

8. Mental Health Forum

Depression und Arbeitsumfeld – Können Depressive wieder arbeiten?

Depressionen haben nicht nur die bekannten psychischen und körperlichen Symptome, sondern auch Auswirkungen auf das soziale und berufliche Leben. Depressionen belasten das Arbeitsumfeld nicht nur durch krankheitsbedingte Abwesenheiten, sondern auch durch Präsentismus mit einer eingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Thema des 8. Mental Health Forum analysierte die Auswirkungen auf das Arbeitsleben aus verschiedenen Blickwinkeln. Namhafte Experten gaben darüber hinaus einen vertieften Einblick in die neurobiologischen und psychotherapeutischen Aspekte der Depressionsbehandlung.

Arbeitsausfälle aufgrund einer Depression sind häufig: In sieben europäischen Ländern (1) sind gut die Hälfte (51%) der Arbeitnehmer aufgrund einer Depression nicht zur Arbeit gegangen (Schweiz 52,9% [2]). Europaweit bleibt ein Arbeitnehmer mit einer Depression durchschnittlich 36 Tage seiner Arbeitsstelle fern. Die Depression hat insbesondere Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit und Arbeitsqualität. Trotz der Einschränkungen durch die Depression arbeitet im Durchschnitt rund die Hälfte aller betroffenen Befragten weiter (2). Zudem würden nur gut die Hälfte der Befragten dem Arbeitgeber überhaupt von ihrer depressiven Erkrankung erzählen (2). Dieser sogenannte Präsentismus, das heisst eine Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher oder anderweitiger Beeinträchtigung, die eine Abwesenheit legitimiert hätte, hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und stellt eine Gefahr für die eigene Gesundheit dar, sondern wirkt auch kostentreibend.

Depressionen: immense ökonomische Auswirkungen

Die ökonomischen Auswirkungen von Depressionen stellte Prof. Thomas D. Szucs, Direktor des European Center of Pharmaceutical Medicine an der Universität Basel und Verwaltungsratspräsident der Helsana, vor. In der Schweiz leiden mehr als 50 Prozent der Bevölkerung irgendwann im Leben an einer Depression, die therapeutische Massnahmen braucht (3). Das zieht enorme ökonomische Konsequenzen nach sich, wie die Studie von Tomonaga et al. zeigt (4). Je schwerer die Depression ist, desto teurer fällt die Behandlung aus und

umso häufiger nehmen krankheitsbedingte Arbeitsabsenzen zu (leichte Depression: 34 verlorene Arbeitstage pro Jahr; schwere Depression: 62 verlorene Arbeitstage pro Jahr). Bei zirka 6,1 Prozent der schweizerischen Bevölkerung zwischen dem 15. und 65. Lebensjahr, die eine Depressionsbehandlung erhielten (d.h. ca. 312 000 Fälle pro Jahr), und unter Berücksichtigung der Depressionsschweregrade (10,4% mild, 38,6% mittelschwer, 50,9% schwer) und deren Kosten, ergeben sich daraus Gesamtkosten von zirka 8 Milliarden Euro pro Jahr (4). «Wobei die indirekten Kosten, wie beispielsweise für verlorene Arbeitstage bei den Patientenpflegern wie Familie oder Freund noch nicht einberechnet sind», so Prof. Szucs. Denn dann würden die ökonomischen Kosten noch höher ausfallen.

ZNS-Medikamente: Innovative Substanzen fehlen

Ein grösseres Portfolio an Antidepressiva zur wirksamen Behandlung wäre dementsprechend hilfreich, folgerte Prof. Erich Seifritz. Allerdings hat es seit der Einführung von Imipramin, das in den Fünfzigerjahren zur Behandlung der Depression entdeckt wurde, nur mehr wenige Neuentwicklungen gegeben. «Alle Antidepressiva, die folgten, waren im Wesentlichen Abkömmlinge des von Roland Kuhn, Psychiatrieprofessor der Universität Zürich und Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, entdeckten Imipramin und stellten keine fundamentalen Neuerungen dar», so der Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

«Derzeit zeigt sich ein krasses Missverhältnis zwischen der Innovation von Wirkstoffen und der gesundheitsökonomischen Relevanz von Depressionen», kritisierte Prof. Seifritz. Nach Schätzungen der WHO gibt es weltweit mehr als 350 Millionen Menschen, die an Depressionen leiden, und Depressionen gehören zu den gesundheitsökonomisch teuersten drei Erkrankungen überhaupt. Zudem sind sie ein persönliches Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Tatsächlich finden sich pharmakotherapeutische Innovationen vor allem im Bereich der kardiologischen und onkologischen Krankheiten, jedoch kaum im Bereich des zentralen Nervensystems (ZNS). Das hängt einerseits mit der überdurchschnittlich langen Entwicklungszeit im Bereich ZNS zusammen, andererseits mit der niedrigen Erfolgsrate und

damit einhergehenden hohen Kosten (Miller, 2010). Erschwerend sei zudem, laut Prof. Seifritz, dass die Patientenpopulation überaus heterogen ist und Biomarker weitgehend fehlen. «Eigentlich können wir den Patienten nur fragen, wie es ihm geht, und sein Verhalten einschätzen», hält der Psychiater fest. «Objektive Krankheitsinstrumente wie in anderen medizinischen Bereichen, wie zum Beispiel Röntgenbilder oder Laborparameter, fehlen leider.»

Einen Ausweg aus dieser Misere könnte eine Forschung darstellen, die translational agiert, wie beispielsweise an der von Prof. Seifritz geführten Klinik. Dabei spielen Erkenntnisse aus klinischen Befunden, Psychotherapieforschung, Psychologie, bildgebende und andere neurobiologische Forschungsverfahren sowie Forschungserkenntnisse aus dem präklinischen Bereich eine wichtige Rolle, um der Vision der sogenannten personalisierten Therapie in der Psychiatrie näherzukommen.

Abschliessend erwähnte der Experte einen neuen, innovativen antidepressiven Wirkstoff, der kürzlich von der FDA (amerikanische Food and Drug Administration) zugelassen wurde und der die Therapiemöglichkeiten bei Depressionen einen Schritt weiterbringen kann. Dabei handelt es sich um das Piperazinderivat Vortioxetin, das die Wiederaufnahme von Serotonin hemmt und zusätzlich als Agonist und Antagonist an spezifischen Serotoninrezeptoren wie beispielsweise dem 5-HT₇-Rezeptor agiert, welcher möglicherweise eine kognitive Funktion hat.

Psychotherapie in der Rehabilitation

Prof. Gilles Bertschy, Service de Psychiatrie am Hôpital Civil in Strasbourg Cedex, präsentierte das Portfolio der psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungen in der Rehabilitation einer Depression.

Ziel einer antidepressiven Therapie ist die Remission und/oder Heilung der Depression, so Prof. Bertschy. Für die Akutphase gibt es mehrere Behandlungsstrategien. Ob die medikamentöse Therapie in Kombination mit einer Psychotherapie oder somatischen Therapieverfahren eingesetzt wird, richtet sich nach klinischen Faktoren und/oder Patientenpräferenzen.

Bis heute fehlt die Evidenz, dass Antidepressiva nach deren Terminierung das Risiko für einen Rückfall reduzieren. Deshalb braucht es bei einer schweren oder moderaten Depression eine kombinierte Behandlung von Antidepressiva und Psychotherapie. Solide Daten zur Effektivität psychologischer Verfahren liegen zur interpersonellen Therapie und zur kognitiven Verhaltenstherapie (KBT) vor. In der sequenziellen Therapie empfehlen sich aufgrund von Studiendaten ebenfalls die KBT, die dynamische Psychotherapie und humanistische Psychotherapieverfahren.

Bei verbleibenden Restsymptomen steigt das Risiko für einen Rückfall, und die Lebensqualität nimmt ab. Als überaus effizient hat sich bei diesen Patienten die achtsamkeitsbasierte Therapie erwiesen. Sie enthält verschiedene Übungen zur Achtsamkeit und Körperübungen, kombiniert darüber hinaus Techniken aus der KBT und psychoedukative Elemente. Trotzdem ist ein Rückfall auch unter dieser Therapieform möglich, wie unter jeder anderen psychotherapeutischen und biologischen Behandlung auch, so Prof. Bertschy. Als unterstützend erweisen sich zudem die Ausdrucks- oder Kunsttherapie. Nicht zu unterschätzen sei ausserdem die positive Wirkung von Bewegung auf das psychische Wohlbefinden. In Bezug auf die Frage, ob Depressive an den Arbeitsplatz zurückkehren oder besser in der Rehabilitation verbleiben sollen, plädiert Prof. Bertschy für eine ausgewogene Haltung. Bei einer Rückkehr an den Arbeitsplatz sei abzuwägen, wie weit die Arbeitsfähigkeit des Patienten fortgeschritten ist. Zu berücksichtigen sei auch das Arbeitsumfeld, um eine Stigmatisierung oder sogar Mobbing zu vermeiden. Eine neue Studie von Hess et al. (Occup Environ Med 2013) zeigt, dass die Rückkehr primär abhängig vom Schweregrad der Depression ist, zudem von der Persönlichkeit des Arbeitnehmers und den motivierenden Elementen im Beruf. «Die Werkzeugkiste des Psychiaters ist reich bestückt», fasst Prof. Bertschy seine Aussagen zusammen. «Allerdings darf nie vergessen gehen, dass die Pharmakotherapie ein wichtiges Element in der gesamten Palette ist und auf dieser Behandlungsstufe dazugehört.»

**Psychische Erkrankungen:
Der Bund hat wenig Kompetenzen**

Dass Depressionen eine grosse Krankheitslast darstellen, die aufgrund der affektiven Störungen zur Invalidisierung führen, betonte auch Dr. Margreet Duetz Schmucki, Fachärztin für Prävention und Gesundheitswesen im Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Bern. Der OECD-Bericht «Sick on the Job: Myths and Realities about Mental Health and Work» (2012) zeigt deutlich, dass psychisch Kranke immer mehr Probleme haben, einen Arbeitsplatz zu finden oder zu behalten, und sich die Produktivität aufgrund psychischer Krankheiten reduziert, was sich in einem Rückgang des Brut-

toinlandprodukts (BIP) von 3 bis 4 Prozent zeigt. Allerdings habe die Schweiz im Vergleich zum internationalen Umfeld den Vorteil, dass die Arbeitslosenquote insgesamt niedrig ist und deshalb viele Menschen mit psychischen Krankheiten doch noch Arbeit finden, so Dr. Duetz Schmucki. Wie in den anderen OECD-Ländern nehmen aber auch in der Schweiz die Invaliditätsberentungen aufgrund von affektiven Störungen zu. Besonders betroffen sind alleinerziehende Frauen, ältere Erwerbslose mit schlechten Arbeitsmarktchancen und Migrantinnen. Mit der Bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020 will das BAG die psychische Gesundheit fördern und die Früherkennung und Prävention psychischer Erkrankungen verbessern. «Allerdings», so Dr. Duetz Schmucki, «ist der Handlungsspielraum aufgrund der Rechtslage nur sehr beschränkt und äussert sich in einigen wenigen unterstützenden Aufgaben.»

**Neurobiologische Aspekte
von Depressionen**

Die noch immer bestehende Stigmatisierung von Patienten mit Depressionen und die damit einhergehenden Probleme am Arbeitsplatz hängen sicherlich auch mit früheren Axiomen in Bezug auf diese psychische Erkrankung zusammen, sagte Universitäts-Prof. Thomas Schläpfer von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum in Bonn. So wurde jahrzehntelang davon ausgegangen, dass es eine akute Geisteserkrankung mit einer dysfunktionalen Neurotransmission sei. «Gehen wir von der chemischen Dysbalance aus, bedarf es nur einer Verbesserung der serotonergen Transmission, und der Mensch ist nicht mehr depressiv», so Prof. Schläpfer. «Die zugrunde liegende Neurobiologie ist sehr viel komplizierter.»

Ein Drittel der Patienten leiden auch nach der Behandlung noch an einer Depression – obwohl die Remission das klare Behandlungsziel ist. Das «Kindlingsphänomen» zeigt, dass sich die Depression gleichsam ihren Weg bahnt (5). Je häufiger jemand an einer Depression erkrankt, desto grösser ist das Risiko für einen Rückfall. Neurobiologische Erkenntnisse geben Anhaltspunkte für die Ursache des Phänomens. So wirkt die Depression gleichsam neurotoxisch, das Hippocampusvolumen nimmt ab. Zu verhindern ist das neurotoxische Geschehen nur, wenn die Depression behandelt wird. «Dieses Wissen ist für die Psychoedukation enorm wichtig», so Prof. Schläpfer. Für eine anhaltende Remission sind dementsprechend die Erkennung und frühe Behandlung wichtig. Stress und seine Auswirkungen spielen diesbezüglich eine grosse Rolle. Neurobiologische Forschungsdaten aus Tiermodellen zeigen, dass sich unter Stress der Spiegel des Wachstumsfaktors BDNF (Brain-Derived Neuro-

trophic Factor) verringert; der Glukokortikoidspiegel hingegen steigt. BDNF ist wesentlich an der Neurogenese und damit an der Plastizität des Nervensystems beteiligt. Der Wachstumsfaktor unterstützt das Wachstum und die Differenzierung von adulten Stammzellen zu Neuronen und Glia.

Am stärksten wird die Neurogenese unter der Elektrokrampftherapie stimuliert. Eine wirksame Therapie bei schwersttherapieresistenten Depressionen ist auch die tiefe Hirnstimulation (THS). Sie stimuliert die Nervenzellverbände im medialen Vorderhirnbündel und der vorderen Thalamusregion, da davon ausgegangen wird, dass eine gestörte Funktion in diesen beiden Nervenzellverbänden zur emotionalen Dysbalance führt. Bereits nach wenigen Tagen verbesserten sich die Patienten unter der THS deutlich (Schlaepfer TE et al. 2013).

Die neurobiologischen Erkenntnisse führen zu einem Paradigmenwechsel im Verständnis von Depressionen. «Wir sprechen heute nicht mehr von einer akuten Erkrankung, sondern von einem chronischen neurodegenerativen Prozess. Und dieser Prozess basiert auf einem dysfunktionalen Netzwerk. Neben der antidepressiven Behandlung und der Psychotherapie stehen uns heute mit der Elektrokrampftherapie oder THS weitere Therapieoptionen zur Verfügung, die bei schwer depressiven Patienten miteinzubeziehen sind», hielt Prof. Schläpfer abschliessend fest.

Referenzen:

1. IDEA: Impact of Depression in Europe Audit, Sept. 2012, Ip-sos Healthcare.
2. Lean on me, Repräsentative Umfrage Mai 2013.
3. Ajdacic-Gross V., Graf M.: Bestandsaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie – Informationen über die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel. 2003.
4. Tomonaga Y. et al.: The Economic Burden of Depression in Switzerland. Pharmacoeconomics 2013; 31: 237–250.
5. Kendler KS. et al.: Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the «kindling» hypothesis. Am J Psychiatry 2000; 157 (8): 1243–1251.
6. Kessler RC. et al.: Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994 Jan; 51(1): 8–19.
7. ÜSTÜN, T.B. & SARTORIUS, N., EDS. Mental Illness in General Health Care: An International Study. New York, NY: John Wiley and Sons, 1995. xii + 398 pp.
8. Joukamaa M. et al.: Mental disorders and cause-specific mortality, Br J Psychiatry. 2001; 179: 498–502.
9. Moussavi S. et al.: Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. The Lancet 2007, Volume 370, Issue 9590, Pages 851–858.

Impressum:

Autorin: Annegret Czernotta

Quelle: 8. Mental Health Forum, «Depression und Arbeitsumfeld – Können Depressive wieder arbeiten?», der Lundbeck (Schweiz) AG und Vifor Pharma Schweiz, 24.10.13 in Bern.

Die Berichterstattung erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Lundbeck (Schweiz) AG. Die Firma nahm keinen Einfluss auf den Inhalt der Berichterstattung.

Depression – die traurigen Fakten:

- Lebenslange Prävalenz: 10 bis 16,6 Prozent (6, 7).
- Diagnostiziert bei 5 Prozent der Betroffenen, behandelt bei 3 Prozent (7).
- Erhöht Mortalität und Morbidität medizinischer Begleiterkrankungen (8).
- Depressionen wirken sich stärker auf die Lebensqualität aus als jede andere chronische Erkrankung (9).