

Nervenarzt 2005 · 76:1421–1431
 DOI 10.1007/s00115-005-1996-4
 Online publiziert: 31.10.2005
 © Springer Medizin Verlag 2005



CME.springer.de Zertifizierte Fortbildung für Kliniker und Niedergelassene!

Die CME-Teilnahme an diesem Fortbildungsbeitrag erfolgt online auf CME.springer.de und ist Bestandteil des Individualabonnements dieser Zeitschrift. Abonnenten können somit ohne zusätzliche Kosten teilnehmen.

Unabhängig von einem Zeitschriftenabonnement ermöglichen Ihnen CME-Tickets die Teilnahme an allen CME-Beiträgen auf CME.springer.de. Weitere Informationen zu CME-Tickets finden Sie auf CME.springer.de.

Registrierung/Anmeldung

Haben Sie sich bereits mit Ihrer Abonnementnummer bei CME.springer.de registriert? Dann genügt zur Anmeldung und Teilnahme die Angabe Ihrer persönlichen Zugangsdaten. Zur erstmaligen Registrierung folgen Sie bitte den Hinweisen auf CME.springer.de.

Online teilnehmen und 3 CME-Punkte sammeln

Die CME-Teilnahme ist nur online möglich. Nach erfolgreicher Beantwortung von mindestens 7 der 10 CME-Fragen senden wir Ihnen umgehend eine Bestätigung der Teilnahme und der 3 CME-Punkte per E-Mail zu.

Zertifizierte Qualität

Diese Fortbildungseinheit ist zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Folgende Maßnahmen dienen der Qualitätssicherung aller Fortbildungseinheiten auf CME.springer.de: Langfristige Themenplanung durch erfahrene Herausgeber, renommierte Autoren, unabhängiger Begutachtungsprozess, Erstellung der CME-Fragen nach Vorgaben des IMPP mit Vorabtestung durch ein 22-köpfiges Board von Fachärzten.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung:

Springer Medizin Verlag GmbH
Fachzeitschriften Medizin/Psychologie
CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

M. Linden · C. Weidner

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité
 und der Rehabilitationsklinik Seehof, Teltow/Berlin

Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen

Zusammenfassung

Arbeitsunfähigkeit (AU) ist ein sozialrechtlicher Status, der Patienten im Fall von Krankheit vor nachteiligen sozialen Konsequenzen und gesundheitlichen Folgeschäden absichern soll. Nach den AU-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen handelt es sich bei Arbeitsunfähigkeit fachlich nicht um eine „Krankschreibung“ sondern eine „Unfähigkeitsfeststellung“. In Deutschland sind ca. 4% der Arbeitnehmer aktuell arbeitsunfähig, insgesamt etwa 2 Wochen pro Versichertem und Jahr. Die Rate der AU-Bescheinigungen hängt nicht nur von der Krankheit und dadurch bedingten Fähigkeitsstörungen ab, sondern wesentlich auch von arbeitsmarkt- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen. Psychische Erkrankungen führen etwa doppelt so häufig zur AU wie somatische Erkrankungen. Die Feststellung einer AU soll den Patienten schützen, sie kann aber auch erhebliche negative Folgen haben und zu einer Chronifizierung von Krankheit beitragen. AU-Feststellungen durch Ärzte halten in etwa 75% der Fälle einer kritischen Überprüfung nicht stand. Eine Erklärung ist, dass nicht Krankheit und psychopathologische Symptome entscheidungsrelevant sind, wie Patienten und manchmal auch Ärzte fälschlicherweise annehmen, sondern nur daraus resultierende Fähigkeitsstörungen, die sich auf die individuellen Arbeitsanforderungen auswirken, d. h. eine „Partizipationsstörung“ zur Folge haben.

Schlüsselwörter

Arbeitsunfähigkeit · Phobische Arbeitsplatzvermeidung · Funktionsstörungen · Fähigkeit zu Aktivität und Teilhabe · Partizipationsstörungen · ICF-Kriterien

Work disability from mental disorders

Summary

Sick leave certifications allow patients to stay away from work without negative consequences. German regulations state that patients can be granted sick leave when duties can no longer be fulfilled or may endanger health status and when there is a causal relationship between illness and disability. Relevant is not the presence of illness but of a disability which interferes with work requirements. In Germany, an average of 4% of workers are on sick leave at any given time, corresponding to about 2 weeks per year and person. The level of sick leave depends not only on the patient's health status but also on social factors. Mental disorders are a major reason for sick leave. Sick leave can have negative effects by fostering chronicity. In 75% of cases, physicians have been found to grant sick leave incorrectly. It must be kept in mind that not illness per se but only disorders of participation justify sick leave.

Keywords

Sick leave · Work absenteeism · Work phobia · Impairment in activity and participation · International Classification of Functioning, Disability, and Health

Die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt hat einen klinisch-medizinischen und einen sozialrechtlichen Aspekt

► Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien

Mangelnde fachliche Qualifikation oder körperlich konstitutionelle Faktoren sind kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne der AU-Richtlinien

- Lohnfortzahlung
- Lohnersatzleistung

Die Daten zur Häufigkeit der AU-Zeiten variieren je nach Datenquelle, Zeitraum und Populationsbezug

Im Jahr 2004 betrug der Krankenstand nach den Daten der DAK 3,2%

Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie

Arbeitsunfähigkeit (AU) ist ein sozialrechtlicher Status, der einem Patienten nach ärztlicher Begutachtung zuerkannt wird. Er ist die Voraussetzung dafür, dass kranke Menschen dem Arbeitsplatz ohne Benachteiligung fern bleiben können. Die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt hat damit nicht nur einen klinisch-medizinischen, sondern vor allem einen sozialrechtlichen Aspekt. Bei der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit sind die Grundsätze zu beachten, die in den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung“, auch als Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien bezeichnet [6], niedergelegt sind. Es ist darauf hinzuweisen, dass es sich um Richtlinien und nicht um Leitlinien oder Empfehlungen handelt und dass sie daher verbindlich sind.

Arbeitsunfähigkeit liegt nach den ► **Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien** (AU-Richtlinien) vor,

- a) wenn eine Person ihre „ausgeübte Tätigkeit nicht mehr“ oder
- b) „nur unter der Gefahr einer Verschlimmerung einer Erkrankung“ ausführen kann oder
- c) wenn „aufgrund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundung abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen“, und
- d) wenn ein „kausaler Zusammenhang zwischen einer Krankheit und der dadurch bedingten Unfähigkeit zur Funktionsausübung“ besteht.

Eine mangelnde fachliche Qualifikation oder körperlich konstitutionelle Faktoren (z. B. Intelligenzmangel, mangelnde Körperkraft), welche verhindern, dass jemand bestimmten Arbeitsanforderungen gerecht wird, sind demnach kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne der AU-Richtlinien.

Die Beurteilung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit ist eine ärztliche Aufgabe, die „wegen ihrer Tragweite für den Versicherten und ihrer arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen sowie wirtschaftlichen Bedeutung besondere Sorgfalt erfordert“ (AU-Richtlinien 2004). Die Sozialgesetzgebung (Sozialgesetzbuch V) in Deutschland sieht vor, dass im Krankheitsfall bei pflichtversicherten Arbeitnehmern für die ersten 6 Wochen eine volle ► **Lohnfortzahlung** (Entgeltfortzahlungsgesetz) durch den Arbeitgeber gewährleistet wird [17]. Anschließend erfolgt bis zu einer Dauer von 78 Wochen eine ► **Lohnersatzleistung** in Höhe von 70% des Arbeitseinkommens oder in Höhe des vollen Betrags des Arbeitslosengeldes durch die Krankenkassen. Daraus ist ersichtlich, dass AU eine besonders teure Versicherungsleistung darstellt wegen der Kosten durch den Produktivitätsausfall und durch die Lohnfortzahlung. Arbeitsunfähigkeit kostet pro Tag in etwa den gleichen Betrag, den ein niedergelassener Arzt dafür bekommt, dass er einen Patienten ein Quartal lang behandelt.

Epidemiologie der Arbeitsunfähigkeit

Die Daten zur Häufigkeit der AU-Zeiten variieren je nach Datenquelle, Zeitraum und Populationsbezug. Der Krankenstand als Maß für die Arbeitsunfähigkeit bildet ab, wie viel Prozent der Beschäftigten an einem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt sind. Im Jahr 2004 betrug der Krankenstand nach den Daten der DAK 3,2% und sank damit nach 5 Jahren erstmals wieder auf den Wert des Jahres 1998. Zwischen 1999 und 2003 war der Krankenstand bei deren Versicherten stabil bei 3,5% gelegen. Damit konnte der bis Ende der 90er Jahre anhaltende Trend zu steigenden Krankenständen gestoppt werden. Die AU-Häufigkeit ist 2004 gegenüber 2003 deutlich zurückgegangen von 110,0 auf 100,1 Fälle pro 100 Versichertenjahre. Das ist besonders auf eine stark rückläufige Zahl von Kurzzeit-AU-Fällen von bis zu 6 Wochen Dauer zurückzuführen. Die durchschnittliche Dauer einer AU ist 2004 mit 11,5 Tagen gegenüber beiden Vorjahren gleich geblieben.

Die große Masse der Krankheitsfälle hat aufgrund ihrer kurzen Dauer eine vergleichsweise geringe Bedeutung für den Krankenstand. Hingegen machen die langfristigen Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Dauer von über 6 Wochen 40,6% des Krankenstandes aus, obwohl diese nur einen Anteil von 3,8% an allen AU-Fällen haben. Die Betroffenenquote lag im Jahr 2004 bei 44,3%. Das heißt, dass für 55,7% der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag [18].

Die Techniker Krankenkasse (TK) gibt für ihre 2,7 Mio. versicherten Erwerbspersonen ebenfalls einen deutlich rückläufigen Trend bei den AU-Zeiten an, nämlich um 7,6% von 2001 bis 2004 von 12,1 auf 11,2 Tage als durchschnittliche AU-Dauer. Für das Jahr 2004 wurden etwa 28 Mio. Fehltage registriert, was im Vergleich zu den Krankenständen des Jahres 2001 einen Rückgang um 2,3 Mio. gemeldete Fehltage bedeutet. Die Häufigkeit von AU-Zeiten sank von 2001 bis 2004 um 13,4%.

Die durchschnittliche Dauer der einzelnen Erkrankungsfälle nahm nach dem TK-Gesundheitsreport 2005 um 6,7% zu, und zwar von durchschnittlich 12,3 Tagen auf 13,1 Fehltage. Maßgeblich hierfür war vor allem der Anstieg von Erkrankungsfällen mit mehr als 6 Wochen Dauer von 43% in 2000 auf 50% in 2004 (TK-Gesundheitsreport 2005). Aus dem „Gesundheitsbericht 2003“ der AOK Berlin geht hervor, dass die durchschnittliche Krankschreibungsdauer in Berlin im Jahr 2003 im Vergleich zum Vorjahr um etwa einen Tag auf 13,2 AU-Tage zurückgegangen ist [1]. Grundsätzlich ist seit dem Ende der 90er Jahre ein Trend zu kürzer werdenden AU-Zeiten zu beobachten.

Da Beschäftigte erst ab dem 3. Tag ein Attest vorlegen müssen, erhalten die Krankenkassen in Deutschland bei kurzfristigen Erkrankungen keine Information über Arbeitsausfalltage. Aufgrund der geringen Dauer dieser nicht registrierten Fälle wird der Gesamt Krankenstand nur unerheblich unterschätzt ([18], S. 21). Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen gibt im „Fehlzeiten-Report 2003“ einen Krankenstand von 5,3% für das Jahr 2001 an [3].

Nach Berechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zu den durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Kosten ergibt sich, dass bei einer durchschnittlichen Zahl von 14,6 AU-Tagen in 2001 je Arbeitnehmer in Deutschland jährlich 508,57 Mio. AU-Tage anfallen. Das entspricht 1,39 Millionen ausgefallenen Erwerbsjahren. Es ergibt sich ein Produktionsausfall von 2,18%, entsprechend 44,76 Mrd. Euro. Der Ausfall an Bruttowertschöpfung liegt bei 3,44% und entspricht 70,75 Mrd. Euro [5].

Der Krankenstand unterliegt regional, saisonal und vor allem auch wirtschaftspolitisch bedingten Schwankungen. Beispielsweise ist die Zahl der AU-Tage bei arbeitslosen Krankenversicherten im BKK-Bundesverband mehr als doppelt so groß wie bei berufstätigen Versicherten [33]. Arbeitslose Frauen haben fast doppelt so viele AU-Tage wie beschäftigte Frauen und arbeitslose Männer einen 2,3fach erhöhten Wert gegenüber den beschäftigten Männern [7]. Neben dem ► **Arbeitslosenstatus** spielt auch das ► **Alter** für den Krankenstand eine wichtige Rolle. Während die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung bei den 15- bis 19-Jährigen 5,5 Tage dauert, beträgt sie bei den 55- bis 59-Jährigen 19,4 Tage. Bei den 15- bis 19-Jährigen entfällt ein Anteil von 13,9% des Krankenstandes auf die Langzeit-AU-Fälle, während dieser Anteil in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 63,5% des Krankenstandes ausmacht [18].

Auch im internationalen Vergleich ergeben sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der AU-Zeiten. In Norwegen gab es zum Beispiel im Durchschnitt nur 8,24 AU-Tage je berufstätigem Versicherten im Jahr 1994 [11] und für die USA wird noch einmal etwa die Hälfte dessen angegeben. Aus einem solchen Vergleich lassen sich keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung ziehen, sondern es spiegeln sich darin Unterschiede hinsichtlich der Erfassungsregelungen, des Arbeitsmarkts, der Sozialgesetzgebung, der Beschäftigungszahlen und der Qualifikationen der Arbeitskräfte wider [25].

Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen

Im Zeitraum von 1997 bis 2001 betrug die Zunahme der Fehltage aufgrund psychischer Störungen mehr als 50%. Damit wies diese Erkrankungsgruppe eine einzigartige Entwicklung auf. Bis zum Jahr 2004 beträgt der Anstieg der AU-Tage für psychische Erkrankun-

Langfristige AU-Fälle von über 6 Wochen machen 40,6% des Krankenstandes aus

Der Trend bei den AU-Zeiten ist seit Ende der 1990er Jahre rückläufig

Kurzfristige Erkrankungen unter 3 Tagen werden den Krankenkassen nicht gemeldet

Bei durchschnittlich 14,6 AU-Tagen je Arbeitnehmer ergibt sich ein jährlicher Produktionsausfall von 2,18%, entsprechend 44,76 Mrd. Euro

Der Krankenstand unterliegt regional, saisonal und wirtschaftspolitisch bedingten Schwankungen

- **Arbeitslosenstatus**
- **Alter**

Die Zahl der Erkrankungsfälle aufgrund psychischer Störungen stieg von 1997 bis 2004 um 70%.

9,8% aller AU-Tage sind auf psychische Störungen zurückzuführen

- ▶ **Depressive Episode**
- ▶ **Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen**

Psychische Störungen sind bez. Fehlzeiten die zweitgrößte Erkrankungsgruppe nach den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Die Diagnose von psychischen Störungen hat bei Arbeitslosen überproportional zugenommen

Unter den psychischen Diagnosen gehören depressive Erkrankungen zu den wichtigsten Ursachen für AU weltweit

gen seit 1997 bereits 69%. Die Zahl der Erkrankungsfälle für diese Diagnosen stieg im angegebenen Zeitraum um 70%. Die Zahl der Ausfalltage aufgrund depressiver Störungen stieg um 42% und aufgrund von Angststörungen um 27% seit dem Jahr 2000 an. Diese Entwicklung ist umso bemerkenswerter, wenn man berücksichtigt, dass das Krankheitsniveau insgesamt über den genannten Zeitraum weitgehend konstant und in 2004 rückläufig war. Zum Vergleich ist auch zu bedenken, dass das allgemeine Krankheitsniveau seit 1997 z. B. für DAK-Mitglieder nur um 5% angestiegen ist [18].

Im Jahr 2004 waren nach den Daten der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) in Deutschland 11,6% der AU-Tage bei Frauen und 8,4% der AU-Tage bei Männern auf psychische Störungen zurückzuführen, d. h. 9,8% aller AU-Tage. Psychische Störungen nehmen damit den 4. Platz ein nach den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (22,6%), den Erkrankungen des Atmungssystems (15,5%) und den Verletzungen (14,4%). Arbeitsunfähigkeiten wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern durchschnittlich 17,1 Tage. Psychische Erkrankungen liegen mit einer Falldauer von 27,8 Tagen an der Spitze. Die Störung ▶ „**depressive Episode**“ steht an 3. Stelle der wichtigsten Einzeldiagnosen mit 3,1% aller AU-Tage nach den Rückenschmerzen (7,6%) und den akuten Infektionen der oberen Atemwege (4,0%). ▶ „**Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen**“ stehen als zweitwichtigste Gruppe psychischer Störungen auf Platz 9 [18]. Bei der AOK gab es von 1994 bis 2002 eine Zunahme um 74,4% der Krankmeldungen aufgrund psychischer Störungen. Damit hat sich der Anteil der psychischen Störungen an den Krankheitstagen laut BKK seit 1990 verdoppelt [7]. Auch die Techniker Krankenkasse (TK) hat für psychische Störungen kontinuierlich steigende Fehlzeiten ermittelt. Unter den entsprechenden Diagnosen wurden im Jahr 2000 127 Fehltag je 100 Erwerbspersonen gezählt, im Jahr 2004 waren es bereits 153 Tage je 100 Erwerbspersonen. Das entspricht einem Anstieg um 20% in 5 Jahren. Eine „durchschnittliche Erwerbsperson“ war demnach im Jahr 2004 etwas mehr als 1,5 Tage wegen psychischer Störungen krankgeschrieben. Damit sind psychische Störungen zur zweitgrößten Erkrankungsgruppe im Hinblick auf die Fehlzeiten – nach den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems – aufgestiegen. Es wurde nahezu jeder 7. Fehltag, das sind 13,7% der gesamten Fehlzeiten, unter der Diagnose einer psychischen Störung gemeldet. Dabei die bedeutsamsten Zuwächse zwischen 2001 und 2004 für die Diagnosen „depressive Episode“ mit zusätzlich 4,5 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre und „rezidivierende depressive Störung“ mit zusätzlich 2,7 Tagen je 100 Versichertenjahre. Entgegen dem allgemeinen Trend zu deutlich sinkenden AU-Zeiten war bei Arbeitslosen eine Senkung nur um 4,7% zu verzeichnen. Dies kann damit begründet werden, dass die AU-Zeiten bei Arbeitslosen Werte erreichen, die 3fach so hoch liegen wie entsprechende Fehlzeiten bei Berufstätigen. Für das Jahr 2004 wurden unter 100 Berufstätigen 125 Fehltag bei psychischen Diagnosen erfasst, das entspricht 8,6% aller Fehltag in dieser Personengruppe, während es unter 100 Arbeitslosen 426 Fehltag waren, das entspricht 28% der Fehltag. Der Vergleich zwischen Berufstätigen und Arbeitslosen zeigt eine Zunahme um 2,7% bzw. 13,5% zwischen 2000 und 2004, daher ist der Anstieg der AU-Zeiten für psychische Störungen zu mehr als zwei Dritteln aus der überproportionalen Zunahme entsprechender Diagnosen bei Arbeitslosen zu erklären (TK-Gesundheitsreport 2005).

Unter den psychischen Diagnosen gehören nach einer Einschätzung der WHO von 1996 die depressiven Erkrankungen zu den wichtigsten Ursachen für AU weltweit, und es wird erwartet, dass sie bis zum Jahr 2020 zur wichtigsten Ursache für „disability“ insgesamt werden [26]. Nach Daten aus den USA werden Depressionen mit 6,3 AU-Tagen je Fall im zurückliegenden Monat für die meisten Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen und die größten Einschränkungen im „social functioning“ verantwortlich gemacht [16]. Affektive Störungen alleine führen zu etwa 25 AU-Tagen pro Monat pro 100 Arbeitende, was auf 4 Mio. AU-Tage pro Jahr in den USA für diese Diagnosegruppe hochgerechnet wurde [15]. In einer Follow-up-Studie wurden 213 Patienten mit der Diagnose einer bekannten „major depression“ über 30 Monate verfolgt; 87% der weiteren Arbeitsunfähigkeitszeiten bei diesen Probanden ging auf „depressive disorders“ zurück mit einer durchschnittlichen Dauer von 142 Tagen im Untersuchungszeitraum [30]. Berücksichtigt man nur länger dauernde AU-Zeiten von über 14 Tagen, dann war 1994 „Depression“ nach

Daten aus dem norwegischen Nationwide Sickness Insurance Register unter den psychiatrischen Diagnosen die von allen psychiatrischen Diagnosen am häufigsten gestellte Diagnose im Hinblick auf AU. Der Anteil von AU-Episoden aufgrund von „Depression“ erbrachte in dieser Auswertung 55,7% bei Männern und 69,2% bei Frauen. Eine Abwesenheit von der Arbeit aufgrund einer psychiatrischen Störung betraf 1,46% der Bevölkerung und 12,7% aller AU-Tage [12]. Für Patienten mit „minor depression“ fanden sich in einer anderen Studie keine häufigeren AU-Zeiten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe [32].

Die durch psychische Störungen, definiert nach Kapitel V des ICD-10, verursachten Kosten machten im Jahr 2002 nach den Daten des Statistischen Bundesamtes Deutschland [31] 10% aller Krankheitskosten aus und lagen damit an 4. Stelle beim Vergleich zwischen allen Störungsgruppen. Bei der Interpretation der krankheitsvergleichenden Daten aus den soweit zitierten vorwiegend offiziellen Statistiken muss allerdings davon ausgegangen werden, dass es hierbei auf Arzt- wie Patientenseite eine Tendenz dahingehend gibt, AU eher somatisch als psychisch zu begründen. Studien, welche direkt den Patienten untersuchen ergeben, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen (auch bei geringem Schweregrad) deutlich höhere AU-Zeiten haben als solche mit ausschließlich körperlichen Erkrankungen. Zwölf Monate nach einer Indexuntersuchung kamen Patienten mit psychischen Erkrankungen in deutschen Allgemeinarztpraxen immer noch auf 3,2 AU-Tage pro Monat gegenüber 1,7 AU-Tagen bei Patienten mit rein somatischen Störungen [19]. In einer schwedischen Studie hatten berufstätige Frauen mit einer Selbsteinschätzung von „mental illness“, erfragt mit dem 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), eine 1,93fach verlängerte AU-Zeit im 12-Monats-Follow-up gegenüber Frauen ohne entsprechende Angabe, und zwar hinsichtlich Häufigkeit, Inzidenz und Dauer. Für die Items „constant worry“ ergab sich eine 1,42fach und für „lasting mental illness“ eine 1,35fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für AU unabhängig von der zugrunde liegenden Diagnose [26].

In einer Studie aus den Niederlanden zeigt sich, dass männliche Arbeitnehmer mit einer bekannten psychischen Störung (Major-Depression, Dysthymia, Monophobie und Drogenabusus oder -abhängigkeit) gegenüber Arbeitnehmern mit rein somatischen Störungen eine bis zu 4-mal erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, im Ein-Jahres-Follow-up an Arbeitsunfähigkeit zu leiden. Bei Frauen ergab sich diesbezüglich kein signifikanter Unterschied. Hervorgehoben wurde, dass die AU-Zeiten mit zunehmender Beteiligung von „mental illness“ länger wurden [20].

Außerdem wurde festgestellt, dass Männer deutlich längere AU-Zeiten als Frauen haben, wenn sie an einer psychischen Störung leiden, nämlich im Durchschnitt 84 statt 64 Tage. Frauen haben also eine höhere Inzidenz für AU durch psychische Störungen als Männer, Männer haben beim Vorliegen einer psychischen Störung eine längere AU-Dauer als Frauen [12].

Diese Befunde weisen darauf hin, dass es einen besonderen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Dauer von AU gibt. Nach Daten von GEK und BKK 1995 liegt der Anteil psychischer Krankheiten bei einer AU-Dauer bis 6 Wochen bei 3,71%, bei einer AU-Dauer von über 6 Wochen jedoch bei 11,58%, und damit an 6. Stelle bei einer AU-Dauer unter 6 Wochen und an 4. Stelle bei den langdauernden AU über 6 Wochen.

Ein weiterer Aspekt ist, dass selbst im Fall einer somatischen Erkrankung, die den aktuellen AU-Anlass darstellt, eine psychische Komorbidität bzw. psychische Faktoren wichtige, verlaufsbestimmende Bedeutung haben können. ► **„Psychological distress and somatisation“** stellte einen signifikanten negativen Prädiktor für die AU-Dauer und für die subjektive Befundbesserung bei muskuloskeletalen Erkrankungen dar, wie sich aus einer Studie in einer dänischen Allgemeinarztpraxis ergab [14]. Es wurde außerdem gefunden, dass Depression und psychologische Kriterien wie Copingstrategien und Angstbewältigung bessere prognostische Indikatoren für eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit waren als physische und soziodemographische Faktoren [14].

Bei der Feststellung einer AU wegen psychischer Störungen spielen neben der Diagnose weitere Faktoren eine wichtige Rolle, wie das Geschlecht, das Alter, der ► **Familienstand**, Arbeitslosigkeit, schlechtes ► **Arbeitsplatzmanagement** und die Häufung früherer AU-Zeiten [10]. Bei Frauen machen psychische Störungen mit 9,8% einen deutlichen

Die durch psychische Störungen verursachten Kosten machten im Jahr 2002 10% aller Krankheitskosten aus

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben deutlich höhere AU-Zeiten als solche mit ausschließlich körperlichen Erkrankungen

Frauen haben eine höhere Inzidenz für AU durch psychische Störungen als Männer, Männer haben beim Vorliegen einer psychischen Störung eine längere AU-Dauer als Frauen

Der Anteil psychischer Krankheiten bei einer AU-Dauer bis 6 Wochen liegt bei 3,71%, bei einer AU-Dauer von über 6 Wochen bei 11,58%

► **„Psychological distress and somatisation“**

- **Familienstand**
- **Arbeitsplatzmanagement**

Ein Zusammenleben mit Partnern macht eine AU wahrscheinlicher

Männer zeigen die höchste Inzidenz für psychisch bedingte AU-Zeiten in frauendominierten Berufen

► Frühberentung

Psychische Störungen sind bei Frauen die häufigste, bei Männern die zweithäufigste Ursache für Berufs- und Erwerbsunfähigkeit

Die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit dient dem Schutz kranker Menschen

► Schonzeit

► Finanzielle Notlage

Längere AU-Zeiten können durch fehlende Funktionsausübung zu einem Mangel an Bewältigungserfahrungen und zu einer sozialen Desintegration führen

höheren Prozentsatz an den Krankschreibungen aus als bei den Männern mit 5,4%. Bei den Krankenhausbehandlungen sind psychische Störungen mit 13,3% die zweitwichtigste Diagnosegruppe [4].

Frauen zeigen zwar bezüglich der Krankheitsinzidenz eine doppelt so hohe Rate an affektiven oder neurotischen Störungen wie Männer, jedoch waren Männer mit entsprechender Diagnose durchschnittlich 7 Tage länger arbeitsunfähig als die Frauen. Bei den psychiatrischen Störungen trat AU am häufigsten im Alter zwischen 45 und 59 Jahren auf [12], während unter Berücksichtigung aller Störungen die jüngsten Beschäftigten bis 24 Jahre häufigere Episoden von Krankschreibung haben als alle älteren Personengruppen [1]. Hinsichtlich des Familienstandes fand eine finnische Studie bei psychischen Störungen, dass ein Zusammenleben mit Partnern eine AU wahrscheinlicher macht (64% statt 47%) [30]. Während Männer die höchste Inzidenz für psychisch bedingte AU-Zeiten in frauendominierten Berufen zeigen, gilt dasselbe umgekehrt für Frauen in männerdominierten Berufen [11]. Die meisten AU-Tage für „psychische und Verhaltensstörungen“, nach ICD-10 Kapitel V, fielen 2001 prozentual mit 8,93% im Bereich öffentlicher Dienstleistungen an, während das Baugewerbe mit nur 3,67% an letzter Stelle lag [5].

Schließlich ist auch noch auf den Zusammenhang zwischen einer langdauernden AU und einer ► **Frühberentung** hinzuweisen, was im Rückschluss ebenfalls eine Aussage über die Bedeutung psychischer Störungen für eine langfristige Arbeitsunfähigkeit zulässt. Psychische Störungen sind bei Frauen die häufigste und bei Männern die zweithäufigste Ursache für Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in Deutschland [3]. Nach Angaben der Vereinigung Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR-Statistik über den Rentenzugang 2001) stehen bei Männern psychische Erkrankungen mit 22% an 2. Stelle hinter Krankheiten von Skelett, Muskel und Bindegewebe. Bei Frauen stehen diese mit 35% an der Spitze [28]. Nach einer BfA-Statistik über das Jahr 2000 wurden 31% aller vorzeitigen Berentungen aufgrund psychiatrisch-psychosomatischer Erkrankungen vorgenommen [28]. Patienten in einer psychosomatischen Klinik, die einen Rentenantrag gestellt hatten, wiesen in einem Untersuchungszeitraum von 24 Monaten sowohl signifikant längere AU-Dauer auf als auch signifikant häufigere AU-Zeiten gegenüber arbeitsunfähigen Nichtrentenantragstellern [28].

Fazit. Zusammenfassend ist festzustellen, dass Arbeitsunfähigkeit in einem engen und vorrangigen Zusammenhang mit psychischen Störungen steht und dass mit zunehmender AU-Dauer der relative Anteil an psychischen Störungen gegenüber somatischen Störungen deutlich zunimmt. Langanhaltende AU-Dauer mündet in die Erwerbsunfähigkeit, die zu einem großen Teil auf psychische Störungen zurückgeht.

Positive und negative Folgen der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit und damit die Freistellung von der Arbeit ohne soziale Sanktionen dienen dem Schutz kranker Menschen. Sie soll helfen, die Genesung zu fördern oder einer Verschlimmerung der vorliegenden Erkrankung vorzubeugen. Gelegentlich müssen Patienten auch vor sich selbst geschützt werden, wenn sie sich trotz offensichtlicher Arbeitsunfähigkeit nicht die erforderliche ► **Schonzeit** zubilligen, wie dies für depressive Patienten beschrieben wurde [32]. Sie hat unter sozialen Gesichtspunkten auch eine tertiär-prophylaktische Bedeutung derart, dass sie negativen Krankheitsfolgen, die aufgrund einer ► **finanziellen Notlage** entstehen könnten, vorbeugt.

Neben diesen positiven Wirkungen kann die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit auch erhebliche negative Folgen haben. Für die Solidargemeinschaft stellt sie, wie bereits ausgeführt, eine große finanzielle Belastung dar. Darüber hinaus gibt es jedoch auch gewichtige Hinweise darauf, dass AU-Bescheinigungen auch unter Krankheitsgesichtspunkten bedeutsame Nebenwirkungen haben können. Bei längeren AU-Zeiten gilt, dass die fehlende Funktionsausübung zu einem Mangel an Bewältigungserfahrungen und zu einer sozialen Desintegration führen kann [27]. Auf diesem Wege kann AU zur aufrechterhal-



Abb. 1 ◀ Einfluss der Psychopathologie sowie sozialer Rahmenbedingungen und Rollenerwartungen auf Fähigkeiten am Beispiel des Durchhaltevermögens

tenden Bedingung eines ► **dysfunktionalen Krankheitsverhaltens** werden. Je länger Patienten nicht mehr am Arbeitsplatz waren, desto weniger können sie sich vorstellen, den Leistungsanforderungen noch gewachsen zu sein und desto mehr kann es zu Resignation oder sogar regelrechter Angst vor dem Arbeitsplatz und der Entwicklung eines phobischen Vermeidungsverhaltens kommen [21]. AU-Bescheinigungen können auf diesem Weg einen wesentlichen Beitrag zur ► **Chronifizierung** leisten.

Aber auch kurze AU-Zeiten können negative Folgen haben, wenn sie als häufige Fehlzeiten zu erhöhten psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz führen, da Kollegen den Arbeitsausfall kompensieren müssen und der Arbeitgeber mit Produktionsausfällen konfrontiert ist. Dies kann zu negativen Krankheitsfolgen führen, die größere Bedeutung haben können als die unmittelbaren Krankheitsbeschwerden.

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen

Für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit genügt es nicht, das Vorliegen einer aktuellen Krankheit zu diagnostizieren. Stattdessen müssen in einem mehrschrittigen Prozess zunächst der psychopathologische Befund, d. h. ► **Funktionsstörungen** erhoben werden, dann daraus abgeleitete ► **Fähigkeitsstörungen** und schließlich daraus folgende ► **Teilhabestörungen** festgestellt werden. ◻ **Abbildung 1** gibt eine Übersicht über die Beziehung zwischen diesen verschiedenen Beschreibungsebenen in Anlehnung an die ► **Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)** [23]. Die ICF wurde von der WHO 2001 in einer englischsprachigen Version für den internationalen Gebrauch beschlossen. Die deutschsprachige Fassung der ICF liegt als Entwurf vor, herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) [8]. Die Beurteilung von AU begründet sich demnach eher nicht durch den aktuellen Krankheitsstatus, sondern entweder durch die Teilhabestörung oder durch kausale Beziehungen zwischen Arbeitsbedingungen und Funktionsstörungen. Insofern ist der umgangssprachlich gängige Begriff einer „Krankschreibung“ inhaltlich falsch und bei den Patienten irreführend.

Psychische Störungen lassen sich anhand des psychopathologischen Befundes exakt und objektiv beschreiben. Eine diesbezügliche Normierung findet sich beispielsweise im AMDP-System [2]. Aus der Psychopathologie lässt sich gemäß den z. B. in der International Classification of Diseases (ICD-10) festgelegten Algorithmen eine Diagnose ableiten. Diese ist für die Feststellung einer AU eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung. Der psychopathologische Befund ist nach der Terminologie der ICF als eine „Funktionsstörung“ zu begreifen.

► Dysfunktionales Krankheitsverhalten

► Chronifizierung

► Funktionsstörungen

► Fähigkeitsstörungen

► Teilhabestörungen

► Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Der psychopathologische Befund ist nach der Terminologie der ICF als eine „Funktionsstörung“ zu begreifen

Funktionsstörungen werden daraufhin überprüft, inwieweit sie mit Fähigkeits- bzw. Aktivitätsstörungen einhergehen

- ▶ **Kontaktfähigkeit**
- ▶ **Durchhaltefähigkeit**

Der Grad der Teilhabe- bzw. Partizipationsstörung gibt an, inwieweit der Patient an wichtigen sozialen Rollen teilhaben kann

- ▶ **Kompensationsmöglichkeiten**

Im letzten Schritt macht der Arzt eine Vorhersage über die Dauer der AU

In einem nächsten Schritt müssen die vorliegenden Funktionsstörungen daraufhin überprüft werden, inwieweit sie mit Fähigkeits- bzw. Aktivitätsstörungen einhergehen. Damit sind generelle Fähigkeiten gemeint, wie z. B. im somatischen Bereich die „Fähigkeit“, die Arme über den Kopf zu heben, unabhängig davon, ob die Ursache hierfür eine Fraktur oder eine rheumatische Erkrankung ist. In gleicher Weise gibt es Fähigkeitsstörungen aufgrund von psychopathologischen Funktionsstörungen. Ein Beispiel sind Störungen der ▶ **Kontaktfähigkeit**, der ▶ **Durchhaltefähigkeit** oder der Wegefähigkeit, die in unterschiedlicher Weise entstehen können, z. B. infolge von Gedächtnisstörungen, Denkstörungen, Antriebsstörungen oder sonstigen psychopathologischen Funktionsstörungen. Andererseits müssen psychopathologische Funktionsstörungen je nach Schwere, Art oder Ausprägung nicht zwingend mit relevanten Fähigkeitsstörungen einhergehen, oder es treten Fähigkeitsstörungen auf, die für die konkreten Arbeitsaufgaben des erkrankten Arbeitnehmers nicht relevant sind. Von daher ist verständlich, dass in einer empirischen Studie keine signifikanten Zusammenhänge zwischen psychopathologischem Befund und Störung der sozialen Teilhabe gefunden werden konnten [9]. Eine Objektivierung von Fähigkeitsstörungen, wie sie insbesondere mit psychopathologischen Funktionsstörungen einhergehen, ist z. B. mit dem Mini-ICF-Rating möglich [23].

Wenn Fähigkeitsstörungen festgestellt wurden, ist der Grad von Teilhabe- bzw. Partizipationsstörungen zu beurteilen, die sich daraus ergeben können. Damit ist gemäß dem der ICF zugrunde liegenden Konzept einer bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenlehre gemeint, dass ein Patient aufgrund der gegebenen Fähigkeitsstörungen an wichtigen sozialen Rollen nicht mehr teilhaben kann, weil er entweder Rollenanforderungen nicht mehr gerecht werden oder gegebene Barrieren nicht mehr überwinden kann. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bedeutet dies, dass ein Patient wegen der vorliegenden Fähigkeitsstörung (z. B. Störung der Wegefähigkeit) nicht mehr die auf dem Weg zur Arbeit zu überwindenden Barrieren bewältigen kann (z. B. Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel) oder Anforderungen der Arbeit selbst nicht mehr erfüllen kann (z. B. Transport von Waren oder Besuch von Kunden). Des Weiteren muss auch noch geprüft werden, ob es ▶ **Kompensationsmöglichkeiten** gibt, beispielsweise indem der Patient vorübergehend im Innendienst eingesetzt wird, womit dann die Voraussetzungen für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht mehr vorlägen. Die Feststellung einer Teilhabestörung setzt also voraus, dass der Arzt sich über die mit der Arbeit im konkreten Fall verbundenen Fähigkeitsanforderungen ein Bild macht und dann beurteilt, ob eine erhebliche Einschränkung in der Erfüllung von Arbeitsanforderungen bzw. der Teilhabefähigkeit vorliegt. Da die Feststellung einer AU eine sozialmedizinische Aufgabe ist, werden hierfür vom Arzt u. a. arbeitsmedizinische und berufskundliche Grundkenntnisse verlangt.

Im letzten Schritt muss eine Vorhersage über die Dauer der AU gemacht werden. Dazu müssen Erfahrungen zum erwarteten Krankheitsverlauf, zu individuellen Kompensationsmöglichkeiten von Fähigkeitsstörungen und zu Möglichkeiten der Veränderung von Umweltfaktoren oder Rollen- bzw. Funktionsanforderungen zusammenfließen.

Zusammenfassend verlangt die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, dass der begutachtende Arzt

- einen objektivierbaren Befund von Krankheitswertigkeit erhebt,
- sich ein Urteil darüber bildet, welche Fähigkeitsstörungen sich daraus ergeben,
- sich kundig macht, welche Leistungsanforderungen der Patient an seinem spezifischen Arbeitsplatz unbedingt zu erfüllen hat,
- überlegt, ob die vorliegenden Fähigkeitsstörungen in relevanter Weise mit den Funktionsanforderungen interferieren und
- inwieweit ggf. durch vorübergehende oder dauernde Änderungen am Arbeitsplatz des Patienten die bestehenden Fähigkeitsstörungen kompensiert werden können oder,
- ob trotz fortbestehender Leistungsfähigkeit dennoch begründbar anzunehmen ist, dass bestimmte Bedingungen des Arbeitsplatzes im individuellen Fall absehbar zu einer Verschlechterung des aktuellen Gesundheitszustandes führen werden.

Es gibt Hinweise, dass die derzeitige Praxis der „Krankschreibung“ den medizinischen und rechtlichen Anforderungen an eine „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“ nicht immer gerecht wird. Bei Zweitbegutachtungen durch die „Untersuchungsstelle Arbeitsunfähigkeit“ des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Berlin-Brandenburg e. V. [24] wurden etwa 75% der Patienten „mit psychosozialer Problematik“ nach den geltenden Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien als arbeitsfähig angesehen. Möglicherweise sind manche Ärzte sozialmedizinisch nicht hinreichend erfahren oder sie lassen sich von einer verzerrten Selbsteinschätzung des Patienten hinsichtlich eigener Fähigkeiten und Teilhabemöglichkeiten täuschen [12] oder sie stellen ihre Gutachteraufgabe zugunsten einer ► **„Kundenorientierung“** hintan. In jedem Fall zeigen die Daten des MdK, dass mehr für eine gründlichere ärztliche Ausbildung in diesem Bereich getan werden muss. Mit Blick auf die vorgenannten möglichen negativen Wirkungen einer AU-Bescheinigung muss sowohl bei der Ausstellung wie insbesondere auch hinsichtlich der Dauer große Sorgfalt angewandt werden, so wie es die AU-Richtlinie sowohl im Interesse des Patienten wie auch der Solidargemeinschaft fordert.

Bei Patienten mit Langzeitarbeitsunfähigkeit, d. h. ab 6 Wochen, sind weitere Maßnahmen angezeigt. In zunehmendem Maße werden Patienten durch die Krankenkassen nach Begutachtung durch den MdK gemäß ► **§ 51 SGB VI** unter Androhung, dass ansonsten Sozialleistungen gestrichen werden, in „psychosomatische Rehabilitationskliniken“ eingewiesen, deren Ärzte in aller Regel besondere sozialmedizinische Kompetenzen haben und deren Aufgabe es ist, unter stationären Bedingungen ein sichereres Urteil über das tatsächliche Ausmaß von Funktions- und Fähigkeitsstörungen abzugeben und zu klären, ob noch ungenutzte therapeutische Optionen bestehen [22]. Die Ausstattung mit speziell auf den Arbeitsplatz bezogenen Therapiemöglichkeiten, wie z. B. „Arbeitsplatz- und Belastungserprobungen“ und fähigkeits- und partizipationsorientierten Behandlungen ermöglichen es diesen Kliniken zudem, die Wechselbeziehung zwischen Fähigkeitsstörungen und Arbeitsplatzanforderungen genauer zu erfassen. Unter diesen Bedingungen können etwa ein Drittel der Patienten, die wegen einer AU von länger als einem halben Jahr aufgenommen wurden, arbeitsfähig entlassen werden.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. M. Linden

Rehabilitationsklinik Seehof, Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow, Deutschland
E-Mail: michael.linden@charite.de

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Literatur

1. AOK Magazin Praxis Aktuell (2004) AOK Gesundheitsbericht 2003 – Niedrigster Krankenstand seit 4 Jahren. AOK 3/2004, S 11–13
2. AMDP, Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg) (2000) Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 7. unveränderte Aufl. Hogrefe, Göttingen
3. Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg) (2003) Fehlzeiten-Report 2003. Springer, Berlin Heidelberg New York
4. BKK Gesundheitsreport (2003) Gesundheit und Arbeitswelt. BKK, <http://www.bkk.de/7/2005>
5. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2003) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2003. BAuA, <http://www.baua.de/7/2005>
6. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2004) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Maßnahmen zur Stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien). Bundesanzeiger 61 vom 27.03.2004
7. Deutsches Ärzteblatt (2004) Psychische Erkrankung – bei Fehltagen an vierter Stelle – Krankenstand laut BKK auf Tiefstand gesunken. Dtsch Ärztebl 9:396
8. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (1995) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) 10. Revision, Bd 2 – Regelwerk. Version 1.0
9. Dewa C, Lin E (2000) Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. Soc Sci Med 51:41–50

Bei Zweitbegutachtungen durch den MdK wurden etwa 75% der Patienten „mit psychosozialer Problematik“ nach den geltenden Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien als arbeitsfähig angesehen

► „Kundenorientierung“

► § 51 SGB VI

Durch speziell auf den Arbeitsplatz bezogene Therapiemöglichkeiten können etwa ein Drittel der Patienten arbeitsfähig entlassen werden

10. Ericsson M, Poston W, Lindner J et al. (2002) Depression predicts disability in long-term chronic pain patients. *Disabil Rehabil* 24(6):334–340
11. Hensing G, Alexanderson K, Bjurulf P (1995) Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1:39–43
12. Hensing G, Brage S, Nygard J et al. (2000) Sickness absence with psychiatric disorders – an increased risk for marginalisation among men? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35:335–340
13. ICF (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). <http://www.dimdi.de/7/2005>
14. Jörgensen CK, Fink P, Olesen F (2000) Psychological distress and somatisation as prognostic factors in patients with musculoskeletal illness in general practice. *Br J Gen Pract* 50:537–541
15. Kessler R, Frank R (1997) The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med* 27:861–873
16. Kessler R, DuPont R, Berglund P et al. (1999) Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *Am J Psychiatry* 156:1915–1923
17. Kittner M (2000) Arbeits- und Sozialordnung (ausgewählte und eingeleitete Gesetzestexte). Bund, Frankfurt/M, S 741–749
18. Kordt M (Hrsg) (2005) DAK-Gesundheitsreport 2005: Schwerpunkt Angst und Depressionen. DAK Versorgungsmanagement, Hamburg
19. Kühn K, Quednow B, Barkow K et al. (2002) Chronifizierung und psychosoziale Behinderung durch depressive Erkrankungen bei Patienten in der Allgemeinarztpraxis im Einjahresverlauf. *Nervenarzt* 73:644–650
20. Laitinen-Krispijn S, Bijl R (2000) Mental disorders and employee sickness absence: The NEMESIS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35:71–77
21. Linden M, Oberle-Thiemann C, Weidner C (2003) Krankschreiben kann schaden! *MMW Fortschr Med* 33:352–355
22. Linden M (2005) Stationäre „psychosomatische Rehabilitationen“ gemäß Sozialgesetz. In: Frieboes RM, Zaudig M, Nosper M (Hrsg) *Rehabilitation bei psychischen Störungen*. Urban und Fischer, München
23. Linden M, Baron S (2005) Das „Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation (Bonn)* 44:144–151
24. Medizinischer Dienst der Krankenkassen Berlin-Brandenburg e. V. (2004) Leistungen für die Krankenversicherung. <http://www.mdk-bb.de>, 7/2005
25. Ormel J, VonKorff M, Oldehinkel A et al. (1999) Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychol Med* 29:847–853
26. Savikko A, Alexanderson K, Hensing G (2001) Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:310–316
27. Schmitt E (2001) Zur Bedeutung von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter für das subjektive Alterserleben und die Wahrnehmung von Potentialen und Barrieren eines mitverantwortlichen Lebens. *Z Gerontol Geriatr* 34:218–231
28. Schütz M (2002) Verlauf von Rentenentwicklungen in der Psychosomatik. *Gesundheitswesen* 64:638–644
29. Schwartz FW, Bitzer EM, Dörning H et al. (1998) Gutachten: Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland – Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch Verhaltensbezogene Risikomodifikation. *Inst Gesundheitssystemforsch Gesundheitsmanag (IGM)*, S 24–131
30. Sorvaniemi M, Helenius H, Salokangas R (2003) Sick-leave certificates granted to psychiatric outpatients with major depression. *Depress Anxiety* 17:220–223
31. Statistisches Bundesamt Deutschland (2004) *Leben und Arbeiten in Deutschland 2004*, Pressebrochure, <http://www.destatis.de>
32. Wagner H, Burns B, Broadhead W et al. (2000) Minor depression in family practice: Functional morbidity, co-morbidity, service utilization and outcomes. *Psychol Med* 30:1377–1390
33. Wittchen, Müller, Storz (1998) Epidemiologie psychischer Erkrankungen und Versorgungslage. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg) 2003, *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Metzler-Poeschel, Stuttgart, S 27–34

Bitte beachten Sie:

Antwortmöglichkeit nur online unter: cme.springer.de

Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online
individuell zusammengestellt.

Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Fragen zur Zertifizierung

Welche Rechtsnorm regelt die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit?

- AU-Leitlinie.
- AU-Empfehlung.
- AU-Richtlinie.
- AU-Verordnung.
- AU-Beschreibung.

Was ist für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit *nicht* von Bedeutung?

- Arbeitsplatzanforderungen.
- Art der Diagnose.
- Fähigkeitsstörungen.
- Funktionsstörungen.
- Teilhabestörungen.

Wie hoch ist in etwa der Anteil an aktuell arbeitsunfähigen Erwerbspersonen?

- 1%.
- 3%.
- 5%.
- 10%.
- Nicht bestimmbar.

Welcher Anteil an AU-Tagen entfallen in etwa auf psychische Störungen?

- 1%.
- 5%.
- 10%.
- 20%.
- 40%.

Bei subschweligen bzw. grenzwertigen Depressionen gilt bezüglich der Zahl der AU-Tage:

- Sie führen zu keinen AU-zeiten.
- Deutlich geringere AU-zeiten als bei majoren Depressionen.
- Etwa die gleichen AU-zeiten wie bei majoren Depressionen.
- Häufigere AU-zeiten als bei majoren Depressionen.
- Nur Patienten mit leichteren Depressionen lassen sich krank schreiben, Patienten mit majoren Depressionen nicht.

Wie lange ist in etwa eine durchschnittliche AU-Zeit bei psychischen Erkrankungen?

- 1 Woche.
- 2 Wochen.
- 3 Wochen.
- 4 Wochen.
- 5 Wochen.

Was gehört *nicht* zu den negativen Folgen einer AU-Feststellung?

- Ärger mit den Kollegen und Arbeitgebern.
- Angst vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz.
- Hohe volkswirtschaftliche Kosten.
- Chronifizierung von Krankheiten.
- Einstellung der Sozialleistungen.

Was ist *keine* Fähigkeitsstörung, sondern eine Funktionsstörung?

- Fähigkeit zur Tagesstrukturierung.
- Kontaktfähigkeit.
- Wegefähigkeit.
- Kompetenz.
- Gedächtnisfähigkeit.

Nach welcher Rechtsnorm können Patienten mit festgestellter Arbeitsunfähigkeit unter Androhung des Entzugs von Sozialleistungen in eine stationäre Rehabilitation eingewiesen werden?

- §51 SGB VI.
- §5 Unterbringungsgesetz.
- §312 Bürgerliches Gesetzbuch.
- §203 Strafgesetzbuch.
- §97 Betreuungsgesetz.

Was versteht man unter ICF?

- International Classification of Functioning, Disability and Health.
- International Classification of Factors for Work Absenteeism.
- International Classification of Factitious Disorders.
- International Classification of Forms of Working Demands
- International Classification of Figures of Health Care.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf cme.springer.de verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter cme.springer.de.

