Prof. Dr. phil. Marcel Konrad
Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA

Sekundärdatenanalyse zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Depressionspatienten in hausärztlichen und psychiatrischen Praxen

Zusammenfassung

Ziel: Ziel dieser Studie war es, anhand einer Sekundärdatenanalyse, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Depressionspatienten, die in hausärztlichen und psychiatrischen Praxen behandelt werden, zu ermitteln.
Methode: Patienten im Alter zwischen 25 und 60 Jahren mit einer Depressionsdiagnose (F32.0-F32.3, F33.0-F33.3) und einer Krankschreibung in 2017 bei Hausärzten (HA) oder Psychiatern (PS) wurden ausgewählt. Die mittlere Gesamtdauer der Krankschreibung wurde kalkuliert und nach Geschlecht und Altersgruppen ausgewertet. Der Einfluss der demographischen Variablen auf das Risiko der langen Krankschreibungsdauer (>42 Tage) wurde mittels multivariater logistischer Regression ermittelt.
Ergebnisse: Die Dauer der Krankschreibung war im Schnitt 54 Tage (SD: 88) bei HA und 100 Tage (SD: 121) bei PS. 26% der Patienten bei HA und 45% der Patienten bei PS hatten eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 42 Tagen. Das Risiko der langen Krankschreibung stieg signifikant mit dem Alter; Geschlecht hatte nur einen geringen Effekt. Patienten mit der Dokumentation der Arbeitsplatzprobleme waren signifikant häufiger über 42 Tage krankgeschrieben.
Schlussfolgerungen: Neben Maßnahmen der betrieblichen Prävention sollte die Einbeziehung niedergelassener HA und PS in den Rehabilitationsprozess organisatorisch und wissenschaftlich mehr Beachtung finden.

Schlüsselwörter

Arbeitsunfähigkeit, Depression, Sekundärdatenanalyse, Hausärzte, Psychiater

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2176

Im Bereich der Arbeitsunfähigkeit (AU) stellen laut Meyer und Kollegen in den letzten Jahren verschiedene Krankenkassen eine deutlich steigende Bedeutung der Depression fest [7]. Laut Daten des aktuellen Gesundheitsreportes der Techniker Krankenkasse (TK) ist es zwischen 2006 und 2014 zu einer deutlichen Zunahme von Fehlzeiten aufgrund psychiatrischer Störungen um mehr als vier Fünftel gekommen. Diese Fehlzeiten stagnieren erst in den Jahren 2014 bis 2017 weitgehend stabil auf einem hohen Niveau. Zwischen 2000 und 2017 wird ein Anstieg von 90% berichtet [8]. Ähnliche Angaben sind dem aktuellen Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) zu entnehmen. Daten der DAK zeigen, dass die Dauer von AU bei psychischen Störungen in den letzten 20 Jahren kontinuierlich auf das Dreifache angestiegen sind. Im Jahr 2017 stieg, wenn auch nur geringfügig, die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Störungen um 1,5% mehr als im Vorjahr an [9]. Mit 16,7% der Ausfalltage stehen psychische Störungen an zweiter Stelle hinsichtlich des AU-Tage-Volumens. Auch in den Ergebnissen des Reports des Dachverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) rangieren psychische Störungen mit 16,6% aller AU-Tage auf dem zweiten Platz der Ursachen von AU [10]. Die weitaus meisten Fehltage wurden durch Depressionen verursacht [9, 10].

>> Bei der Betrachtung der Einzeldiagnosen psychischer Störungen lag die Unipolare Depression bei 83,4 AU-Tagen und die rezidivierende depressive Störung bei 30,9 AU-Tagen [9]. Menschen mit depressiven Störungen weisen doppelt so viele AU-Tage im Vergleich zu Menschen ohne diese Diagnose auf. Die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund affektiver Störungen haben sich im Zeitraum von 2000 bis 2013 mehr als verdoppelt [2]. Wie für alle psychiatrischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich geringer ist als ihr Anteil an AU-Tagen, d. h. es handelt sich zumeist um längerfristige Krankheitsverläufe [9, 10]. Krankschreibungen wegen Depression wurden bisher selten auf der Ebene einzelner Arztpraxen untersucht. Das Ziel dieser Studie war es, die Dauer der Krankschreibung wegen Depression und den Einfluss der demografischen Faktoren sowie der Depressionsschwere auf die Krankschreinungsdauer zu ermitteln.

Methode

Datenbasis

Die vorliegende Sekundärdatenanalyse bezieht sich auf Daten der Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA). Sie ermöglicht einen anonymen Zugriff auf eine ausgewählte Stichprobe von niedergelassenen Praxen und Patienten [11]. Die Daten der Disease Analyzer-Datenbank werden über standardisierte Schnittstellen direkt aus dem Praxiscomputer generiert. Die im Arztcomputer gespeicherten Patientendaten werden monatlich an die IQVIA übertragen. Die Daten werden vor der Übertragung verschlüsselt und entsprechen in Umfang und Detaillierungsgrad der Patientenakte [11]. In den Studien von Becher et al. [12] und von Rathmann et al. [13] über die Validität und Repräsentativität der Disease Analyzer-Datenbank zur Anwendung in pharmakoepidemiologischen und pharmakoökonomischen Studien konnte gezeigt werden, dass die Datenbank als repräsentativ und valide angesehen werden kann.

Depression

Die Depression gehört in Europa und weltweit zu den bedeutsamsten sowie häufigsten psychischen Störungen [1, 2] und stellt hinsichtlich ihrer Schwere eine der am meisten unterschätzten Störungen dar [3]. Daraus sowie aus der hohen Krankheitslast ableitend, ergibt sich eine hohe Public Health Relevanz [4]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) postuliert, dass weltweit mehr als 300 Millionen Menschen jeden Alters unter Depressionen leiden – mit einem Anstieg von mehr als 18% zwischen 2005 und 2015 [5]. Bis zum Jahr 2020 werden Depressionen respektive affektive Störungen weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit sein [3]. Die in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland in ihrem Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) für Deutschland ermittelte 12-Monats-Prävalenz der Unipolaren Depression liegt nach Jacobi und Kollegen bei 7,7%, was 4,9 Millionen Betroffene im Alter von 18 bis 79 Jahren darstellt. Die Geschlechterverteilung zeigt den Daten zufolge, dass Frauen mit 10,6% im Gegensatz zum Männern mit 4,8% doppelt so häufig von dieser Störung betroffen sind [6].

Studienpopulation

Der Studienselektionsprozess ist Abb. 1 zu entnehmen. Patienten im Alter zwischen 20 und 60 Jahren, die in gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, mit Diagnose einer unipolaren sowie rezidivierenden Depression der bekannten Schweregrade (F32.0-F32.3, F33.0-F33.3) und einer Krankschreibung in 2017 bei Hausärzten (HA) oder Psychiatern (PS) wurden ausgewählt. Diese Auswahl basiert auf der Annahme, dass die Personen im Alter 20-60 Jahren berufsstätig sind, wenn sie keine Familienmitversicherung oder Rentenstatus aufweisen. Berufsstätigkeit ist dabei die Voraussetzung für die Notwendigkeit einer Krankschreibung.

Statistische Methoden

Die mittlere Gesamtdauer der Krankschreibung wurde kalkuliert und nach Geschlecht und Altersgruppen ausgewertet. Der Einfluss der demographischen Variablen auf das Risiko der langen Krankschreibungsdauer (>42 Kalendertage) wurde mittels multivariater logistischer Regression ermittelt (siehe Abb. 2), adjustiert für Alter, Geschlecht, Depressionsschweregrad und Facharztgruppe. Die Krankschreibungsdauer wurde auf maximal 42 Kalendertage beschränkt, da aufgrund gesetzlicher Bestimmung zum Krankengeld nach 42 Kalendertagen nicht mehr der Arbeitgeber, sondern die Krankenkasse die Zahlung übernimmt [14].

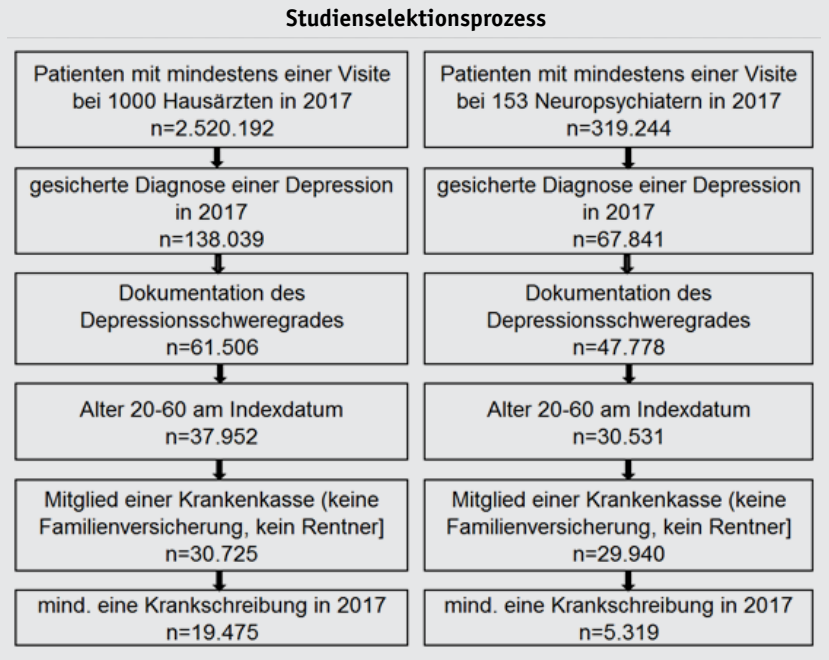


Abb. 1: Studienselektionsprozess.

Ergebnisse

Patientencharakteristika

Insgesamt wurden 5.319 Patienten aus psychiatrischen Praxen sowie 19.475 Patienten aus Hausarztpraxen, für welche mindestens eine Krankschreibung in 2017 dokumentiert war, einbezogen (Abb. 1). Die Patientencharakteristika sind Tab. 1 zu entnehmen. Das Altersmittel betrug 42,7 Jahre. 58,9% waren weiblich. Die Ausprägung der Schweregrade der Depression waren 16.9% leichte Depression, 60,3% mittelgradige Depression und 22,8% schwere Depression. Bei 5,3% der betrachteten Patienten wurden zusätzlich Arbeitsplatzprobleme dokumentiert.

Basischarakteristika der Studienpatienten	
Variable	**N (%)**
Alter (Mittelwert, Standardabweichung)	42.7 (11.2)
Alter 20-30	18,9
Alter 31-40	21,7
Alter 41-50	27,4
Alter 51-60	32,0
Frauen	58,9
Männer	41,1
leichte Depression	16,9
mittelgradige Depression	60,3
schwere Depression	22,8
Psychiater	21,5
Hausärzte	78,5
Arbeitsplatzprobleme	5,3
Keine Arbeitsplatzprobleme	94,7

Tab. 1: Basischarakteristika der Studienpatienten.

Assoziation zwischen definierten Variablen und dem Risiko einer langfristigen Krankschreibung

Abbildung 2 sind die Ergebnisse zum Zusammenhang respektive zur Assoziation der Krankschreibungsdauer mit demographischen sowie weiteren relevanten Variablen (z. B. Schweregrad der Depression, Arbeitsplatzprobleme) zu entnehmen.

Der Median der Dauer der Krankschreibung betrug bei HA 19 und bei PS 32 Tage. 28,6% der Patienten bei HA und 44,5% der Patienten bei PS hatten AU-Tage von mehr als 42 Tagen (OR: 1.75, p<0.001). Die Dauer der Krankschreibung durch Psychiater war demnach deutlich höher als durch HA. Der Schweregrad der Depression kann ebenfalls mit einer zunehmenden Dauer an AU-Tagen assoziiert werden. So zeigen sich aufsteigend höhere Mediane als auch prozentuale Verteilungen. Am stärksten ist dies bei Patienten mit einer schweren Depression ausgeprägt. Diese weisen sowohl im Median (29) sowie mit 39% bei einer Krankschreibungsdauer von über 42 Tagen die höchsten Werte auf (OR: 2.13, p<0.001). Das Risiko mehr als 42 Kalendertage krankgeschrieben zu werden, steigt mit zunehmenden Alter der beobachteten Patienten. Am stärksten konnte dies mit 37,5% in der Altersgruppe der 51-60-Jährigen beobachtet werden (OR: 1,71, p<0.001). Der Anstieg an AU-Tagen kann also mit einem zunehmenden Alter der Betroffenen assoziiert werden. Patienten, bei denen zusätzlich Arbeitsplatzprobleme dokumentiert wurden, weisen mit 39,6% den größten Anteil der Patienten mit einer Krankschreibungsdauer von über 42 Tagen auf (OR: 1,55, p<0.001).

Diskussion

Wie wir in unserer Studie zeigen konnten, lag die Dauer der Krankschreibung durch PS im Median als auch in der Krankschreibung über 42 Tage höher als durch HA (p<0.001). Ferner konnten wir zeigen, dass mit zunehmenden Schweregrad eine Zunahme an

Krankschreibungen assoziiert ist (p<0.001). Beide Befunde können mit dem Schweregrad der Depression assoziiert werden. Hierbei ist zu konstatieren, dass die Versorgung der Depression in Deutschland über alle Schweregrade hinweg aufgrund struktureller Gegebenheiten häufiger von Hausärzten als von Fachärzten erfolgt [15]. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Depressionsdiagnose von Fachärzten wesentlich gezielter respektive genauer erfolgt und daher auch die tatsächliche Schwere eindeutiger diagnostiziert wird [16]. Die fundiertere Diagnosestellung von Fachärzten kann wiederum zur Folge haben, dass die Rekonvaleszenzzeit länger eingeschätzt und somit die Krankschreibung längerfristig ausfällt. Ferner ist bekannt, dass Patienten mit einem zunehmenden Schweregrad der Depression ein vermehrtes Maß an Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sowie der Lebensqualität erfahren [15, 17, 18]. Dass Depressionen ein Hauptgrund für langfristige AU-Tage sind, wurde in der Studie von Koopmans und Kollegen beschrieben [19]. Ferner zeigten Schneider und Kollegen, dass die AU-Dauer mit Depression korreliert [20].

Der Zusammenhang mit dem Alter erwies sich als statistisch signifikant (p<0.001). Am Stärksten konnte dies in der Altersgruppe der 51-60-Jährigen beobachtet werden. Dies spiegelt sich ebenfalls durch die Angaben der Gesundheistreporte nationaler Krankenkassen wider [9]. Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Versicherten ist darauf zurückzuführen, dass langfristige Arbeitsunfähigkeiten im Altersverlauf zunehmen und einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen ausmachen. Am höchsten sind die Werte den Daten der DAK zufolge bei Versicherten der Altersgruppe 60+. Diese Altersgruppe verursacht knapp 60% des Krankenstandes durch ein langfristiges AU-Geschehen von einer Dauer von über 6 Wochen [9]. Altere Arbeitnehmer haben zwar eine geringere Anzahl an AU-Fällen, jedoch steigen deren AU-Tage stark an [9]. Dieser Befund deckt sich also ebenfalls mit bisherigen Ergebnissen. In Bezug auf das Geschlecht konnte in unserer Untersuchung kein signifikanter Einfluss ermittelt werden (p=0.248). Dementgegen ist dem Gesundheitsreport der TK zu entnehmen, dass im Jahr 2017 psychische Störungen bei Männern in Bezug auf ihre anteilige Bedeutung am Krankenstand an zweiter Stelle geführt werden. Bei weiblichen Erwerbspersonen führten psychische Störungen 2017 demgegenüber zu den meisten gemeldeten AU-Tagen [8]. Es gilt als ein international stabiler Befund, dass Frauen ca. doppelt so häufig von einer Depression betroffen sind als Männer [1, 6]. Zusätzlich zeigen die Daten des DAK Gesundheitsreportes, dass Frauen in allen Altersgruppen einen höheren Krankenstand aufweisen als Männer [9]. Zusätzlich zeigte sich, dass Patienten, bei denen der Arzt Arbeitsplatzprobleme dokumentiert hat, signifikant länger krankgeschrieben waren (p<0.001). Dieser Befund steht im Einklang mit bisherigen Erkenntnissen. Wie Daten des DAK-Gesundheitsreports zeigen, ist ein schlechtes Betriebsklima, welches Arbeitsplatzprobleme zur Folge hat, neben einer hohen Arbeitsbelastungen, ein zentraler Einflussfaktor auf den Krankenstand [9], was unseren Befund somit erklären kann. Rau und Henkel zeigten, dass je höher die Arbeitsintensität, desto größer das Risiko an einer Depression

Literatur

[1] Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von de-pressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 56(5/6), 733–739.

[2] Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Zugriff am 12. November 2018 unter http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf

[3] Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2018). Depression. Zugriff am 12. November 2018 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/depression.html

[4] Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H. & Krämer, A. (2014). Ent-wicklung der Krankheitslast in Deutschland. Dtsch Arztebl Int, 111(38), 629–638.

[5] Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2018). „Depression: let's talk" says WHO, as de-pression tops list of causes of ill health. Zugriff am 12. November 2018 unter http://www.who.int/news-room/headlines/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health

[6] Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S. et al. (2014). Psychische Störungen in der All-gemeinbevölkerung. Nervenarzt, 85, 77–87.

[7] Meyer, M., Wehner, K. & Cichon, P. (2017): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2016, in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2017 Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung (S. 281-484).

[8] Techniker Krankenkasse TK (2018). Gesundheitsreport. Fit oder fertig? Erwerbsbiografien in Deutschland. Zugriff am 13. Dezember 2018 unter https://www.tk.de/resource/blob/2035612/168c6d8c6e4a6a2919450f0281a03474/gesundheitsreport-2018-data.pdf

[9] Deutsche Angestellten-Krankenkasse DAK (2018). DAK-Gesundheitsreport 2018. Zugriff am 13. Dezember 2018 unter https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-1970840.pdf

[10] Betriebskrankenkassen Dachverband BKK (2018). Arbeit und Gesundheit Generation 50+. Zugriff am 13. Dezember 2018 unter https://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport.html

[11] Dombrowski, S. & Kostev, K. (2017). Use of Electronic Medical Records in the Epidemi-ological Research. Göttingen: Cuvillier Verlag.

[12] Becher, H., Kostev, K. & Schröder-Bernhardi, D. (2009). Validity and representative-ness of the „Disease Analyzer" patient database for use in pharmacoepidemiological and phar-macoeconomic studies. Int J Clin Pharmacol Ther, 47(10), 617–626.

[13] Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T.G., et al. (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. Gesundheitswesen, 77, 120–126.

[14] Herr, D. (2018). Datenquelle zum Krankengeld im deutschen Gesundheitswesen – eine Übersicht sowie Empfehlungen für die Versorgungsforschung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 135, 56-64.

[15] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg). (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. Zugriff am 22. Dezember 2018 unter http://www.leitlinien.de/nvl/depression

[16] Trautmann, S., Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Einsle, F., Knothe, L., Wieder, G., et al. (2017). The treatment of depression in primary care - a cross-sectional epidemiological study. Dtsch Arztebl Int, 114(43): 721–728.

[17] Poulsen, R., Hoff, A., Fisker, J., Hjorthøj, C., Eplov, L.F. (2017). Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 18(1), 578.

[18] Kaldo, V., Lundin, A., Hallgren, M., Kraepelien, M., et al. (2018). Effects of internet-based cognitive behavioural therapy and physical exercise on sick leave and employment in primary care patients with depression: two subgroup analyses. Occup Environ Med, 75, 52–58.

[19] Koopmans, P.C., Roelen, C.A., Groothoff, J.W. (2008). Sickness absence due to depressive symptoms. Int Arch Occup Environ Health, 81: 711–719.

[20] Schneider, A., Hilbert, S., Hamann, J., Skadsem, S., Glaser, J., Löwe, B., Bühner, M. (2017). The implications of psychological symptoms for length of sick leave – burnout, depression, and anxiety as predictors in a primary care setting. Dtsch Arztebl Int, 114, 291–7.

[21] Rau, R., Henkel, D. (2013). Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen: Review der Datenlage. Nervenarzt, 84(7), 791–798.

[22] Strobel, H. (2013). Auswirkungen von ständiger Erreichbarkeit und Präventionsmöglichkeiten: Teil 1: Überblick über den Stand der Wissenschaft und Empfehlungen für ein guten Umgang in der Praxis. Iga.Report 23. Zugriff am 11. Januar 2019 unter https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_23_Staendige_Erreichbarkeit_Teil1.pdf

Assoziation zwischen definierten Variablen und dem Risiko, mehr als 42 Tage krankgeschrieben zu werden				
Variable	**Mediane Dauer der Krankschreibung in Tagen**	**Anteil der Patienten mit Krankschreibungsdauer von über 42 Tagen (%=)**	**Odds Ratio (95% CI)**	**p- Wert**
Alter 20-30	18	24,7	Referenz	
Alter 31-40	20	28,3	1,17 (1,07-1,28)	<0,001
Alter 41-50	23	33,4	1,45 (1,33-1,57)	<0,001
Alter 51-60	27	37,5	1,71 (1,57-1,85)	<0,001
Frauen	22	31,8	0,97 (0,92-1,02)	0,248
Männer	22	32,3	Referenz	
leichte Depression	15	19,8	Referenz	
mittelgradige Depression	23	32,7	1,75 (1,61-1,91)	<0,001
schwere Depression	29	39,0	2,13 (1,93-2,34)	<0,001
Psychiater	32	44,5	1,75 (1,64-1,87)	<0,001
Hausärzte	19	28,6	Referenz	
Arbeitsplatzprobleme	28	39,6	1,55 (1,38-1,75)	<0,001
Keine Arbeitsplatzprobleme	22	31,6	Referenz	

Tab. 2: Assoziation zwischen definierten Variablen und dem Risiko, mehr als 42 Tage krankgeschrieben zu werden (multivariates logistisches Regressionsmodell).

zu erkranken ist [21]. Außerdem wurde aufgezeigt, dass je niedriger der zur Verfügung stehende Handlungsspielraum, je niedriger die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, je höher das Ungleichgewicht zwischen Anforderung und Verausgabung der erhaltenen Anerkennung ist, desto höher ist das Risiko an einer Depression zu erleiden [21]. Schneider und Kollegen haben in ihrer Studie herausgefunden, dass HA psychische Belastungen und arbeitsplatzbedingte Stressfaktoren in 85 Fällen explorierten. Depressionen waren bei diesen Patienten höher angegeben [20].

Diese retrospektive Studie hat verschiedene Limitationen. Die erste Limitation bezieht sich auf die Patientenpopulation. Nur die Personen mit mindestens einer Krankschreibung wurden analysiert. Viele Menschen mit einer, insbesondere leichten Depression, werden nicht krankgeschrieben oder möchten nicht krankgeschrieben werden. Nicht untersucht wurde der Einfluss der anderen Komorbiditäten auf die Krankschreibungsdauer. Außerdem fehlt die Information über den Beruf der Patienten, aber auch Details der beruflichen Situation. Auf der anderen Seite wurde in dieser Studie eine große Anzahl der Patienten aus einer repräsentativen landesweiten Datenbank eingeschlossen sowie demografische und klinische Variablen gleichzeitig analysiert, was die Stärken dieser Studie ausmacht.

Psychische Störungen verzeichnen den Gesundheitsreporten der Krankenkassen zufolge [8, 9, 10] die auffälligsten Entwicklungen und den bedeutensten Anstieg in Bezug auf den Krankenstand. In der heutigen Zeit ist das Arbeitsleben geprägt von ständiger Erreichbarkeit – geschuldet den modernen Informations- und Kommunikationstechnologien. Diese Form der Rufbereitschaft der Arbeitnehmer wirkt sich signifikant auf die psychische Belastung aus [22]. Die moderne, stressassoziierte Arbeitswelt ist vor dem Hintergrund steigender psychischer Belastungen für Arbeitnehmer sowie für Arbeitgeber eine Herausforderung, an die sich beide genannten Gruppen adaptieren müssen. Neben den für Arbeitgeber gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen wie Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement, müssen Strategien der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), wie Stressmanagement und funktionales Coping, im Rahmen eines Berieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) entwickelt und implementiert werden. Eine systematische Implementierung von Maßnahmen der BGF in einem BGM kann zur Senkung des Krankenstands in Unternehmen beitragen. Um einen Rückgang von Langzeitarbeitsunfähigkeiten zu erreichen, bedarf es gesonderter Programme für ältere Arbeitnehmer. Altersdiversität und -sensitivität spielen hierbei auf Seiten der Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber eine Rolle. <<

Secondary data analysis of the duration of inability to work in depression patients treated in general and psychiatric practices

Aim: The aim of this study was to use secondary data analysis to determine the duration of inability to work in depression patients treated in general or psychiatric practices.
Method: Patients between the ages of 20 and 60 years with a diagnosis and a sick note from a general practitioner (GP) or psychiatrist (PS) in 2017 were selected. The average total duration of the sick leave was calculated and evaluated based on sex and age group. The influence of the demographic variables on the risk of a long period of sick leave (>42 days) was determined using multivariate logistic regression.
Results: The average duration of the sick leave was 54 days (SD: 88) in GP patients and 100 days (SD: 121) in PS patients. In total, 26% of GP patients and 45% of PS patients were unable to work for more than 42 days. The risk of a long period of sick leave was associated with higher age and workplace-related problems.
Conclusion: To preventive measures in the workplace, the involvement of GP and PS in private practice in the rehabilitation process should be given stronger consideration, both from an organizational and a scientific perspective.

Keywords

inability to work, depression, secondary data analysis, general practitioners, psychiatrists

Autorenerklärung

Karel Kostev ist Mitarbeiter des Unternehmens IQVIA in Frankfurt. Marcel Konrad ist Mitarbeiter der FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Die Autoren haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung und wurde von IQVIA durchgeführt.

Zitationshinweis

Konrad, M., Kostev, K.: „Sekundärdatenanalyse zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Depressionspatienten in hausärztlichen und psychiatrischen Praxen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), S. 68-72, doi: 10.24945/MVF.0519.1866-0533.2176

Prof. Dr. phil. Marcel Konrad
ist Professor für Gesundheits- und Sozialmanagement, insb. Pflegemanagement an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Er lehrt am FOM Hochschulzentrum in Frankfurt am Main und ist kooptierter Wissenschaftler am Institut für Gesundheit & Soziales der FOM. Er studierte Diplom-Ergotherapie und Therapiewissenschaften (M.Sc.). Seine Arbeitsschwerpunkte sind psychische Störungen, psychosoziale Therapien und Versorgungsforschung. Kontakt: marcel.konrad@fom.de



Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA
ist Research Principal bei IQVIA in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in Medizin promoviert und habilitiert. Er lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Hochschule Fresenius und an der Universität Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.
Kontakt: karel.kostev@iqvia.com

