

⇒ **Martin Schütte, Gerlinde Kaul**

Depression, Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit: Empirische Befunde

⇒ 1 Hintergrund

Die in den Statistiken der Deutschen Rentenversicherung im zurückliegenden Jahrzehnt sichtbar gewordene Zunahme der auf Grund von „psychischen und Verhaltensstörungen“ zuerkannten Erwerbsminderungsrenten wie auch der in Erhebungen der gesetzlichen Krankenkassen deutlich werdende Anstieg entsprechender Diagnosen haben Diskussionen zu den Ursachen dieser Veränderungen ausgelöst, wobei auch die Arbeitsbedingungen als möglicher Auslöser mit angeführt wurden. Der vorliegende Beitrag beschreibt die vorhandenen Befunde und Statistiken zu depressiven Störungen in der Erwerbsbevölkerung und will damit einen Sachbeitrag zu dieser Debatte leisten.

⇒ 2 Zur Charakteristik depressiver Störungen

⇒ 2. 1 Klassifikationssysteme

Krankenkassen und Rentenversicherung verlangen eine Verschlüsselung der Krankheitsdiagnosen nach der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10 2015), die für die ambulante und stationäre Versorgung in Deutschland verbindlich ist. Diese Klassifikation ist phänomenologisch auf die Kennzeichnung des Syndroms hinsichtlich des Schweregrads, Verlaufs und der Frequenz sowie auf das Vorhandensein bestimmter somatischer oder psychotischer Symptome ausgerichtet und bezieht sich daher nicht auf die Verursachung (Ätiologie) einer Erkrankung. Daher kann mit „Depression“ sowohl eine

endogene (psychogene) Erkrankung als auch eine depressive Reaktion oder reaktive Depression gemeint sein. Erst im Verlauf oder in wiederkehrenden Krankheitsschüben kann die Art der Erkrankung differenzialdiagnostisch präziser erfasst werden. Nach der ICD-10 sind Depressionen der Diagnose-

Martin Schütte, Prof. Dr., wissenschaftlicher Leiter des Fachbereichs Arbeit und Gesundheit in der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

GND: 104243821

Gerlinde Kaul, Diplompsychologin, Dr. rer. nat., Arbeitspsychologin an der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

GND: 9830679

DOI: [10.18156/eug-2-2015-art-4](https://doi.org/10.18156/eug-2-2015-art-4)

gruppe F 30-34 (Affektive Störungen) unter Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) – zugeordnet. Dabei werden lt. Diagnoseschlüssel unterschieden:

- (F 30 - manische Episoden),
- F 31 - bipolare affektive Störungen¹,
- F 32 - depressive Episoden,²
- F 33 - rezidivierende depressive Störung³ und
- F 34 - anhaltende affektive Störungen⁴.

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (z.Z. DSM-V) schließt folgende Krankheitsbilder in der Gruppe der depressiven Störungen (Depressive Disorders, ebd. 155-188) zusammen, wobei diese jedoch von der Gruppe der bipolaren und ihnen verwandten Störungen abgegrenzt werden:

- *“disruptive mood dysregulation disorder,*
- *major depressive disorder (including major depressive episode),*
- *persistent depressive disorder (dysthymia),*
- *premenstrual dysphoric disorder,*
- *substance/medication-induced depressive disorder,*
- *depressive disorder due to another medical condition,*
- *other specified depressive disorder, and*
- *unspecified depressive disorder.”* (ebd. 155)

Innerhalb dieser Gruppierung charakterisiert die *Major Depressive Disorder* (MDD) den klassischen Typus einer Depression, die gekennzeichnet ist durch einzelne Episoden, die in der Regel über zwei Wochen hinaus andauern. Vorherrschend ist dabei mindestens eines der folgenden zwei Symptome, durch die die Person dauerhaft belastet ist: unter einer gedrückten Stimmung zu leiden sowie ein Verlust an Interessen und an der Freude an allen oder fast allen Aktivitäten. Weiterhin treten mehrere der folgenden Symptome gleichzeitig wie dauerhaft mit auf:

- (1) Bei dieser Störung wechselt eine gehobene Stimmung mit vermehrtem Antrieb und Hyperaktivität mit einem Stimmungstief bei vermindertem Antrieb und Aktivitätsverlust ab (Himmel hoch jauchzend – zu Tode betrübt).
- (2) Die typische und über einen längeren Zeitraum andauernde depressive Symptomatik.
- (3) Ist charakterisiert durch eine wiederholt auftretende depressive Symptomatik – wie bei F 32. Es treten jedoch keine Phasen manisch-depressiver Stimmungsschwankungen auf.
- (4) Meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang andauern, ziehen sie ein beträchtliches subjektives Leiden und seelische Beeinträchtigungen nach sich.

- deutliche Gewichtsab- oder –zunahme mit verändertem Appetit,
- dauerndes starkes Schlafbedürfnis oder extreme Schlaflosigkeit,
- psychomotorische Unruhezustände oder Retardierung (Verlangsamung, Verarmung in Motorik und Gestik),
- Müdigkeit oder Energieverlust,
- Gefühl von Wertlosigkeit oder von übertriebener oder unbegründeter Schuld,
- Beeinträchtigungen der Denk- und Konzentrationsfähigkeit oder der Entschlussfähigkeit,
- wiederkehrende Gedanken zu einer Selbsttötung oder wiederholte Suizidalität.

Wenn solche Symptome nicht situativ begründet oder von nur flüchtiger Dauer sind, sondern über mehr als zwei Wochen ununterbrochen auftreten, wird von einer manifesten Depression ausgegangen. Das bedeutet, dass eine Person in ihren sozialen Beziehungen wie auch in ihrer Berufsausübung und anderen wichtigen Bereichen des Lebens stark eingeschränkt ist. Die Symptome müssen jedoch von anderen Krankheitsbildern (somatischer oder psychischer Verursachung) oder von Bedingungen, die ähnliche Effektwirkungen haben können, wie Substanzmissbrauch, Nebenwirkung von Medikamenten oder Einflüsse neurotoxischer Expositionen, abgegrenzt werden, um diese Diagnose zu erhärten.

⇒ 2.2 Diagnostisches Vorgehen zur Beurteilung einer Depression

Im ambulanten Versorgungsbereich wird in der Regel der Hausarzt aus dem Gespräch mit dem Patienten eine erste Verdachtsdiagnose stellen, wenn es um die Begründung einer Arbeitsunfähigkeit auf Grund einer depressiven Symptomatik geht. Erst bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit wird der Arzt eine differentialdiagnostische Untersuchung anberaumen und je nach Schweregrad einen Facharzt hinzuziehen. Laut S3-Leitlinie für die „Unipolare Depression“ werden als Screening folgende Fragebögen für den routinemäßigen Einsatz im somatisch-medizinischen Bereich empfohlen: WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden, Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D (Patient Health Questionnaire)) sowie die Allgemeine Depressionsskala (ADS). Diese Instrumente zur Selbsteinschätzung des Patienten sind an den Kriterien des DSM und des Auftretens typischer Begleitsymptome einer Depression orientiert und erfassen sowohl die

Häufigkeit als auch die Dauer und Intensität der Störung, bezogen auf eine zeitnah zurückliegende Periode.

In der Regel wird erst der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie ein standardisiertes Interview führen, um eine Depression differentialdiagnostisch abzuklären. Neben der freien Exploration in der klinischen Routine kann mit Hilfe des strukturierten klinischen Interviews erfasst werden, ob der Patient eine psychische Störung gemäß des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) hat.

Im deutschen Sprachraum existieren derzeit folgende diagnostische Breitband-Interviews für psychische Störungen (siehe T. In-Albon et al. 2008): Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Wittchen & Semler, 1990); Diagnostisches Expertensystem (DIA-X-CIDI; Wittchen & Pfister, 1997); Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen für DSM-IV-TR (DIPS; Schneider/Margraf, 2006); Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID; Wittchen u.a. 1997).

Gebräuchlich ist vor allem das am DSM-IV orientierte strukturierte klinische Interview (SKID in der deutschen Version von Wittchen u.a. 1997). Das SKID-I soll helfen, sogenannte „Achse-I-Störungen“, also akute psychische Störungen wie zum Beispiel Depression oder Angststörung, zu diagnostizieren, während mit Hilfe des SKID-II die sogenannten „Achse-II-Störungen“, also Persönlichkeitsstörungen, ermittelt werden. Die WHO hatte 1990 ein standardisiertes Interviewverfahren zur diagnostischen Klassifikation von 64 psychischen Störungen nach den Kriterien von ICD-10 und DSM-IV heraus gegeben (Composite International Diagnostic Interview (CIDI)), das Wittchen & Semler (1990) für den deutschsprachigen Raum angepasst haben. Das CIDI dient ebenfalls zur Erfassung von Komorbidität, dem Beginn und Verlauf psychischer Störungen und der mit ihnen assoziierten psychosozialen Beeinträchtigungen. Strukturierte klinische Interviews dienen dazu, möglichst reliabel und valide Diagnosen zu erstellen und den Schweregrad festzustellen. Sie ermöglichen eine Verlaufsbeschreibung, helfen Behandlungsentscheidungen zu treffen und dienen nicht zuletzt der Qualitätssicherung und Evaluation von Forschungsfragen.

Neben den strukturierten, Leitfaden orientierten Befragungsinstrumenten für den Arzt werden auch Fragebogeninventare zur Selbstauskunft des Patienten für die Diagnosestellung in der klinischen Praxis eingesetzt, wie z.B. das Beck-Depressions-Inventar (BDI, Hautzinger et al., 2009), das die Schwere der depressiven Symptomatik bei einer klinisch relevanten Ausprägung erfasst. Dabei soll nicht die Depression an sich, sondern lediglich der Schweregrad der

Depression, der am Leidensdruck des Patienten orientiert ist, ermittelt werden.

⇒ 3. Depressionen in der Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Nach der Statistik der Deutschen Rentenversicherung führen Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen eher zu einem vorzeitigen Erwerbsausstieg. Für die im Kapitel V zusammengefassten „Psychischen und Verhaltensstörungen“ (ICD-10, F 00-99) beginnt eine Rente wegen Erwerbsminderung bei Frauen und Männern im Mittel bereits vor dem 50. Lebensjahr (Abb. 1) und damit fast 5 Jahre früher als bei anderen Diagnosegruppen. Depressionen führen um das 50. Lebensjahr zum Erwerbsausstieg. Bei einer depressiven Erkrankung unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich ihres Alters beim Eintritt in die Erwerbsminderungsrente kaum.

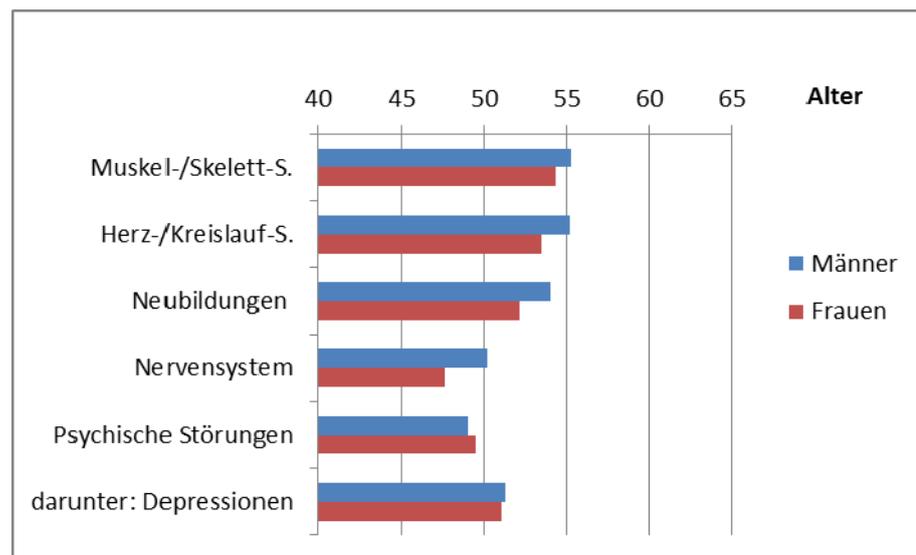


Abb. 1: Durchschnittsalter bei Rentenbeginn wegen Erwerbsminderung (Quelle: Statistik der DRV (2015): Rentenzugang 2014)

Vergleicht man die Fälle vorzeitiger Berentung auf Grund von affektiven Störungen (ICD-10, F 30-39) ab dem Jahr 2000, so fällt eine stetig Zunahme - insbesondere im letzten Jahrzehnt - auf, die bei Frauen deutlich stärker ausgeprägt ist (Abb. 2). Dabei zeigt sich, dass die Steigerung vor allem durch den Anteil der Erwerbsminderungsrenten wegen einer depressiven Diagnosestellung verursacht worden ist (F 32 & F 33). Der in der Diagnosegruppe „Affektive Störungen“ mit enthaltene Anteil an bipolaren und manischen Störungen ist ab 2005 zwar geringer als vorher, aber offenbar gleichbleibend.

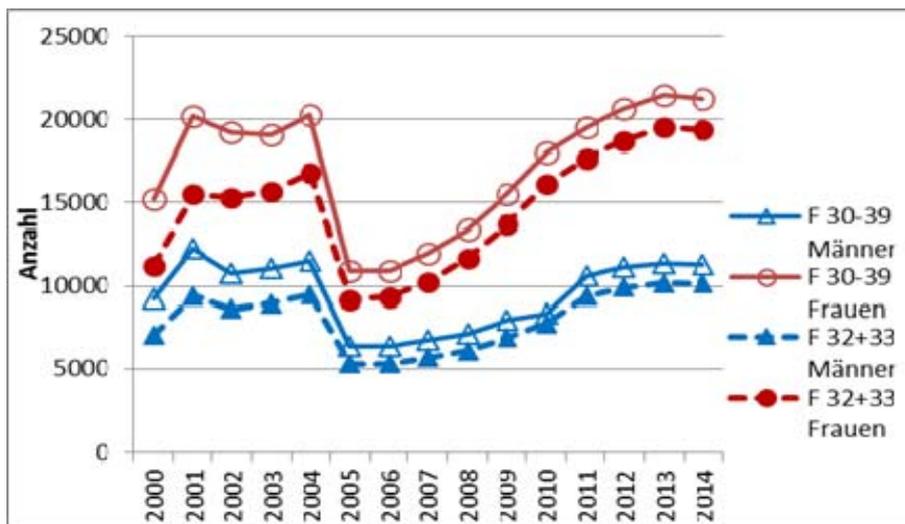


Abb. 2: Entwicklung vorzeitiger Berentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund affektiver Störungen (F 30-34) und speziell wegen depressiver Erkrankungen (F 32 u. F 33) seit 2000 (Quelle: DRV)

Eine weitere Differenzierung in der Entwicklung der Erwerbsminderungsrenten wegen depressiven Erkrankungen zeigt sich im Verlauf der Rentenzugänge nach Altersgruppen bei Männern und Frauen (Abb. 3 und 4).

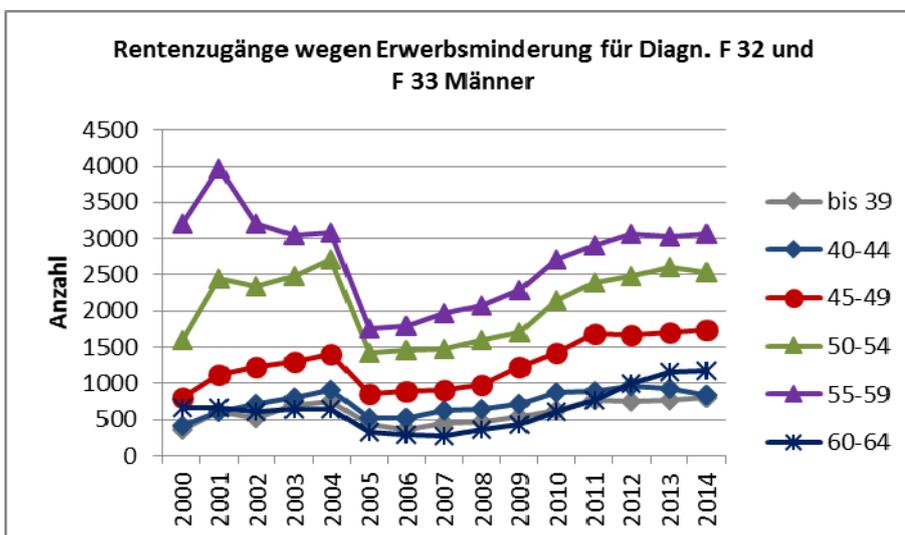


Abb. 3: Entwicklung der Rentenfälle wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in den Diagnosegruppen F 32 und F 33 bei den Männern seit 2000 in Abhängigkeit vom Alter (Quelle: DRV)

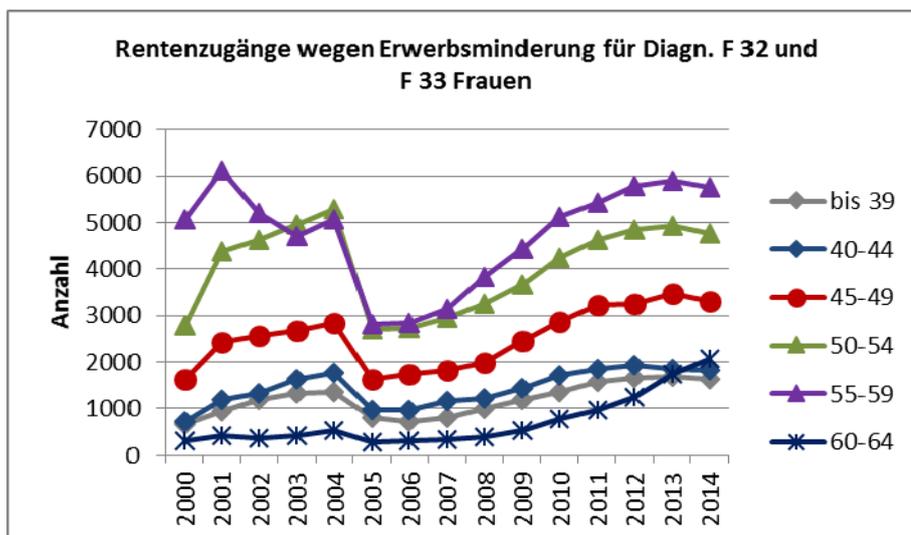


Abb. 4: Entwicklung der Rentenfälle wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in den Diagnosegruppen F 32 und F 33 bei den Frauen seit 2000 in Abhängigkeit vom Alter (Quelle: DRV)

Mit zunehmendem Alter nimmt die Zahl der Frühverrentungen bei depressiven Störungen zu, ab Mitte 40 sogar überproportional häufig, was sich für Frauen und für Männer gleichartig zeigt.

⇒ 4. Depressionen als (Erst-)Diagnose zur ärztlichen Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit

Besonders in der Statistik der Krankenkassen fällt ein stetig wachsender Anteil „Psychischer und Verhaltensstörungen“ am Krankenstand auf, der angeführt wird von den Diagnosen F 32 „Depressive Episode“ und F 43 „Anpassungsstörungen“. In Abb. 5 zeigt sich für die Diagnose F 32 approximativ eine Verdopplung des Anteils am Krankenstand seit 2000, wobei der Anteil bei den TK- und DAK-Versicherten auf einem höheren Niveau liegt als der bei den AOK-Versicherten.

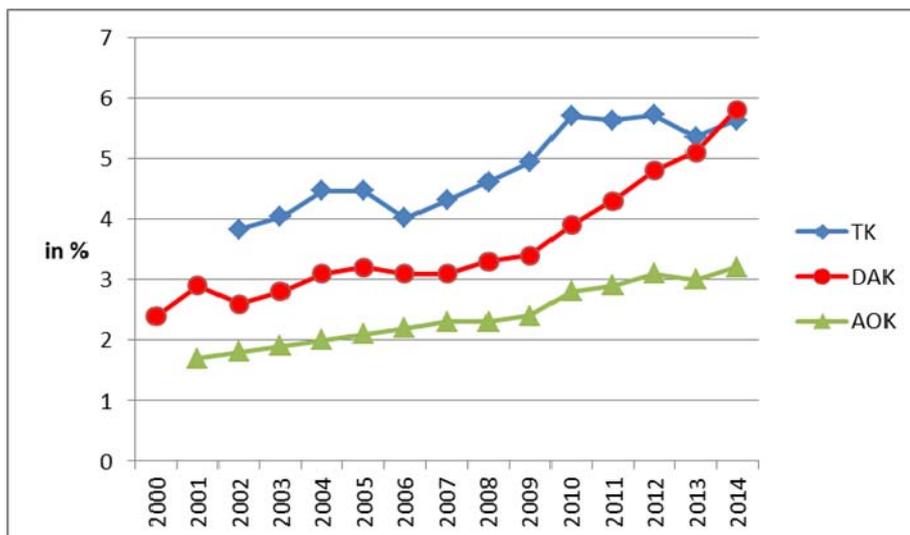


Abb. 5: Anteil der AU-Tage am Krankenstand für die Diagnose F 32 (Depressive Episode) im Vergleich verschiedener gesetzlicher Krankenkassen ab 2000

Vergleicht man die Fallzahlen in der AU-Statistik der Krankenkassen (Abb. 6), so wird auch hier eine annähernde Verdopplung der Fälle pro 100 Mitglieder sichtbar, die seit 2008 von ca. 1 Fall auf 100 Versicherte auf ca. 2 Fälle pro 100 Versicherte pro Jahr angestiegen ist. Diese Steigerung kann sich sowohl auf eine Häufung von Fällen als auch auf eine höhere Frequenz der Erkrankung bei einer Person beziehen. Bei Männern zeigt sich eine geringere Fall-Häufigkeit als bei Frauen, wobei die Zunahme einen vergleichbaren Verlauf nimmt.

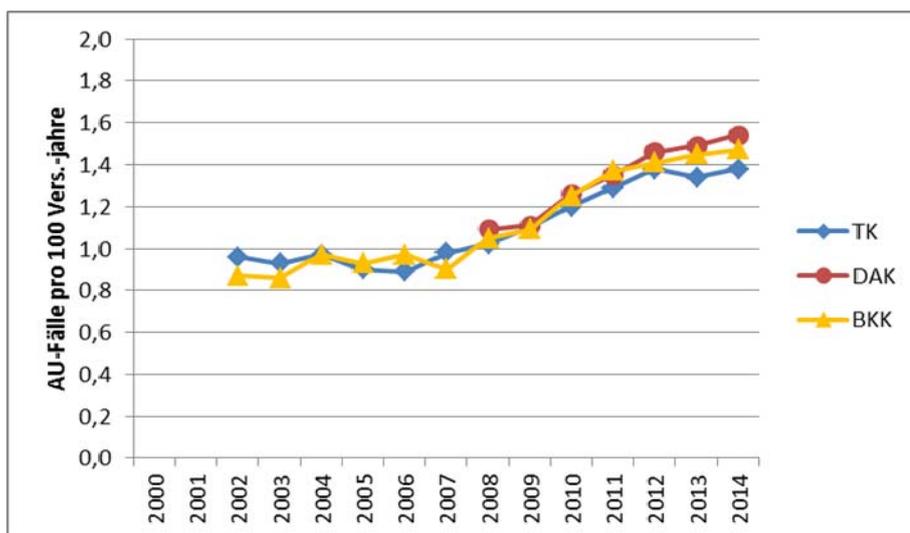


Abb. 6: F 32 "Depressive Episode": Entwicklung der Fallzahlen pro 100 Mitglieder/Versicherungsjahre bei drei Krankenkassen⁵

(5) Aus der AU-Statistik zu den veröffentlichten Daten der AOK konnten keine Angaben zu AU-Tagen und AU-Fällen pro 100 Mitglieder bzw. Versicherungsjahren entnommen werden.

Mit der Zunahme der Erkrankungsfälle sind auch mehr AU-Tage verbunden (Abb. 7). Der Anstieg bei den AU-Tagen ist jedoch seit 2008/2009 deutlich steiler als es bei der angestiegenen Fallhäufigkeit zu erwarten gewesen wäre. Es muss also auch eine Verlängerung der AU-Dauer pro Fall eingetreten sein, wie es Abb. 8 für die Versicherten dreier gesetzlicher Krankenkassen beispielhaft widerspiegelt.

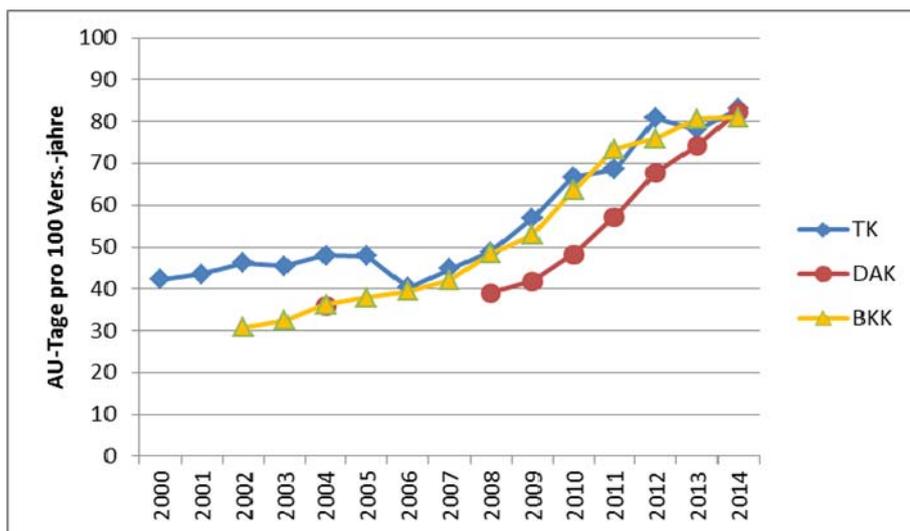
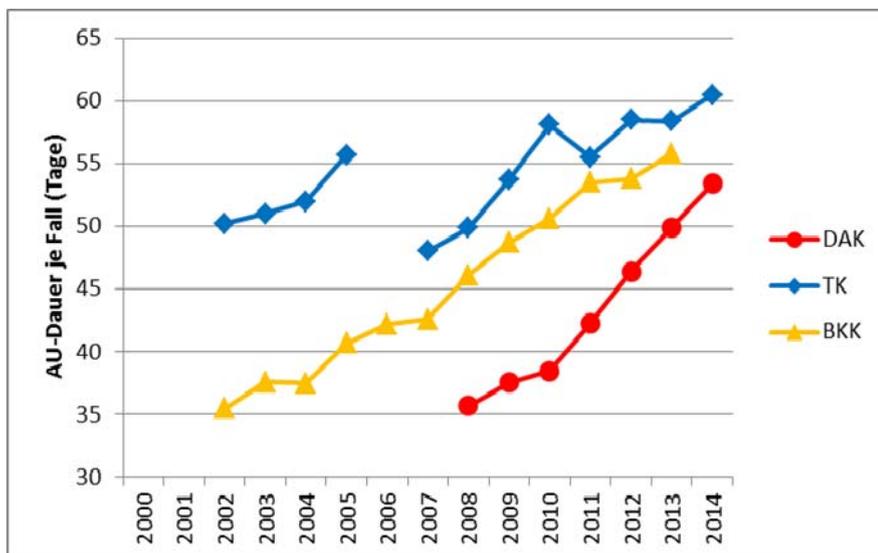


Abb. 7: F 32 "Depressive Episode": Entwicklung der AU-Tage pro 100 Mitglieder/Versicherungsjahre bei drei Krankenkassen



Die BKK weist in ihrer AU-Statistik bei den häufigsten Diagnosen deren Anteile am Krankenstand nicht aus.

Abb. 8: Mittlere AU-Dauer für Fälle zur Diagnose F 32 (depressive Episode) - gesamt (Mitglieder ohne Rentner, AU-Statistik der DAK, TK und BKK 2003-2015)

Die Technikerkrankenkasse (TK 2015) vergleicht den Anstieg der AU-Tage auf Grund depressiver Erkrankungen (F 32 und F 33) zwischen Berufstätigen und Arbeitslosen seit 2000. Dabei zeigt sich, dass insbesondere Arbeitslose von einer langandauernden depressiven Erkrankung betroffen waren, die sich ab dem Jahr 2006 immer deutlicher von der Dauer bei den Berufstätigen unterschied.

⇒ 5. Befunde zur 12-Monats- und Lebensprävalenz bei Depressionen

Ob die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung auch durch eine Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung erklärt werden kann, lässt sich nur mithilfe bevölkerungsrepräsentativer Untersuchungen beantworten. Das Robert-Koch-Institut führt unter dem Namen „Gesundheitsmonitoring“ regelmäßig bundesweite Gesundheitsstudien durch. Zusammen mit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) und der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) gehört die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) zu den drei Säulen ihres Gesundheitsmonitorings.

⇒ 5.1 Depression im Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Institutes: „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA)

Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ wird seit 2008 in regelmäßigen Abständen durchgeführt (GEDA 2009, 2010, 2012, 2014/15)⁶. Sie erhebt über Gesundheitsbefragungen und Gesundheitsuntersuchungen in der Bevölkerung deutschlandweit Daten zur gesundheitlichen Lage Erwachsener. Für den Indikator „Depression“ hatten die Befragten anzugeben, ob bei ihnen jemals von einem Arzt

(6) Erhebungsmethode: Computergestützte telefonische Befragung (CATI), Stichprobendesign: bundesweit repräsentativ auf Basis einer zufallsgenerierten Telefonstichprobe (222.994 zufallsgenerierte Festnetznummern). Untersuchungszeitraum: Juli 2008 – Mai 2009: befragt wurden 25.000 Personen aus der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren (GEDA 2009), September 2009 – Juli 2010: 22.050 Personen (GEDA 2010), März 2012 – März 2013: 26.000 Personen (GEDA 2012), November 2014 - Juli 2015: ca. 20.000 Personen ab 15 J. (GEDA 2014).

oder Psychotherapeuten eine Depression oder eine depressiven Verstimmung diagnostiziert wurde und ob diese in den letzten 12 Monaten auftrat. Es wurde kein Screening-Instrument eingesetzt, mit dessen Hilfe es möglich gewesen wäre, Personen mit einem begründeten Verdacht auf eine Depression zu identifizieren.

In GEDA 2009 fanden sich 8% der Frauen und 4% der Männer, die von einer diagnostizierten Depression in den letzten 12 Monaten berichteten. Am höchsten war der Anteil bei den 45- bis 65-Jährigen. Hier betrug die 12-Monats-Prävalenz bei den Frauen 9,9% und bei den Männern 6,9%. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen berichteten 5,8% der Frauen und 2,5% der Männer von einer Depression in den letzten 12 Monaten. Der Geschlechtsunterschied ließ sich in allen Alters- und Bildungsgruppen beobachten.

In GEDA 2010 berichteten 9% der Frauen und 5% der Männer von einer in den zurückliegenden 12 Monaten gestellten Diagnose „Depression“. In der Gruppe der 45- bis 65-Jährigen betrug der Anteil bei den Frauen 11,8% und bei den Männern 7,6%. In der jüngsten Altersgruppe waren die Zahlen mit denen aus GEDA 2009 vergleichbar (5,8 % bei Frauen, 3,1% bei Männern).

In GEDA 2012 berichteten 10% der Frauen und 6% der Männer von einer diagnostizierten Depression in den letzten 12 Monaten. In der Gruppe der 45- bis 65-Jährigen betrug der Anteil bei den Frauen 13,8% und bei den Männern 8,8%. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen berichteten 6,6% der Frauen und 3,7% der Männer, an einer Depression erkrankt gewesen zu sein. Im Unterschied zu den vorherigen Erhebungen zeigte sich ein Bezug der Erkrankungshäufigkeit zum Bildungsniveau. Bei den Frauen zwischen 30 und 45 Jahren und ab 65 Jahren lag die 12-Monats-Prävalenz in der unteren Bildungsgruppe fast doppelt so hoch wie in der oberen. Bei den Männern in der Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren betrug der Unterschied sogar das fast Dreifache.

Zwischen den Erhebungszeitpunkten war die Zahl der diagnostizierten Erkrankungen an einer Depression sukzessive angestiegen. Es wird vermutet (RKI 2014), dass mit der Zunahme des medialen Interesses an psychischen Erkrankungen auch Ärzte mehr für depressive Erkrankungen sensibilisiert seien, wodurch sich eine Unterversorgung in den früheren Jahren zunehmend mit verbessert haben könnte. Nach Wittchen & Jacobi (2006) haben jedoch unterschiedliche Erhebungsstrategien und Definitionen auch grundlegende Auswirkungen auf die Prävalenzschätzung: Depressive Symptome oder eine vorübergehende depressive Stimmungslage, wie sie zum Beispiel als bestimmende Merkmale des depressiven Syndroms über Fragebögen erfasst werden, sind mit über 26% etwa dreimal häufiger wie der An-

teil der Personen, der die strikten Kriterien einer depressiven Episode nach DSM-IV erfüllt (8%). Insofern müssen die Erhebungsdaten im GEDA immer auch relativ in Bezug zur Erhebungsmethodik betrachtet werden.

⇒ 5.2 Depression im Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Institutes: „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS)

Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) stellt wiederholt bundesweit repräsentative Daten zur Verfügung, mit denen die aktuelle gesundheitliche Lage der erwachsenen Bevölkerung und zeitliche Entwicklungstrends beschrieben werden können. Es werden Gesundheitsdaten sowohl mit Hilfe von Befragungen als auch mittels medizinischer Untersuchungen und Laboranalysen erhoben, was validere Messungen und bessere Häufigkeitsschätzungen für Krankheiten ermöglicht. Die Studie baut auf einer Kohorte - einem sogenannten Panel - auf, die dieselben Teilnehmerinnen und Teilnehmer immer wieder einbezieht, so dass Ursachen und Bedingungen gesundheitlicher Veränderungen im Lebenslauf analysiert werden können.

In der ersten Welle, der DEGS1 mit Teilnehmern im Alter zwischen 18 bis über 79 Jahren, war ein Zusatzmodul zu psychischen Störungen (MH) mit einbezogen worden⁷. Aus dem Vergleich der Befunde der DEGS1-Studie mit den Ergebnissen des Zusatzmoduls zu psychischen Störungen im Bundes-Gesundheitssurvey 1998⁸ (BGS-98) lässt sich einschätzen, ob die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung in den letzten zehn Jahren zugenommen hat (u.a. Jacobi et al., 2004), wobei allerdings zu berücksichtigen bleibt, dass sich die Altersgruppen und die Anzahl der Teilnehmer in den beiden Erhebungen unterschieden. In der Studie DEGS1 und ihrem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) wurde ein relativ brei-

(7) Erste Erhebungswelle: 2008-2011 mit 8.152 in D. lebender Personen (darunter 4.183 erstmals Eingeladene und 3.959 ehemalige Teilnehmer des BGS-98). 7.238 Personen wurden in einem von 180 Untersuchungszentren diagnostiziert, 914 Personen wurden ausschließlich nur befragt.

(8) Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS-98) war die erste repräsentative gesamtdeutsche Untersuchung zum Gesundheitszustand Erwachsener, die das Robert Koch-Institut zwischen 1997 und 1999 durchführte. Es wurden Gesundheitsdaten Erwachsener im Alter zwischen 18 und 79 Jahren aus 120 Städten und Gemeinden in ganz Deutschland erhoben, und zwar für alle Bundesländer nach einheitlichen Merkmalen zeitgleich und unter den gleichen Bedingungen. Umfang der Stichprobe: 7988 Personen, davon 7116 Personen in Untersuchungszentren diagnostiziert und 872 Personen, die nur befragt wurden.

tes Spektrum psychischer Störungen eingezogen, das neben manifesten psychischen Erkrankungen auch leichtere, vorübergehende Störungen einschloss. Bei einer Gegenüberstellung der Ergebnisse fällt auf, dass die Häufigkeit, innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung zu erkranken, in der DEGS1-Untersuchung mit 27,7% nur gering von der des Bundes-Gesundheitssurvey (BGS-98) abweicht, bei der der Anteil 31,1% beträgt.

Die Erhebung der ersten Welle des DEGS1 zu den depressiven Symptomen basiert sowohl auf einem standardisierten ärztlichen Interview als auch auf einem standardisierten Fragebogen zur Selbstauskunft (PHQ 9). Dadurch ist es möglich, eine Punktprävalenz für aktuell bestehende depressive Symptome (zu den Angaben im PHQ 9) sowie eine 12-Monats- und eine Lebensprävalenz, an einer Depression zu erkranken, zu bestimmen.

Erste Auswertungen der DGS1 Studie (Busch u.a. 2013) zeigen, dass bei 8,1% der Erwachsenen aktuell eine depressive Symptomatik besteht (ab 10 Punkte im PHQ-9). Frauen haben mit 10,2% eine signifikant höhere Prävalenz als Männer (6,1%). Am verbreitetsten ist eine aktuell bestehende depressive Symptomatik in der jüngsten Altersgruppe (18-29 Jahre) mit 11,8% bei den Frauen und 8,0% bei den Männern. Am geringsten liegt die Häufigkeit in der Altersgruppe der 70-79 Jährigen (7,7% bei Frauen, 4,2% bei Männern). Der Einfluss des sozioökonomischen Status⁹ ist in allen Altersgruppen nachweisbar und stärker ausgeprägt bei den Frauen (niedriger Status 16% versus hoher Status 5%) als bei den Männern (niedriger Status 11% versus hoher Status 4%).

Die 12-Monats-Prävalenz für eine diagnostizierte Depression wird von 6,0% der Teilnehmer berichtet, wobei sie für die Frauen etwa doppelt so hoch war (8,1%) als für Männer (3,8%). Auch hier ergaben sich die niedrigsten 12-Monats-Prävalenzen für die Jüngeren (Frauen 5,1%; Männer 2,1%) und die höchsten für die Gruppe der 50-59 Jährigen (Frauen 10,9%; Männer 6,0%). Bei Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status fällt sowohl eine höhere 12-Monats- (12,8% vs. 5,5%) als auch eine höhere Lebenszeitprävalenz (19,8% vs. 13,9%) für eine Depression auf.

Für die gesamte Stichprobe wurde für die Lebenszeitprävalenz, d.h. überhaupt jemals an einer Depression zu erkranken, eine Häufigkeit von 11,6% ermittelt. Bei Frauen liegt der Anteil mit 15,4% fast doppelt so hoch wie bei den Männern (7,8%). Da die Lebenszeitprävalenz mit

(9) Sozio-Ökonomischer Status: Schulische und berufliche Ausbildung, Berufliche Stellung und Haushaltsnettoeinkommen (bedarfsgewichtet)

dem Alter ansteigt, findet sich die höchste Prävalenz mit 17,3% in der Gruppe der 60-69 Jährigen (Frauen 22,9%, Männer 11,6%).

Busch u.a. (2013) konnten anhand der ersten Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) die weite Verbreitung depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depressionen in der Erwachsenenbevölkerung beschreiben. Dabei bestätigten sich die bekannten Unterschiede in der Verbreitung bzw. Auftrittshäufigkeit in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. Einen ungünstigen Einfluss auf die 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz übte dabei zusätzlich ein niedriger sozioökonomischer Status und ein groß- bis mittelstädtisches Wohnumfeld aus.

In der bei der DEGS1 untersuchten Population waren unter den Personen, die eine psychische Erkrankung mit schweren oder chronischen Verläufen hatten, nur 10% auf einem regulären Arbeitsplatz, 50% waren ohne Arbeit und 20% hatten einen geschützten Arbeitsplatz (vorzugsweise in einer Behindertenwerkstatt) (Bühning 2014). Die Wahrscheinlichkeit für „Nicht-Arbeit“ (Arbeitslosigkeit, Berentung) ist gerade bei Personen mit psychischen Störungen deutlich erhöht (um Faktor 2 bis 15). Auch Schubert u.a. (2013, 33) beschreiben den Anteil von Personen mit psychiatrischer Diagnose bei ALG-II-Empfängern etwa doppelt so hoch wie bei Berufstätigen.

⇒ 5.3 Befunde zur Häufigkeit psychischer Störungen, speziell Depressionen, aus dem Vergleich publizierter epidemiologischer Studien

Wittchen u.a. (2011) verglichen die 12-Monats-Prävalenz und Erwerbsunfähigkeit bei 27 Diagnosen psychischer und neurologischer Erkrankungen (Erkrankungen des Gehirns) in der EU. Die häufigsten Diagnosen in der Erwerbstätigenbevölkerung waren Angststörungen (14%), Schlaflosigkeit (7%), Depression (6,9%), somatoforme Störungen (6,3%), Alkohol- u. Drogenabhängigkeit (> 4%). Aus der Analyse der verschiedenen nationalen europäischen Studien ließ sich eine Evidenz dafür, dass die Erkrankungshäufigkeit zunehmen würde, jedoch nicht finden. 2005 war für die 12 Monats-Prävalenz an einer Depression (Major Depression DSM-IV) zu erkranken, auf der Grundlage von Studien und Daten aus allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU-27) plus Schweiz, Island und Norwegen ein Wert von 6,9% (CI 95%: 4.8% – 8.0%) ermittelt worden, der sich 2011 auf Basis neuer Studien bestätigte (6,9%). Die Autoren fanden weder Hinweise darauf, dass die Zahl der psychischen Erkrankungen angewachsen sei, noch dass sich die Versorgung und Behandlung (im Vergleich zu 2005) verändert hätte. Sie betonen aber, dass in der EU das tatsächliche Ausmaß der durch psychische Erkrankung belaste-

ten Menschen in der Vergangenheit stark unterschätzt worden sei, da sich erst mit dem DSM-III ab 1995 die Diagnostik deutlich verbesserte. Allerdings – so die Autoren weiter – bliebe zu berücksichtigen, dass es bei Depressionen ein Nebeneinander von Unter-, Mangel- und Fehlversorgung, einschließlich des Unter- und Überdiagnostizierens, gäbe, wodurch sich keine belastbare Evidenz für Zunahmeeffekte bei depressiven Erkrankungen sichern ließe.

⇒ 6. Arbeitsbezogene Faktoren und die Frage nach ihrem Einfluss auf das Risiko für eine depressive Störung

Neben der genetischen und neurobiologischen Disposition für affektive Störungen, insbesondere für ein depressives Erkrankungsrisiko, wird auch die Belastung aus dem sozialen und Arbeitsumfeld als ein möglicher Auslöser diskutiert. Viele der dazu vorliegenden Studien nutzen ausschließlich Selbstbeurteilungsfahren sowohl für die Belastungsanalyse als auch die Erhebung der depressiven Symptomatik. Da eine erkrankte Person die Arbeitsbedingungen eventuell anders erlebt, als ein gesunder Beschäftigter lassen sich sogenannte Wahrnehmungsverzerrungen in solchen Untersuchungen nicht ausschließen. In einer von Rau und Mitarbeitern (R. Rau u.a. 2010) durchgeführten Studie, die nicht nur Selbst- sondern auch Fremdbeurteilungen (Expertenbewertungen) zur Ermittlung der Arbeitsbedingungen (u.a. Arbeitsanforderungen und die Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit, d.h. des vorhandenen Tätigkeitsspielraums) nutzte, ließ sich zeigen, dass sowohl die Experten- als auch Selbsteinschätzungen zu den Arbeitsanforderungen einen Zusammenhang zur Depression auswiesen. Bei der Einschätzung des Tätigkeitsspielraums – der bei der Aufgabenbearbeitung eine eher förderliche gesundheitliche Wirkung haben soll - ergab sich der Zusammenhang zur Depression dagegen nur bei den Selbstbeurteilungen nicht aber bei den Expertenbewertungen. Dies berechtigt zu der Annahme, dass der subjektiv erlebte Tätigkeitsspielraum entscheidender für die Ausprägung einer depressiven Symptomatik sein dürfte als der objektiv vorhandene, wobei der real verfügbare Tätigkeitsspielraum vermutlich nur dann positiv wirkt, wenn er von den Beschäftigten auch wahrgenommen und genutzt werden kann.

⇒ 7. Fazit

Für die Prävalenz depressiver Störungen zeigt sich, wie die Ergebnisse demonstrieren, kein Anstieg, obgleich die Erkrankung zunehmend

einen höheren Anteil in der AU-Statistik der Krankenkassen und am vorzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben einnimmt. Auch führen depressive Störungen zu einem früheren Renteneintritt als andere Erkrankungen.

Zugenommen hat die Verwendung der Diagnose in den ärztlichen Praxen, vermutlich zum einen bedingt durch eine höhere Sensibilisierung der Hausärzte für diese Erkrankung und einer höheren Akzeptanz in der Bevölkerung, zum anderen auch auf Grund einer qualifizierteren Diagnostik in der fachärztlichen Praxis und Begutachtung. Hierdurch werden mehr Erkrankungsfälle erkannt und frühzeitiger diagnostiziert.

Return-to-Work-Ansätze (RTW) können hier eine gute Möglichkeit bieten, Erkrankte in den Arbeitsprozess zurückzuführen. Eine gute Koordination des Wiedereingliederungsprozesses sowie eine vertrauensvolle Kommunikation zwischen den Beteiligten (Return-to-Work-Koordinatoren, Betroffene, Vorgesetzte, Arzt/Therapeut) sind dabei wesentliche Faktoren für einen erfolgreichen Rückkehrprozess.

Um genaueren Aufschluss über den Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Ausbildung von depressiven Störungen zu gewinnen sind u.a. Längsschnittstudien notwendig. Daneben erscheinen Untersuchungen sinnvoll, die die Beziehung zwischen den kurzfristig und langfristig auftretenden Beanspruchungsfolgen klären, da sich so Hinweise darauf ergeben, was präventiv getan werden kann, um langfristig Beanspruchungsfolgen zu vermeiden, die das Risiko für psychische Störungen erhöhen.

⇒ Literaturverzeichnis

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ (Herausgeber: Robert Koch-Institut), Berlin 2014.

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (Herausgeber: Robert Koch-Institut), Berlin 2012.

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ (Herausgeber: Robert Koch-Institut), Berlin 2011.

BGS98: Bundes-Gesundheitssurvey 1998. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/bgs98/bgs98_node.html (zuletzt: 17.12.2015).

BKK Gesundheitsreport. 2003 – 2015. Statistik und Analyse. Hrsg. BKK Bundesverband.

Bühning, P. (2014): Arbeit für psychisch Kranke: Ungenutzte Potenziale. In: Dtsch. Arztebl., 111(4), A-110 / B-98 / C-94 <http://www.aerzteblatt.de/archiv/153094/Arbeit-fuer-psychisch-Kranke-Ungenutzte-Potenziale> (zuletzt: 04.11.2015).

Busch, M.A.; Maske, U.E.; Ryl, L.; Schlack, R.; Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 56, S. 733-739.

DAK Gesundheitsreport: 2001 – 2015. Hrsg. DAK Forschung (M. Kordt). Köln.

DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Repräsentative Erhebung des Robert-Koch-Institutes von Gesundheitsdaten zu den in Deutschland lebenden Erwachsenen. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_node.html (zuletzt: 17.12.2015).

DRV (2001-2015): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenzugang des Jahres JJJJ einschließlich Rentenwegfall, Rentenänderung/Änderung des Teilrentenanteils in der deutschen gesetzlichen

Rentenversicherung. Band: 137,141, 145,149, 153, 158, 163, 168, 173, 178, 183, 188, 193, 198, 203: Tab. 220.01 Z (Männer), Tab. 220.02 Z (Frauen).

DSM-V (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Ed. by American Psychiatric Association. Arlington, VA, USA.

Fehlzeiten-Report 2001 – 2015. Zahlen, Daten Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Hrsg. B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, M. Meyer. Springer.

GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell. Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_node.html (zuletzt am 17.12.2015).

Gesundheitsreport der Technikerkrankenkasse: 2003 – 2015. Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneimittelverordnungen (des Vorjahres). Hrsg. Techniker Krankenkasse Hamburg.

Hautzinger, M., Keller, F.; Kühner, C. (2009): BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. Revision. 2. Auflage, Frankfurt/M.: Pearson Assessment. Nach: Beck-Depressions-Inventar (BDI) von Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961.

ICD 10 (2015). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). Hrsg.: DIMDI i. A. des Bundesministeriums für Gesundheit. [Seit 1. Januar 2015 gilt die ICD-10-GM in der Version 2015. (Stand: 19.09.2014)]

In-Albon, T.; Suppiger, A.; Schlup, B.; Wendler, S.; Margraf, J.; Schneider, S. (2008): Validität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR). In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 37 (1), S. 33–42.

Jacobi, F., Klose, K., Wittchen, H.-U. (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In: Bundesgesundheitsblatt, 47, S. 736-744.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Müller, N., Pfister, H.; Lieb, R. (2004): Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: Psychological Medicine, 34, S. 597-611.

Rau, R.; Morling, K.; Rösler, U. (2010): Is there a relationship between major depression and both objectively assessed and perceived demands and Control. In: Work & Stress, 24, S. 88-106.

Rau, R.; Gebele, N.; Morling, K.; Rösler, U. (2010): Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Forschung, Projekt F 1865. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund, Berlin, Dresden.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI: Berlin. Kap. 3.10 Depression, S.69-71.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt am 02.11.15)

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI: Berlin. Kap. 4 Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland (Autoren: Ulfert Hapke, Elena von der Lippe, Markus Busch, Cornelia Lange), S. 39-50.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt am 02.11.15)

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI: Berlin. Kap. 5.9 12-Monats-Prävalenz von Depression, S. 76-78. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt am 02.11.15)

S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression. 1. Auflage. (2. Auflage in Vorbereitung) <http://www.leitlinien.de/nvl/depression> (zuletzt am 20.10.2015)

[Laut S3-Leitlinie für Unipolare Depression werden als Screening folgende Fragebögen empfohlen: „WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden“, „Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D)“, Allgemeine Depressionsskala (ADS)]

Schubert, M.; Parthier, K.; Kupka, P.; Krüger, U.; Holke, J.; Fuchs, P. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB Forschungsbericht 12/2013. Hrsg. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

TK (2015): Depressionsatlas – Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. Autoren: Thomas G. Grobe, Susanne Steinmann. Hrsg. Techniker-Krankenkasse, Hamburg http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/696244/Datei/3935/Depressionsatlas_2015.pdf (zuletzt am 30.10.2015)

WHO (1990): Composite International Diagnostic Interview.

Wittchen, H.U.; Jacobi, F.; Rehm, J.; Gustavsson, A. et al. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: European Neuropsychopharmacology, 21, S. 655-679.

Wittchen, H.U.; Jacobi, F. (2006): Epidemiologie. In: Stoppe, G.; Bramesfeld, A.; Schwartz, F.W. (Hrsg): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 15–37.

Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.; Fydrich, T. (1997): SKID-I und SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Zitationsvorschlag:

Martin Schütte, Gerlinde Kaul (2015): Depression, Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit: Empirische Befunde (Ethik und Gesellschaft 2/2015: Depression und subjektivierte Arbeit). Download unter: <https://dx.doi.org/10.18156/eug-2-2015-art-4> (Zugriff am [Datum]).

**ethikundgesellschaft****ökumenische zeitschrift für sozialethik****2/2015: Depression und subjektivierte Arbeit**

Alexander Hirschfeld: Arbeit und psychische Erschöpfung:
Zur Genese und Entwicklung des Konzepts Burnout

Greta Wagner: Arbeit, Burnout und der buddhistische Geist
des Kapitalismus

Stefanie Graefe: Subjektivierung, Erschöpfung, Autonomie:
eine Analyseskizze

Martin Schütte: Depression, Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit:
Empirische Befunde

Ralf Kronig: Praxisbericht zu betriebspolitischen Hand-
lungsmöglichkeiten bei SAP SE

Martina Frenzel, Stephan Siemens: Die Teamanalyse als
Instrument der betrieblichen und gewerkschaftlichen Burn-
out-Prävention

Andrea Fergen: Neue Arbeitswelt – alter Arbeitsschutz. Die
Anti-Stress-Initiative der IG Metall

Matthias Möhring-Hesse: ... und wieder nicht befriedet. Die
neue-alte Widersprüchlichkeit subjektiver Arbeit

Torsten Meireis: The Circle: Die neue Kolonisierung des
inneren Menschen