

Arbeitsplatzängste und Arbeitsplatzphobie und ihre Auswirkungen auf die berufliche Partizipation

B. Muschalla, M. Linden,
Teltow/Berlin

Aus der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin, und der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik am Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin (Leitender Arzt: Prof. Dr. M. Linden)

Zusammenfassung

Die Arbeit ist zeitlich, inhaltlich und sozial ein wichtiger Lebensbereich, weshalb Geschehnisse am Arbeitsplatz Auswirkungen auf die psychische Verfassung eines Menschen, und psychische Störungen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz haben müssen. Eine Sonderrolle haben arbeitsplatzbezogene Ängste, da Arbeitsplätze ihrer Struktur nach in besonderer Weise angstauslösend bzw. -verstärkend sind.

Als gemeinsame Endstrecke von arbeitsplatzbezogenen Ängsten wie auch konventionellen psychischen Erkrankungen kann es zu einer Arbeitsplatzphobie kommen, mit panikartigen Ängsten bei Annäherung oder auch dem Gedanken an den Arbeitsplatz, analog zu einer Agoraphobie. Sie hat erhebliche Konsequenzen für den weiteren Krankheitsverlauf und erfordert spezielle therapeutische Konsequenzen.

Aufgrund der besonderen Krankheitsfolgenproblematik sind Arbeitsplatzphobien insbesondere relevant bei Langzeitarbeitsunfähigkeit und Frühberentungsverfahren.

Diese Arbeit will auf dieses Problem hinweisen und einen konzeptuellen Rahmen zum Verständnis von Arbeitsplatzängsten und Arbeitsplatzphobie geben.

Einleitung

Die Arbeit ist zeitlich, inhaltlich und sozial einer der *wichtigsten* Lebensbereiche. Geschehnisse am Arbeitsplatz müssen deshalb Auswirkungen auf die *psychische Verfassung* eines Menschen haben. Ebenso müssen psychische Erkrankungen fast zwangsläufig auch Auswirkungen auf den Arbeitsplatz haben.

Daraus resultieren erhebliche sozialmedizinische Konsequenzen bezüglich der *Arbeits- und Erwerbsfähigkeit*. In den *Arbeitswissenschaften* werden seit langem Themen untersucht wie „Mobbing“, „Burnout“, „Stress am Arbeitsplatz“, „Arbeitszufriedenheit“ (Leymann 1993; Zapf et al. 1996; Selye 1983; Maslach, Jackson 1981) oder der Zusammenhang zwischen Arbeits(-Umwelt-)bedingungen und psychischer Befindlichkeit, Arbeitsproduktivität, „Absentismus“ oder „Arbeitsflucht“ (Martin, Matiaske 2002, Dormann et al. 2002; Szesny, Thau 2004).

Auch die *klinische Forschung* hat sich dem Zusammenhang zwischen Arbeitsplatz und psychischen Störungen gewidmet, mit Untersuchungen zur

Summary

Workplace-related anxiety, workplace phobia and disorders of participation

Work is an important domain of life. It is therefore clear that problems at the workplace and mental disorders will have negative interactions. Job-related anxieties are of special importance as any workplace causes or intensifies anxiety by its very nature.

A common final pathway of mental disorders in general and workplace-related anxieties in particular is workplace phobia. Similarly to agoraphobia, it is characterised by panic when approaching or even thinking of the stimulus, in this case the workplace. Workplace phobia has serious negative consequences for the further course of illness. It impairs the ability to work, and can lead to sick leave and early retirement. It requires special therapeutic interventions.

This paper describes workplace-related anxieties and workplace phobia and gives a conceptual framework for their understanding.

Prävalenz oder den negativen Folgen psychischer Störungen für die Arbeitsfähigkeit (Haslam et al. 2005; Kawakami et al. 1996; Linden, Weidner 2005). Von besonderer Bedeutung sind Ängste im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz. Es gibt einige Berichte über Posttraumatische Belastungsstörungen nach traumatischen Erlebnissen bei der Arbeit (MacDonald et al. 2003; Laposo et al. 2003), über *spezielle Ängste* bei bestimmten Berufsgruppen wie z. B. Musikern (Fehm, Schmidt 2006) und über *phobische Reaktionen* auf den Arbeitsplatz (Haines et al. 2002; Linden, Muschalla 2007).

Im Folgenden soll ein *systematischer Überblick* über die verschiedenen Formen arbeitsplatzbezogener Ängste gegeben werden, so wie sie sich in der rehabilitationsmedizinischen wie in der allgemeinärztlichen Praxis darstellen. Im Anschluss soll ihre *sozialmedizinische Einordnung* diskutiert werden.

Auslöser von Arbeitsplatzängsten

Der Arbeitsplatz ist ein Ort, an dem es *besonders leicht* zu Angstreaktionen kommt, da er eine Reihe

Geschehnisse am Arbeitsplatz müssen Auswirkungen auf die psychische Verfassung eines Menschen haben ...

... so dass sich auch die klinische Forschung dem Zusammenhang zwischen Arbeitsplatz und psychischen Störungen gewidmet hat

spezifischer Charakteristika hat, die Angst auslösen können. Zu nennen sind soziale Hierarchie und Bewertungen, Rivalitäten zwischen Gleichrangigen, Leistungsanforderungen und die Möglichkeit des Scheiterns, Bedrohung der Existenzsicherung, aggressive Kunden oder Schüler, Unfallgefahren u. v. a. Bei hinreichender Intensität oder Dauer der angstausslösenden Stimuli kann es zur Entwicklung von akuten und/oder protrahierten Angstreaktionen kommen.

Angstreaktionen mit Bezug zum Arbeitsplatz entstehen jedoch nicht nur durch Arbeitsplatzfaktoren, sondern können auch Folge primärer psychischer Erkrankungen (insbesondere Angsterkrankungen) sein, die sich dann auch in Bezug auf den Arbeitsplatz manifestieren. Schließlich kann es auch zu Wechselwirkungen kommen, mit gegenseitiger Verstärkung der einzelnen Angstkomponenten.

Zusammenfassend ist von einem mehrfaktoriellen Bedingungsgefüge auszugehen, bei dem Arbeitsplatzcharakteristika, primäre psychische Störungen, sonstige Kontext- und Belastungsfaktoren und Bewältigungsressourcen ineinander greifen (Abbildung 1). Neben psychischen können auch somatische Erkrankungen mit dadurch entstehenden Einschränkungen der Leistungsfähigkeit zur Entstehung von Insuffizienzängsten und spezifischen Situationsängsten bei der Arbeit beitragen.

on als auch von Arbeitsplatzfaktoren beeinflusst werden können.

Des Weiteren gibt es Ängste im Sinne einer Anpassungsstörung nach Veränderungen in der Arbeitsumwelt. Hierbei können Veränderungen bzgl. der Arbeitsstruktur, Arbeitsinhalten, oder personelle Veränderungen zu Angstausslösern werden.

Soziale Konflikte am Arbeitsplatz können auf bestimmte Personen bezogen zu spezifischen sozialen Ängsten führen. Diese können generalisieren oder sich auf dem Hintergrund einer allgemeinen sozialen Ängstlichkeit zu generellen sozialen Ängsten bzgl. verschiedener sozialer Situationen am Arbeitsplatz entwickeln.

Insuffizienzerleben kann aufgrund tatsächlicher eigener gesundheitlicher, alters- oder kompetenzbedingter Einschränkungen der Leistungsfähigkeit entstehen, oder aufgrund realer Überforderung, oder aufgrund dysfunktionaler Selbstwahrnehmung im Rahmen einer anderen psychischen Erkrankung. Hypochondrische Ängste beziehen sich auf die Befürchtung durch den Arbeitsplatz krank zu werden oder eine Krankheit, wie beispielsweise einen Herzinfarkt, zu verschlimmern.

Lebensbedrohliche Erlebnisse am Arbeitsplatz können eine posttraumatische Belastungsstörung auslösen.

Unabhängig von der Qualität der grundlegenden arbeitsplatzbezogenen Angst oder einer primären konventionellen psychischen Störung kann es im Sinne einer gemeinsamen Endstrecke zu einer Arbeitsplatzphobie kommen. Entsprechend der allgemeinen Definition von Phobien liegt eine Arbeitsplatzphobie dann vor, wenn bestimmte Reize am Arbeitsplatz (wie z. B. Personen, Ereignisse, Objekte, Situationen, oder allein der Gedanke an den Arbeitsplatz) zu einer Panikreaktion und einem Vermeidungsverhalten bezüglich der Arbeitsstelle oder arbeitsassoziierter Stimuli führen. Die

In einem mehrfaktoriellen Bedingungsgefüge greifen Arbeitsplatzcharakteristika, primäre psychische Störungen, sonstige Kontext- und Belastungsfaktoren und Bewältigungsressourcen ineinander

Empirisch konnten verschiedene Qualitäten arbeitsplatzbezogener Ängste differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden

Differenzialdiagnostik von Arbeitsplatzängsten

Empirisch konnten verschiedene Qualitäten arbeitsplatzbezogener Ängste differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden (Linden, Muschalla 2007; Muschalla 2008). Am häufigsten werden von Patienten Ängste in Form von generalisierter Besorgnis um alltägliche Arbeitsangelegenheiten und die berufliche Zukunft geklagt, die bei genauer Betrachtung sowohl von der individuellen Disposition

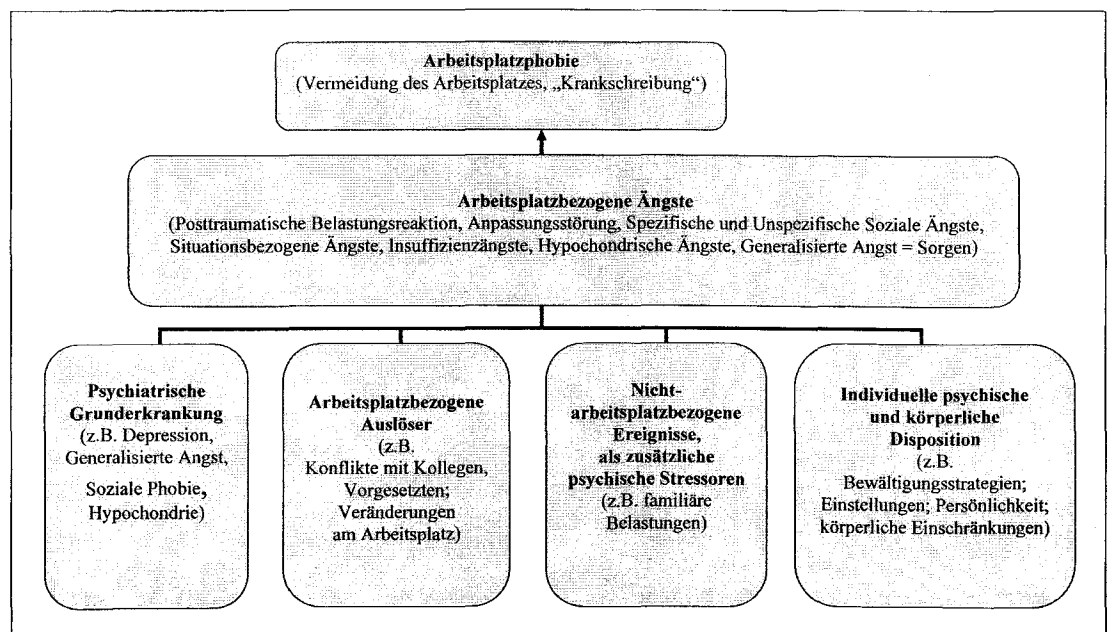


Abbildung 1 Ätiologiefaktoren bei Arbeitsplatzphobie

Tabelle Diagnostische Kriterien der Arbeitsplatzphobie, angelehnt an die Kriterien des DSM-IV 300.29 für Spezifische Phobien

- A. Ausgeprägte und anhaltende Angst bei Annäherung oder Gedanken an den Arbeitsplatz oder arbeitsplatzassoziierte Stimuli wie Kollegen, Vorgesetzte, Situationen, Ereignisse, Objekte, Orte am Arbeitsplatz.
- B. Die Konfrontation mit dem Arbeitsplatz in vivo oder in sensu ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer Panikattacke annehmen kann.
- C. Die Person muss die Angst nicht als „übertrieben“ oder „unbegründet“ wahrnehmen.
- D. Die Anwesenheit am Arbeitsplatz wird vermieden bzw. nur unter starker Angst oder starkem Unbehagen ertragen. Die Betroffenen suchen häufig den Ausweg über eine Krankschreibung. Es werden weite Umwege in Kauf genommen, um nicht direkt am Arbeitsplatz vorbeigehen zu müssen. Es kann daher ein agoraphobisch anmutendes Vermeidungsverhalten öffentlicher Orte entstehen, wobei die zugrunde liegende Befürchtung ist Kollegen oder Vorgesetzte oder andere arbeitsplatzassoziierte Personen zu treffen.
- E. Die Phobie verursacht erhebliches Leiden für die Person; oder das Vermeidungsverhalten („*Krankschreibung*“), die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in den gefürchteten Situationen schränkt deutlich die berufliche Leistungsfähigkeit und Partizipation ein. Dabei kommt es häufig auch zu einer Gefährdung der beruflichen Perspektive insgesamt, wenn bspw. aufgrund des Vermeidungsverhaltens eine Langzeitarbeitsunfähigkeit oder Arbeitsplatzverlust resultiert, die phobische Reaktion generalisiert und zu Gefährdung der Erwerbsfähigkeit insgesamt führt („*Frühberentung*“).

Differenzialdiagnostisch müssen konventionelle Angsterkrankungen ausgeschlossen werden. Das Vermeidungsverhalten sowie die Angstreaktion müssen in direktem Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz erklärbar sein.

Differenzialdiagnosen

Konventionelle Angsterkrankungen: Agoraphobie, Panikstörung, Soziale Phobie, Generalisierte Angst, Posttraumatische Belastungsstörung, Hypochondrie, Depression, Anpassungsstörung mit nicht-arbeitsplatzbezogenem Ereignis.

Tabelle fasst die diagnostischen Kriterien der Arbeitsplatzphobie zusammen.

Arbeitsplatzphobien werden von den Betroffenen häufig durch *andersartige Präsentationssymptome* wie Rückenschmerzen, wiederkehrenden Infekten, Schlafstörungen oder sonstigen somatischen Beschwerden versteckt, die als „*gesellschaftlich anerkanntere*“ und „*AU-würdigere*“ Erkrankungen eingeschätzt werden als eine „Angst vor dem Arbeitsplatz“. Dadurch kann die Diagnose *erheblich erschwert* werden (Regenauer 2008) und eine vertiefte und gezielte *Exploration* erforderlich machen.

Arbeitsplatzphobie und Vermeidung: „Krankschreibung“

In der Konsequenz einer Arbeitsplatzphobie kommt es häufig auch zu einer *Generalisierung des Vermeidungsverhaltens*, wie z. B. die Vermeidung der Straße, in welcher der Betrieb liegt, Vermeidung von Ereignissen, bei denen man Kollegen begegnen könnte oder sogar Angstattacken, wenn nur das Gespräch auf den Arbeitsplatz kommt. Bei Annäherung an den Arbeitsplatz kommt es typischerweise zu einem Anstieg der Angst (Haines et al. 2002), gegebenenfalls bis zur Panik, bei Vermeidung zu einem Nachlassen der Angst.

Dies hat die Funktion einer sogenannten „*negativen Verstärkung*“, d. h. das Vermeidungsverhalten wirkt belohnend, da es die Angst reduziert, und wird gleichzeitig verstärkt. Die Vermeidung des Arbeitsplatzes ist sanktionsfrei nur mit einer *Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung* möglich, weshalb

die Patienten alles daran setzen, sich krank schreiben zu lassen. Damit wird jedoch die AU-Bescheinigung selbst zu einem *pathogenen Faktor*.

Klinische Wertigkeit und sozialmedizinischer Relevanz der Arbeitsplatzphobie

Arbeitsplatzphobie zeigt sich als ein *spezielles phobisches Syndrom*, mit spezifischem Stimulusbezug, das im Kontext unterschiedlicher Erkrankungen anzutreffen sein kann, sich aber auch als alleinstehende Störung manifestieren kann, einhergehend mit unterschiedlichen Qualitäten (primärer) arbeitsplatzbezogener Ängste.

Die Arbeitsplatzphobie ist zunächst einmal nicht mehr als ein Symptom in sehr unterschiedlichem Kontext. Dennoch stellt sie ein klinisches Problem *eigener Wertigkeit* dar, mit eigenen Entwicklungsfaktoren und Therapieerfordernissen. Dies ist durch die *Besonderheiten des angstausslösenden Stimulus* bedingt, der sich bei einer Arbeitsplatzphobie als *sehr viel komplexer* darstellt, als dies bei anderen Phobien der Fall ist:

- Der Arbeitsplatz ist kein einfach abgrenzbarer Stimulus wie z. B. eine Spinne oder die U-Bahn, sondern in aller Regel ein *komplexer Stimulus*, in dem situative und interaktionelle Elemente zusammenfließen.
- Die Vermeidung des Arbeitsplatzes hat regelhaft *negative Konsequenzen* für die biographische Entwicklung (Langzeit-„Krankschreibung“, Verlust des Arbeitsplatzes, Gefahr der Frühberentung).

Arbeitsplatzphobien werden häufig durch andersartige Präsentationssymptome / somatischen Beschwerden versteckt

In der Konsequenz einer Arbeitsplatzphobie kommt es oft zu einer Generalisierung des Vermeidungsverhaltens ...

... was die Funktion einer sogenannten „negativen Verstärkung“ hat

- Die Vermeidung des Arbeitsplatzes kann zur *Chronifizierung der zugrunde liegenden Störung* beitragen, indem das eigene Insuffizienzerleben und die Phantasien über Bedrohungen die dysfunktionalen Störungsmodelle des Patienten verfestigen.
- Der Arbeitsplatz kann, im Gegensatz zu Straße oder U-Bahn, nicht jederzeit und anonym betreten werden. Damit sind *therapeutische Expositionsübungen am Arbeitsplatz* erheblichen Einschränkungen unterworfen.

Will man Arbeitsplatzängste und speziell die Arbeitsplatzphobie *klinisch* einordnen, dann kann dies in Parallelität zu einem Herzinfarkt oder Zerebralen Insult geschehen. Beides sind auch „nur“ *Symptome* einer Gefäßerkrankung. Kommt es aber zu einer solchen Zusatzkomplikation, dann ist fraglos von einem *Krankheitszustand eigener Wertigkeit* auszugehen. Gleichmaßen führt auch eine Arbeitsplatzphobie, unabhängig von der Ursache, zu einer *neuen Krankheitsqualität mit eigener Krankheitswertigkeit*.

Eine Arbeitsplatzphobie führt, unabhängig von der Ursache, zu einer neuen Krankheitsqualität mit eigener Krankheitswertigkeit

Häufigkeit von Arbeitsplatzängsten und -phobien in der medizinischen Rehabilitation

Arbeitsplatzprobleme sind *häufige* Phänomene. In einer Untersuchung bei niedergelassenen Fach- und Allgemeinärzten und deren Patienten ergab sich, dass 27,4 % von 299 berufstätigen Patienten angaben, Arbeitsplatzprobleme zu haben (Muschalla et al. 2008). Diese Patienten waren mit durchschnittlich fünf Wochen in den letzten 12 Monaten *signifikant länger krankgeschrieben* als berufstätige Patienten ohne Arbeitsplatzprobleme.

Bei Patienten einer *psychosomatischen Rehabilitationsklinik* erfüllten 58,3 % von 230 unausgeles-

nen Patienten in einem strukturierten diagnostischen *Arbeits-Angst-Interview* die Kriterien mindestens einer arbeitsplatzbezogenen Angst. Bei 17 % der Patienten fand sich eine Arbeitsplatzphobie. 23 % der 230 Befragten litten unter spezifischen Arbeitsplatzängsten *ohne* gleichzeitiges Vorliegen einer konventionellen Angsterkrankung gemäß der Kriterien des DSM-IV (Muschalla 2008).

Von den 134 Patienten mit *Arbeitsangstdiagnose* waren 62,4 % auch von arbeitsbezogenen *Partizipationsproblemen* betroffen: 6,8 % blieben kurzzeitig der Arbeit fern, 48,9 % ersuchten eine Krankschreibung, bei 6,8 % kam es zu einem Arbeitsplatzverlust oder -wechsel infolge der Angstsymptomatik.

Verschiedene Qualitäten von Arbeitsplatzängsten hatten unterschiedliche Auswirkungen auf die *Partizipation am Arbeitsplatz* (Abbildung 2): Bei 78,6 % der Patienten mit *generalisierter Angst* bzgl. der Arbeit (Sorgen) fanden sich keine Partizipationsstörungen. Patienten mit *Hypochondrischen Ängsten*, *Insuffizienzängsten* und *Anpassungsängsten* berichteten jeweils in über 50 % der Fälle von Arbeitsunfähigkeit oder kurzzeitigem Fernbleiben aufgrund der Symptome bis hin zum Arbeitsplatzverlust. Erwartungsgemäß kam es am häufigsten (24,3 %) bei Patienten mit einer *komplexen Arbeitsplatzphobie* zum Verlust oder Wechsel des Arbeitsplatzes infolge der Ängste.

Arbeitsplatzprobleme sind häufige Phänomene

Therapie der Arbeitsplatzphobie

Das spezielle Problem in der Therapie arbeitsplatzbezogener Ängste und insbesondere Arbeitsplatzphobie ist, dass die bei phobischen Erkrankungen standardgemäß durchzuführenden *In-Vivo-Expositionsübungen* mit der Möglichkeit einer gestuften Annäherung an die angstauslösende Situation

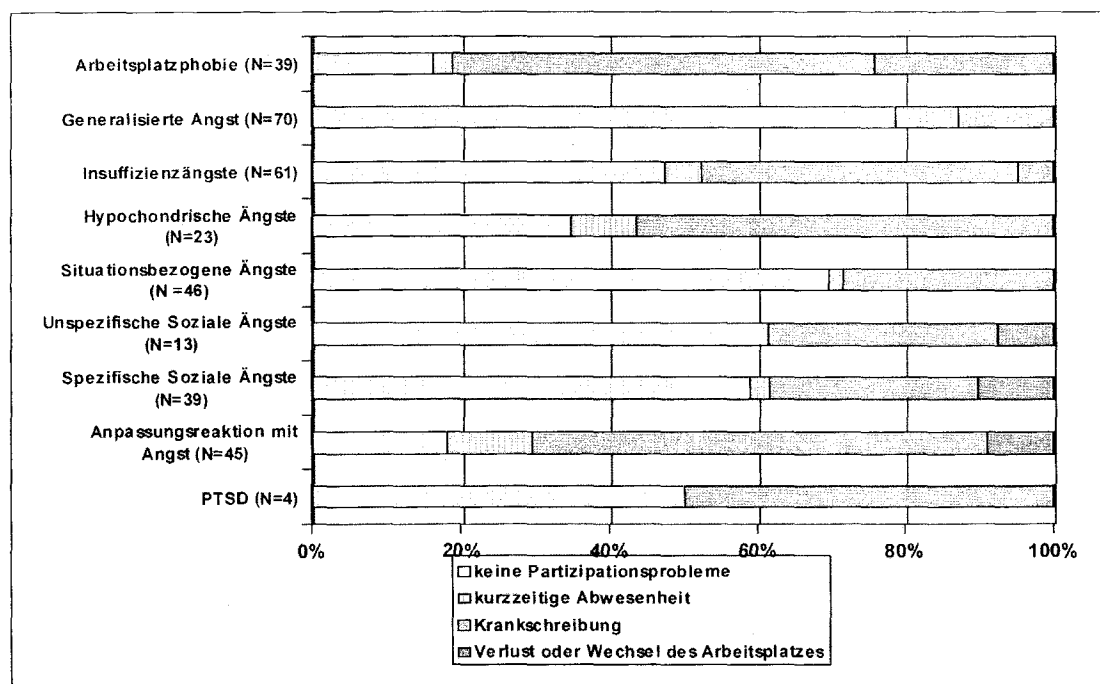


Abbildung 2 Häufigkeit von Partizipationsstörungen bei Patienten mit Arbeitsplatzängsten (N=134). Mehrfachdiagnosen, Diagnosen nach strukturiertem diagnostischem Interview Mini-Arbeits-Angst-Interview (Mini-AAI) analog zum Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

extrem schwierig wenn nicht *unmöglich* sind. Die äußeren Bedingungen am Arbeitsplatz sind durch den Therapeuten nicht oder nur ungenügend steuerbar, so dass eine geplante und therapeutisch dosierte Exposition nicht ohne weiteres möglich ist und unter diesen Umständen sogar das Risiko einer *Verstärkung der Phobie* besteht.

Generell einsetzbare Therapieverfahren sind Situations- und Verhaltensbeschreibungen und -analysen, die Entwicklung von Bewältigungskompetenzen, die Bearbeitung des Anspruchsniveaus, Prinzipien des Reframing und Angstmanagements, Konfliktklärungen oder Expositionen in sensu. Ein *spezifisches* therapeutisches Instrument kann auch die „*berufliche Belastungserprobung*“ darstellen, die in den letzten Jahren in einer Reihe von psychotherapeutischen Fach- und Rehabilitationskliniken eingeführt wurde. Hierbei werden Patienten zur Hospitation in *ausgewählte Kooperationsbetriebe* entsandt und dabei therapeutisch supervidiert.

Bedeutung von Arbeitsplatzängsten in der sozialmedizinischen Praxis

Arbeitsunfähigkeit *im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)* liegt nach den *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (GBA 2004)* dann vor, wenn

1. die „ausgeübte Tätigkeit *nicht mehr*“ oder
2. „nur unter der *Gefahr einer Verschlimmerung* einer Erkrankung“ ausgeführt werden kann oder
3. wenn „aufgrund eines bestimmten Krankheitszustands, der für sich alleine 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
4. wenn ein „*kausaler Zusammenhang* zwischen einer Krankheit und der dadurch bedingten Unfähigkeit zur Funktionsausübung“ besteht.

Alle vier Kriterien gelten bei arbeitsplatzbezogenen Ängsten. Diese Patienten können daher korrekterweise als *arbeitsunfähig (im Sinne der GKV)* angesehen werden.

Bei der Arbeitsplatzphobie ergibt sich jedoch die Paradoxie, dass einerseits nach der *Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie* die phobische Symptomatik am Arbeitsplatz auftritt, durch den Arbeitsplatz verschlimmert wird, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und eine Rückkehr an den Arbeitsplatz die Krankheit verschlimmern kann, während gleichzeitig eine *Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung* ebenfalls zu einer Aufrechterhaltung, Verschlimmerung und Chronifizierung beitragen kann wegen *Unterstützung des Vermeidungsverhaltens*. Die *sozialmedizinische* Beurteilung muss also gegen *therapeutische* Überlegungen abgewogen werden, was im Einzelfall erhebliche Schwierigkeiten machen kann.

Ein interessantes Sonderproblem stellt in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzunverträglichkeit

im Sinne der *privaten Krankenversicherung (PKV)* dar. Arbeitsunfähigkeit im Sinne der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung* liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend *in keiner Weise* ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit in der PKV ist somit *enger* als der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Sinne der GKV, da er eine *100 %-ige bzw. völlige Arbeitsunfähigkeit* voraussetzt.

Eine völlige Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung liegt *nicht* vor, wenn der Versicherte seine berufliche Tätigkeit zwar *ausüben könnte*, jedoch von seinem behandelnden Arzt deshalb arbeitsunfähig geschrieben wurde, weil die einzig sinnvolle und erfolgreiche Behandlungsmaßnahme im Fernbleiben von dem *konkreten Arbeitsplatz* besteht, während an *jedem anderen Arbeitsplatz* 100 %-ige Arbeitsfähigkeit bestünde, führte das Oberlandesgericht Celle aus (20. 5. 1999, AZ: 8 U 110/98).

Ähnlich urteilte das Landgericht Bremen (20. 11. 2003, AZ: 6 S 170/03): Treten in der Person des Versicherten Krankheits Symptome auf, die allein auf dem *Arbeitsumfeld an seinem Arbeitsplatz* beruhen, ohne dass der Patient gesundheitlich generell daran gehindert wäre, seinen *Beruf als solchen* auszuüben, so ist dies als *Arbeitsplatzunverträglichkeit* einzuordnen, die vom Versicherungsschutz einer Krankentagegeldversicherung *nicht erfasst* ist.

Eine analoge Unterscheidung ist schließlich auch von Bedeutung, wenn es um die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit im *Rentenrecht* geht. Wenn die arbeitsplatzbezogenen Ängste nur den *bisherigen Arbeitsplatz* betreffen, dann ist eine Leistungsfähigkeit auf dem *allgemeinen Arbeitsmarkt* damit nicht ausgeschlossen. Es kommt also sehr auf die psychopathologischen Charakteristika des *Einzelfalls* an.

Prognostisch kann angenommen werden, dass, je *länger* sich das Vermeidungsverhalten manifestieren konnte, ein beruflicher Wiedereinstieg umso *schwieriger* wird. Dies betrifft entweder den aktuellen Arbeitsplatz oder aber auch (bei Arbeitslosigkeit aufgrund Arbeitsplatzverlust nach Langzeitarbeitsunfähigkeit) einen potentiellen neuen Arbeitsplatz.

Grundsätzlich gilt, dass *möglich früh* eine konsequente und sachkundige *Therapie* im o. g. Sinne eingeleitet werden sollte. Dabei kann auch eine *stufenweise Wiedereingliederung* hilfreich sein. Gegebenenfalls ist zu prüfen, ob mittels *Veränderungen am bestehenden Arbeitsplatz* (z. B. Versetzung in andere Abteilung, veränderte Arbeitsaufgaben) oder einem *Wechsel des Arbeitsplatzes* eine passagere Angstreduktion möglich ist. Allerdings gilt klinisch, dass dies als alleinige Maßnahme in der Regel *nicht* ausreicht, da auch dies letztlich ein *Vermeidungsverhalten* ist, weshalb mittelfristig mit einer erneuten Verschlechterung der Angstsymptomatik gerechnet werden muss.

Ein spezifisches therapeutisches Instrument kann die „berufliche Belastungserprobung“ darstellen

Patienten mit arbeitsplatzbezogenen Ängsten können als arbeitsunfähig im Sinne der GKV angesehen werden ...

... während für die PKV andere Bedingungen gelten

Eine Berentung kann auch unter klinischen Gesichtspunkten nicht als endgültige Lösung angesehen werden

Aus demselben Grund kann auch eine *Berentung* unter klinischen Gesichtspunkten *nicht als endgültige Lösung* angesehen werden. Daher haben nicht nur die behandelnden Ärzte, sondern auch *Gutachter* eine hohe Verantwortung bei der Beurteilung einer Arbeitsplatzphobie.

Fazit

Arbeitsplatzphobien haben, im Gegensatz zu anderen Angsterkrankungen, eine *unmittelbare existentielle Bedeutung* für die Betroffenen. Sie können sich als eigenständige psychische Erkrankungen manifestieren und insbesondere bei Langzeitkrankschreibung die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährden. Sie haben damit *sozialmedizinisch besondere Relevanz*.

In der Therapie wie bei Gutachtern müssen „*arbeitsplatzbezogene Ängste*“ und „*Arbeitsplatzphobie*“ als ernsthafte Störungsbilder eigener Krankheitswertigkeit wahrgenommen, differenzialdiagnostisch richtig eingeordnet und adäquat behandelt werden, um einer *Chronifizierung* und *Verstärkung* arbeitsplatzphobischer Entwicklungen, die durch *Langzeitkrankschreibung* entstehen können, entgegenzuwirken.

Literatur

- [1] American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington, DC. American Psychiatric Association 1994
- [2] Dormann, C., D. Zapf, A. Isic: Emotionale Arbeitsanforderungen und ihre Konsequenzen bei Call-Center-Arbeitsplätzen. *Z Arbeits- und Organisationspsychologie* 46 (2002) 201
- [3] Fehm, L., K. Schmidt: Performance anxiety in gifted adolescent musicians. *J Anxiety Disorders* 20 (2006) 98
- [4] GBA, Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien). *BAnz* 61, 2004
- [5] Haines, J., C. L. Williams, J. M. Carson: Workplace Phobia: Psychological and psychophysiological Mechanisms. *Int J Stress Management* 9 (2002) 129
- [6] Haslam, C., S. Atkinson, S. S. Brown, R. A. Haslam: Anxiety and depression in the workplace: Effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *J Affective Disorders* 88 (2005) 209

- [7] Kawakami, N., N. Iwata, T. Tanigawa, H. Oga, S. Araki, S. Fujihara, T. Kitamura: Prevalence of mood and anxiety disorders in a working population in Japan. *J Occupational Environmental Med* 38 (1996) 899
- [8] Laposo, J. M., L. E. Alden, L. M. Fullerton: Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *J Emergency Nurs* 29 (2003) 23
- [9] Leyman, H.: *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Rohwolt, Hamburg 1993
- [10] Linden, M., C. Weidner: Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Nervenarzt* 76 (2005) 1421
- [11] Linden, M., B. Muschalla: Anxiety disorders and workplace-related anxieties. *J Anxiety Disorders* 21 (2007) 467
- [12] MacDonald, H. A., V. Colota, S. Flamer, H. Karlinsky: Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: A descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *J Occupational Rehab* 13 (2003) 63
- [13] Martin, A., W. Matiaske: Absentismus als Reaktion auf schädigendes Verhalten am Arbeitsplatz aus stress-theoretischer Sicht. In: M. von Saldern (Hrsg.): *Mobbing. Theorie, Empirie, Praxis*. Schneider Verlag, Hohengengen 2002, S. 210
- [14] Maslach, C., S. E. Jackson: The measurement of Experienced Burnout. *J Occupational Behaviour* 2 (1981) 99
- [15] Muschalla, B.: *Workplace-related anxieties and workplace phobia. A concept of domain-specific mental disorders*. Dissertation. Universität Potsdam, Psychologisches Institut 2008
- [16] Muschalla, B., M. Vilain, M. Linden, M. Lewerenz, C. Lawall: Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der ambulanten primärärztlichen Versorgung – eine Erkundungsstudie. *Die Rehabilitation* (erscheint demnächst)
- [17] Regenauer, A.: *Schwer objektivierbare Erkrankungen aus der Sicht der Versicherungsmedizin. Annäherung an ein medizinisch-gesellschaftliches Phänomen*. *Vers Med* 60 (2008) 3
- [18] Sczesny, S., St. Thau: Gesundheitsbewertung vs. Arbeitszufriedenheit: Der Zusammenhang von Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens mit selbstberichteten Fehlzeiten. *Z Arbeits- und Organisationspsychologie* 48 (2004) 17
- [19] Selye, H.: *The Stress Concept Today. Past, Present and Future*. In: C. L. Cooper (Hrsg.): *Stress Research-Issues for the Eighties*. Wiley, Chichester 1983, S. 1
- [20] Weltgesundheitsorganisation (WHO): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Kapitel V (F)*. Huber, Bern-Göttingen 1993
- [21] Zapf, D., C. Knorz, M. Kulla: On the Relationship between Mobbing Factors and Job Content, Social Work Environment and health Outcomes. *Europ J Work Organizational Psychol* 5 (1996) 215

Anschrift der Verfasser:

Dr. Beate Muschalla, Prof. Dr. M. Linden,
Forschungsgruppe Psychosomatische
Rehabilitation an der Charité Berlin
und Rehabilitationsklinik Seehof der DRV Bund,
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow/Berlin

NOTIZEN VOM TAGE

Ergebnisse endoprothetischer Operationen am Sprunggelenk

Obwohl der *endoprothetische Ersatz des oberen Sprunggelenks* gegenüber der Arthrodesis eindeutige Vorteile hat, wird die Indikation dafür – vor allem unter Berücksichtigung der gelenkerhaltenden Osteotomien – immer noch *kontrovers* diskutiert, berichtete Priv.-Doz. Dr. R. Fuhrmann vom Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ in Eisenberg auf dem 1. *Orthopädie-Unfallchirurgie-Update* am 27./28. März 2009 in Wiesbaden.

Die aktuellen Daten aus den bislang etablierten *Endoprotheseregistern* zeigen, dass die 5-Jahres-Überlebensraten dieser Prothesen bei 86 %

bis 89 % liegen. Innerhalb des ersten Jahres nach Implantation ist in ca. 10 % der Fälle eine *Revisionsoperation* erforderlich, wobei der Anteil in den ersten fünf Jahren auf über 20 % ansteigt.

Ähnlich wie bei der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik sollten diese Ergebnisse in die präoperative Information des Patienten einfließen, schon um späteren *haftungsrechtlichen* Auseinandersetzungen vorzubeugen, forderte Fuhrmann.

GMO