

Ausgabe Nr. 18

# Schriftenreihe zu aktuellen Themen der Schadenversicherung

**„Arbeit ist die beste Medizin“**  
Zum Problem der Invalidisierung durch  
psychische Erkrankungen

Dr. Felix Wedegärtner  
Dr. Nicola-Alexander Sittaro  
Dr. Ralf Lohse

e+s rück

# Inhalt

---

<b>Grußwort</b>	<b>1</b>
<b>„Arbeit ist die beste Medizin“ – zum Problem der Invalidisierung durch psychische Erkrankungen</b>	<b>2</b>
Die Bedeutung der Depression als Versicherungsrisiko	2
Psychische Erkrankungen und Erwerbstätigkeit	2
Gründe für das Ausscheiden depressiv erkrankter Menschen aus dem Erwerbsleben	4
Schlechte Stimmung ohne Depressionsdiagnose führt auch zu erhöhter Frühberentungswahrscheinlichkeit	5
Übertragbarkeit internationaler Ergebnisse auf Deutschland	6
Studie der E+S Rück mit der Medizinischen Hochschule Hannover – Einfluss von Depressionen und Angsterkrankungen auf Berentung und Frühversterben	6
Konzepte zur Risikominderung bei Vorliegen depressiver Erkrankungen	9
Arbeit lindert die Folgen psychischer Erkrankung, erzeugt Wertschätzung und erhöht den Selbstwert	10
<b>Zusammenfassung und Ausblick</b>	<b>11</b>
<b>Verfasser</b>	<b>12</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>12</b>
<b>Bisher erschienen</b>	<b>16</b>

## Sehr geehrte Damen und Herren,

---



Die E+S Rück als Rückversicherer für den Deutschen Markt, fördert die Zusammenarbeit und den Gedankenaustausch zwischen Wissenschaft und Praxis. Unser Anliegen ist es, nicht nur mit Kapazität zur Risiko-  
Tragung für unsere Kunden zur Verfügung zu stehen, sondern auch durch Forschung Erkenntnisse zu Tage zu fördern, um Probleme zu lösen. Dies geschieht zum Nutzen aller Beteiligten des Versicherungsgeschehens, insbesondere auch der Opfer.

Bereits in einigen Publikationen hat sich die E+S Rück mit der Wechselwirkung zwischen Medizin und dem (versicherten) Schaden im Personenschadenbereich auseinandergesetzt. Dies belegt die mit diesem Heft fortgesetzte Schriftenreihe der E+S Rück. Uns ist es ein Anliegen, nicht über die Welt der komplexen Leistungsfälle zu klagen, sondern die Probleme zu lösen oder wenn möglich, diese gar zu vermeiden.

Mit der vorliegenden Veröffentlichung haben wir das Problem der Psyche wieder aufgegriffen, die in einem Schadenfall alle Beteiligten vor kaum lösbare Probleme stellt. Während die vorhergehenden Veröffentlichungen meist die Haftpflichtversicherung beleuchteten, liegt das Augenmerk nunmehr im Personenversicherungsbereich. Konkret geht es um die Vorhersagbarkeit der Frühberentung durch psychische Erkrankungen.

Mit dieser Publikation knüpfen die Verfasser an die Polytraumastudie an, wobei man als Fazit folgern kann, dass es vermutlich eine große Schnittmenge von Patienten mit posttraumatischen Belastungs- und depressiven Störungen gibt.

Wir hoffen, dass wir durch dieses Zusammenspiel zwischen Medizin und Versicherungstechnik neue Gedanken in die Diskussion einbringen können. Gerne sind wir bereit, diesen Dialog mit unserer Kunden weiterzuführen und in weiteren Studien zu vertiefen.



Dr. Michael Pickel  
Mitglied des Vorstands

# „Arbeit ist die beste Medizin“<sup>1</sup> – zum Problem der Invalidisierung durch psychische Erkrankungen

---

## Die Bedeutung der Depression als Versicherungsrisiko

Depressive Erkrankungen haben in fast allen Versicherungssparten einen starken Einfluss auf die Kosten- und Leistungsseite.

In der Krankenversicherung repräsentieren psychische Erkrankungen die größte Anzahl von stationären Behandlungstagen; führend sind hierbei depressive Störungen.

In der Lebensversicherung sind Selbstmorde nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache bei jungen Versicherten bis zum 40. Lebensjahr.

Das besondere Risiko von Depression und Berufsunfähigkeit ist Gegenstand dieser Darstellung. Es kann aber schon hier festgestellt werden, dass sich die psychischen Erkrankungen – und als hervor gehobene Gruppe die Depressionen – an die Spitze der Ursachen für Frühberentung gesetzt haben.

Auch im Sachversicherungsbereich sind depressive Erkrankungen von großer Bedeutung. Hier spielt die Verknüpfungskette von Depression, Selbstmordgefährdung und Unfällen eine besondere Rolle. Dies trifft sowohl für die Kfz-Versicherung als auch für die Unfallversicherung zu. Für die Kfz-Versicherung gibt es auch noch den zusätzlichen Aspekt der medikamentösen Behandlung der Depression mit der Beeinflussung der Fahrtüchtigkeit. Im Regelfall reduzieren die hier eingesetzten Medikamente die Reaktionsfähigkeit eines Fahrzeugführers.

Wenn auch die Versicherungsrisiken durch Depressionen qualitativ bekannt und den Versicherungsunternehmen bewusst sind, fehlen doch Untersuchungen oder Studien zur Quantifizierung der Risiken. Die gemeinsame Studie der E+S Rück mit der Medizinischen Hochschule Hannover über die Auswirkung der Depression auf die Erwerbsfähigkeit hat erstmalig die Risikoerhöhung gemessen und zahlenmäßig festgelegt.

## Psychische Erkrankungen und Erwerbstätigkeit

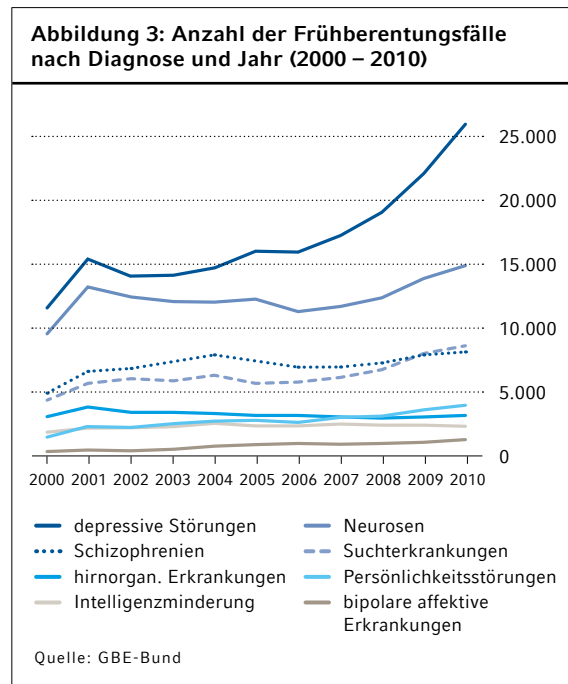
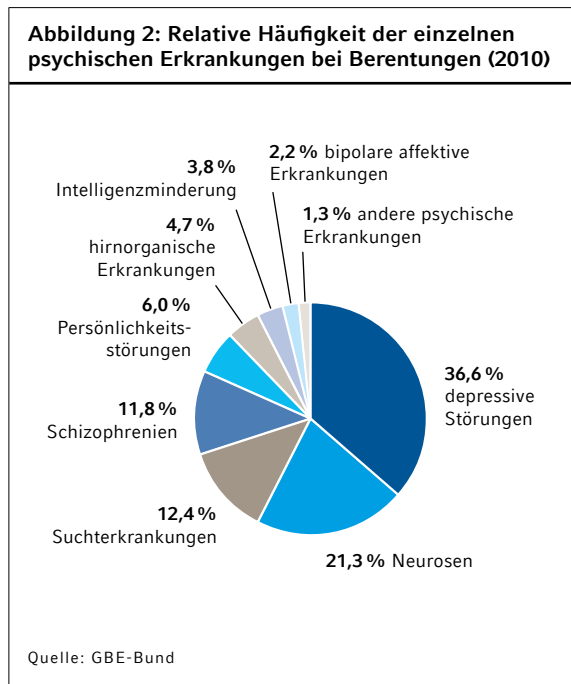
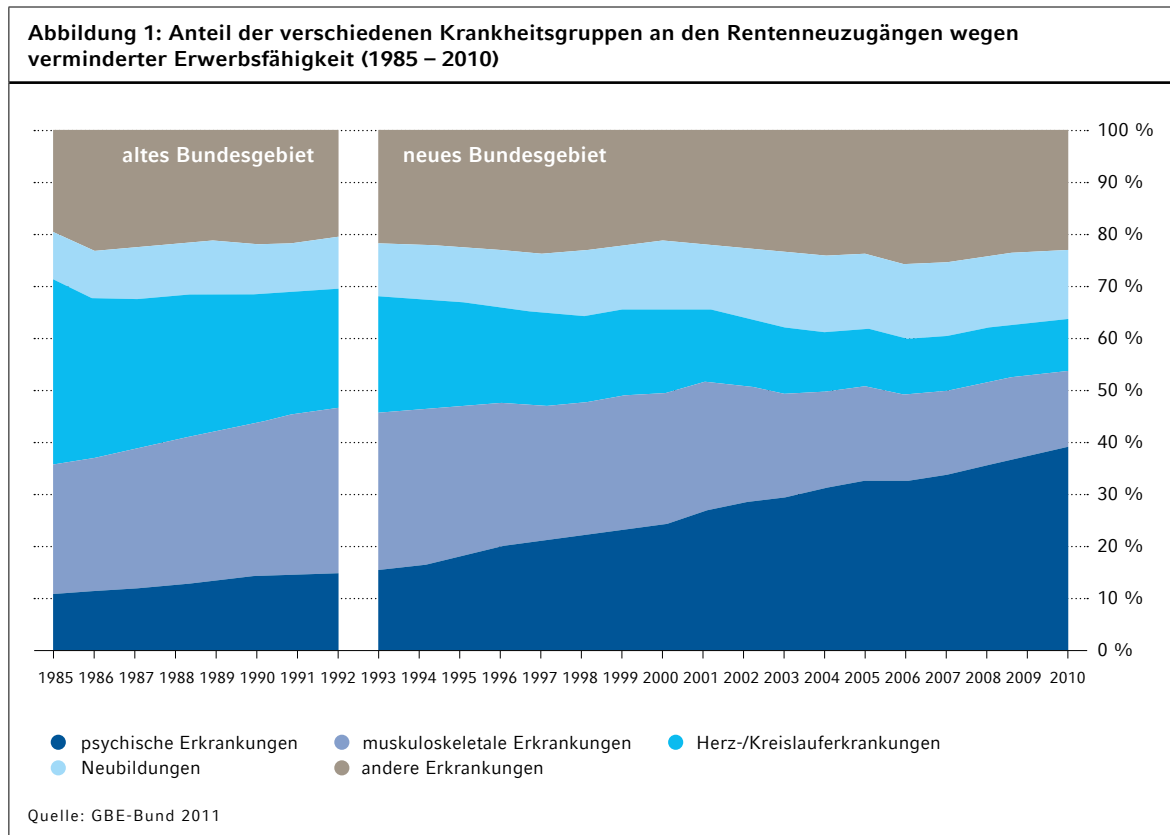
Das entscheidende Merkmal für Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ist neben der körperlichen Gesundheit die seelische Gesundheit. Es ist aber schwierig zu sagen, was seelische Gesundheit ist. Wir wissen nicht, weshalb einige Patienten aufgrund einer seelischen Erkrankung aus dem Erwerbsleben ausscheiden, obwohl andere Patienten mit der gleichen Erkrankung dieses nicht tun.

Diese Frage ist deswegen aktuell und brennend, weil die Häufigkeit psychischer Erkrankungen, insbesondere von Depressionen, unter den Erwerbstätigen seit Jahren stark zunimmt, ohne dass sich trotz moderner Behandlungsmethoden abzeichnen würde, dass dem zu begegnen ist. Der Anteil psychischer Erkrankungen in den Verfahren zur Berentung aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit ist seit Jahren steigend. Unter diesen sind Depressionen die häufigsten Erkrankungen.

Traditionell wurden psychische Erkrankungen lange Zeit nicht als größeres epidemiologisches Problem angesehen, da diese im Vergleich zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und infektiösen Erkrankungen mit geringerer Mortalität verbunden sind. Die WHO prognostiziert inzwischen, dass Depressionen bis 2030 die führende Ursache für Krankheitslast in wohlhabenden Ländern und weltweit die zweitwichtigste Todesursache werden wird (Mathers und Loncar 2006) – in Ländern mit mittlerem und geringem Pro-Kopf-Einkommen jeweils noch von HIV/AIDS und teilweise von perinatalen Krankheiten übertroffen.

1 Galenos von Pergamon, auch Aelius Galenus, griechischer Arzt und Anatom der Antike.

Diese in den Neunziger Jahren prognostizierte Entwicklung schlägt sich inzwischen in den Inanspruchnahme-  
 daten der sozialen Sicherungssysteme in ganz Europa nieder (Zechmeister 2004, Wynne und MacAnaney 2004).  
 In den letzten zwanzig Jahren hat sich die prozentuale Belastung der Rentenversicherungsträger in Deutschland  
 mit Frührentenverfahren aufgrund psychischer Erkrankungen verdreifacht.



Über die Hälfte der psychiatrischen Rentenverfahren geht heute auf Belastungsreaktionen und Depressionen zurück (Wedegärtner et al. 2007). Das durchschnittliche Berentungsalter aufgrund von Depression lag 2007 bei 50,7 Jahren. Damit lag es deutlich unter den durchschnittlichen Berentungsaltern der drei anderen wesentlichen Ursachen für Frühverrentung, den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (53,75 Jahre), Erkrankungen des Bewegungsapparats (53,65 Jahre) und Neubildungen (52,24 Jahre). Das Berentungsalter fiel in den Jahren 2000 – 2007 von 52,8 Jahren ab (Statistisches Bundesamt 2011).

## Gründe für das Ausscheiden depressiv erkrankter Menschen aus dem Erwerbsleben

Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Depression ist wechselseitig. Depressionen mindern das Arbeitsergebnis (Steward et al. 2003) und sind damit assoziiert, die Arbeit zu verlieren (Coryell et al. 1993, Lerner et al. 2004). Umgekehrt ist die Arbeit der wichtigste Stabilisationsfaktor bei schweren Lebenskrisen als zentraler Ort mit sozialen Beziehungen (Cohen und Wills 1985, Cobb 1976).

Schichtarbeit, eine unbefriedigende Arbeitssituation, als schlecht wahrgenommenes Management, geringer Einfluss auf Arbeitseinteilung, hohe Belastung durch Stress am Arbeitsplatz und drohende Arbeitslosigkeit haben einen negativen Effekt auf Langzeitarbeitsunfähigkeit und folgende Invalidisierung (Rosmond et al. 1998; Stover et al. 2007). Dabei ist aber interessant, dass Migranten offensichtlich in der gleichen Situation weniger mit psychischen Symptomen reagieren (Rosmond et al. 1998).

Mangelnde Arbeitszufriedenheit begünstigt weiterhin den Übergang von akuten in chronische Rückenbeschwerden. Umgekehrt schützt hohe Arbeitszufriedenheit davor (Williams et al. 1998). Dies ließ sich bei psychischen Erkrankungen ebenfalls aufzeigen.

Die sogenannte „Whitehall II-Studie“, an der eine Kohorte von 10.308 britischen Angestellten im öffentlichen Dienst teilnahm, belegte einen Zusammenhang zwischen bestimmten Arbeitsanforderungen und psychischer Erkrankung (Stansfeld et al. 1999). Eine psychische Erkrankung scheint begünstigt zu werden durch niedrigen sozialen Zusammenhalt im Arbeitskontext, niedrige Entscheidungsbefugnisse, hohe Anforderungen und – in dieser Kombination – hohe Anforderungen bei geringem persönlichen Ertrag. Hohe Anforderungen waren im Studienkontext definiert durch: hohen Konkurrenzdruck, Überengagiertheit oder feindselige Arbeitsatmosphäre. „Niedriger Ertrag“ war als schlechte berufliche Fortentwicklung- oder Beförderungsmöglichkeit definiert (Stansfeld et al. 1999). Ähnliche Ergebnisse lieferte eine Studie mit schwedischen Postangestellten (Voss et al. 2001).

Besondere Aufmerksamkeit erhielten in letzter Zeit die Untersuchungen der Beziehung zwischen Vorgesetzten und Untergebenen, d. h. das Ausmaß, in dem betriebliche Entscheidungsprozesse alle betroffenen Parteien berücksichtigen, sie fair und konsistent sind sowie nützliche Rückmeldungen und die Möglichkeit des Widerspruchs beinhalten (Ferrie et al. 2006). Ein Mangel an respektvollem, transparenten und fairem Umgang in der innerbetrieblichen Organisation ist mit vermehrtem Auftreten psychischer Erkrankungen in der Belegschaft assoziiert (Kivimäki et al. 2003).

Auf der Basis dieser Erkenntnisse wächst die Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen, die das Arbeitsumfeld, die Erwartungen, die Problemstellungen und Ängste vor Überforderung, Mobbing, Arbeitslosigkeit und eigenem wirtschaftlichem Niedergang besser berücksichtigen (Wallstedt-Paulsson et al. 2007; Hansen et al. 2006). Zu Recht wird allerdings darauf hingewiesen, dass mit diesem Ansatz im individuellen Kontakt unüberwindbare therapeutische Hindernisse zu erwarten sind, beispielsweise, wenn tatsächlich die Karriereaussichten schlecht sind, das Arbeitsumfeld feindselig ist oder Arbeitslosigkeit droht (Kawachi 2006).

Für den deutschen Markt sind außerdem noch die berufsgruppentypischen Versicherungssysteme zu berücksichtigen. Bestimmte Berufsgruppen sind – zumindest teilweise – nicht über die gesetzliche Rentenversicherung gegen Berufsunfähigkeit abgesichert. Einige müssen sich vollständig gegen Berufsunfähigkeit versichern, während andere nur bestimmte Deckungslücken versichern müssen. Beamte auf Lebenszeit sind über den Dienstherrn gegen Berufsunfähigkeit versichert. Insbesondere die Gruppe der Beamten scheidet häufig aufgrund von psychischen Erkrankungen (z. B. 45 % aller einen entsprechenden Antrag stellenden Schulleiter in Bayern), vor allem aufgrund von Depressionen (57 %), aus dem Berufsleben aus (Weber et al. 2005). Gerade für Berufsbeamte sind hohe Belastungsfaktoren im Sinne der Whitehall-II-Studie im Arbeitsalltag zu vermuten.

Neben der Arbeitssituation wurde eine Reihe von Risikofaktoren für depressive Erkrankungen identifiziert, wie Alter, Geschlecht, die soziale Situation, körperliche Erkrankungen und Behinderungen, wirtschaftliche Einflussfaktoren und negative Lebensereignisse.

Eine größere Länge einer depressiven Episode, das Alter, männliches Geschlecht und niedriger sozioökonomischer Status sind jeweils mit erhöhtem Risiko einer dauerhaften Invalidisierung durch Depressionen verbunden (Rytsälä et al. 2007).

### **Schlechte Stimmung ohne Depressionsdiagnose führt auch zu erhöhter Frühberentungswahrscheinlichkeit**

Es gibt Hinweise darauf, dass Depressivität als grundsätzliche Stimmungslage das Risiko, frühzeitig aus dem Berufsleben auszusteigen, erhöht, ohne dass eine manifeste Depression auftritt (Karpansalo et al. 2005). Hierzu wurden in Finnland 1.726 zufällig ausgewählte Männer im Alter von 42, 48, 54 und 60 Jahren mit einem Testinstrument untersucht, der sogenannten HPL-Depressivitätsskala, und der Verlauf in den Jahren 1984 bis 2000 beobachtet.

Im Ergebnis waren am Studienende 83,4 % der Teilnehmer berentet, davon

- 48,7 % aufgrund einer Erkrankung vorzeitig,
- 19,2 % vorzeitig aus anderen Gründen,
- 32,1 % aus Altersgründen.

Die häufigsten Krankheitsgründe für eine Berentung waren muskuloskeletale Erkrankungen (39,3 %), Herz-Kreislauferkrankungen (28,2 %) und seelische Erkrankungen (16,9 %; n = 142, andere: 15,5 %). Von den seelisch Erkrankten und berenteten Personen hatten 52,8 % eine Depression.

Je ausgeprägter das depressive Empfinden als grundsätzliche Stimmungslage bei Studienbeginn war, desto höher war die Wahrscheinlichkeit, am Studienende frühberentet zu sein und zwar unabhängig von der berentungsbegründenden Diagnose.

Menschen mit niedrigen Depressivitätswerten bei Einschluss wurden im Durchschnitt mit 59,1 Jahren berentet, die mit hohen Depressivitätswerten im Durchschnitt schon mit 57,6 Jahren.

Dies belegt den Umfang, in welchem grundsätzliche Lebens- und Gesundheitseinstellungen und Selbstwahrnehmung Rentenverfahren beeinflussen, zumal auf das tatsächliche Vorhandensein chronischer Erkrankungen adjustiert wurde.

<b>Abbildung 4: Berentungswahrscheinlichkeit sechzehn Jahre nach Erhebung der grundsätzlichen Stimmungslage. Schlechte Stimmung bewirkt eine erhöhte Berentungswahrscheinlichkeit unabhängig von seelischen Erkrankungen in anderen Morbiditätsbereichen oder auch, wenn keine Diagnose gestellt wird.</b>					
Depressivität bei Studienbeginn	alle Frühberentungen	aufgrund seelischer Erkrankungen	aufgrund muskuloskeletaler Erkrankungen	aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen	keine Erkrankung, aber frühberentet
III. Terzil (n = 600)	1,43	2,74	1,40	1,61	1,86
II. Terzil (n = 559)	1,06	1,32	1,17	1,07	1,04
I. Terzil (n = 567)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Quelle: Karpansalo et al. 2005

(Werte adjustiert auf Alter, Ausbildung, BMI, Alkoholkonsum, Rauchen, Lungenfunktion, chronische Erkrankungen)

## Übertragbarkeit internationaler Ergebnisse auf Deutschland

Es handelt sich hierbei ausschließlich um Ergebnisse aus Stichproben von Krankenhauspatienten. Es ist aber bekannt, dass die absolute Mehrzahl der Patienten mit Depressionen ausschließlich ambulant behandelt werden (Wittchen et al. 2002), so dass sich aus diesen Studien kaum Erkenntnisse über die Auswirkungen der Depression auf die Mehrzahl der Betroffenen ergeben.

Aus methodischen Gründen lassen sich die meisten Studien auf diesem Fachgebiet leider auch nur in engen Grenzen auf deutsche Verhältnisse übertragen. Die Deckungsgleichheit der jeweils verwendeten Begriffe von Behandlung, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität kann aufgrund unterschiedlicher Strukturen der Gesundheitsversorgung und unterschiedlicher Arbeitsmarktrealitäten nicht immer angenommen werden.

## Studie der E+S Rück mit der Medizinischen Hochschule Hannover – Einfluss von Depressionen und Angsterkrankungen auf Berentung und Frühversterben

Die E+S Rück und die MHH führen seit 2007 eine gemeinsame, mehrstufige Studie zu den Auswirkungen seelischer Erkrankungen auf Frühversterben und permanente Invalidität durch. Das Ziel der Studie ist es, spezifische Frühinterventionen für psychische Erkrankungen in der Berufsunfähigkeitsversicherung und privaten Krankenversicherung zu entwickeln und zu evaluieren. Dies erforderte umfangreiche Vorarbeiten. In dem zuletzt abgeschlossenen Teil wurde die Auswirkung des scharf definierten Lebensereignisses Arbeitsunfähigkeit mit oder ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund psychischer Erkrankungen auf Frühversterben und permanente Invalidität untersucht.

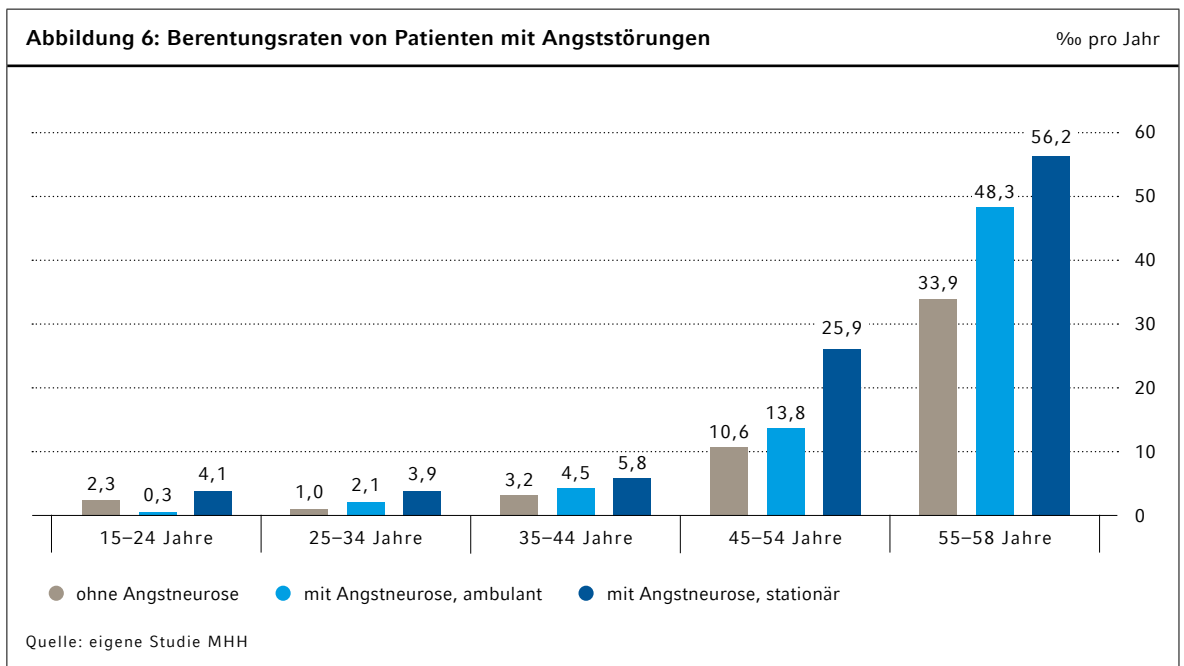
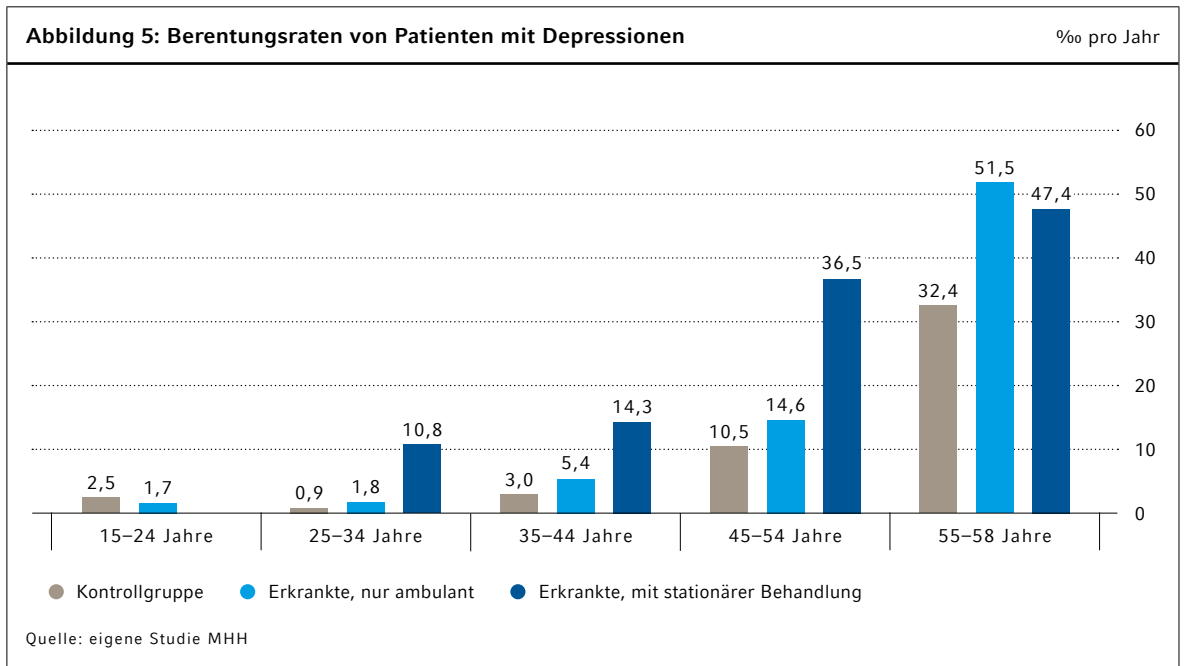
Insgesamt wurden in dieser Studie 125.019 Lebensverläufe von gesetzlich Krankenversicherten nachverfolgt. Es konnte der Einfluss von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Depressionen mit oder ohne zugleich erfolglicher stationärer Behandlung auf permanente Invalidisierung und Frühversterben analysiert werden.

Es zeigte sich, dass bereits solche Patienten, die „nur“ ambulant behandelt werden, ein erhöhtes Berentungsrisiko hatten. Dieses Risiko stieg, wenn eine stationäre Behandlung hinzukam. Obwohl unter den Betroffenen nur ein Drittel Männer waren, hatten diese ein schlechteres Langzeitergebnis als Frauen in Bezug auf Berentung.

Insgesamt musste bei Vorliegen der Diagnose Depression im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten ohne Depressionsdiagnose mit einem etwa drei bis vierfach erhöhten Risiko einer permanenten Invalidisierung im Beobachtungszeitraum gerechnet werden.

Die Studie zeigte auch, dass stationäre Behandlungen aufgrund von Depressionen mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert sind. Das Risiko entsprechend Betroffener, vor dem Alter von 74 Jahren zu versterben, war auf das 1,4-fache erhöht.



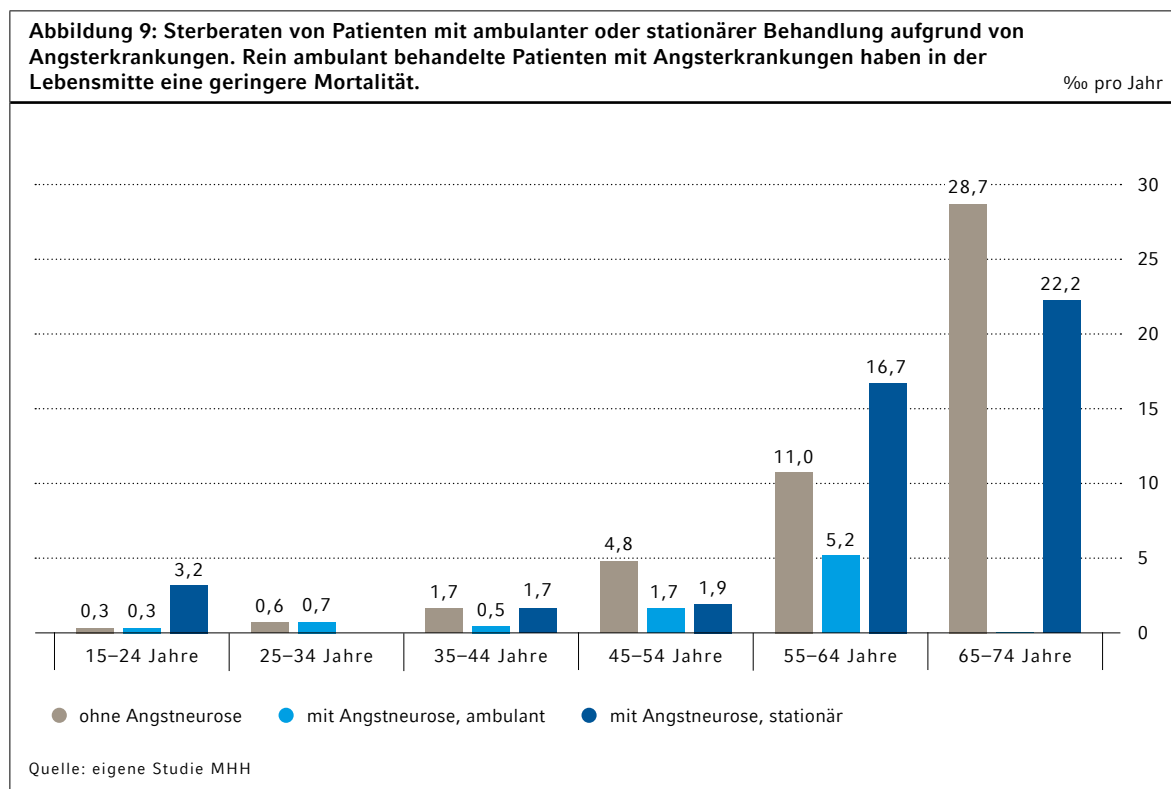
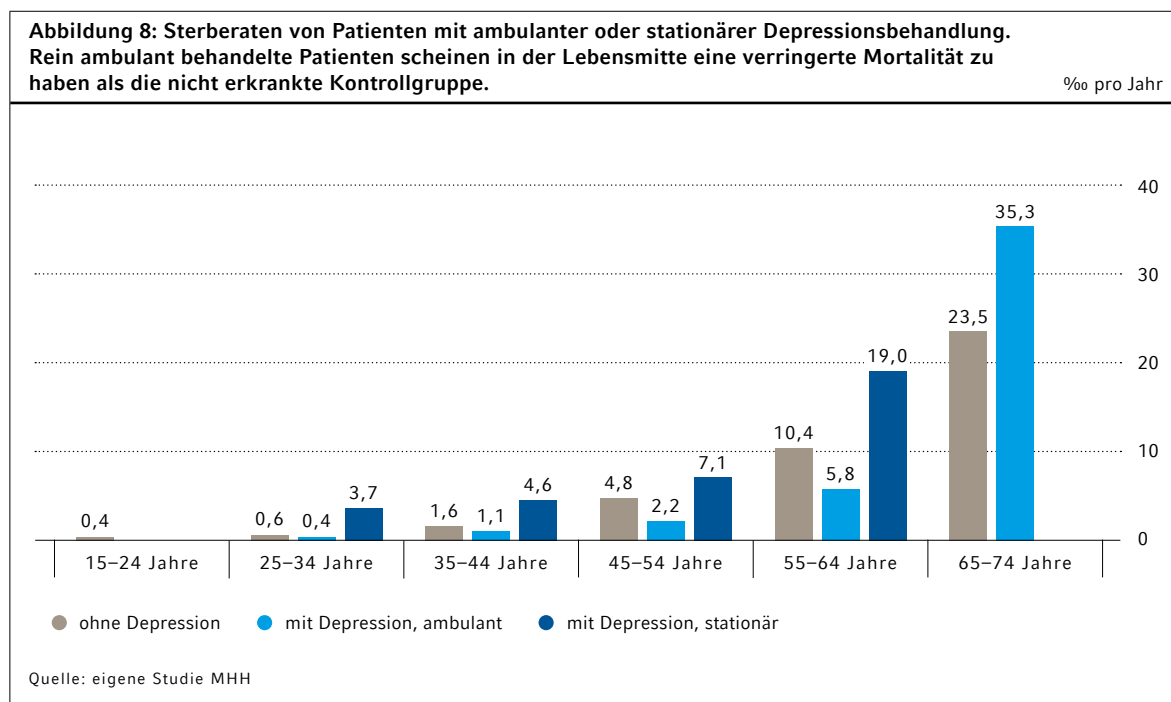


**Abbildung 7: Frühberentungs- respektive Frühversterbenswahrscheinlichkeit im Vergleich zur nicht erkrankten Bevölkerung bei Vorliegen von Depressionen und Angststörungen**

Outcome	Studiengruppe	Odds Ratio
Frühberentung	Depressionen nur ambulant behandelt	1,77
	Depressionsbehandlung auch stationär behandelt	3,47
	Angststörungen nur ambulant behandelt	(n. sig.) 0,87
	Angststörungen auch stationär behandelt	1,44
Frühversterben	Depressionen nur ambulant behandelt	1,40
	Depressionsbehandlung auch stationär behandelt	2,10
	Angststörungen nur ambulant behandelt	0,33
	Angststörungen auch stationär behandelt	(n. sig.) 0,77

Quelle: eigene Studie MHH

Hingegen waren Angsterkrankungen in der Studie in der Mehrzahl nicht mit einer erhöhten Mortalität verbunden. Vielmehr zeigte sich, insbesondere in der Lebensmitte, eine eher verringerte Mortalität. Dieses bislang nur vermutete (Lee et al. 2005) und bedeutende wissenschaftliche Resultat konnte erstmals an einem größeren Datensatz nachgewiesen werden. Insgesamt zeigt sich bei den Angsterkrankungen ein ungünstiges Muster aus erhöhter Berentungswahrscheinlichkeit und verringerter Mortalität, das die Frage provoziert, welche Interventionsmöglichkeiten es bei einer solchen Konstellation überhaupt gibt.



## Konzepte zur Risikominderung bei Vorliegen depressiver Erkrankungen

Aufgrund der hohen Kosten, die durch psychisch bedingte Invalidität und Krankheit entstehen, haben die unterschiedlichen Kostenträger inzwischen eine Vielzahl von Programmen zur Verbesserung der Behandlung aufgelegt, teilweise sogar mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (PRoMPT-Projekt, Frankfurt, ein hausarztbasiertes Programm).

In einem internen Pilotprojekt überprüfte die Deutsche Rentenversicherung die Motivationslage von Rentenbeziehern, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine volle Erwerbsminderung hatten und aufgrund dieser Erkrankung eine befristete Rente bezogen. Zuvor war ebenfalls die Erkenntnis gewonnen worden, dass Teilnehmer an einem Projekt zur ambulanten psychosomatischen Nachsorge nach Rehabilitation in der Fünfjahres-Katamnese keine längeren Beitragszeiten in der Rentenversicherung hatten als Nichtteilnehmer (Kobelt et al. 2004). Dieses Programm war also wirkungslos.

Es scheint so, dass Menschen, die trotz der psychischen Erkrankung eine hohe Anzahl an Alltagsaktivitäten oder Interessen aufrechterhalten, einen höheren Wunsch nach Wiedereingliederung haben. Aus den Persönlichkeitsinventaren kristallisierten sich der Wunsch nach Umsorgtwerden sowie der Wunsch nach Beratung als signifikante Einflussfaktoren heraus. Nicht signifikante Einflussfaktoren waren Alter, Geschlecht, Wunsch nach Rehabilitation, Symptomausprägung, Rentenhöhe und vorheriges Einkommen.

Dennoch fallen von Depressionen und Angsterkrankungen betroffene Patienten buchstäblich zwischen die Sicherungssysteme. Der krankschreibende Hausarzt ist in der Regel nicht der behandelnde Facharzt. Um diesen Facharzt zu finden, muss sich der Patient aktiv kümmern. Dies ist aufgrund von Wartezeiten zusätzlich erschwert. Wenn ein Patient einen behandelnden Facharzt gefunden hat, wird dieser sich wiederum nicht um die berufliche Wiedereingliederung der Patienten kümmern, weil er dafür nicht zuständig oder ausgebildet ist. Da der Krankenversicherer nicht zugleich die Rehabilitationslasten trägt, wird sich dieser ebenfalls nicht zuständig fühlen. Der Rentenversicherer, der die Rehabilitationsleistungen trägt, kann dadurch aber oft erst zu spät tätig werden. Aus der Kenntnis dieser Strukturen ergeben sich Handlungsmöglichkeiten im Bereich der Berufsunfähigkeitsversicherung. Und zwar dann, wenn der Versicherer sich entscheidet, ein Interventionsprogramm zur Verfügung zu stellen.

Case Management, also eine gut organisierte und auf den einzelnen Fall zugeschnittene Hilfeleistung, kann bei längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben (Gensichen et al. 2005). Um die Versorgung chronisch Erkrankter zu verbessern, ist eine Reihe von Aspekten identifiziert worden, die im Prozess der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen hinderlich sind, und zwar: die Diskontinuität und Fragmentation im Erbringungsprozess, die mangelhafte Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern sowie Personalwechsel (Gerlach et al. 2006), welche bewirken, dass der laufende Therapieprozess immer wieder durch Sondersituationen unterbrochen wird. Im Falle der Versorgung von depressiven Patienten führt dieses zu verfrühten Therapieabbrüchen, die das Risiko eines schlechten Krankheitsverlaufs erhöhen (Ahrens und Linden 1991). Alle diese Probleme können durch eine Intervention aus einer Hand überwunden werden.

## Arbeit lindert die Folgen psychischer Erkrankung, erzeugt Wertschätzung und erhöht den Selbstwert

Entsprechend der besonderen Wünsche von Berufsunfähigkeitsversicherten liegt der Schwerpunkt des Heran-gehens daher darin, Persönlichkeitsausrichtung und Arbeitsanforderungen wieder in Deckung zu bringen, getreu dem Motto „Arbeit ist die beste Medizin“. Der therapeutischen Arbeit liegt das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Prochaska et al. 1997) zugrunde. Hierbei kommt es anfangs zu hochfrequenten Kontakten mit dem „Case Manager“. Die Person des „Case Managers“ muss nicht einer bestimmten Berufsgruppe ange-hören. Sie sollte allerdings die folgenden Anforderungen des Programms erfüllen können:

- Ansprechpartner und Begleitperson sein,
- eine fundierte sozialrechtliche Beratungskompetenz bieten,
- eine Bedarfsanalyse und einen Förderplan aufstellen,
- die Vernetzung und Koordination der ambulanten medizinischen Versorgung sicherstellen,
- Motivation zur gesellschaftlichen Teilhabe und Aktivität fördern
- und die Indikationsstellung und Koordinierung der drei Managementbausteine vornehmen können.

Die drei Managementbausteine laufen nacheinander ab und haben die folgenden thematischen Schwerpunkte:

1. Begleitung, Vorbereitung und Motivierung
2. Orientierung und Belastungserprobung (zum Beispiel in einer Werkstatt für Behinderte, GZH)
3. Umsetzung und Weiterentwicklung

## Zusammenfassung und Ausblick

Behandlungen, Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen aufgrund von Depressionen und Angsterkrankungen haben in den letzten zwei Jahrzehnten massiv zugenommen. In der vorliegenden Studie konnten deutlich die Effekte gezeigt werden, die von Depressions- und Angsterkrankungen auf die Teilnahme am Erwerbsleben und die restliche Lebenserwartung ausgehen. Erstmals erfolgte eine alters- und geschlechtsstratifizierte Analyse, die insbesondere den ambulanten Bereich beachtet. Sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen gehen mit einer teilweise erheblich erhöhten Wahrscheinlichkeit einher, auf dem Wege der Invalidisierung aus dem Berufsleben auszuschneiden. Gerade für jüngere Erkrankte sind die Folgen dramatisch, da eine Berentung in diesem Alter immer mit einem deutlich verminderten Lebenseinkommen verbunden ist.

Es sind insbesondere die psychischen Erkrankungen, die von einer fragmentierten und unsystematischen Behandlung einen großen Schaden haben. Es überlappen sich im Bereich psychischer Erkrankungen die Angebote der Rehabilitationsträger mit denen der Krankenversicherer. Dieses führt aber nicht zu einer Verbesserung der Lage, sondern trägt bei schwierig gelagerten Fällen die Gefahr des Betriebs eines „Verschiebehahnhofs“ in sich. Hiervon sind auch die Berufsunfähigkeitsversicherer betroffen, die von der genannten Morbiditätszunahme betroffen sind, aber im Vergleich zu Kranken- und Rentenversicherern bislang kaum Interventionsmöglichkeiten haben. Dabei sind sie für die Aufgabe prädestiniert, schwere Folgen psychischer Erkrankungen auf die Berufsausübung nicht nur abzusichern sondern auch abzuwenden. Allerdings sollte ein Interventionsprogramm nicht versuchen, die Instrumente der gesetzlichen sozialen Sicherung zu replizieren, sondern dort ansetzen, wo sie für diesen Aspekt nicht anforderungsgerecht sind.



# Verfasser

---

Dr. Felix Wedegärtner  
Medizinische Hochschule Hannover  
Zentrum für Seelische Gesundheit

Dr. Nicola-Alexander Sittaro  
Ärztlicher Direktor E+S Rück

Dr. Ralf Lohse  
Lebensrückversicherung E+S Rück  
Hauptreferent

## Literaturverzeichnis

---

**Ahrens B, Linden M.**

Factors of chronification for depression [in German]. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1991;133,49–50.

**Beaudet MP.**

Depression. *Health Reports* 1996;7:11–24.

**Bebbington P, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M., Meltzer H.**

The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Int Rev Psychiatry* 2003;15:74–83.

**Bijl RV, Ravelli, A, van Zessen G.**

Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998 Dec;33(12):587-95.

**Bland RC.**

International health and psychiatry. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 11–15.

**Brugha T, Bebbington PE, MacCarthy B, Potter J, Sturt E, Wykes T.**

Social networks, social support and the type of depressive illness. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:664–673.

**Cobb S.**

Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38(5):300-314.

**Cohen S, Wills TA. Stress,**

Social Support, and the Buffering Hypotheses. *Psychol Bull* 1985;98(2):310-357.

**Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL.**

The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiat* 1993;150(5):720-727.

**Danielsson U, Johansson EE.**

Beyond weeping and crying: A gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2005; 23(3):171-177.

**Emslie C, Ridge D, Ziebland S, Hunt K.**

Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science and Medicine* 2006; 62(9):2246-2257.

**Ferrie JE, Head J, Shipley M, Vahtera J, Marmot MG, Kivimäki M.**

Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity: The Whitehall II study. *Occup Environ Med* 2006;63(7):443-450.

**Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, v Korff M, Ormel H.**

Case Management to improve major depression in primary health care - a systematic review. *Psychological Medicine* 2005;35:1-8.

**Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, and Gensichen J.**

New perspectives in the primary care of the chronically ill - Against the „tyranny of the urgent“: Part 1: Chronic diseases as a challenge for primary care. *Z.Arztl.Fortbild.Qual.Sich.* 2006;100 (5):335-343.

**Goldberg DP, Huxley P.**

*Common Mental Disorders: A Biosocial Model.* London: Routledge, 1996.

**Hansen A, Edlund C, Henningson M.**

Factors relevant to a return to work: A multivariate approach. *Work* 2006;26(2):179-90.

**Karpansalo M, Kauhanen J, Lakka TA, Manninen P, Kaplan GA, Salonen JT.**

Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *J Epidemiol Community Health.* 2005 Jan;59(1):70-4.

**Kawachi I.**

Injustice at work and health: causation or correlation? *Occup Environ Med* 2006;63:578-579.

**Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, et al.,**

Organisational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occup Environ Med* 2003;60:27-33.

**Kobelt A, Nickel L, Grosch EV, Lamprecht F, Künsebeck HW.**

Participation in Psychosomatic Outpatient Care after In-Patient Rehabilitation [Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation] *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2004; 54 (2), 58-64.

**Lee WE, Wadsworth MEJ, Hotopf M.**

The protective role of trait anxiety: A longitudinal cohort study. *Psychological Medicine* 2006; 36(3):345-351.

**Lerner D, Adler DA, Chang H et al.,**

Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatr Serv* 2004;55:1371-1378.

**Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M.**

Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiology* 2003;157,98-112.

**Mathers CD, Loncar D.**

Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006 Nov;3(11):442.

**Melzer D, Fryers T, Jenkins R.**

Social Inequalities and the Distribution of the Common Mental Disorders. Hove and New York: Psychology Press Ltd., 2004.

**Prochaska JO, Velicer WF.**

The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Prom* 1997;12;38-48.

**Rosmond R, Lapidus L, Björntrop P.**

A cross-sectional study of self-reported work conditions and psychiatric health in native Swedes and immigrants. *Occup Med* 1998;48:309-14.

**Rytsälä HJ, Melartin TK, Leskelä US, Sokero TP, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET.**

Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:206–213.

**Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ.**

Work characteristics predict psychiatric disorder: Prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1999;56:302-307.

**Statistisches Bundesamt, Robert-Koch-Institut (Hrsg.).**

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bonn, Berlin: 20011.

**Steward WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D.**

Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003;289(23):3135-3144.

**Stover B, Wickizer TM, Zimmerman F, Fulton-Kehoe D, Franklin G.**

Prognostic factors of long-term disability in a workers' compensation system. *J Occupational Environmental Med* 2007;49(1):31-40.

**Villamil E, Huppert FA, Melzer D.**

Low prevalence of depression and anxiety is linked to statutory retirement ages rather than personal work exit: a national survey. *Psychol Med.* 2006 Jul; 36(7): 999-1009.

**Voss M, Floderus B, Diderichsen F.**

Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: A study based on Sweden Post. *Occup Environ Med* 2001;58:178-184.

**Wallstedt-Paulsson E, Erlandsson LK, Eklund M.**

Client experiences in work rehabilitation in Sweden: A one-year follow-up study. *Occup Ther Intl* 2007;47(1): 28-41.

**Wedegaertner F, Sittaro NA, Emrich HM, Dietrich DE.**

Disability caused by affective disorders – What do the federal German health report data teach us? *Psychiatr Prax Suppl* 2007; 34(3).

**Williams RA, Pruitt SD, Doctor JN, Epping-Jordan JE, Wahlgren DR, Grant I, Patterson TL, Webster JS, Slater MA, Atkinson JH.**

The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain. *Arch Phys Med Rehab* 1998;79(4):366-374.



**Wittchen HU, Pittrow D.**

Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum Psychopharmacol. 2002 Jun;17 Suppl 1: S1-11.

**Wynne R, MacAnaney D.**

Employment and disability (128): Back to work strategies. Dublin: European Foundation for Work and Living Conditions, 2004.

**Zechmeister I.**

Financing mental health systems. – Austria. London: Mental Health Economics European Network, 2004.

## Bisher erschienen:

---

### Nr. 1

**M. Rehfeldt, N.-A. Sittaro, E. Wehking**

Psychische Folgeschäden

Ein Problem in der Unfall- und

Haftpflichtversicherung

### Nr. 2

**J. Brollowski, A. Kelb, H. Lemcke, E. Wehking**

E+S Rück Fachtagung

Haftpflichtschaden und Psyche

### Nr. 3

**I. Geis, Th. Hoeren, Chr. Nießen, J. Roth**

Neue Medien – Neue Risiken:

Haftpflichtfragen rund um das Internet

### Nr. 4

**Chr. Günther**

Gebührenrecht – Legal Expenses:

Rechtskosten und Schadensersatz im

deutschen und US-amerikanischen

Haftungsrecht

### Nr. 5

**H.-G. Bollweg, J. Brollowski, H. Lemcke,**

**G. Wagner**

Quo vadis Deliktsrecht?

Änderungen im Schadenersatzrecht und deren

Auswirkungen auf Versicherer und Verbraucher

### Nr. 6

**J.-Ch. Deister, A. Kelb**

Neues Schadenersatzrecht ab 1. August 2002

Auswirkungen auf die Versicherungsbranche mit

Schwerpunkt in der Kraftfahrzeughaftpflicht

### Nr. 7

**M. Bantje**

EU-Versicherungsvermittlerrichtlinie –

Umsetzung der Deckungsvorsorgepflicht

### Nr. 8

**I. Dautert, F. Reddering, M. Schönermark,**

**P. Weidinger**

Fachtagung der E+S Rück

Arzt- und Krankenhaushaftpflicht zwischen

hippokratischem Eid und Verrechtlichung

der Medizin

### Nr. 9

**J. Berthold**

Der Betrug zum Nachteil von Versicherungen

### Nr. 10

**T. Dolde, S. Hartwig, C. Merten, H.-P. Neitzke**

Fachtagung der E+S Rück

Emerging Risks – Schadenpotenziale der Zukunft

### Nr. 11

**C. Pfennig**

Die vergessene Generation?

Ein Marketingkonzept zur bedarfsgerechten

Absicherung der Senioren in der privaten

Sachversicherung

### Nr. 12

**N.-A. Sittaro, R. Lohse**

Hannover-Polytrauma-Langzeitstudie (HPLS)

Forschungsarbeit zur Erfassung und Bewertung

der Langzeitfolgen nach schweren Unfällen

### Nr. 13

**E. Stenberg, A. Bruns, G. Köhler, M. Surminski,**

**H. Ihlas, K. Arnold, O. Sieg**

Pharma- und D&O-Risiken im Spiegel

der Versicherungswirtschaft

Fachtagungen der E+S Rück

## Bisher erschienen:

---

### **Nr. 14**

**A. Lührßen, K. Krahn, W. Kalkmann**

Die Problematik der Versicherbarkeit  
von Biodiversitätsschäden:  
Methoden der monetären Bewertung  
von Umweltschäden

### **Nr. 15**

**C. Voets**

Erfassung, Bewertung und Sanierung  
von Biodiversitätsschäden nach dem Umweltscha-  
densgesetz

### **Nr. 16**

**M. Otto, S. Busch**

ES HagelIT – Modellierung der Hagelgefahr in der  
deutschen Kaskoversicherung

### **Nr. 17**

**F. Duranel, M. Ceraldi, S. Keller, Th. Rogantini,  
Th. Ament, C. Föllmer, J. Grüber**

Kraftfahrzeug-Haftpflicht international  
Fachtagung der E+S Rück

**Herausgeber**

E+S Rückversicherung AG  
Karl-Wiechert-Allee 50  
30625 Hannover  
Tel. +49 511 5604-0  
Fax +49 511 5604-1188

**Autoren:**

Dr. Felix Wedegärtner  
Dr. Nicola-Alexander Sittaro  
Dr. Ralf Lohse

Erschienen im Januar 2012.

**[www.es-rueck.de](http://www.es-rueck.de)**

Alle Rechte vorbehalten.

Nachdruck oder Übersetzung mit Angabe der Quelle gestattet.

Die Urheberrechte hat die E+S Rück.

Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Autoren, die hier ihre Auffassung mitteilen.

Diese muss nicht mit der Auffassung der E+S Rück übereinstimmen.