere für die großangelegte, prospektive Whitehall-Studie, die mit britischen Regierungsangestellten durchgeführt wurde. Hier ergab sich bei den männlichen Teilnehmern, bei denen in der Eingangsbefragung ein ausgeprägtes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung festgestellt wurde, nach einem mittleren Beobachtungszeitraum von 5,3 Jahren ein 2,5-fach erhöhtes Risiko für die Neuentwicklung einer Depression bzw. einer affektiven Störung. Bei Frauen war der Effekt schwächer, jedoch immer noch statistisch signifikant ( $N_{\text{ges}} = 3104$  Männer und 1245 Frauen; STANSFELD et al., 1999). Aus einer ebenfalls prospektiven französischen Studie, der sog. GAZEL-Kohorte, stammt ein vergleichbarer Befund zum Anforderungs-Kontroll-Modell ( $N = 6751$  Männer und 2308 Frauen; NIEDHAMMER et al., 1998). Die Teilnehmer, die im Rahmen der Eingangserhebung hohe berufliche Anforderungen angaben (obere Hälfte der Verteilung), litten ein Jahr später mit einer knapp 1,4- (Frauen) bzw. 1,8-fach höheren Wahrscheinlichkeit an depressiven Symptomen im Vergleich zu denjenigen, deren Belastung durch äußere Anforderungen eher gering war (untere Hälfte der Verteilung). Auch bei Vorliegen geringer Kontrolle zeigte sich ein erhöhtes Erkrankungsrisiko ( $OR = 1,4$  für Frauen und Männer). In beiden Studien wurde für relevante Störgrößen adjustiert.

Nun könnte man die Auffassung vertreten, diese und weitere, noch darzustellende Befunde aus europäischen Ländern könnten nicht auch auf die kulturellen und sozioökonomischen Bedingungen anderer Kontinente, beispielsweise Asien, übertragen werden. Eine Studie aus Japan erbrachte jedoch ähnliche Resultate. Hier waren in einer Querschnitterhebung bei in der Automobilindustrie tätigen Arbeitern depressive Symptome (CES-D-Skala) unter den Befragten mit hohem Verausgabungs-Belohnungs-Ungleichgewicht mehr als vier mal häufiger anzutreffen als unter denjenigen, die nicht belastet waren. Gleiches galt für Teilnehmer, die über niedrige Kontrolle am Arbeitsplatz berichteten. Auch Verausgabungsneigung war noch signifikant mit depressiven Beschwerden assoziiert ( $N = 160$ ; TSUTSUMI et al., 2001).

Schließlich soll noch von einer weiteren, in drei städtischen Zentren in Osteuropa durchgeführten Querschnittstudie berichtet werden (HAPIEE Studie;  $N = 1168$  Männer und Frauen im Alter von 45 bis 64 Jahren; PIKHART et al., 2004). Hier wies das Viertel der Befragten mit den höchsten Werten des Quotienten aus Verausgabung und Belohnung gegenüber dem am geringsten belasteten Viertel einen im Durchschnitt um 4,8 Punkte höheren Wert auf einer Depressionsskala (CES-D) auf. Bei einem Skalenmittelwert von 12,2 für die Gesamtstichprobe war dieser Unterschied statistisch hochsignifikant.

Die bis zu diesem Punkt vorgestellten Befunde stammen aus Studien, die eine direkte Beziehung zwischen psychosozialen Arbeitsbelastungen und depressiven Stö-

rungen herstellen. Was aber spielt sich auf der organischen Ebene ab? Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Untersuchung, die kürzlich an einer besonders intensiv beobachteten Substichprobe der Whitehall II-Studie vorgenommen wurde (N = 105 Männer und 74 Frauen; STEPTOE et al., 2004). Hier zeigte sich, dass der nach dem Erwachen zu beobachtende Anstieg des im Speichel enthaltenen Kortisols (eines aufschlussreichen Stressmarkers, s. PRUESSNER et al., 2003) bei Männern signifikant höher ausfiel, die eine übersteigerte berufliche Verausgabungsneigung aufwiesen im Vergleich zu denjenigen, für die dies nicht galt. Bei Frauen war kein entsprechender Effekt zu beobachten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass gegenwärtig eine solide empirische Basis für die Annahme eines Zusammenhangs zwischen psychosozialen Arbeitsbelastungen im Sinne des Modells beruflicher Gratifikationskrisen und des Anforderungs-Kontroll-Modells und depressiven Störungen besteht. Die dargestellten Ergebnisse sind umso bedeutsamer, als depressive Störungen eine erhebliche Komorbidität aufweisen, so insbesondere mit kardiovaskulären Risikofaktoren und Erkrankungen (FERKETICH et al., 2000). Zwar sind unseres Wissens bisher keine Untersuchungen durchgeführt worden, welche den Einfluss psychosozialer Arbeitsbelastungen auf diese Komorbidität innerhalb einer Studie überprüft haben. Jedoch sind konsistente und in ihrer Stärke eindrucksvolle Effekte der genannten psychosozialen Arbeitsbelastungen auf die Inzidenz tödlicher und nicht-tödlicher koronarer bzw. kardiovaskulärer Ereignisse (akuter Herzinfarkt, Schlaganfall) nachgewiesen worden (STANSFELD et al., 2002; BELKIC et al., 2004; SIEGRIST et al., 2004a).

Von besonderem Interesse ist eine Längsschnittstudie bei 812 Industriearbeitern in Finnland, die zeigte, dass bei Teilnehmern, die zu Beginn der Studie ein hohes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung am Arbeitsplatz aufwiesen, in einem nachfolgenden Zeitraum von 25 Jahren das Risiko der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit 2,3 mal höher war als bei denjenigen, die keine Belastung aufwiesen (KIVIMÄKI et al., 2002). Ähnlich stark war der Effekt der Belastung durch hohe Anforderung in Kombination mit niedriger Kontrolle.

## 4 Praktische Folgerungen

Welche praktischen Folgerungen ergeben sich aus den dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnissen? Stressprävention als Element der betrieblichen Gesundheitsförderung kann an drei Ebenen ansetzen: bei der einzelnen Person, der Gruppe und bei der Organisation als Gesamtsystem. Auf der Individualebene steht die Entwicklung und Förderung von Kompetenzen der Stressbewältigung im Vordergrund. Thema der Stressprävention auf der Ebene der Gruppe ist die Veränderung von Interaktionsstrukturen innerhalb der Gruppe (Kooperation, Konfliktmanagement) und der Interaktion der Gruppe als Ganzes mit anderen Akteuren. Veränderungen auf einer übergeordneten, das Gesamtsystem eines Betriebs betreffenden Ebene beziehen sich auf strukturelle Merkmale der Arbeitsorganisation wie z.B. Arbeitszeitgestaltung, Personalentwicklung, Gratifikationen und Qualifikation. Abschließend sollen hierzu einige ergänzende Ausführungen gemacht werden.

Ein erster Ansatzpunkt der Prävention von Stress beim einzelnen Arbeitnehmer ist die realistische Aufklärung über die Bedeutung von chronischem Distress bei der Entstehung von Krankheiten. Ziel entsprechender Maßnahmen ist dabei nicht, Be-

troffene durch eine dramatisierende Darstellung der Evidenzlage zu verunsichern, sondern sie zu sensibilisieren und zu motivieren, sich mit dem Thema auseinander zu setzen. Im Idealfall führt dies auch zum Ausbau der Fähigkeiten, stressbelastende Umstände und eigene, die Belastung verstärkende Verhaltens- und Deutungsmuster zu erkennen, zu bewältigen oder gar zu verändern. Stressbewältigungstraining, wie es inzwischen bereits in einigen größeren Betrieben und von externen Dienstleistern angeboten wird, kann die Einübung dieser Fertigkeiten unterstützen. Auch zur Verminderung übersteigerter beruflicher Verausgabungsneigung wurde ein solches Programm entwickelt (SIEGRIST et al., 1998) und in einer Interventionsstudie auf seine Tauglichkeit geprüft (AUST et al., 1997). Dabei nahmen im innerstädtischen Dienst beschäftigte Busfahrer eines westdeutschen Verkehrsbetriebs (N=22) an einem zwölfwöchigen Verhaltenstraining teil. Bei einer abschließenden Erhebung ihrer Verausgabungsneigung ergab sich eine signifikante Reduktion gegenüber der initialen Befragung vor Interventionsbeginn ( $p = .002$ ), während in der Kontrollgruppe (N=24) keine Veränderung feststellbar war. Der Effekt hielt bis zum dritten und letzten Messzeitpunkt 3 Monate nach Ende des Trainings an.

Auf der Ebene der Gruppe ist die Information von Führungskräften über die Bedeutung der Komponenten von Belohnung im Modell beruflicher Gratifikationskrisen für Gesundheit und Wohlbefinden von Beschäftigten relevant. Führungskräfte entscheiden – bei entsprechender Stellung in der innerbetrieblichen Positionshierarchie mit unterschiedlichen Schwerpunkten – über die Verteilung finanzieller Gratifikationen sowie die Gewährung von Aufstiegsmöglichkeiten und Arbeitsplatzsicherheit. Vor allem aber gewähren oder versagen sie Anerkennung und Wertschätzung und leisten ganz allgemein durch die Ausgestaltung ihrer Vorbild- und Steuerungsfunktion einen Beitrag zum vorherrschenden sozialen Klima innerhalb des Betriebs. Führungsverhalten und soziale Kompetenz können zudem durch spezielle Trainingsmaßnahmen verbessert werden: So wurde beispielsweise nach der Durchführung eines einjährigen, auf Basis des Anforderungs-Kontroll-Modells entwickelten Trainingsprogramms für Manager eine im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikante Verminderung der Kortisol-Ausschüttung gegenüber Studienbeginn bei den Untergebenen der teilnehmenden Führungskräfte beobachtet (N = 84 Manager und 399 Beschäftigte; THEORELL et al., 2001).

Während stresspräventive Maßnahmen auf den Ebenen der einzelnen Person und – mit Einschränkungen – auch der Gruppe zunehmend häufiger ergriffen werden, sind Interventionen in die Struktur der Arbeitsorganisation noch selten und bislang auch kaum evaluiert. Aus dem Anforderungs-Kontroll-Modell lassen sich vor allem Maßnahmen ableiten, deren Ziel es ist, den Handlungsspielraum des Arbeitenden zu erweitern und damit seine Kontrolle über die Erledigung seiner Arbeitsaufgabe zu verbessern. Dazu gehört Aufgabenerweiterung (auch 'job enlargement' und 'job enrichment'), erhöhte Anforderungsvielfalt (d.h. Vermeidung von Monotonie), Entscheidungsmöglichkeit sowie Zeitelastizität bezüglich des Arbeitsablaufs. Die Verflachung innerbetrieblicher Hierarchien sowie eine Verbesserung des Informationsflusses und der Partizipation tragen zu einer Überwindung der strikten Trennung zwischen anordnender und ausführender Tätigkeit bei. Stärkere Kontrolle und Eigenverantwortung bei der Aufgabendurchführung geht dabei mit einem höheren Qualifikationsbedarf für die Beschäftigten einher.

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen impliziert ebenfalls mehrere Ansatzpunkte. Zunächst geht es um Maßnahmen, die im Allgemeinen wenig Konfliktstoff in sich bergen: die Verbesserung der nicht-monetären Gratifikationen der Beschäftigten. Durch Schulung des Führungsverhaltens von Vorgesetzten, durch Verbesserung der vertikalen Kommunikation (in beide Richtungen), durch ein verstärktes Beachten von positiver Rückmeldung bei guter Arbeit, oder allgemeiner: durch die Entwicklung einer innerbetrieblichen Anerkennungskultur können motivierende, auch das Befinden günstig beeinflussende Wirkungen erzielt werden.

Schwieriger durchzusetzen ist ein zweiter struktureller Ansatz, der auf einer Verbesserung der Lohn-Leistungs-Relation abzielt. Auf der Ebene einer flexiblen Bezahlung sind dem Betrieb durch die Bestimmungen des Tarifrechts relativ enge Grenzen gesetzt. Spielräume tarifvertraglicher Korridore sollten jedoch gezielt genutzt werden, so z.B. durch Einrichtungen von Bonussystemen, Verbesserung kompensierender Lohndifferentiale, Beachtung des Abstandsgebots zwischen Erwerbs- und Transfereinkommen u.a.m. Auch die Gewährung von Freizeit anstelle finanzieller Entschädigung ist in diese Maßnahmen einzubeziehen. Des Weiteren sollte versucht werden, bei gegebener Überforderung von Beschäftigten sowie bei langjähriger Ausübung belastender Tätigkeiten (z.B. Akkordarbeit, Schichtarbeit, Lärmexposition, hoher Zeitdruck, häufige Störungen, starke Beanspruchung durch Kunden) nach Möglichkeit Entlastungen zu schaffen, z.B. in Form von Mischarbeit, Arbeitsplatzwechsel, Teilzeitarbeit für ältere Beschäftigte u.a.m.

Ein weiterer Aspekt betrifft die beruflichen Entwicklungschancen der Beschäftigten. Dies betrifft auch den Abbau nicht mehr funktionaler Hierarchiestufen (Schaffung flacher Hierarchien). Wie bereits erwähnt, sollten inner- und überbetriebliche Fort- und Weiterbildungsangebote an die Beschäftigten ergehen. Besondere Bedeutung kommt schließlich der Gewährung von Arbeitsplatzsicherheit zu. Arbeitsplatzverlust stellt für viele Betroffene insbesondere dann einen schwerwiegenden Einschnitt dar, wenn eine schlechte Arbeitsmarktlage eine rasche Wiedereinstellung verhindert, weshalb sich schon die Unsicherheit über das Weiterbestehen des eigenen Arbeitsverhältnisses belastend auswirken kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es für Maßnahmen zum Abbau von chronischem Distress im Erwerbsleben auf den genannten Ebenen eine überzeugende wissenschaftliche Evidenz gibt. Investitionen in die Gesundheit von Beschäftigten in Form theoriegeleiteter betrieblicher Gesundheitsförderungsprogramme stiften darüber hinaus auch betriebswirtschaftlichen Nutzen. Inzwischen liegen ermutigende Hinweise aus Studien vor, dass fair behandelte Mitarbeiter in einem Betrieb mit gutem Betriebsklima nicht nur seltener krank, sondern auch motivierter und leistungsfähiger sind. Somit sind nicht nur aus individualmedizinischer, sondern auch aus volks- und betriebswirtschaftlicher Sicht gemeinsame Anstrengungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, Experten und nationalen / internationalen Organisationen notwendig, um das Ziel einer gesundheitsförderlichen Organisation von Arbeit zu erreichen.

## Literaturverzeichnis

**Aust, B.; Peter, R.; Siegrist, J.:** Stress management in bus drivers: a pilot study based on the model of effort-reward imbalance. *International Journal of Stress Management* 4 (1997), 297-305

**Belkic, K.L.; Landsbergis, P.; Schnall, P.L.; Baker, D.:** Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 30 (2004), 85-128

**Cooper, C.L. (ed.):** *Theories of Organizational Stress*. Oxford: Oxford University Press 1998

**Ferketich, A.K.; Schwartzbaum, J.A.; Frid, D.J.; Moeschberger, M.L.:** Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I Study. *Archives of Internal Medicine* 160 (2000), 1261-1268

**Gesundheitsberichterstattung des Bundes:** Gesundheitsbericht für Deutschland (1998). <http://www.gbe-bund.de/> (Link überprüft am 16.7.2004)

**ILO:** *Mental Health in the Workplace* (2001). <http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/papers/index.htm> (Link überprüft am 16.7.2004)

**Karasek, R.; Brisson, C.; Kawakami, N.; Houtman, I.; Bongers, P.; Amick, B.:** The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology* 3 (1998), 322-355

**Karasek, R.A.:** Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24 (1979), 285-307

**Karasek, R.A.; Theorell, T.:** *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books 1990.

**Kivimäki, M.; Leino-Arjas, P.; Luukkonen, R.; Riihimäki, H.; Vahtera, J.; Kirjonen, J.:** Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 325 (2002), 857

**Lazarus, R.S.:** *Stress and Emotion*. New York: Springer 1999.

**Murray, C.J.L.; Lopez, A.D.:** *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press 1996.

**Niedhammer, I.; Goldberg, M.; Leclerc, A.; Bugel, I.; David, S.:** Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the GAZEL cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 24 (1998), 197-205

**Perrewe, P.L.; Ganster, D.C. (eds.):** *Historical and Current Perspectives on Stress and Health*. Amsterdam: Elsevier 2002

**Pikhart, H.; Bobak, M.; Pajak, A.; Malyutina, S.; Kubinova, R.; Topor, R.; Sebakova, H.; Nikitin, Y.; Marmot, M.:** Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine* 58 (2004), 1475-1482

**Pruessner, M.; Hellhammer, D.H.; Pruessner, J.C.; Lupien, S.J.:** Self-Reported Depressive Symptoms and Stress Levels in Healthy Young Men: Associations With the Cortisol Response to Awakening. *Psychosomatic Medicine* 65 (2003), 92-99

**Rödel, A.:** Psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Erhebung beruflicher Gratifikationskrisen an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Erwerbsbevölkerung. Magisterarbeit, Universität Düsseldorf 2004

**Siegrist, J.:** Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe 1996.

**Siegrist, J.:** Effort-reward imbalance at work and health. In: Perrewe, P.L.; Ganster, D.C. (eds.): *Historical and Current Perspectives on Stress and Health*, Amsterdam: Elsevier 2002, pp. 261-291

**Siegrist, J.; Marmot, M.:** Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science & Medicine* 58 (2004a), 1463-1473

**Siegrist, J.; Starke, D.; Chandola, T.; Godin, I.; Marmot, M.; Niedhammer, I.; Peter, R.:** The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 58 (2004b), 1483-1499

**Siegrist, K.; Silberhorn, T.:** Streßabbau in Organisationen. Ein Manual zum Streßmanagement. Münster: LIT 1998.

**Stansfeld, S.A.; Fuhrer, R.; Shipley, M.J.; Marmot, M.G.:** Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine* 56 (1999), 302-307

**Stansfeld, S.A.; Marmot, M.G. (eds.):** *Stress and the Heart*. London: BMJ Books 2002

**Stephoe, A.; Siegrist, J.; Kirschbaum, C.; Marmot, M.:** Effort-Reward Imbalance, Overcommitment, and Measures of Cortisol and Blood Pressure Over the Working Day. *Psychosomatic Medicine* 66 (2004), 323-329

**Theorell, T.; Emdad, R.; Arnetz, B.; Weingarten, A.M.:** Employee Effects of an Educational Program for Managers at an Insurance Company. *Psychosomatic Medicine* 63 (2001), 724-733

**Tsutsumi, A.; Kayaba, K.; Theorell, T.; Siegrist, J.:** Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 27 (2001), 146-153

**Weiner, H.:** *Perturbing the Organism. The Biology of Stressful Experiences*. Chicago: The University of Chicago Press 1992.

## IV. Zusammenhang zwischen Arbeit und Depression – ein Überblick

R. Rau

Institut für Organisations- und Sozialpsychologie der Technischen Universität, Dresden

Ziel der Arbeitsgestaltung ist es, die Voraussetzungen zu schaffen, dass Arbeit effizient und produktiv ist. Gleichzeitig sollen Unfälle, Krankheiten und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens vermieden werden. Letztlich sollte die Arbeitsgestaltung eine Entwicklung von Kompetenzen und von Gesundheit fördern. Die beiden zuletzt genannten Punkte betreffen die Erhaltung und die Förderung von menschlichen Leistungsvoraussetzungen und damit eine wesentliche Bedingung für eine effiziente Arbeit. Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden Formen der Beeinträchtigung von Leistungsvoraussetzungen, insbesondere die psychische Ermüdung, als wichtige Ursache sinkender Produktivität (sinkende Quantität und Qualität, Fehlererhöhung) untersucht. Heute verfügen wir über relativ klare Richtlinien bis hin zu gesetzlichen Regelungen (z.B. Arbeitsschutzgesetz, 1996) zur Gewährleistung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie über internationale Standards zur Vermeidung von Fehlbeanspruchungen (ISO 10075-1, 1994; ISO 10075-2, 1996). Daneben wurden Maßnahmen der Arbeits- und Organisationsgestaltung zur Reduzierung des Burnout bei Arbeitenden mit hohen emotionalen Anforderungen vorgeschlagen (Büssing et al., 1999; Zapf et al., 1999). Trotz der hier genannten Regelungen und Empfehlungen zur Arbeitsgestaltung ist in den letzten 20 Jahren eine Zunahme von Krankheiten zu verzeichnen, die offensichtlich durch arbeitsbedingten Stress gefördert oder gar verursacht werden können. An erster Stelle zu nennen sind Erkrankungen des Herzkreislaufsystems (Hypertonie, Herzinfarkt, Schlaganfall etc.), die mittlerweile relativ gut untersucht sind (z.B. Eaker et al., 2004; Kuper & Marmot, 2003; Belkic, Landsbergis, Schnall & Baker, 2004). Daneben bestehen umfangreiche Forschungsaktivitäten hinsichtlich des rasanten Anstiegs der Muskel- und Skeletterkrankungen (z.B. Levi, Sauter & Shimomitsu, 1999; Lundberg, Dohns et al., 1999; Sandsjö et al., 2000; Hägg, 2000). Weitgehend offen geblieben ist die Frage nach dem Zusammenhang psychosozialer Arbeitsmerkmale und psychischen Störungen. Dies ist insofern verwunderlich, da die Häufigkeit psychischer Störungen zunimmt<sup>1</sup> und damit auch die Kosten für deren Behandlung ansteigen. Bödecker et al. (2002), die einen Überblick über die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland veröffentlichten, geben als direkte Kosten durch psychiatrische Erkrankungen von Erwerbstätigen 16.144 Millionen DM = 8246 Millionen EUR an sowie als Kosten durch Arbeitsausfall durch diese Erkrankungen: 141.278 Millionen DM = 72 158 Millionen EUR. Außerdem sind psychische Belastungen ein wesentlicher Faktor im Vulnerabilitäts-Stress-Modell, das der Ätiopathogenese vieler psychischer Störungen zugrunde liegt. Innerhalb der psychischen Störungen kommt aus arbeitspsychologischer und auch öko-

<sup>1</sup> WHO-Schätzungen des Verlusts krankheitsbezogener Lebensjahre zeigen, dass 1990 10 %, 2000 12 % und 2020 15 % aus psychischen Störungen resultieren (WHO 2002). Auf der Basis der Daten des Bundesgesundheits surveys-Psychische Störungen geben Wittchen & Jacobi (2001) für Deutschland eine 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen von 32,1 % der erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter von 18-65 Jahren an.

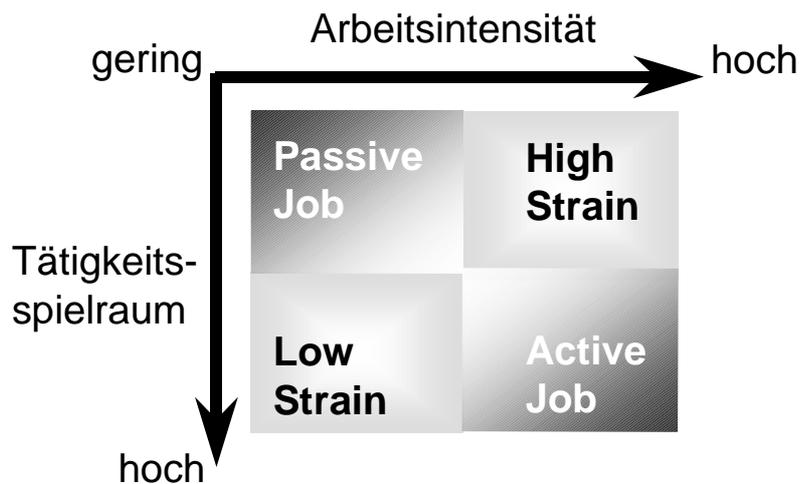
nomischer Sicht der Depression ein besonderer Stellenwert zu<sup>2</sup>. So finden sich die höchsten Inzidenzen (gleichförmiger Anstieg über das gesamte Leben) erst nach dem 25. Lebensjahr und damit zu einer Zeit, in der sich Menschen für gewöhnlich im Berufsleben befinden (Lifetime-Prävalenz affektiver Störungen 19,3 %, darunter Major Depression 17,1 % (National Comorbidity Survey, Kessler 1994, 1996). Die Arbeitsfähigkeit wird durch Depressionen massiv beeinträchtigt, was letztlich auch eine Gefährdung des Arbeitsplatzes bedeutet. Umgekehrt scheinen bestimmte Arbeitsbedingungen das Depressionsrisiko zu beeinflussen. Erste Hinweise hierfür finden sich bei Kornhauser (1965), der Fließbandarbeiter in der Automobilindustrie untersuchte. Er berichtete, dass geringe Autonomie, mangelnder Entscheidungsspielraum sowie Unterforderung der Leistungsvoraussetzungen besonders negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit in Form von depressiven Stimmungen, niedrigem Selbstwertgefühl, periodisch auftretenden Angstreaktionen und hoher Feindseligkeit haben. Für Berufe mit geistigen Anforderungen fanden Caplan et al. (1982), dass insbesondere eine geringe soziale Unterstützung stark mit der Ausbildung von Depressionen in Zusammenhang steht. Karasek & Theorell (1990) erwähnen als Folgen von hohem Job Strain neben den kardiovaskulären Risiken das Auftreten von Depressionen und Selbstwertverlust. Epidemiologische Befunde verweisen auf eine zunehmende Aktualität dieser Befunde (z.B. Wang & Patton, 2001).

## 1 Berücksichtigung psychosozialer Arbeitsmerkmale in Modellen zur Krankheitsentstehung

Zwei Modelle dominieren die Forschung zum Zusammenhang von psychosozialen Arbeitsmerkmalen und der Krankheitsentstehung bzw. Krankheitsförderung. Das ist einmal das bereits 1979 von Karasek eingeführte „Job Demand/Control-Modell“ und zum anderen das Modell zur „Beruflichen Gratifikationskrise“ (Siegrist, 1996).

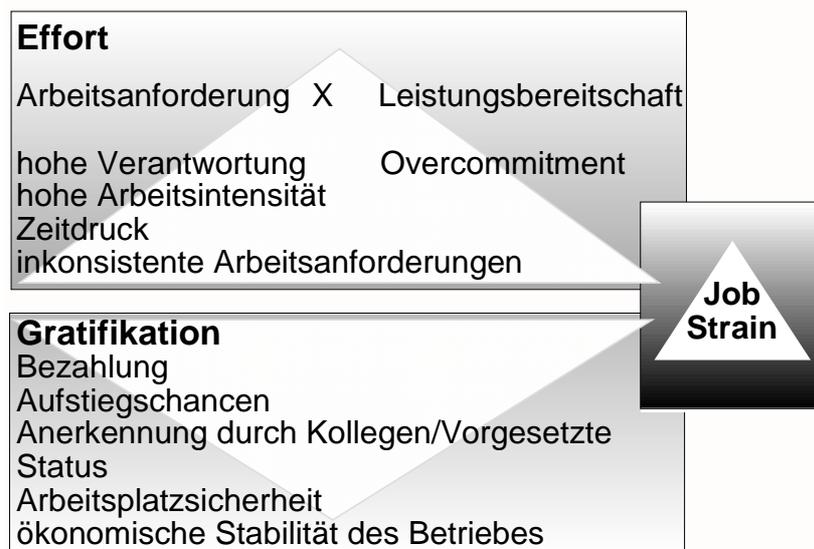
Die wesentliche Annahme im Job Demand/Control-Modell ist, dass Fehlbeanspruchungen (strain) und damit Krankheitsrisiken aus der Kombination zweier Merkmale des Arbeitsgeschehens ableitbar sind. Diese Merkmale sind die Arbeitsintensität (= job demand), in die die Bewertung von Zeitdruck, Arbeitshektik und widersprüchlicher Arbeitsanforderungen eingeht, und der Handlungs-/Entscheidungsspielraum bei der Ausführung der Arbeitsaufgabe (= control). Das Merkmal Handlungs-/Entscheidungsspielraum beruht einerseits auf der Bewertung der zeitlichen, inhaltlichen und dispositionellen Freiheitsgrade und andererseits auf der Bewertung der Vorbildungsnutzung bzw. Nutzung der beruflichen Kompetenz sowie der Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der vorhandenen Qualifikation. Ein hohes Risiko für Fehlbeanspruchungen und darüber vermittelt für Erkrankungen ist an solchen Arbeitsplätzen gegeben, an denen eine hohe Arbeitsintensität bei gleichzeitig niedrigem Handlungs-/Entscheidungsspielraum besteht. Stress entsteht hier aus der Diskrepanz zwischen quantitativ hoher Arbeitsbelastung bei gleichzeitig geringen Kontrollchancen gegenüber den gegebenen Arbeitsanforderungen.

<sup>2</sup> Die direkten Kosten der Depression liegen in Großbritannien bei 2 Milliarden Pfund und die indirekten Kosten durch eine sinkende Produktion bei 6 Milliarden Pfund (Voelker, 1999).



**Abb. IV.1** Job Demand/Control-Model (Karasek, 1979)

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996) basiert auf der Annahme, dass das Erleben fortgesetzter psychomentaler und sozioemotionaler Beanspruchung am Arbeitsplatz ein Ergebnis der Diskrepanz zwischen hoher beruflicher Verausgabung (effort) und niedrigen Belohnungschancen (reward) ist. Die berufliche Verausgabung wird dabei als Produkt aus der objektiven Arbeitsanforderung und der individuellen Leistungsbereitschaft gesehen. Die Kombination von hohen Arbeitsanforderungen mit hoher Leistungsbereitschaft bei gleichzeitig begrenzter Gratifikation kann als Stressor bewertet werden, der vermittelt über die Aktivierung der Stressachsen (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenmark) die Entstehung von Krankheiten fördern kann.



**Abb. IV.2** Effort-Reward/Imbalance-Modell (Siegrist, 1996)

## 2 Überblick über Ergebnisse zum Zusammenhang von psychosozialen Arbeitsmerkmalen und der Depression

Die im vorherigen Abschnitt beschriebenen Modelle zur Erklärung von Krankheitsrisiken und Fehlbeanspruchungen aus psychosozialen Arbeitsbelastungen wurden vorrangig für die Untersuchung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems geprüft. Psychosoziale Arbeitsbelastungen können das Krankheitsrisiko nur vermittelt über physiologische Begleitprozesse beeinflussen (Stressreaktion). Diese sind im nervösen, endokrinologischen und immunologischen System zu erwarten. Berücksichtigt man nur die Stressreaktionen auf der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenmarkachse und auf der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse, lässt sich die Hypothese ableiten, dass diese nicht nur das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko erhöhen können, sondern auch das für Depressionen. Eine Bestätigung dieser Hypothese gelang sowohl für Dimensionen des Job Demand/Control-Modells als auch des Effort-Reward/Imbalance-Modells (z.B. Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Wang & Patton, 2001; Larisch et al. 2003). Daneben finden sich noch andere psychosoziale Arbeitsbelastungen, die das Depressionsrisiko erhöhen. Dies sind z.B. Rollenkonflikte, Aufgabenklarheit (Heinisch & Jex, 1997; Baba et al. 1999), Innehaben von Leitungsfunktionen und Arbeitsplatzwechsel (Chevalier et al., 1996) etc. Nachfolgend soll detaillierter auf Studien eingegangen werden, die einen Zusammenhang zwischen Dimensionen der im Abschnitt 2 genannten Krankheitsmodelle und der Depression untersuchten.

### 2.1 Beziehungen von Dimensionen des Job Demand/Control-Modells zur Depression

Für die Hauptdimensionen des *Job demand/Control-Modells* wurde ein höheres Depressionsrisiko bei geringem Handlungs-/Entscheidungsspielraum (decision latitude), geringer Entscheidungsbefugnis (decision authority), hoher Arbeitsintensität (job demand) und hohem Job Strain gefunden. Dabei waren die Ergebnisse in Bezug auf Arbeitsintensität und Job Strain nicht einheitlich (ohne Beziehung zur Depression: 2 von 6 Studien zur Arbeitsintensität; 2 von 5 Studien zu Job Strain). Für die Möglichkeit, das erworbene Wissen in der Arbeit anzuwenden und zu erweitern (skill discretion) wurde nur in einer von drei Studien ein Zusammenhang zum (verminderten) Depressionsrisiko berichtet (siehe im Einzelnen Tabelle IV.1).

In den Studien, in denen neben den klassischen Dimensionen Job Demand und Control auch die soziale Unterstützung bewertet wurde, zeigte sich, dass eine geringe soziale Unterstützung mit erhöhtem Depressionsrisiko einherging (s. auch Baba et al. 1999). Die Kombination von geringer sozialer Unterstützung mit hohem Job Strain (=Iso-strain) stand nicht in Beziehung zur Depression (Pelfrene et al., 2002).

## 2.2 Beziehungen von Dimensionen des Effort-Reward/Imbalance-Modells zur Depression

**Tab. IV.1** Überblick über Studien, die psychosoziale Arbeitsbelastungen auf der Basis des Job Demand/Control-Modells in Bezug auf das Depressionsrisiko untersuchten

Verfasser	Bemerkung zur Studie	Stichprobe	Arbeitsmerkmale und Depressionsrisiko
Braun & Holländer (1988)	Nationale Gesundheitsumfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 1984	n=795 m/w	<b>job demand</b> <b>decision latitude</b> <b>Job Strain</b> <b>DS*</b> <b>DS*</b> <b>DS*</b>
Mausner-Dorsch & Eaton (2000)	Epidemiologic Catchment Area Program Baltimore; 1993-1996	n=905 m/w	psychological demand physiological demand <b>decision authority</b> skill discretion <b>Job Strain</b> <b>MD</b> <b>MD</b>
Wang & Patton (2001)	Nationale Gesundheitsumfrage in Kanada; 1994-1995	n=7344 m/w	<b>psychological demand</b> physiological demand <b>decision latitude</b> skill discretion Job Strain <b>MD</b> <b>MD</b>
Paterniti et al. (2002); Niedhammer et al., (1998a)	GAZEL-Studie Nationale Franz. Elektrizitäts- & Gaswerke; 1993-1996	n=10519 m/w	<b>job demand</b> <b>decision latitude</b> <b>SocSup</b> <b>Job Strain</b> <b>DS</b> <b>DS</b> <b>DS</b> <b>DS</b>
Pelfrene et al. (2002)	BELSTRESS-Studie; 1994-1998	n=21419 m/w	<b>psychological demand</b> <b>physiological demand</b> <b>decision authority</b> <b>decision latitude</b> <b>skill discretion</b> <b>SocSup</b> Job Strain IsoStrain <b>DS</b> <b>DS</b> <b>DS</b> <b>DS</b> <b>DS</b>

### Anmerkung

Fett unterlegt sind die psychosozialen Arbeitsmerkmale, für die ein signifikanter Zusammenhang zum Depressionsrisiko gefunden wurde.

DS\*= erfasst wurden Depressions-Symptome im Interview (kein validierter Fragebogen);

DS = erfasst wurden Depressions-Symptome mit der Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977);

MD = Diagnose einer Major depression auf der Basis des Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF, Kessler et al., 1998) oder des Diagnostic Interview Schedule (DIS, Robins et al., 1981) nach DSM-Kriterien.

Für die Dimensionen des *Effort-Reward/Imbalance-Modells* fanden sich Beziehungen zum Depressionsrisiko für eine geringe Belohnung (Reward) und eine hohe Verausgabungsbereitschaft (overcommitment) (Tsutsumi et al., 2001; Larisch et al. 2003) sowie für das Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung bei der Arbeit (Effort/Reward-Imbalance) (Tsutsumi et al., 2001; Larisch et al. 2003; Pikhart et al., 2004). Die Effort-Dimension, die der Job Demand-Dimension entspricht (de Jonge et al., 2000), stand nicht im Zusammenhang zur Depression. In allen drei Studien wurde zusätzlich der Handlungs-/Entscheidungsspielraum untersucht. Während Tsutsumi et al. eine negative Beziehung zwischen decision latitude und Depressionsrisiko fanden, zeigte sich ein solcher nicht in den Studien von Larisch et al. (2003) und Pikhart et al. (2004).

Mackie et al. (2001) berichten, dass sich die Effekte von geringer Belohnung erst bei Moderation eines geringen Kohärenzsinn nachweisen ließen. Zu beachten ist hierbei aber, dass in der Studie von Mackie et al. die Belohnungsdimension nicht mit dem ERI-Fragebogen von Siegrist erfasst wurde, sondern über Fragen zu Weiterbildungsmöglichkeiten, Teilhabe an Informationen, Anerkennung, adäquater Bezahlung, positive Rückmeldung etc.

## **2.3 Ergebnisse zum Zusammenhang von Arbeit und Depression auf der Basis des Bundesgesundheitssurveys 1998**

### **2.3.1 Einführung zum Bundesgesundheitssurvey und zu Methoden der Datenanalyse**

Die erste gesamtdeutsche repräsentative Untersuchung zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland wurde von 1997 bis 1999 als epidemiologische Querschnittsstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Sie erfolgte als gesundheitsbezogene Befragung und Untersuchung der 18-79jährigen Wohnbevölkerung in Deutschland (Thefeld, Stolzenberg & Bellach, 1999; ausführliche Beschreibung im Schwerpunktheft: „Bundes-Gesundheitssurvey 1998“, 1999 und bei Jacobi, 2004 in diesem Band). Der Bundes-Gesundheitssurvey bestand aus einem Kernmodul (Gesundheitssurvey), welches durch zusätzliche Module zu Arzneimitteln, Ernährung, Folsäureversorgung, Umwelt und psychischen Störungen ergänzt wurde.

Die Klärung der Frage nach Zusammenhängen zwischen Merkmalen der Arbeit und Depressionen basiert auf der Analyse der Daten des Kern-Gesundheitssurveys und des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ (Public Use File PS, 2000). Mit dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ wurden 4181 Personen von den insgesamt 7124 Personen, die am Kern-Gesundheitssurvey teilnahmen, befragt. Zwei Drittel der befragten 1913 Männer und 2268 Frauen waren berufstätig.

Die Einschätzung belastender Arbeitsmerkmale beruhte auf acht Fragen, die bei der Befragung mit dem Kern-Bundesgesundheitssurvey gestellt wurden. Es handelt sich dabei sowohl um psychosoziale Arbeitsbelastungen als auch um physische Belastungen. Insgesamt gibt es vier Fragen zum Auftreten bestimmter Arbeitsbelastungen und weitere vier Fragen nach der erlebten Beeinträchtigung durch diese Belastungen (s. Abbildung IV.1). Die Antworten auf diese Fragen wurden als abhängige

Variablen in eine logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage von unipolaren Depressionen sowie deren Subtypen Major Depression und Dysthyme Störung aufgenommen (Rösler, 2003). Die Depressionsdiagnostik beruhte auf dem DIA-X-Münchener Composite International Diagnostic Interview (DIS-X-M-CIDI, Wittchen und Pfister, 1997). Das DIA-X erlaubt die standardisierte Erfassung psychischer Störungen nach ICD 10 und DSM IV.

Items aus dem Bundesgesundheitsurvey	
<i>Teil 1 Auftreten des Merkmals:</i>	
F0891: anstrengende körperliche Arbeit (wie einseitige Körperhaltung, Tragen schwerer Gegenstände) ja [ ] nein [ ]	Teil 2, wenn Antwort zu Teil 1 = „ja“, dann Frage,  ob diese <i>Belastung</i> <i>beeinträchtigt</i> ist  ja [ ] nein [ ]
F0892: Lärm, Staub, Gase, Dämpfe, „schlechte Luft“ ja [ ] nein [ ]	
F0893: Stress am Arbeitsplatz (wie Zeit-/Leistungsdruck, starke Konzentration, schlechtes Arbeitsklima, Sorge um den Arbeits- platz) ja [ ] nein [ ]	
F0894: Überstunden, lange Arbeitszeit ja [ ] nein [ ]	

*Anmerkung:*

Die in der linken Spalte stehende Buchstaben- und Ziffernfolge entspricht der Fragenummerierung im Bundes-Gesundheitssurvey.

**Abb. IV.3** Fragen des Bundes-Gesundheitssurveys zum Auftreten und zur Beeinträchtigung von Arbeitsbelastungen

### 2.3.2 Ergebnisse

Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen sind in Tabelle IV.2 dargestellt. Im Einzelnen zeigte sich, dass anstrengende körperlicher Arbeit und das Auftreten von Stress am Arbeitsplatz/Sorge um den Arbeitsplatz mit einem signifikant erhöhten Risiko für eine *unipolare Depression* einhergeht. Werden diese beiden Arbeitsmerkmale zusätzlich als beeinträchtigt erlebt, erhöht sich das Risiko an einer unipolaren Depression zu leiden. Die beiden Merkmale Überstundenarbeit und schlechte Umweltbedingungen (Lärm, Staub, Gase etc.) stehen nur dann mit dem Auftreten einer unipolaren Depression in Beziehung, wenn sie als beeinträchtigt erlebt werden.

Schaut man sich zwei Sub-Typen der unipolaren Depression an, ergibt sich ein differenzierteres Bild. Das Risiko für eine *Major Depression* ist signifikant erhöht, wenn Stress am/Sorge um den Arbeitsplatz besteht. Dieses Risiko steigt weiter, wenn der Stress am bzw. die Sorge um den Arbeitsplatz als beeinträchtigt erlebt werden.

Wie bereits für die Bewertung der unipolaren Depression beschrieben, ist Überstundenarbeit an sich auch für das Auftreten einer Major Depression kein Risiko. Erst die Bewertung der Überstundenarbeit als „beeinträchtigend“ steht mit der Major Depression im Zusammenhang.

**Tab. IV.2** Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys zur Frage nach Arbeit und Depression (Rösler, 2003)

Arbeitsmerkmal	Auftreten des Arbeitsmerkmals (ja/nein)			Beeinträchtigung durch Arbeitsmerkmal (ja/nein)		
	unipolare Depression	Dysthyme Störung	Major Depression	unipolare Depression	Dysthyme Störung	Major Depression
anstrengende körperliche Arbeit	OR=1.35 *	OR=1.88**	ns	OR=1.94**	ns	ns
Lärm, Staub, Gase, Dämpfe...	ns	ns	ns	OR=1.89*	OR=2.51*	ns
Stress am/ Sorge um den Arbeitsplatz	OR=1.53 **	ns	OR=1,53*	OR= 1.89*	OR=1.89*	OR=1.94**
Überstunden, lange Arbeitszeit	ns	ns	ns	OR=2.59***	OR=2.72*	OR=2.34**

Das Risiko einer *Dysthymen Störung* ist erhöht, wenn anstrengende körperliche Arbeit geleistet wird. Dies ist unabhängig davon, ob dies als beeinträchtigend erlebt wird oder nicht. Für alle anderen gefragten arbeitsrelevanten Belastungen ist das Risiko für eine Dysthyme Störung nur dann erhöht, wenn diese Belastungen als beeinträchtigend erlebt werden.

### 2.3.3 Diskussion und kritische Wertung

Die Ergebnisse unserer Analysen des Bundesgesundheitsurveys unterstützen die Hypothese, dass belastende Merkmale der Arbeit das Risiko für eine Depression erhöhen können. *Eine Klärung der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Arbeit und Depression ist aber auf der Basis der Ergebnisse nicht möglich.* Zwar werden in den Fragen F0892 (Stress am/Sorge um den Arbeitsplatz) und F0893 (Überstunden) Merkmale der Arbeit erfasst, die bereits in anderen Studien in Bezug zur Depression untersucht wurden, die Fragen selbst sind aber zu unspezifisch formuliert. So enthält die Frage F0892 eine Mischung unterschiedlichster Belastungen, wie schlechtes Arbeitsklima, Sorge um den Arbeitsplatz und Stress, der aus Zeitdruck resultiert. Betrachtet man die in der Frage F0892 beschriebenen Belastungen im Einzelnen, lassen diese sich drei bis vier in der Literatur beschriebenen Dimensionen zuordnen:

- Die Sorge um den Arbeitsplatz wäre als Indikator für eine Effort-Reward/Imbalance zu sehen. Hierfür berichteten bereits Tsutsumi et al. (2001) ein erhöhtes Depressionsrisiko (hohe Effort-Reward/Imbalance ergab sich in ihrer Studie aus der Bedrohung durch down-sizing).
- Das Auftreten von Zeit-/Leistungsdruck ist ein Indikator für die Arbeitsintensität und wurde in mehreren Studien als möglicher Risikofaktor für Depression bewertet (Baba et al., 1999; Braun & Holländer, 1988; Heinisch & Jex, 1997; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Pelfrene et al., 2002; Tennant, 2000; Tsutsumi et al., 2001; Wang & Patton, 2001).
- Das am unklarsten beschriebene Arbeitsmerkmal ist das des „schlechten Arbeitsklimas“. Dies kann sich sowohl auf Umweltbedingungen als auch auf soziale Merkmale am Arbeitsplatz beziehen.

Welche der in Frage F0892 beschriebenen Belastung zu einem hohen Odds ratio geführt haben könnte, kann nicht geklärt werden. Will man aber organisatorisch oder arbeitsgestalterisch negative Folgen von Arbeitsbelastungen reduzieren, ist Wissen zur Ursache, zumindest aber zur Art der Beziehung zwischen Arbeitsmerkmal und Depressionsrisiko notwendig. Voraussetzung hierfür ist die eindeutige Beschreibung des zu prüfenden Arbeitsmerkmals, was leider im Bundes-Gesundheitssurvey nicht gegeben ist.

Die zweite Frage, die in Bezug zur exzessiven Arbeit und indirekt auch zur Arbeitsintensität steht, ist die nach Überstunden (F0893). Hier ergaben die logistischen Regressionsanalysen, dass nicht das Leisten von Überstunden an sich das Risiko für eine Major Depression erhöht, sondern erst deren Bewertung als „beeinträchtigend“. Dies steht im Widerspruch zu Ergebnissen von Kawakami & Haratani (1999), die bereits für das Leisten von Überstunden (also ohne deren negative Bewertung) in prospektiven Studien ein erhöhtes Risiko für eine Major Depression berichteten. Da der Bundes-Gesundheitssurvey keine Angaben darüber enthält, wie viel Überstunden geleistet wurden, ist es hier nicht möglich, die Diskrepanz in den odds ratios für das Auftreten von Überstundenarbeit versus deren Bewertung zu klären. So wäre denkbar, dass das Erleben einer Beeinträchtigung durch Überstundenarbeit mit dem Umfang an Überstundenarbeit in Beziehung steht. Es lässt sich die Hypothese formulieren:

Erst wenn ein kritischer Wert an Überstunden überschritten wird, besteht ein Risiko für eine Depression.

### *Fazit*

Die Aussagefähigkeit der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys zum Zusammenhang von Arbeit und Depression ist sehr beschränkt. Einer sehr guten Diagnostikmethodik für die psychischen Störungen steht eine Aufzählung von Arbeitsmerkmalen gegenüber, die einzeln betrachtet, als depressionsrelevanter Stressor wirken könnten, aufgrund ihrer eher willkürlichen Zusammenfassung zu vier Gruppen aber keine Aussage mehr zulassen. Aus den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys können aber Hypothesen für zukünftige Untersuchungen zum Zusammenhang von Arbeit und Depression abgeleitet werden. Sinnvoll wäre es, sich bei der Hypothesenbildung vom Job Demand/Control-Modell leiten zu lassen. Dies ist dem Effort-Reward/Imbalance-Modell vorzuziehen, da es sich ausschließlich auf Merkmale der Arbeit (die man später auch verändern könnte) und nicht auf Merkmale der Person beschränkt.

### 3 Kritische Wertung bisheriger Studien zum Zusammenhang von Arbeit und Depression

Betrachtet man sich die im Abschnitt 2 beschriebenen Studien und deren Ergebnisse, scheint ein Zusammenhang von psychosozialen Merkmalen der Arbeit und der Depression zu bestehen. Man müsste annehmen, eine Modifikation der Arbeitsorganisation und/oder -gestaltung auf der einen Seite und eine Verhaltensmodifikation (z.B. realistischere Selbstbewertung der Fähigkeiten oder, was ist hinreichende Verausgabung) dürfte das Depressionsrisiko senken. Es gibt hier aber einen ernstzunehmenden Einwand. *Alle hier berichteten Studien nutzten für die Arbeitsanalyse subjektive Verfahren.* Mit anderen Worten, der/die Arbeitende wurde gebeten, bestimmte Merkmale der Arbeit zu bewerten. Auch wenn hierfür i.d.R. standardisierte Fragebögen, wie das Job Content Questionnaire (JCQ, Karasek et al., 1998), das Effort-Reward-Imbalance Questionnaire (ERI, Siegrist & Peter, 1996) und der Quality of Employment Survey (Quinn & Shepard, 1974) verwendet wurden, bedeutet das Ergebnis immer eine subjektive Einschätzung des Arbeitenden. Während man dies bei Fragen zum Zusammenhang somatischer Erkrankungen, wie kardiovaskulärer Erkrankungen und Arbeit vielleicht noch tolerieren kann (wenn auch hier eine große Nähe zu psychosomatischen Erkrankungen gegeben ist), ist dies in Bezug auf psychische Störungen sehr problematisch. Gerade im Falle von psychischen Störungen ist die Gefahr fehlerhafter Wahrnehmung aufgrund der Störung unverhältnismäßig hoch. So ist es denkbar, dass Personen mit einer Depression einen objektiv vorhandenen Handlungs-/Entscheidungsspielraum nicht sehen oder unterschätzen (z.B. aufgrund einer gelernten Hilflosigkeit). In diesem Falle wären nicht spezielle Merkmale der Arbeit eine Bedingung für das Entstehen einer Depression, sondern die krankheitsimmanente gestörte Fehleinschätzung eigener Kontrollmöglichkeiten würde zur Nicht-Nutzung bestehender Handlungs-/Entscheidungsspielräume führen. Letzteres hätte einen Effekt auf die Effektivität und Produktivität der betreffenden Person. Andersherum wäre im Falle eines objektiv nicht vorhandenen Handlungs-/Entscheidungsspielraums bei gleichzeitig hohen Anforderungen (Zeitdruck, Überstundenarbeit) eine Voraussetzung gegeben, dass vermittelt über ein „Lernen von Hilflosigkeit“ und parallel einhergehender physiologischer Veränderungen eine vulnerable Person eine Depression erleidet. Hier sei nur an die ersten Versuche von Seligman & Maier (1967) zur gelernten Hilflosigkeit erinnert, wo aufgrund eines objektiv nicht gegebenen Handlungsspielraums im ersten Versuchsabschnitt ein hilfloses Verhalten erlernt wurde. Der Nachweis des „Lernens von Hilflosigkeit“ aufgrund objektiv nicht vorhandener Handlungs-/Entscheidungsspielräume kann aber nur mittels Einsatz von objektiven und subjektiven (bzw. bedingungsbezogenen und personenbezogenen) Verfahren der Arbeitsanalyse erbracht werden.

Auch für die anderen psychosozialen Arbeitsmerkmale des Job Demand/Control-Modells (Arbeitsintensität, soziale Unterstützung) und des Effort-Reward/Imbalance-Modells (overcommitment), für die ein signifikanter Zusammenhang zur Depression berichtet wurde (vgl. Abschnitt 2), bietet sich eine alternative Erklärung an (siehe hierzu Tabelle IV.3).

**Tab. IV.3** Interpretation der Autoren von Studien zum Zusammenhang von Arbeit und Depression und alternative Erklärungsmöglichkeiten

Interpretation der im Abschnitt 2 berichteten Ergebnisse		Alternative Erklärungen	
Untersuchte Merkmale der Arbeit (und der Person bei Verwendung des ERI-Modells)	Folge	Merkmale von Personen mit Depression	Auswirkungen auf das Erleben
Handlungs-/ Entscheidungs-spielraum ▼	Depression ▲	Gelernte Hilflosigkeit (Möglichkeit durch eigenes Handeln Situation zu verändern wird unterschätzt oder nicht wahrgenommen)	Handlungs-/ Entscheidungs-spielraum ▼
Arbeitsintensität ▲	Depression ▲	- Energieverlust - vermindertes Interesse an Aktivitäten - psychomotorische Verlangsamung - verminderte Denk-, Konzentrations-, Entscheidungsfähigkeit	Arbeitsintensität ▲
soziale Unterstützung ▼	Depression ▲	Neigung zur Unterschätzung eigener sozialer Netzwerke und dadurch von sozialer Unterstützung	soziale Unterstützung ▼
Verausgabungs-bereitschaft (overcommitment) ▲	Depression ▲	Neigung zu hohen (Leistungs-) Anforderungen an sich selbst	Verausgabungs-bereitschaft ▲  Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung ▲

Neben dem geschilderten Problem der Interpretation der Ergebnisse ist auf die Stichprobenabhängigkeit der Einteilung von hoher versus geringer Ausprägung eines Arbeitsmerkmals (z.B. hohe/geringe Arbeitsintensität) hinzuweisen. In den Studien, mit dem Job Demand/Control-Modell als theoretischen Hintergrund, basierte diese Einteilung auf der Medianhalbierung der Daten, die für das entsprechende Arbeitsmerkmal in der gerade untersuchten Stichprobe erfasst wurden. Damit ist die Bewertung, ob ein Arbeitsmerkmal zu hoher Fehlbeanspruchung (high job strain) führt, stichprobenabhängig und verhindert zumindest bei kleineren Stichproben die Vergleichbarkeit der Studien. Die Verwendung normierter Arbeitsanalyseverfahren würde eine Grundlage für vergleichbare Daten schaffen.

Es sollte aber nicht nur die Erfassung der Arbeitsbelastungen, sondern auch die der Zielvariablen, d.h. der Depression, kritischer betrachtet werden. Es wurden nur vier Studien gefunden, die klinisch relevante und behandlungsbedürftige Formen affektiver Störungen nach den Kriterien des DSM oder des ICD diagnostizierten und in Abhängigkeit von Arbeitsmerkmalen untersuchten. So verwendeten Mausner-Dorsch & Eaton (2000) das Diagnostic Interview Schedule (DIS, Robins et al., 1981), Wang & Patton (2001) sowie Chevalier et al. (1996) das Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF, Kessler et al., 1998), und der Bundes-Gesundheitssurvey das DIA-X-Münchener Composite International Diagnostic Interview (DIS-X-M-CIDI, Wittchen und Pfister, 1997). Der weitaus größere Anteil der Studien setzt Verfahren ein, die als Screening-Methoden gelten und einzelne Symptome affektiver Störungen erfassen, die noch keinen Krankheitswert haben müssen. Dies schränkt die Vergleichbarkeit der Studien erheblich ein. Im Einzelnen wurden eingesetzt:

- die Zung Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965) in der Studie von Kawakami et al., 1997
- die Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977) in den Studien von Baba et al., 1999, Heinisch & Jex, 1997, Macki et al., 2001, Niedhammer et al., 1998a, Paterniti et al., 2002, Pelfrene et al., 2002, Pikhart et al., 2004 und Tsutsumi et al., 2001
- die Allgemeine Depressionsskala (ADS; Hautzinger & Bailer, 1993) in der Studie von Larisch et al., 2003.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass trotz umfangreicher Studien zum Zusammenhang von Arbeit und Depression weiterer Forschungsbedarf besteht. So fehlen insbesondere Studien, die Arbeitsbelastungen unabhängig von den Untersuchungsteilnehmern erfassen. Auch ist die Zahl der Studien begrenzt, die die Zielvariable nicht nur mit Screeningverfahren erheben, sondern mit Verfahren, die eine Diagnostik auf Basis des ICD oder DSM erlauben. Daher soll nachfolgend ein Forschungsansatz vorgestellt werden, der die genannten Probleme berücksichtigt.

## **4      **Ausblick und Vorschlag eines Forschungsansatzes****

Zukünftige Studien zum Zusammenhang von Arbeit und Depression sollten sowohl eine objektive als auch eine subjektive Arbeitsanalyse durchführen, wobei die bisher gefundenen psychosozialen Arbeitsmerkmale Arbeitsintensität, Handlungs-/Entscheidungsspielraum, soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte etc. in den verwendeten Instrumenten berücksichtigt werden. Im deutschsprachigen Raum bieten sich als objektive Arbeitsanalyseverfahren die Verfahrensgruppe VERA/RHIA (Volpert et al., 1983; Greiner et al., 1987; Oesterreich, Leitner & Resch, 2000) sowie die Verfahrensgruppe des TBS (Rudolph et al., 1987; Hacker et al., 1995) und REBA (Pohlandt et al., 1999) an. Für die subjektive Arbeitsanalyse können eine deutsche Übersetzung des JCQ (Karasek et al., 1998), der Fragebogen zur Analyse erlebter Arbeitsintensität und Tätigkeitsspielräume (FIT) von Richter et al. (2000) und zusätzlich der Effort-Reward/Imbalance Fragebogen von Siegrist (1996) eingesetzt werden.

Bei der Konzipierung einer neuen Studie ist einzugrenzen, was unter Depression verstanden wird. Sind z.B. depressive Verstimmungen, die erste Episode einer Major Depression oder überhaupt Episoden einer Major Depression oder gar bipolare Störungen gemeint. Weiterhin ist eine große Anzahl von Variablen zu kontrollieren, die mit der Depressionsentwicklung in Beziehung stehen.

Solche Variablen sind:

- Alter\* und Geschlecht,
- Angststörungen, Panikattacken\* und Traumatas (aufgrund der Komorbidität zur Depression),
- elterlicher Erziehungsstil (z.B. überbehütender\*, fehlende Fürsorge\*),
- Neurotizismus\*,
- Belastungen in der Familie,
- gesundheitliche Probleme (somatisch),
- life-events in zeitlicher Nähe zum Untersuchungszeitraum,
- soziale Unterstützung außerhalb des Arbeitsbereichs\*.

Die mit Stern gekennzeichneten Variablen waren neben arbeitsbezogenen Variablen in einer prospektiven Studie von Tokuyama et al. (2003) signifikante Prädiktoren einer ersten Major Depression Episode.

Geht man vom Vulnerabilitäts-Stress-Modell aus, wäre es wünschenswert, ein breiteres Spektrum mittelfristiger Fehlbeanspruchungsfolgen sowie stressbezogener Erkrankungen zu berücksichtigen. Mittelfristige Fehlbeanspruchungen, die mit (arbeits-) stressbedingten Erkrankungen in Beziehung stehen, sind insbesondere Erholungsstörungen und Erschöpfungszustände. So gehen sowohl depressiven als auch kardiovaskulären Erkrankungen häufig Schlafstörungen (z.B. Nakata et al., 2004) und Erschöpfungszustände (z.B. Prescott et al., 2003; van Diest & Appels, 1991) voraus. Hintergrund für die Empfehlung, neben der Depression auch andere (arbeits-)stressbezogene Erkrankungen zu berücksichtigen, ist, dass psychosoziale Beanspruchungen das Krankheitsrisiko nur vermittelt über physiologische Begleitprozesse beeinflussen. Diese sind im nervösen, endokrinologischen und immunologischen System zu erwarten. Berücksichtigt man nur die Stressreaktionen auf der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenmark- und auf der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindachse, lässt sich die Hypothese ableiten, dass diese entweder das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko und/oder das der Depression erhöhen. Diese Hypothese scheint in unterschiedlichen Forschergruppen bei der Untersuchungsdurchführung berücksichtigt worden zu sein. So untersuchten einzelne Forschergruppen<sup>3</sup> innerhalb derselben Stichprobe verschiedene arbeitsstressbedingte Erkrankungen, veröffentlichten dann aber diese Ergebnisse nie gemeinsam (z.B. Beziehung zwischen Arbeitsbelastungen und sowohl depressiver als auch kardiovaskulärer Erkrankung). Gerade eine solche gemeinsame Ergebnisdarstellung könnte die Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese bestätigen. Ursache für die getrennte Ergebnisdarstellung

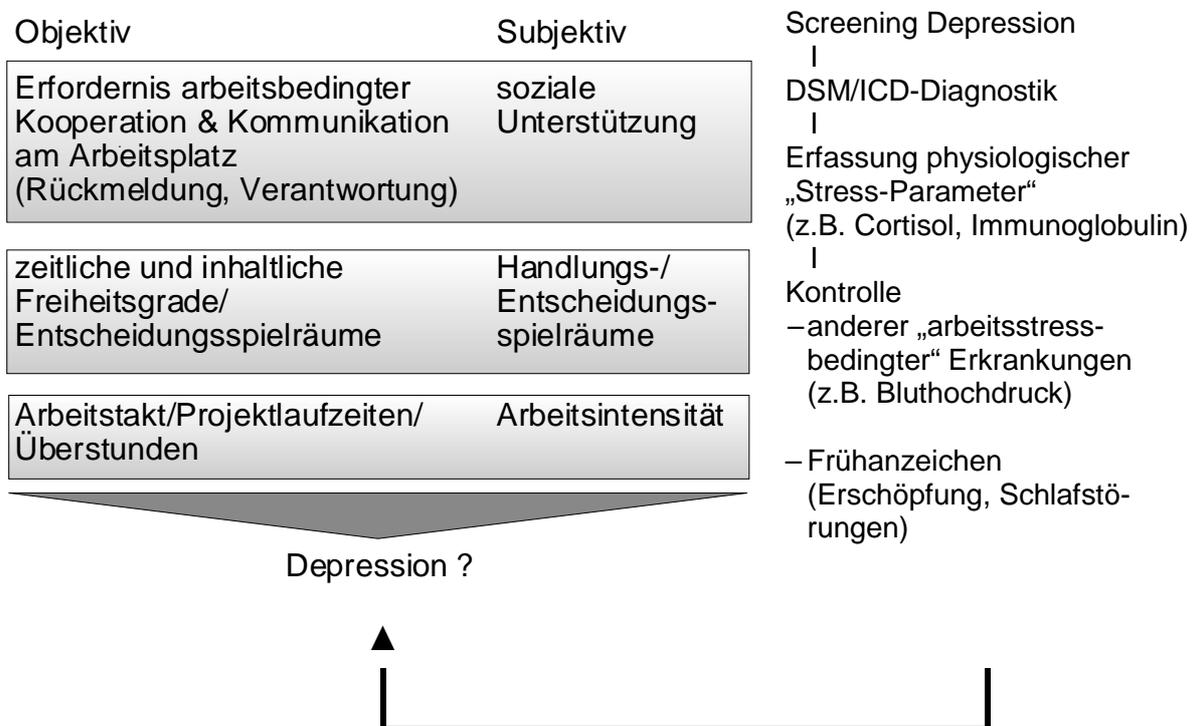
---

<sup>3</sup> z.B. GAZEL-Studie: Veröffentlichung zu Depression von Paterniti et al., 2002 und Niedhammer et al., 1998a und zu kardiovaskulären Risiken von Niedhammer et al. 1998b; japanische Forschergruppe: Veröffentlichung zu Depression von Kawakami et al., 1997, zu kardiovaskulären Risiken von Kawakami et al., 1998, zu diabetis von Kawakami et al., 1999 und zu Insomnia von Nakata et al., 2001; 2004.

könnten veröffentlichungstechnische Überlegungen sein. Zukünftige Studien sollten insbesondere die Möglichkeit einer kardiovaskulären Erkrankung in Studien zum Zusammenhang von Arbeit und Depression mit berücksichtigen und die Ergebnisse dann auch gemeinsam darstellen. Ein sehr stresssensibler Indikator ist der Blutdruck. Da der Bluthochdruck in der arbeitsfähigen Bevölkerung nur schlecht kontrolliert ist, wäre ein Blutdruckmonitoring eine Möglichkeit, diesen Indikator zu kontrollieren. Eigene Studien (Rau, in press; Rau & Triemer, 2004) zeigten, dass von 228 erwerbstätigen Männern und Frauen 40.8 % Bluthochdruck hatten, der bis zur Untersuchung nicht bekannt war (die Klassifikation erfolgte nach internationalen Richtlinien für ambulantes Monitoring: Myers et al., 1999; O'Brien et al., 2001). Nimmt man die 11.8 % in der Stichprobe bekannten Hypertoniker hinzu, entspricht die Rate der Erkrankungen den für Deutschland bekannten Prävalenzraten für Hypertonie (Thamm, 1999). Nach Analyse des Bundes-Gesundheitssurveys zu Auftreten von Hypertonie und Depression, scheinen sich beide Erkrankungen unabhängig in der erwerbstätigen Bevölkerung zu entwickeln (Jacobi in diesem Band). So zeigte Jacobi, dass bei 10,5 % der Erwerbstätigen eine Hypertonie (ohne Berücksichtigung Borderline-Hypertonie), bei 11,1 % eine Depression und nur bei 1,3 % beide Erkrankungen gleichzeitig vorlagen. Vor dem Hintergrund der umfangreichen Forschung zu Bluthochdruckrisiken und Arbeitsstress könnte man aus diesen Ergebnissen schlussfolgern, dass sich je nach Vulnerabilität bei Arbeitsstress eine kardiovaskuläre Erkrankung oder eine Depression entwickeln könnte.

Als Abschluss wird in der Abbildung IV.4 die zusammenfassende Darstellung eines möglichen Forschungsdesigns gezeigt.

### Arbeitsanalyse



**Abb. IV.4** Forschungsansatz zur Klärung des Zusammenhangs von Arbeit und Depression

## Literaturverzeichnis

**Arbeitsschutzgesetz (1996).** Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG) vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246); In Kraft: 21. August 1996.

**Baba, V.V., Galperin, B.L. & Lituchy, T.R. (1999).** Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 163-169.

**Belkic, K.L., Landsbergis, P.A., Schnall, P.L. & Baker, D. (2004).** Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 30, 85-128.

**Bödecker, W., Friedel, H. C., Schröer, A. (2002).** Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Fb 946 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.

**Braun, S., Hollander, R. B. (1988).** Work and depression among women in the Federal Republic of Germany. *Women & Health*, 14, 3-26.

**Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (1999).** *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, S57-S67.

**Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (1999).** Erfassen und Bewerten psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich. Entwicklung eines Screeningverfahrens für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Krankenhaus. Forschungsbericht Nr. 49, Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.

**Caplan, R.D., S.Cobb, J.R.P.French, R. van Harrison, S.R.Pinneau (1982).** Arbeit und Gesundheit. *Schriften zur Arbeitspsychologie*, Udris, I. (Hrsg.), Nr. 35, Bern: Huber.

**Chevalier, A., Bonenfant, S., Picot, M.C., Chastang, J.F. & Luce, D. (1996).** Abstract Occupational factors of anxiety and depressive disorders in the French National Electricity and Gas Company. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38, 1098-10107.

**de Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. (2000).** Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science and Medicine*, 50,1317-1327.

**Eaker, E.D., Sullivan, L.M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R.B. & Sr. Benjamin, E.J. (2004).** Does Job Strain Increase the Risk for Coronary Heart Disease or Death in Men and Women? The Framingham Offspring Study. *American Journal of Epidemiology*, 159, 950-958.

**Greiner, B., Leitner, K., Weber, W.-G., Hennes, K. & Volpert, W. (1987).** RHIA-Ein Verfahren zur Erfassung psychischer Belastung. In Sonntag, K. (Ed.), *Arbeitsanalyse und Technikentwicklung* (S. 145-161). Köln: Bachem.

**Hacker, W., Fritsche, B., Richter, P. & Iwanowa, A. (1995).** Das Tätigkeitsbewertungsverfahren TBS-L. Zürich: Verlag der Fachbuchvereine.

**Hägg, G. M. (2000).** Human muscle fibre abnormalities related to occupational load. *European Journal of Applied Physiology*, 83, 159-165.

**Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993).** Allgemeine Depressionsskala, Manual. Göttingen: Beltz Test.

**Heinisch, D. & Jex, S. (1997).** Negative affectivity and gender as moderators of the relationship between work-related stressors and depressed mood at work. *Work & Stress*, 11, 46-57.

**ISO 10075-1 (1994).** Ergonomic principles related to mental work load - General terms and definitions.

**ISO 10075-2 (1996).** Ergonomic principles related to mental work load, Part 2: Design Principles, gives guidance on the design of work systems in general, with the intention of providing optimal working conditions with respect to health and safety, well-being, performance, and effectiveness. Genf: International Organization for Standardization.

**Jacobi, F. (2004).** in diesem Band

**Karasek, R. (1979).** Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-307.

**Karasek, R. & T. Theorell (1990).** *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York: Basic Books.

**Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. (1998).** The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 322-355.

**Kawakami, N., Araki, S., Kawashima, M., Masumoto, T. & Hayashi, T. (1997).** Effects of work related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23, 54-59.

**Kawakami, N., Haratani, T. & Araki, S. (1998).** Job strain and arterial blood pressure, serum cholesterol, and smoking as risk factors for coronary heart disease in Japan. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 71, 429-32.

**Kawakami, N. & Haratani, T. (1999).** Epidemiology of job stress and health in Japan: review of current evidence and future direction. *Industrial Health*, 37, 174-186.

**Kawakami, N., Araki, S., Takatsuka, N., Shimizu, H. & Ishibashi, H. (1999).** Over-time, psychosocial working conditions, and occurrence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Japanese men. *Journal Epidemiology, Community and Health*, 53, 359-363.

**Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994).** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

**Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. S., & Blazer, D. G. (1996).** Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the U.S. National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30.

**Kessler, R. C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, B. & Wittchen, H.-U. (1998).** The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatry Research*. 7, 171-185.

**Kornhauser (1965).** *The Mental Health of the Industrial Worker*. New York: Wiley.

**Kuper, H. & Marmot, M. (2003).** Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 147-153.

**Larisch, M., Joksimovic, L., von Knesebeck, O., Starke, D., & Siegrist, J. (2003).** Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Symptome. Eine Querschnittsstudie bei Erwerbstätigen im mittleren Erwachsenenalter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 223-228.

**Levi, L., Sauter, S. L. & Shimomitsu, T. (1999).** Work-related stress - it's time to act. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 394-396.

**Lundberg, U., Dohns, I. E., Melin, B., Sandsjo, L., Palmerud, G., Kadefors, R., Ekstrom, M. & Parr, D. (1999).** Psychophysiological stress responses, muscle tension, and neck and shoulder pain among supermarket cashiers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 245-255.

**Mackie, K. S., Holahan, C. K. & Gottlieb, N. H. (2001).** Employee involvement management practices, work stress, and depression in employees of a human services residential care facility. *Human Relations*, 54, 1065-1092.

**Mausner-Dorsch, H., Eaton, W. W. (2000).** Psychosocial Work Environment and Depression: Epidemiologic Assessment of the Demand-Control Model. *American Journal of Public Health*, 90, 1765-1770.

**Myers, M. G., Haynes, R. B., Rabkin, S. W. (1999).** Canadian hypertension society guidelines for ambulatory blood pressure monitoring. *American Journal of Hypertension*, 12, 1149-1157.

**Nakata, A., Haratani, T., Takahashi, M., Kawakami, N., Arito, H., Fujioka, Y., Shimizu, H., Kobayashi, F., Araki, S. (2001).** Job stress, social support at work, and insomnia in Japanese shift workers. *Journal of Human Ergology*, 30, 203-209.

**Nakata, A., Haratani, T., Takahashi, M., Kawakami, N., Arito, H., Kobayashi, F. & Araki, S. (2004).** Job stress, social support, and prevalence of insomnia in a population of Japanese daytime workers. *Social Science and Medicine*, 59, 1719-1730.

**Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I., David, S. (1998a).** Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 24, 197-205.

**Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., David, S., Bugel, I. & Landre, M.F. (1998b).** Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 93-100.

**O'Brien, E., Coats, A., Owens, P., Petrie, P., Padfield, P. L., Littler, W. A., de Swiet, M. & Mee, F. (2001).** Use and interpretation of ambulatory blood pressure monitoring: recommendations of the British Hypertension Society. *British Medical Journal*, 320, 1128-1134.

**Oesterreich, R., Leitner, K. & Resch, M. (2000).** Analyse psychischer Anforderungen in der Produktionsarbeit. Das Verfahren RHIA/VERA-Produktion. Handbuch und Manual. Göttingen: Hogrefe.

**Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T. & Consoli, S. M. (2002).** Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *British Journal of Psychiatry*, 181, 111-117.

**Pelfrene, E., Vlerick, P., Kittel, F., Mak, R. P., Kornitzer, M. & De Backer, Guy (2002).** Psychosocial work environment and psychological well-being: Assessment of the buffering effects in the job demand-control (-support) model in BELSTRESS. *Stress & Health*, 18, 43-56.

**Pikhart, H., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Topor, R., Sebakova, H., Nikitin, Y. & Marmot, M. (2004).** Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social Science and Medicine*, 58, 1475-1482.

**Pohlandt, A., Jordan, P., Richter, P. & Schulze, F. (1999).** Rechnergestütztes Dialogverfahren zur psychologischen Bewertung von Arbeitsinhalten (REBA). In H. Dunkel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 341-363). Zürich: vdf.

**Prescott, E., Holst, C., Gronbaek, M., Schnohr, P., Jensen, G. & Barefoot, J. (2003).** Vital exhaustion as a risk factor for ischaemic heart disease and all-cause mortality in a community sample. A prospective study of 4084 men and 5479 women in the Copenhagen City Heart Study. *International Journal of Epidemiology*, 32, 990-997.

**Public Use File PS (2000).** Bundesgesundheitsurvey „Psychische Störungen“, Max-Planck-Institut, München (Datengeber: Prof. H.U. Wittchen).

**Quinn, R. P., Shepard, L. J. (1974).** Quality of Employment Survey 1973-1977. Conducted by University of Michigan, Survey Research Center. (<http://www.icpsr.umich.edu:8080/ABSTRACTS/07696.xml>).

**Radloff, L. (1977).** The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

**Rau, R. (in press).** Job strain or healthy work - a question of task design. *Journal of Occupational Health Psychology*.

**Rau, R. & Triemer, A. (2004).** Overtime in relation to blood pressure and mood during work, leisure, and night time. *Social Indicators Research*, 67, 51-73.

**Richter P., Hemmann E., Merboth H., Fritz S., Hänsgen C. & Rudolf M. (2000).** FIT, Fragebogen zur Analyse erlebter Arbeitsintensität und Tätigkeitsspielräume Göttingen: Hogrefe.

**Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. & Ratcliff, K. S. (1981).** National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.

**Rösler, U. (2003).** Besteht ein Zusammenhang zwischen arbeitsbedingtem Stress und der Depressionsentstehung? Belegarbeit für *Occupational Health Psychology* an der TU Dresden, Fakultät Mathematik/Naturwissenschaften unter Betreuung von PD Dr. Rau.

**Rudolph, E., Schönfelder, E. & Hacker, W. (1987).** Tätigkeitsbewertungssystem für geistige Arbeit mit/ohne Rechnerunterstützung (TBS-GA). Göttingen: Hogrefe.

**Sandsjö, L., Melin, B., R. D., Dohns, I. & Lundberg, U. (2000).** Trapezius muscle activity, neck and shoulder pain, and subjective experiences during monotonous work in women. *European Journal of Applied Physiology*, 83, 235-238.

**Seligman, M. E. P. & Maier, S. F. (1967).** Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.

**Siegrist, J. (1996).** Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-43.

**Siegrist J. & Peter R. (1996)** Measuring effort-reward imbalance at work: guidelines. Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf.

**Tenannt, C. (2001).** Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 697-704.

**Thamm, M. (1999).** Blutdruck in Deutschland: Zustandsbeschreibung und Trends. *Das Gesundheitswesen*, 2, S90-S93.

**Thefeld, W., Stolzenberg, H. & Bellach, B.-M. (1999).** Bundesgesundheitsurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 2, S57-S67.

**Tokuyama, M., Nakao, K., Seto, M., Watanabe, A. & Takeda, M. (2003).** Predictors of first-onset major depressive episodes among white-collar workers. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57, 523-531.

**Tsutsumi, A., Kayaba, K. Theorell, T. & Siegrist, J. (2001).** Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 27, 146-153.

**van Diest, R. & Appels, A. (1991).** Vital exhaustion and depression: a conceptual study. Journal of Psychosomatic Research, 35, 535-544.

**Voelker, R. (1999).** Depression in the UK. JAMA, 282, 2111.

**Volpert, W., Oesterreich, R., Gablenz-Kolakovic, S., Krogoll, T. & Resch, M. (1983).** Verfahren zur Ermittlung von Regulationsanforderungen in der Arbeitstätigkeit (VERA). Analyse von Planungs- und Denkprozessen in der industriellen Produktion. Köln: Verlag TÜV Rheinland.

**Wang, J., Patten, S. B. (2001).** Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. Journal of Occupational Health Psychology, 6, 283-289.

**Wittchen, H. U., Pfister, H. (1997).** Manual und Durchführungsbeschreibung des DIA-X-M-CIDI. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

**Wittchen, H.D. & Jacobi, F. (2001).** Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland - eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. Bundesgesundheitsblatt - Bundesgesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 10, 993-1000.

**Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H. & Isic, A. (1999).** Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. European Journal of Work and Organizational Psychology, 8, 371-400.

**Zung, W. R. K. (1965).** A self-rating depression scale. Archives of General Psychology, 12, 63-70.

## V. **Forschungsstand und Forschungsperspektive aus arbeitspsychologischer Sicht zum Zusammenhang zwischen Erwerbsarbeit und Depressivität**

G. Mohr

Institut für Psychologie, Abteilung Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Leipzig

### **Einleitung: Depression im Arbeitskontext**

Für die Kosten, die durch die Depressionssymptomatik in der Gesundheitsversorgung entstehen, hat Friemel (2004) fundierte Berechnungen vorgelegt. Zahlenwerk dieser Art ist für die Kosten, die im betrieblichen Kontext entstehen, nicht bekannt. Doch schon durch die Forschung, die vor dreißig Jahren im Rahmen des von der Bundesregierung geförderten Programms „Humanisierung des Arbeitslebens“ zum Thema Stress am Arbeitsplatz durchgeführt wurde, konnte ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Arbeitsunfähigkeit aufgezeigt werden (Mohr, 1986).

Ein genauerer Blick auf die Depressionssymptomatik, über die heutzutage international Konsens besteht, zeigt, dass im betrieblichen Kontext die Kosten sich keineswegs nur in Arbeitsunfähigkeitstagen widerspiegeln werden. Viele der beschriebenen Symptome lassen vermuten, dass auch direkte Folgen für die Leistung und Qualität zu erwarten sind.

So liegt beispielsweise nach den Kriterien des sogenannten DSM\_IV der American Psychological Association eine Depression vor, wenn folgendes zutrifft:

- Depressive Verstimmung fast an allen Tagen, die meiste Zeit des Tages
- Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten

und drei weitere aus den nachfolgend genannten Symptomen:

- Schlafprobleme
- Veränderung des Aktivitätsniveaus (Verlangsamung oder Unruhe)
- Appetit (vermindert oder vermehrt) und Gewichtsverlust oder -zunahme
- Energieverlust, große Müdigkeit
- Negatives Selbstbild, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit

- Verminderte Konzentrationsfähigkeit, verminderte Fähigkeit zu denken oder verringerte Entscheidungsfähigkeit
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Selbstmord

(zitiert nach Davison, Neale und Hautzinger, 2002)

Aus dieser Auflistung kann man Verlangsamung, Entscheidungsunfähigkeit und Energieverlust bzw. ein vermindertes Aktivitätsniveau fast schon als Synonyme für geringe Leistung betrachten. Die Bedeutung von Müdigkeit und Konzentrationschwächen für die Arbeitssicherheit liegen auf der Hand. Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Selbstmord können jenen „ruminativen“ Gedanken zugeordnet werden, die kognitive Ressourcen auch während der Arbeitszeit beanspruchen und so eine adäquate Aufgabenbearbeitung behindern. Die negativen Folgen geringer Selbstwirksamkeitserwartungen auf berufliche Leistungen werden vielfach in der empirischen Literatur nachgewiesen (Judge & Bono, 2001; Stajkovic & Luthans, 1998). Im expandierenden Bereich der Dienstleistungs- bzw. Interaktionsarbeit besteht eine wesentliche Anforderung darin, beim Gegenüber positive Emotionen zu erzeugen. Bei einer in der Regel auch äußerlich durch Körperhaltung, Gestik, Mimik und Sprachmodus wahrnehmbar depressiven Stimmung dürfte dies kaum gelingen.

Die Thematik "Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen" ist also nicht nur hinsichtlich des individuellen Leides oder der Kosten für das Gesundheitswesen von Bedeutung, sondern berührt auch die Frage der Leistungsfähigkeit eines Betriebes. Dies gilt umso mehr, als Aronsson, Gustafsson & Dallner (2000) feststellen konnten, dass gerade bei (leicht) Depressiven ein ‚sickness presenteeism‘ festzustellen ist, d. h. sie gehen zur Arbeit, obwohl sie sich nicht leistungsfähig fühlen. Es entstehen also nicht nur Kosten durch Krankheitstage, sondern auch durch Arbeitstage mit eingeschränkter Leistung.

## **Forschungsstand**

Will man Aussagen machen zur Bedeutung der Arbeitsbedingungen für die Depressivität, so steht man vor u.a. vier zentralen Problemen bzw. Fragen: die Kausalitätsfrage, die Frage nach differentiellen Zusammenhängen, das Problem der Überschätzung der Zusammenhänge und die Frage nach der Bedeutung der (spontanen) Remission der Depression.

### Depressivität als Folge kritischer Arbeitsbedingungen

In Bezug auf die *Kausalitätsfrage* können nur Längsschnittuntersuchungen Abhilfe schaffen. Gerade in jüngster Zeit wurde hierzu ein guter Forschungsstand erreicht: Sonntag und Frese (2004) haben 36 Längsschnittstudien zusammengefasst, in denen die Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychische Befindlichkeit untersucht wird. Davon beziehen sich acht Studien explizit auf Depressivität. In fünf der Studien wurde dasselbe Messinstrument zur Erfassung der Depressivität verwendet. Mit dem Begriff „Depressivität“ soll angezeigt werden, dass einige der sonst in entsprechenden Diagnostikinstrumenten zur Depression enthaltenen Inhalte (z.B.

Suizidgedanken, Libidoverlust) in einem solchen nicht-klinischen Kontext nicht erfragt werden.

Vier Studien zeigen Veränderungen der Depressivität in Abhängigkeit von verschiedenen Arbeitsbedingungen. Zu beachten ist, dass der Effekt der Depressivität zum ersten Erhebungszeitpunkt kontrolliert wurde, mithin also die Zunahme der Depressivität nicht allein einer schon zum ersten Erhebungszeitpunkt vorhandenen Depressivität zugeschrieben werden kann.

In den vier weiteren Längsschnittstudien wurden jeweils spezifische Arbeitsbedingungen in ihren Wirkungen auf die Depressivität geprüft. In zwei Studien wurde speziell die Wirkung von sozialen Stressoren auf die Depressivität untersucht. In einer dieser Studien konnte nur im Querschnitt ein Zusammenhang festgestellt werden. In der zweiten Studie konnte ein indirekter Effekt sozialer Stressoren auf Depressivität vermittelt über die Entwicklung zunehmender Irritation nachgewiesen werden. Das entspricht den Befunden einer Studie von Just & Alloy (1997), in der Grübeln als Vorläufer von Depression identifiziert wurde. Insofern besteht also die Chance, über die Erfassung von Irritation schon frühzeitig ein Depressionsrisiko zu identifizieren. Irritation beschreibt subjektiv wahrgenommene emotionale und kognitive Beanspruchung. Es wird ein Zustand beschrieben, der weniger stark ist als eine psychische Störung, aber dennoch soweit fortgeschritten ist, dass er in alltäglichen Erholungspausen nicht mehr abgebaut werden kann (ausführlicher vgl. Mohr, Rigotti, Müller, 2005).

In den verbleibenden zwei Studien wurden als Stressoren die Wirkung der Arbeitsplatzunsicherheit bzw. der Rollenunklarheit untersucht. Hier konnte im Längsschnitt ein Zusammenhang dieser Stressoren mit Depressivität nicht nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse der acht Längsschnittstudien zeigen auf, dass wir den Arbeitsbedingungen eine zentrale Bedeutung für die Depressionsentwicklung zuschreiben können. Zu ergänzen ist, dass Gebert und v. Rosenstiel (2002) auf der Grundlage der Auswertung von Längsschnittstudien zur organisationalen Sozialisation zu der Schlussfolgerung kommen, dass gerade die Entwicklung von Depressivität stärker durch die untersuchten Arbeitsmerkmale zu erklären sind als von familiären Bedingungen. Allerdings scheint die Prüfung mediierender Variablen sinnvoll und offenbar gelten die Zusammenhänge auch nicht für alle Stressoren gleichermaßen.

### Differentielle Zusammenhänge

Das wirft die Frage nach *differentiellen Zusammenhängen* auf, d.h. die Frage, ob es spezielle Bedingungen in der Arbeitswelt gibt, die in besonderer Weise depressionsförderlich sind. Hierzu gibt es bislang kaum empirische Daten. Dunckel (1985, 1992) konnte feststellen, dass bei bestimmten Konstellationen – hohe Regulationsanforderungen und Regulationshindernisse kombiniert mit mittlerem Handlungsspielraum – eher psychosomatische Beschwerden und Irritation auftreten. Depressivität hingegen tritt auf, wenn in dieser Konstellation (hohe Regulationsanforderungen und Regulationshindernisse) der Handlungsspielraum gering ist. Dies entspricht theoretischen Modellen der Depression, die die Hilflosigkeitserfahrung bzw. den Kontrollverlust betonen (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Seligman, 1974).

Generell kann man derzeit sagen, dass klassische Stressoren (Intensität, Umgebungsbelastungen, organisatorische Probleme, Konflikte) eher mit psychosomatischen Beschwerden und Irritation einhergehen. Fehlende Ressourcen bzw. positive Aspekte der Arbeit sind dagegen eher mit den „ich-nahen“ Dimensionen der psychischen Befindlichkeit verbunden, wie z. B. Depressivität, aber auch Selbstwertgefühl (vgl. Semmer & Udris, 2004; Sonnentag & Frese, 2004; Zapf & Semmer, 2004).

### Überschätzung der Zusammenhänge

Da in Feldstudien häufig sowohl die Messung der Depressivität als auch die Erfassung der Stressoren auf den Einschätzungen der Beschäftigten basiert, wird bei der Interpretation der Zusammenhänge immer wieder darauf verwiesen, dass es sich um *Überschätzungen der Zusammenhänge* handle. Es wird argumentiert, dass ein Teil des Zusammenhangs auf die gemeinsame Methodenvarianz oder auf ein allgemeines Konstrukt wie „negative affectivity“ (NA) zurückzuführen sei. Das Problem der gemeinsamen Methodenvarianz wurde von Zapf (1989) empirisch überprüft. Es konnte gezeigt werden, dass bei der Verwendung verschiedener Datenquellen für die Erfassung der Stressoren in der Tat die Korrelationen sinken, jedoch substantielle Zusammenhänge bestehen bleiben. Die Bedeutung einer allgemeinen „negativen affectivity“ (NA) wurde in verschiedenen Studien geprüft, indem die Variable als Kontrollvariable einbezogen wurde (vgl. Spector, Zapf, Chen & Frese, 2000, Spector & Jex, 1999). Inhaltlich zeigt das Konzept der NA eine deutliche Nähe zum Konzept der „kognitiven Triade“, wie es von Beck bereits 1967 als typisch für Depressive dargestellt wird: 1) eine negative Sicht von sich selbst, 2) eine negative Sicht der Erfahrungen mit der Umwelt und 3) eine negative Sicht der Zukunft (Beck, 1976). Spector et al. (2000) zeigen, dass in der Tat bei Kontrolle des Einflusses von NA eine bedeutsame Reduzierung der Korrelationen eintreten kann. Allerdings gilt dies nicht für alle Zusammenhänge gleichermaßen. Die Reduzierung ist deutlicher für die Zusammenhänge zwischen sozialen Stressoren und Befindensmerkmalen, weniger jedoch für aufgaben- und organisationsbezogene Stressoren. Interessant ist jedoch, dass die Ausparialisierung von NA durchaus auch zur Erhöhung der Zusammenhänge führen kann und NA selbst von Arbeitsstressoren beeinflusst wird. Vorstellbar ist beispielsweise, dass zu schwierige Aufgaben und die damit verbundenen Misserfolgserfahrungen die negative Sichtweise von sich selbst und der Umwelt bestärken. Insgesamt konnte die Autorengruppe aufzeigen, dass in Längsschnittuntersuchungen feststellbare Zusammenhänge zwischen Stressoren und Indikatoren der psychischen Befindlichkeit durch NA nicht wesentlich verändert werden.

### Spontanremission der Depression

Während die bisher genannten drei Problembereiche generelle Bedeutung haben für die Aufklärung der Bedeutung der Erwerbsarbeit für die psychische Gesundheit, ist das vierte Problem spezifisch für Depressivität: Depressionen – so die klinische Literatur – zeigen *spontane Remissionen*. Eine depressive Episode dauert durchschnittlich ca. 3 bis 5 Monate (vgl. Davison u.a., 2002). Dies könnte eine Erklärung dafür sein, warum ein Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und Depressivität im Längsschnitt nicht nachgewiesen werden konnte. In der von Sonnentag und Frese (2004) dazu in den Überblick einbezogenen Studie bestand die konkrete Arbeitsplatzunsicherheit nach einer Konkursmeldung bereits sieben Monate. D.h. es könnte also eine durch die Konkursmeldung evozierte depressive Phase schon wie-

der vorbei gewesen sein. Für die Entwicklung eines aussagefähigen Forschungsdesigns wäre es also wünschenswert, aus der klinischen Fachliteratur zur Depression Aussagen darüber entnehmen zu können, wie unmittelbar auf einen Stressor eine Depression folgt, d.h. mit welcher zeitlichen Verzögerung zu rechnen ist. Solange dies nicht bekannt ist, sind Studien mit relativ vielen Messzeitpunkten, wie z. B. die Studie von Garst, Frese und Molenaar (2000) oder Roy und Steptoe (1994), besonders wertvoll.

## **Exkurs: Depressivität und Geschlechtsunterschiede neu betrachtet**

Einem Klassiker der arbeitspsychologischen Stressforschung ist es zu verdanken, einen in der Klinischen Psychologie nicht rezipierten Erklärungsbeitrag zur Frage geleistet zu haben, wieso Frauen mehrheitlich höhere Depressionswerte haben. Es handelt sich um die Studie von Karasek und Theorell (1990) mit einer großen repräsentativen Stichprobe jeweils aus den USA und Schweden, in der Personen aus einer Vielzahl von Berufen bzw. Tätigkeiten enthalten sind. Die Autoren können die einbezogenen Tätigkeiten mittels der erhobenen Daten beschreiben nach dem Ausmaß an sogenannten „psychological demands“ (was größtenteils den Aspekt des Zeitdrucks beschreibt) und „decision latitude“, womit der Aspekt des Handlungsspielraums angesprochen ist. In der Studie (mit einem Querschnittsdesign) konnte festgestellt werden, dass speziell die Kombination geringe „decision latitude“ und hohe „psychological demands“ sich als kritisch erwies für ein hohes Ausmaß an Depressivität. Dies ist offenbar gleichermaßen für Männer und Frauen eine kritische Konstellation. Die Daten zeigen jedoch, dass der Handlungsspielraum für die Frauen sehr viel geringer ist, wohingegen die „demands“ bei den Frauen tendenziell höher waren. Somit ist zu prüfen, ob es sich bei dem allseits beschriebenen höheren Depressionswert von Frauen um die Konfundierung von Variablen handelt: Nicht das Geschlecht hat den zentralen Erklärungswert, sondern die geschlechtsspezifischen Arbeitsbedingungen, die für Frauen durch eine besonders kritische Konstellation gekennzeichnet sind.

## **Resümee**

Die Darlegung des Forschungsstandes zeigt auf, dass wir einerseits durch Längsschnittstudien einen ausreichenden Beleg über die Bedeutsamkeit von Arbeitsbedingungen für depressive Störungen haben. Zweifellos kann daher der Schlussfolgerung von Bergdahl und Bergdahl (2002) zugestimmt werden, dass die Einnahme von Antidepressiva alleine noch nichts am vorhandenen Stressniveau verändern. Andererseits wird auch deutlich, welche Tücken der Forschung, insbesondere einer sinnvollen Designgestaltung, zu beachten sind. Auch wurden mit den benannten vier Fragen bzw. Problemfeldern längst nicht alle für die Depressionsforschung zentralen Fragen angesprochen. Es liegt nahe, die Thematik der Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Relevanz für ein sinnvolles Forschungsdesign zu berücksichtigen. Unberührt blieb bisher die Frage der Interaktion zwischen betrieblicher und außerbetrieblicher Lebenswelt und deren kritischen Bedingungen für eine depressive Symptomatik. Schließlich wurde bisher ausschließlich die Frage diskutiert, welche *depressionsförderliche* Funktion den Arbeitsbedingungen zukommt. Jeder Psychotherapeut bzw. jede Psychotherapeutin wird die förderliche Funktion einer (positiven) Arbeits-

situation der Klienten für die Depressionstherapie bestätigen. Auch die Erwerbslosigkeitsforschung verweist auf die potentiell protektive bzw. präventive Funktion der Erwerbsarbeit für die Depressionsentwicklung (vgl. Lang-von Wins, Mohr & v. Rosenstiel, 2004).

Für die Konzeption weiterer Forschung wäre es sinnvoll, auf mehr Modellaussagen über zeitliche Verläufe, über differentielle Zusammenhänge, zur Bedeutung intervenierender Variablen (Irritation, Geschlechtsunterschiede usw.) und die Bedeutung der Depressivität für den Prozess der Stresswahrnehmung und Verarbeitung zurückgreifen zu können.

## Literaturverzeichnis

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, S. 49-74.

Aronsson, G., Gustafsson, K. & Dallner, M. (2000) Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 54 (7), S. 502-509. APA/PsycINFO.

Beck, A. T. (1967) *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Bergdahl, J. & Bergdahl, M. (2002) Perceived stress in adults: Prevalence and association of depression, anxiety and medication in a Swedish population. *Stress and Health* 18, S. 235-241. Wiley InterScience.

Davison, G. C., Neale, J. H. & Hautzinger, M. (2002) *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz/PVU.

Dunckel, H. (1985) *Mehrfachbelastungen am Arbeitsplatz und psychosoziale Gesundheit*. Frankfurt/Main: Peter Lang.

Dunckel, H. (1991) Mehrfachbelastung und psychosoziale Gesundheit. In: S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer. *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*, S. 154-167. Göttingen: Hogrefe.

Friemel, S., Bernert, S., Angermayer, M.C. & König, H.-H. (i.D.). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland – Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESMeD) Projekt. *Psychiatrische Praxis*

Garst, H., Frese, M. & Molenaar, P.C.M. (2000). The temporal factor of change in stressor-strain relationships: A growth curve model on a longitudinal study in East Germany. *Journal of Applied Psychology*, 85, 417-438.

Gebert, D., von Rosenstiel, L. (2002) *Organisationspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer

Judge, T. A. & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations trait self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability – with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86-92.

Just, N. & Alloy, L.B: (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.

Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work*. New York: Wiley.

Lang-von Wins, Th., Mohr, G. & v. Rosenstiel, L. (2004). Kritische Laufbahnübergänge: Erwerbslosigkeit, Wiedereingliederung und Übergang in den Ruhestand. In: Schuler, H. (Hrsg.) Enzyklopädie der Psychologie, Serie III, Wirtschaft-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Band 3, Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie, S. 1113-1189, Göttingen: Hogrefe

Mohr, G. (1986). Die Erfassung psychischer Befindensbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern. Frankfurt: Lang.

Mohr, G. (1991). Fünf Subkonstrukte psychischer Befindensbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern: Auswahl und Entwicklung. In: S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Eds.), Psychischer Streß am Arbeitsplatz. Göttingen: Hogrefe.

Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2005) Irritation – Ein Instrument zur Erfassung psychischer Befindensbeeinträchtigungen im Arbeitskontext. Skalen- und Itemparameter in 15 Studien. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie.

Roy, M.P. & Steptoe, A. (1994). Daily stressors and social support availability as predictors of depressed mood in male firefighters. *Work & Stress*, 8, 210-219.

Seligman, M. (1974). Depression and Learned helplessness. In: R. J. Friedman & M. M. Katz: *The Psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, DC: Winston-Wiley.

Semmer, N. & Udris, I. (2004) Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: Schuler, H. (Hrsg.). *Lehrbuch Organisationspsychologie*. S. 157-195. Bern: Huber.

Sonnentag, S. & Frese, M. (2004). Stress in organizations. In: W. C. Borman, D. R. Ilgen & R. J. Klimoski. *Comprehensive Handbook of Psychology Vol. 12: Industrial and Organizational Psychology*. New York: Wiley.

Spector, P. E., Zapf, D., Chen, P. Y., & Frese, M. (2000). Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: Don't throw out the baby with the bath water. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 79-95.

Spector, P.E. & Jex, S.M. (1991). Relations of job characteristics from multiple data sources with employee affect, absence, turnover intentions, and health. *Journal of Applied Psychology*, 76, 46-53.

Stajkovic, A. D. & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124, S. 240-261.

Zapf, D. (1989). Selbst- und Fremdbeobachtung in der psychologischen Arbeitsanalyse. *Methodische Probleme bei der Erfassung von Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.

Zapf, D., & Semmer, N.K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In: H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Serie III, Wirtschaft-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Band 3, Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie*, S. 1007-1112

## VI. Erschöpfung und Depression in der (modernen?) Arbeitswelt aus Sicht der stationären psychosomatischen Rehabilitation

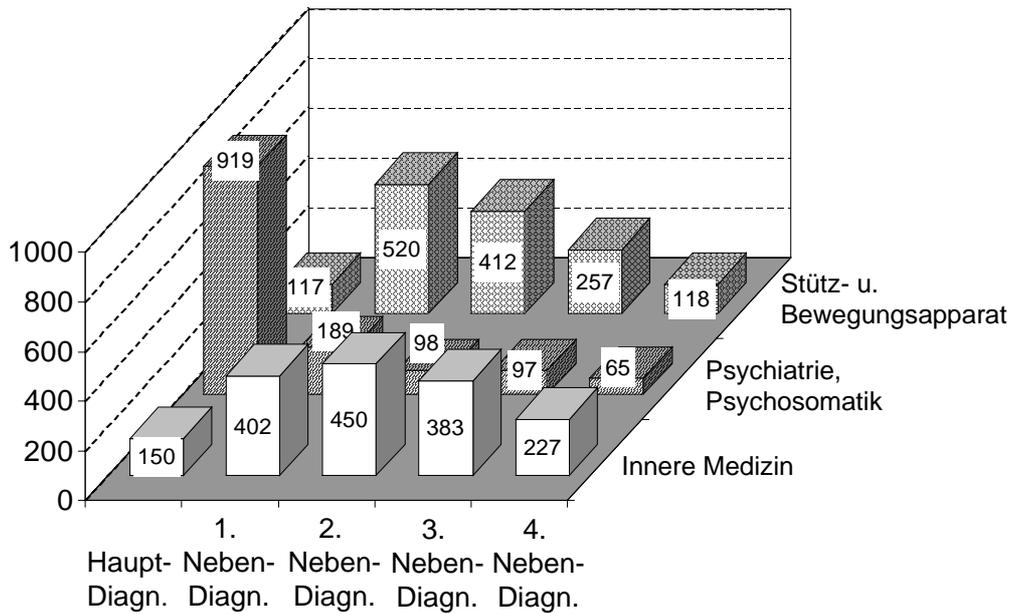
M. Winkler

Fachklinik für innere und psychosomatische Erkrankungen, Clausthal-Zellerfeld

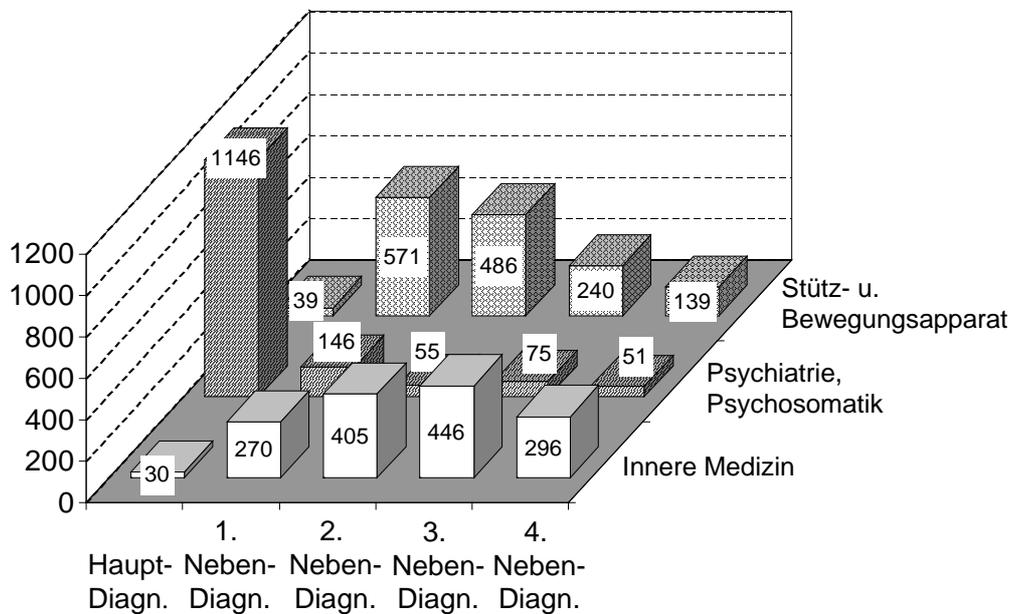
Mit meinem Beitrag möchte ich einen Überblick geben, wie sich mögliche Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und depressiven Erkrankungen in stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlungen erkrankter Arbeitnehmer darstellen. Ich spreche zu Ihnen als Ärztlicher Leiter einer modernen psychosomatischen Rehabilitationsklinik in Trägerschaft der Landesversicherungsanstalt Hannover, der Fachklinik Am Hasenbach in Clausthal-Zellerfeld. Die Klinik verfügt über ca. 100 Mitarbeiter und bietet ca. 160 Versicherten die Möglichkeit einer 4- bis 6-wöchigen stationären Rehabilitationsbehandlung. Jährlich sind dies zwischen 1200 und 1600 Rehabilitationsmaßnahmen allein in dieser Fachklinik. Zum Vergleich: von ca. 20.000 bis 25.000 jährlichen Bewilligungen für stationäre Heilbehandlungen durch die LVA Hannover entfallen ca. 3.000 bis 4.000, also etwa ein Achtel, auf den Bereich der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlungen.

Das recht weite Feld der Psychosomatik und Psychotherapie haben wir innerhalb der Klinik in drei Schwerpunktbereiche untergliedert: den Bereich Allgemeine Psychosomatik und Psychotherapie, den Bereich Internistische Psychosomatik und den Bereich Psychosomatik des Stütz- und Bewegungsapparates. Auf den Bereich Allgemeine Psychosomatik und Psychotherapie entfallen vorwiegend seelische Erkrankungen wie Ängste, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangserkrankungen u.a. Im Bereich der Internistischen Psychosomatik finden sich körperliche Erkrankungen mit psychosomatischen Anteilen wie z. B. Hochdruckkrankheit, Koronare Herzkrankheit, Ulcuskrankheit und chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Auf den Bereich Psychosomatik des Stütz- und Bewegungsapparates entfallen die chronisch degenerativen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mit ihren Folgeerscheinungen, hierbei sind insbesondere die schmerzhafteste Bewegungseinschränkung und die große Gruppe der psychosomatischen Schmerzsyndrome zu nennen.

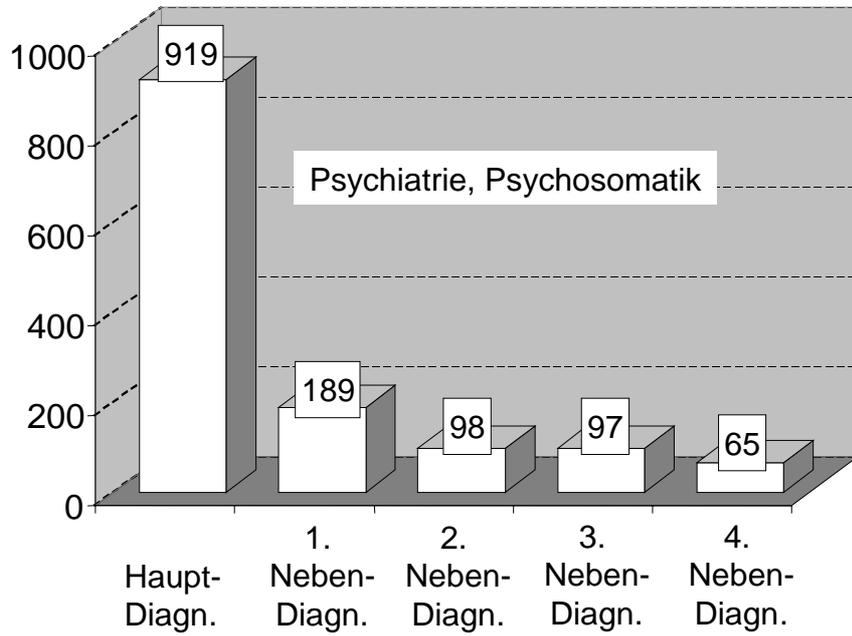
Abb. VI.1 und Abb. VI.2 zeigen die Übersichten über die Diagnosegruppierungen dieser 3 Schwerpunktbereiche in den Jahren 1999 und 2001. Ganz offensichtlich nehmen hier in der Gruppe der Erstdiagnosen die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen mit 77,5 % bzw. 94,5 % den größten Raum ein. Betrachten wir uns nun diese Diagnosegruppe (Abb. VI.3, Abb. VI.4) ein wenig genauer (Abb. VI.5, Abb. VI.6). In der differenzierten Darstellung der psychiatrischen Diagnosen beider Jahre finden wir den Anteil der depressiven Erkrankungen mit 40 bis 50 % als größte Gruppe mit relativ konstanter Ausprägung. Bezieht man hier noch die funktionellen/ somatoformen Störungen mit ein, erhöht sich dieser Anteil noch deutlich auf über 50 %. Annahme ist hierbei, dass sich in der Diagnosegruppe funktionelle Störungen/somatoforme Störungen ein Gutteil depressiver Erkrankungen versteckt.



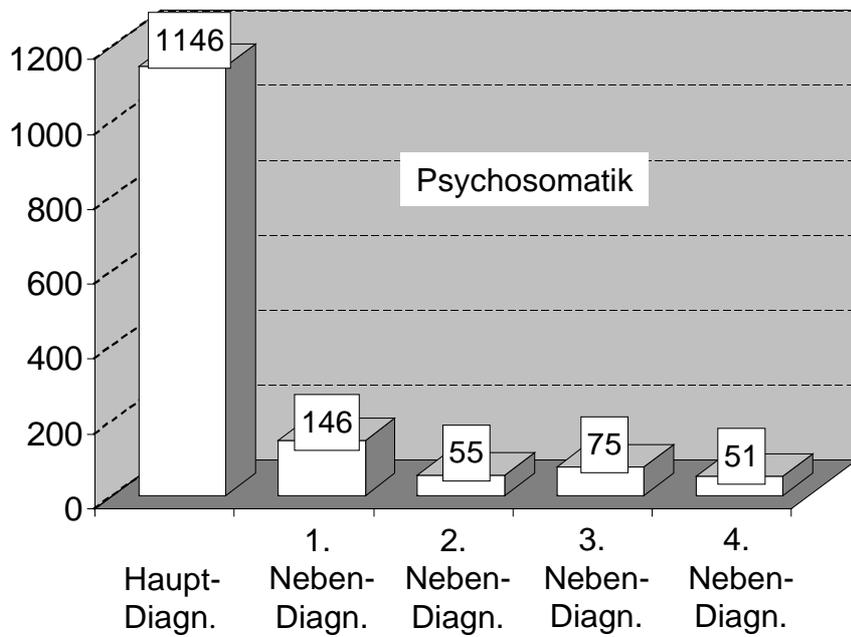
**Abb. VI.1** Diagnosenstatistik 1999  
 (n = 1186; Erstdiagnosen: Innere Medizin: 12,5 %, Psychosomatik: 77,5 %, Stütz- und Bewegungsapparat: 10,0 %)



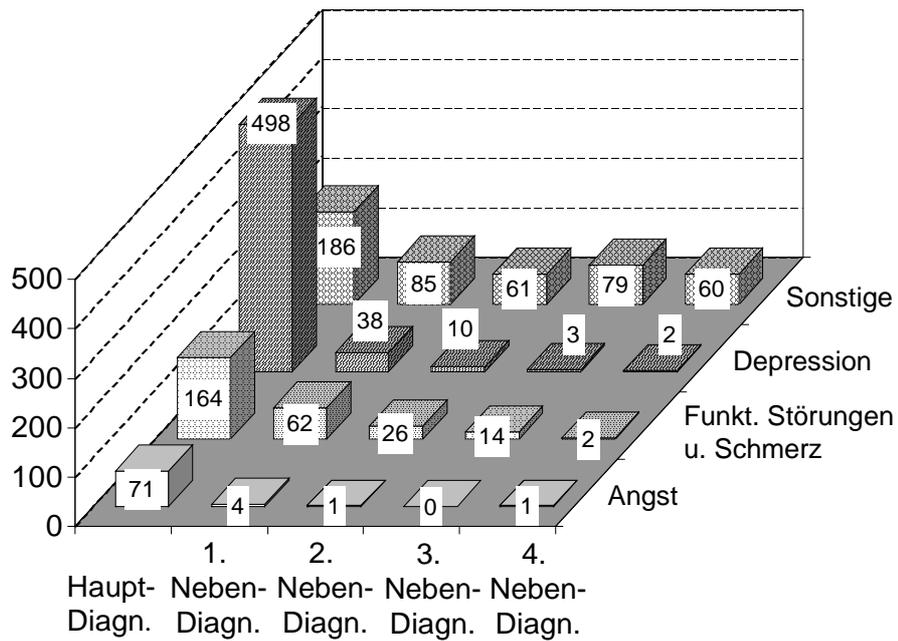
**Abb. VI.2** Diagnosenstatistik 2001  
 (n = 1215; Erstdiagnosen: Innere Medizin: 2,5 %, Psychosomatik: 94,5 %, Stütz- und Bewegungsapparat: 3,0 %)



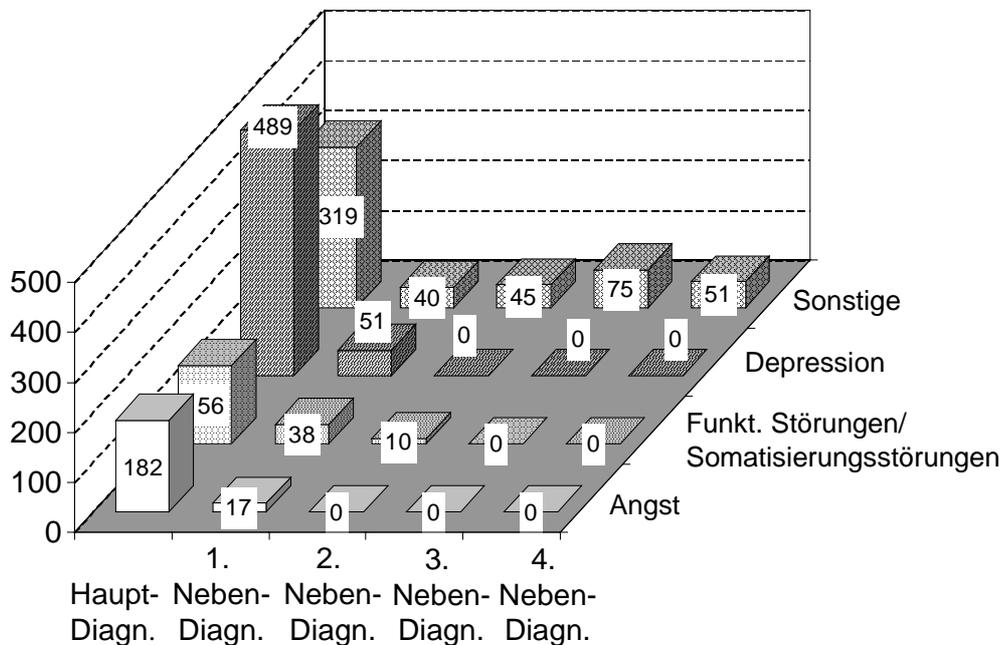
**Abb. VI.3** Diagnosenstatistik 1999



**Abb. VI.4** Diagnosenstatistik 2001



**Abb. VI.5** Differenzierung der psychiatrischen Diagnosen 1999  
(n = 919; Erstdiagnosen: Depression: 54,0 %, Funkt. Störungen: 18,0 %; zusammen: 72,0 %)



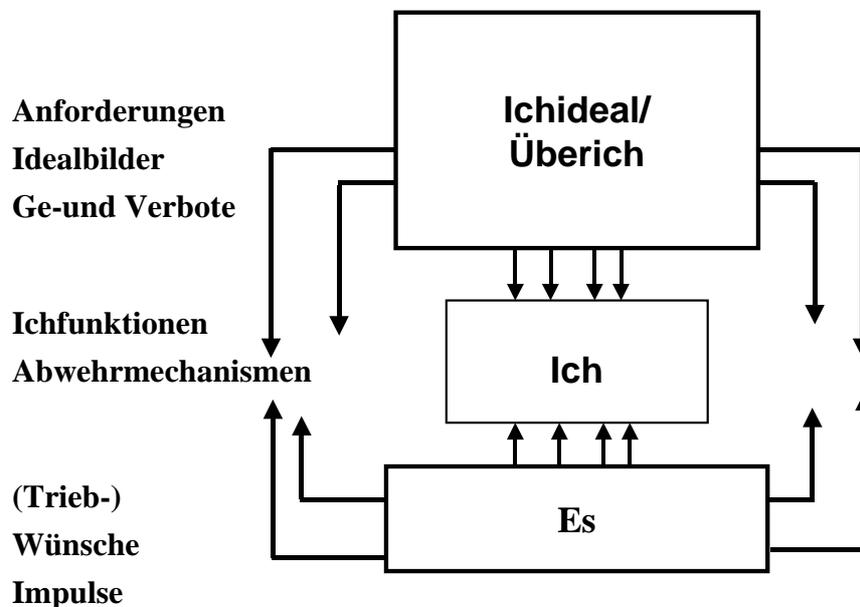
**Abb. VI.6** Differenzierung der psychiatrischen Diagnosen 2001  
(n = 1146; Erstdiagnosen: Depression: 42,5 %, Funkt. Störungen / So-  
matisierungsstörungen: 13,5 %; zusammen: 56,0 %)

Bevor wir uns der Frage weiter zuwenden, wie diese depressiven Erkrankungen mit Bedingungen des Arbeitslebens zusammenhängen, möchte ich kurz die Behandlungskonzeption unserer Klinik vorstellen.

Wie alle modernen psychosomatischen Rehabilitationskliniken arbeiten wir mit einem integrativen Ansatz, der verschiedene Modellvorstellungen und Behandlungsmethoden vereint:

- Biopsychosoziales Modell (Uexküll, Wesiack, Engel)
- Psychoanalytisches Strukturmodell der Psyche (Freud)
- Salutogenetisches Modell (Antonovsky).

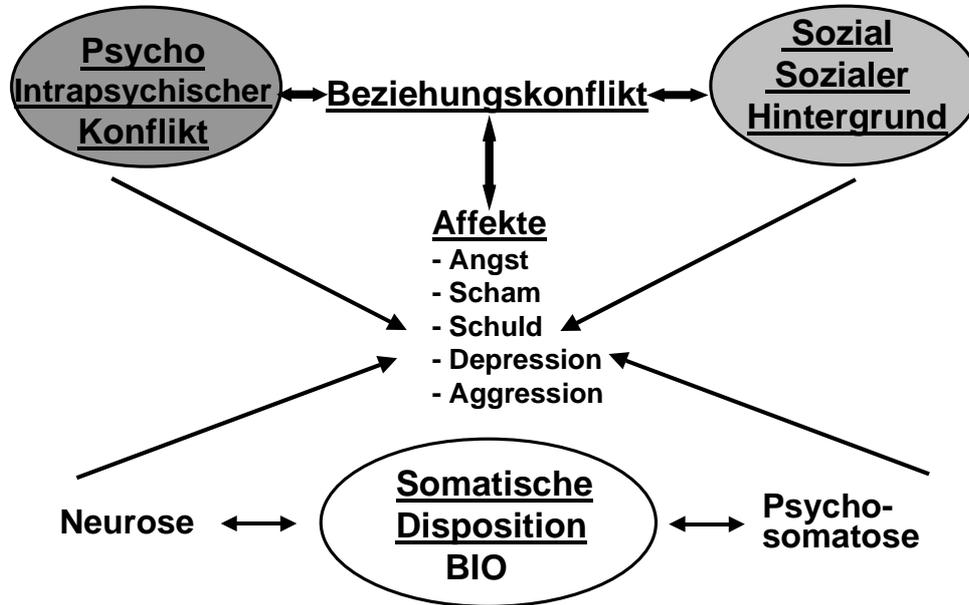
In den letzten Jahren gewinnen salutogenetische Vorstellungen immer mehr an Gewicht, weil sie sich mit dem Grundgedanken der Rehabilitation, der Verbesserung vorhandener Ressourcen, gut in Einklang bringen lassen. Die salutogenetischen Überlegungen sind von daher vor allem für die Gestaltung der Therapie von grundlegender Bedeutung.



**Abb. VI.7** Strukturmodell der Psyche

Mehr diagnostische Bedeutung hat die tiefenpsychologische Erfassung der individuellen Persönlichkeitsstruktur, die wir nach dem von Freud entwickelten Strukturmodell formulieren. Auf der Basis dieses innerseelischen Strukturmodelles (Abb. VI.7) fußt die psychoanalytische Persönlichkeitsstrukturlehre, in der wir verschiedene Charakterstrukturen unterscheiden, darunter auch eine sogenannte depressive Struktur. Diese ist gekennzeichnet unter anderem durch ein hohes inneres Ichideal mit der Neigung zur Selbstverausgabung, weiterhin sind solche Menschen sehr stark abhängig von der liebevollen Bestätigung ihrer jeweiligen Beziehungspartner, weil sie immer unbewusst befürchten, die Liebe des Anderen oder gar die gesamte Beziehung zum Anderen zu verlieren. Vor diesem Persönlichkeitshintergrund kann es in spezifi-

schen sogenannten auslösenden biographischen Situationen dann zum Ausbruch depressiver Symptome kommen. Solch typische auslösende Situationen sind drohender oder realer Beziehungsverlust, aber auch Verlust der Anerkennung durch andere, der Verlust liebevoller Unterstützung und ähnliches.



**Abb. VI.8** Biopsychosoziales Modell

Eingebettet sind die beiden genannten Konzepte in das übergreifende biopsychosoziale Modell (Abb. VI.8). Dieses Modell hat sich in der modernen Psychosomatik weitgehend durchgesetzt, vermutlich weil es zwei entscheidende Vorteile bietet: Zum einen erlaubt es die diagnostische Einbeziehung dieser drei wesentlichen Kontextbereiche Körper, Seele, soziale Realität, zum Anderen lässt sich auf dem Boden dieses Modelles eine radikal individuelle Diagnose erstellen, „warum erkrankt dieser Mensch in dieser Lebenssituation mit dieser Symptomatik und welche individuelle Bedeutung hat sie für ihn?“ Hieraus lässt sich dann ein Behandlungsplan mit der Formulierung individueller Rehabilitationsziele erstellen (Tab. VI.1).

Untrennbar verbunden mit diesen Vorteilen des biopsychosozialen Modelles für die klinische Arbeit sind auch seine relativen Nachteile, wenn es darum geht, einzelne Parameter aus dem Bedingungsgefüge herauszufiltern im Sinne eines monokausalen Zusammenhanges. Die Fülle der wechselseitigen krankheitsfördernden Bedingungen auf der einen Seite und die radikale Subjektivität auf der anderen Seite erschweren Aussagen zu Fragen, wie derjenigen, mit der wir uns heute beschäftigen.

Tab. VI.1 Rehabilitationsziele

Information und Aufklärung über die Erkrankung und mögliche psychosomatische Zusammenhänge als Voraussetzung für:

- die Motivation zu einer psychosomatischen Behandlung, die sich aus somatischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen zusammensetzt
- Linderung von seelischen und körperlichen Symptomen
- Verbesserung der Befindlichkeit
- Verbesserung der psychosozialen Kompetenz
- Verbesserung der Bewältigung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen
- Steigerung der Leistungsfähigkeit
- Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit
- Verminderung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Krankenhausaufenthalten

Ausgehend von unseren klinischen Untersuchungen der betroffenen Patienten möchte ich Ihnen zum Kontext depressiver Erkrankungen und Arbeitsfeld im Folgenden die Unterscheidung in drei Gruppierungen vorschlagen. Zur Veranschaulichung benutze ich einen Dysarthrietest, einen Zungenbrecher, wie er in der neurologischen Untersuchung zum Erkennen von Sprachstörungen verwandt wird, „**in Ulm, an Ulm und um Ulm herum**“.

#### **In Ulm.....**

Depressive Störungen in der Arbeit – wir haben es hier mit depressiven Störungen zu tun, bei denen die Arbeit und die Qualität der Arbeit selbst von wesentlicher Symptom auslösender Bedeutung zu sein scheint. Diese Patienten klagen vorrangig über eine ausgeprägte vitale Erschöpfung, sind antriebslos, können sich über nichts mehr freuen und klagen häufig auch über psychovegetative Begleiterscheinungen wie Ein- und Durchschlafstörungen und multiple somatoforme Beschwerden. Häufig handelt es sich um Menschen, die anstrengende 3-Schicht-Arbeit und relativ monotone Beschäftigungen ausüben, aus denen sie allenfalls materiellen Gewinn, aber kaum seelischen Gewinn in Form von Selbstbestätigung und Arbeitszufriedenheit schöpfen können. Auch scheinen solche Patienten mehr betroffen zu sein, die an ihrem Arbeitsplatz allein arbeiten und wenig Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzte erhalten. Daneben gibt es häufig solche Arbeitnehmer, die sich selbst sehr viel abverlangen im Sinne des schon erwähnten inneren Leistungsideals und dabei schließlich bemerken, dass sie diesen Anforderungen nur noch schwer oder gar nicht mehr genügen können. Hierzu gehört die Gruppe älterer Arbeitnehmer, etwa ab dem 50. Lebensjahr aufwärts, die zunehmend Gefühle entwickeln, mit Jüngeren nicht

mehr mithalten zu können angesichts der sich verschärfenden Arbeitsbedingungen mit Leistungserhöhung und Arbeitsverdichtung. Kommen dann noch reale Enttäuschungserlebnisse hinzu, z.B. in Form beruflicher Versetzung oder Zurücksetzung, manifestieren sich nicht selten depressive Entwicklungen, die rasch von starken Resignationsgefühlen begleitet werden und im Wunsch nach vorzeitiger Berentung ihren Ausdruck finden.

Zur Illustration berichte ich Ihnen von einem Anfang 50-jährigen ledigen Industriearbeiter, der in einem Materiallager beschäftigt ist. Nach dem frühen Tod des Vaters im 12. Lebensjahr des Patienten hat er sich zusammen mit der ein Jahr älteren Schwester um zwei jüngere Geschwister kümmern müssen und die berufstätige Mutter im Haushalt weitgehend entlastet. Es entwickelte sich eine relativ enge Bindung an Mutter und ältere Schwester, so dass der Patient zeitlebens keine eigene Partnerschaft eingegangen ist, sondern in der dörflichen Umgebung im elterlichen Haus zusammen mit Schwester und Mutter wohnt. Sein Beziehungsverhalten ist gekennzeichnet durch die Suche nach wenigen, aber verlässlichen Beziehungen, in denen er Bestätigung findet und durch die er sein Selbstgefühl stabilisiert. Beruflich hat er nach dem Hauptschulabschluss keine Lehre absolviert, sondern eine Arbeit in einem Industrieunternehmen gefunden, wo er rasch Geld verdienen konnte und sich im Laufe der Jahre vom einfachen Materiallagerarbeiter heraufgearbeitet hat in eine Position, in der er zwei weitere Kollegen so zu sagen als Verwalter des Materiallagers unter sich hatte. Die Arbeit war einfach, aber für ihn befriedigend und die Anerkennung des Vorgesetzten tat ihm gut und war zur Regulation seines Selbstgefühls ausreichend. Die Situation änderte sich mit zunehmender Einführung EDV-gestützter Organisationsabläufe, denen der Patient sich zunehmend nicht mehr gewachsen fühlte. Die Qualität der Arbeit änderte sich und er konnte sowohl seinen eigenen inneren Leistungsanforderungen als auch immer mehr objektiv den äußeren Anforderungen nicht mehr gerecht werden. Schließlich fand er sich allein in einen an das Lager angrenzenden Raum versetzt, wo er nachgeordnete Tätigkeiten verrichten musste. Es kam zu zunehmenden dysphorischen Verstimmungen, Antriebslosigkeit und schließlich dem Vollbild einer Depression mit Resignation, Hoffnungslosigkeit und Rentenwunsch.

### **An Ulm.....**

Depressive Störungen an der Arbeit. Seelische Probleme, die z.B. im familiären Bereich oder im Freundeskreis eines Menschen ursprünglich entstanden sind, zeigen sich auch am Arbeitsplatz und wirken sich schädigend auf die Arbeit selbst aus. Leistungsfähigkeit und Arbeitsqualität nehmen ab. Dies wiederum hat rückwirkend für den Betroffenen negative Auswirkungen. Die eigene Arbeitszufriedenheit und das Selbstwertgefühl nehmen ab. Manchmal werden diese Entwicklungen noch durch zunehmende Kritik von Mitarbeitern und Vorgesetzten verstärkt und es entwickeln sich fatale Teufelskreise.

Auch hierzu ein Beispiel: Ein Anfang 30-jähriger verheirateter Industriearbeiter und Vater zweier Kinder leidet seit mehreren Jahren an einer Multiplen-Sklerose-Erkrankung. Das junge Ehepaar hat in seiner dörflichen heimatlichen Umgebung gleich nach der Heirat ein Eigenheim errichtet und es bestehen hohe Darlehensschulden. Der Patient hat mit großer Tatkraft sehr viele handwerkliche Arbeiten beim Hausbau selbst verrichtet, dabei aber keine Anerkennung durch seinen Schwiegervater gefunden, der ihn von Anfang an abgelehnt hat. Biographischer Hintergrund des Patienten ist eine eigene problematische Vaterbeziehung, in der er sich vom strengen und eigenbrötlerischen Vater, selbst ein penibler Handwerker, nie akzeptiert gefühlt hat und keine liebevolle Zuwendung erfahren hat. So ist er zeitlebens auf der Suche nach der Anerkennung eines guten Vaters, und entsprechend ist er eingestellt in seinen Beziehungserwartungen gegenüber dem Schwiegervater, der ihn enttäuscht, aber auch gegenüber anderen potentiellen väterlichen Menschen. Hierzu gehört sein Meister im Industriebetrieb, der den Patienten in der Tat respektierte, anerkannte und förderte. Dies wurde vom Patienten als wohltuend und befriedigend auch für sein eigenes Selbstgefühl erlebt. Diese Situation änderte sich, als mehrere Faktoren zusammen kamen. Zum einen erschüttert den Patienten die Diagnose der schweren neurologischen Erkrankung, deren Prognose ja in der Tat auch bedrohlich und unsicher ist. Ängste plagten ihn zunehmend, mit zunehmender Krankheit nicht mehr hinreichend leistungsfähig sein zu können, um z.B. die Darlehen für das Haus tilgen zu können. Die Kritik des Schwiegervaters nahm in dieser Situation für den Patienten bedrohliche Formen an, er befürchtete zunehmend auch von der eigenen Frau fallen gelassen zu werden und es kam zu einem kaskadenartigen Einbruch sei-

nes Selbstwertgefühls. Im Betrieb am Fertigungsband begann er unsicherer zu werden, Fehler zu machen, zum Teil fielen ihm Werkzeuge in das Band und gingen verloren, wobei er nicht unterscheiden konnte, ob es Unsicherheit oder auch Folge der neurologischen Erkrankung war. Kollegen und auch Meister reagierten allmählich zurückhaltender und schließlich auch gereizter auf ihn, so dass ihm diese wichtige Gratifikation im beruflichen Feld zunehmend verloren ging. Dies war der Anlass für die Entwicklung einer schweren depressiven Symptomatik, auch hier mit Gefühlen extremer Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit.

### **Um Ulm herum.....**

Depressive Störungen um die Arbeit herum. Diese Gruppe bildet einen fließenden Übergang zur vorgenannten. Die depressiven Krankheitsbilder entwickeln sich hier im Kontext des Beziehungsgeflechtes um den Arbeitsplatz herum, innerhalb des sozialen Feldes eines Betriebes. Auch die in jüngster Zeit viel diskutierten Mobbing-Phänomene gehören in diesen Bereich. Es überwiegen ganz klar die Beziehungsaspekte im Gegensatz zu den Arbeitsinhalten. Schon erwähnt wurden Aspekte wie Zusammenarbeit mit wechselseitiger sozialer Unterstützung und wechselseitigem Vermitteln von Wertschätzung und damit wechselseitigem Stabilisieren des Selbstwertgefühles. Gute kollegiale Beziehungen am Arbeitsplatz können sogar lebensgeschichtlich erworbenes subjektives Leiden kompensieren. Angesichts der ausgeprägten sozialen Dimension in dieser Krankheitsgruppe ist nicht verwunderlich, dass hier auch eine Schnittstelle zu den schon erwähnten organisationspsychologischen Parametern besteht. Das Klima eines Betriebes spielt hier eine Rolle: ist es geprägt von Gewinn- und Leistungsorientiertheit, wie sind die Informationsflüsse, wie groß sind die Handlungsspielräume der Einzelnen, wie viel Wert wird gelegt auf kooperative und fraktale Organisationsmodelle im Gegensatz zu traditionellen hierarchischen Führungsstilen, die Vereinzelung und mangelnde Kooperation zur Folge haben.

Ich möchte hierzu in einem abschließenden Beispiel demonstrieren, wie durch eine positive Beziehungskonstellation am Arbeitsplatz eine biographisch erworbene schwere depressive Entwicklung langjährig voll kompensiert worden ist und erst mit drohendem Wechsel des beruflichen sozialen Feldes wieder zum Ausbruch kommt. Eine Anfang 50-jährige verheiratete Frau ist in einer Küche eines Unternehmens beschäftigt, es herrscht eine ausgesprochen kooperative Arbeitsatmosphäre, in der einer dem anderen hilft und man sich gegenseitig Wert schätzt. Es besteht sogar eine Fahrgemeinschaft zum mehrere Kilometer entfernten Arbeitsort. Lebensgeschichtlich hat die Patientin in ihrer Pubertät eine anhaltende gewaltsame und sexuelle Traumatisierung erlitten, in deren Folge sie im Laufe des Lebens mehrfach mit schweren depressiven Entwicklungen immer dann erkrankte, wenn ein wesentlicher Beziehungsabbruch, überwiegend im Partnerbereich, erfolgt war. Seit einigen Jahren ist sie glücklich verheiratet mit einem Mann, der ein Kind mit in die Ehe gebracht hat, sie selbst ist kinderlos. Zur jüngsten depressiven Exazerbation, die auch zur Behandlung in unserer Klinik führte, kam es in Folge einer Ankündigung der Schließung der Küche an dem bisherigen Unternehmensstandort. Der Patientin drohte die Versetzung in eine andere Filiale des Unternehmens mit neuen Mitarbeitern und Verlust der bisherigen vertrauten Umgebung sowohl am Arbeitsplatz, als auch innerhalb der Fahrgemeinschaft. Vor dem Hintergrund der genannten lebensgeschichtlichen Traumatisierungen kam es zu einer schweren depressiven Entwicklung mit drohendem Objektverlust bis hin zu Suizidalentwicklungen, die akut aufgefangen werden konnten, so dass in der anschließenden Rehabehandlung in unserer Klinik sich die Patientin weitgehend wieder stabilisieren konnte. In diesem Zusammenhang war es ganz wichtig, mit ihr die vorrangige Bedeutung der beruflichen Beziehungskonstellationen für ihr seelisches Gleichgewicht explizit zu erörtern und mit ihr dann auf dieser Basis Alternativen im Sinne eines Ressourcen orientierten Ansatzes gemeinsam zu suchen.

Ich möchte meinen Beitrag mit zwei Gedanken beenden, die mir im Zusammenhang mit unserem Thema depressive Erkrankungen und Arbeitswelt wesentlich erscheinen.

Zum einen habe ich versucht Ihnen zu zeigen, dass der rehabilitative Ansatz in der Behandlung depressiver Störungen zwar Kontextfaktoren im Sinne des biopsychoso-

zialen Modells einbezieht, letztlich aber ein subjektiver bzw. sehr auf das Individuum zentrierter Ansatz ist. Die Bewertung und Gewichtung arbeitsplatzbedingter krankmachender Faktoren ist demgemäß ebenfalls individuell und eine Objektivierung, wie sie sicherlich wünschenswert wäre, ist sehr schwierig. Forschungsvorhaben an dieser Stelle sollten aus meiner Sicht in jedem Fall so angelegt sein, dass sie die individuelle Dimension des Individuums mit berücksichtigen. Zuschreibungen im Sinne einer Kausalität etwa wie "diese Arbeitsbedingungen machen depressiv" sind fragwürdig. Stattdessen erscheint es mir sinnvoller, aus dem großen biopsychosozialen Bedingungsgefüge Untergruppen zu isolieren, wie ich es in meiner Unterteilung der depressiven Störungen versucht habe.

Als Zweites ist mir beim Abfassen dieses Beitrages noch einmal deutlich bewusst geworden, wie wenig wir Kliniker eigentlich von den Realitäten in der Arbeitswelt wissen. Entsprechend wenig wird auch häufig exploriert, ganz einfach weil man gar nicht weiß, wonach man eigentlich fragen muss, "Man sieht nur, was man kennt". Persönlich ziehe ich den Schluss, dass ich zusammen mit meinen Mitarbeitern vermehrt Kontakt zu entsprechenden Betrieben suchen werde, etwa im Sinne von Besichtigungen, Kontaktaufnahmen mit betriebsärztlichen Diensten etc. Hier besteht aus meiner Sicht ein großer Vernetzungsbedarf zwischen Rehakliniken, die häufig erst viel zu spät tätig werden können und Betriebsärzten vor Ort, die vielleicht auch von den Erfahrungen der Rehakliniker profitieren könnten.