



K. Kliner | D. Rennert | M. Richter (Hrsg.)

Gesundheit in Regionen

# Blickpunkt Psyche





BKK Gesundheitsatlas 2015

K. Kliner | D. Rennert | M. Richter (Hrsg.)

## **Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche**



**Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft**

aus: Kliner K | Rennert D | Richter M (Hrsg.) „Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche“. BKK  
Gesundheitsatlas 2015. ISBN 978-3-95466-218-0, urheberrechtlich geschützt

© 2015 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.





BKK Gesundheitsatlas 2015

K. Kliner | D. Rennert | M. Richter (Hrsg.)

# Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche

mit Gastbeiträgen aus  
Wissenschaft, Politik und Praxis von

J. Bretschneider | I. Hauth | F. Jacobi | A. Klemm  
F. Knieps | W. Maier | S. Müllender



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der BKK Gesundheitsatlas 2015 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

Herausgeber: Karin Kliner, Dirk Rennert, Dr. Matthias Richter (BKK Dachverband e.V.)

Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Dr. Matthias Richter (BKK Dachverband e.V.)

BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin  
www.bkk-dv.de  
info@bkk-dv.de

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Zimmerstraße 11  
10969 Berlin  
www.mwv-berlin.de  
lektorat@mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-218-0

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, Juli 2015

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Frauke Budig, Berlin  
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin  
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen  
Coverbild: © agsandrew, Fotolia

## Die Herausgeber

**Karin Kliner**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin

**Dirk Rennert**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin

**Dr. Matthias Richter**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin

## Die Autoren

**Dipl.-Psych. Julia Bretschneider**  
Psychologische Hochschule Berlin  
Am Köllnischen Park 2  
10179 Berlin

**Dr. med. Iris Hauth**  
Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee  
Gartenstraße 1  
13088 Berlin  
und  
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)  
Reinhardtstraße 27 B  
10117 Berlin

**Prof. Dr. Frank Jacobi**  
Klinische Psychologie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie)  
Psychologische Hochschule Berlin  
Am Köllnischen Park 2  
10179 Berlin

**Anne Klemm**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin

**Franz Knieps**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin

**Prof. Dr. med. Wolfgang Maier**  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Bonn  
Sigmund-Freud-Straße 25  
53105 Bonn

**Dipl.-Psych. Susanne Müllender**  
Psychologische Hochschule Berlin  
Am Köllnischen Park 2  
10179 Berlin



# Inhalt

Vorwort	ix
Das Wichtigste im Überblick	xi
Hinweise zur Methodik	xiii
<b>1 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen</b>	<b>1</b>
1.1 Psychische Erkrankungen	3
1.2 Unterschiede nach Geschlecht	6
1.3 Unterschiede nach Alter	7
1.4 Unterschiede nach Versichertengruppen	10
1.5 Entwicklung im Zeitverlauf	13
1.6 Exkurs Einzeldiagnosen	16
1.7 Unterschiede nach Wirtschaftsgruppen	19
1.8 Regionale Unterschiede	22
1.9 Zusammenhänge mit regionalen Indikatoren	29
<b>2 Ambulante Versorgung</b>	<b>31</b>
2.1 Psychische Erkrankungen	33
2.2 Depressionen und Burn-out-Syndrom	35
2.3 Unterschiede nach Alter und Geschlecht	37
2.4 Unterschiede nach Versichertengruppen	40
2.5 Unterschiede nach Wirtschaftsgruppen	43
2.6 Regionale Unterschiede	45
2.7 Zusammenhänge mit regionalen Indikatoren	52
<b>3 Exkurs Antidepressiva</b>	<b>53</b>

<b>4</b>	<b>Beiträge aus Wissenschaft, Politik und Praxis</b> _____	<b>61</b>
	Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland – Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde _____	63
	<i>Frank Jacobi, Julia Bretschneider und Susanne Müllender</i>	
	Psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch? Die Bedeutung diagnostischer Definitionen für die Versorgung _____	72
	<i>Wolfgang Maier und Iris Hauth</i>	
	Verbesserung von Prävention und Versorgung bei psychischen Störungen: Chancen und Grenzen der jetzigen Gesundheitspolitik _____	78
	<i>Franz Knieps und Anne Klemm</i>	
<b>5</b>	<b>Fazit</b> _____	<b>83</b>

## Vorwort

„Gesundheit in Regionen“ – so lautete das Schwerpunktthema des BKK Gesundheitsreports 2014, in dem gezeigt werden konnte, dass Arbeitsunfähigkeit, Diagnosehäufigkeiten und Arzneimittelverordnungen zwischen den Regionen stark variieren. Am Ende blieb jedoch an der einen oder anderen Stelle die offene Frage nach dem „Warum?“. Ist es wirklich vom Wohnort abhängig, wie krank bzw. gesund die dort lebenden Personen sind, oder ist es vielmehr davon abhängig, wie unter anderem die Bevölkerungsstruktur, die Wirtschaftskraft und die medizinische Versorgung vor Ort ausgeprägt sind? Diesen und weiteren Fragen will sich der *BKK Gesundheitsatlas 2015* widmen. Im Fokus der Betrachtung sollen dabei insbesondere die Depressionen und das Burn-out-Syndrom stehen.

Psychische und Verhaltensstörungen sind in den vergangenen Jahren nicht nur in der Fachwelt, sondern auch in der breiten Öffentlichkeit verstärkt zum Diskussionsthema geworden. Begriffe wie *Depression* oder *Burn-out* sind längst in unserem Sprachgebrauch alltäglich. Auch der jährlich erscheinende BKK Gesundheitsreport beschäftigt sich regelmäßig mit diesen Erkrankungen. Dabei lässt sich im Verlauf der letzten Jahre feststellen, dass bei den Fehlzeiten, der Häufigkeit von Diagnosen und der Verordnung entsprechender Arzneimittel ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen ist. So haben sich z.B. die Fehlzeiten, die zu Lasten der psychischen Erkrankungen anfallen, im Zeitraum von 1976 bis 2013 mehr als verfünffacht. Bei den Krankentagen sind die psychischen Störungen mittlerweile die Diagnosegruppe mit der längsten Falldauer und liegen sogar noch deutlich vor den Neubildungen. Diese Zahlen belegen die zunehmende Bedeutung dieser Krankheitsgruppe für das BKK System.

Wir freuen uns, dass wir namhafte Experten gewinnen konnten, die zusätzlich zu den BKK Kennzahlen das Thema aus Sicht von Wissenschaft, Politik und Praxis maßgeblich bereichern. Herr Prof. Dr. Jacobi von der Psychologischen Hochschule Berlin stellt zusammen mit seinen Co-Autorinnen Krankenkassendaten und Befunde aus Bevölkerungsstudien zum Thema gegenüber, um Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland nachzugehen. Frau Dr. Hauth und Herr Prof. Dr. Maier von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) widmen sich ebenfalls dem Thema der Bedeutung und Entwicklung psychischer Erkrankungen und gehen dabei insbesondere der Frage nach, welchen Einfluss Diagnoseklassifikationssysteme wie das ICD-10 oder das DSM-5 dabei ausüben. Dem aktuellen Stand und den Positionen des BKK Systems zur Prävention und Versorgung von psychischen Störungen widmet sich ein hauseigener Beitrag. Neben dem Status quo werden hier auch Perspektiven skizziert, die sich z.B. im Rahmen neuer Gesetzgebungsverfahren, wie dem Versorgungsstärkungsgesetz und dem Präventionsgesetz, eröffnen.

Ich wünsche Ihnen ein angenehmes Lesevergnügen.



Franz Knieps  
Vorstand des BKK Dachverbandes e. V.





## Das Wichtigste im Überblick

Psychische Erkrankungen allgemein genauso wie Depressionen und Burn-out im Speziellen stehen mehr und mehr im Fokus der Öffentlichkeit. Im BKK Gesundheitsatlas 2015 werden anhand der BKK Versichertendaten regionale Unterschiede in Diagnostik, Krankschreibungen und Medikation analysiert, mit folgenden Ergebnissen:

### Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- 15% aller AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner sind durch psychische und Verhaltensstörungen verursacht. Fast die Hälfte (46,2%) dieser AU-Tage gehen auf das Konto der affektiven Störungen. Zudem verursacht die Gruppe der psychischen Erkrankungen mit ca. 40 Tagen je Fall die mit Abstand längste Krankheitsdauer.
- Frauen sind im Vergleich zu Männern sowohl aufgrund von psychischen Erkrankungen allgemein als auch speziell aufgrund von Depressionen oder Burn-out häufiger krankgeschrieben. Entsprechend fallen bei Frauen mehr krankheitsbedingte Ausfallzeiten an.
- Eine Krankschreibung aufgrund von Depressionen oder Burn-out dauert aber bei Frauen und Männern in etwa gleich lang.
- Altersgruppen kurz vor dem Renteneintrittsalter sind am häufigsten und längsten krankgeschrieben.
- Es gibt Unterschiede zwischen Versichertengruppen, diese treten besonders deutlich bei Depressionen zutage: Arbeitslose weisen die mit Abstand höchsten Fehlzeiten auf, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern.
- Es zeigt sich, dass vor allem in der Gruppe der depressiven Episoden mehr AU-Tage aufgrund einer unspezifischen Diagnosestellung zustande kommen, während in der Gruppe der rezidivierenden depressiven Störungen die Majorität bei den mittelgradig und schwer ausgeprägten Fällen zu finden ist.
- Bei den Wirtschaftsgruppen zeigt sich, dass Arbeitsunfähigkeit bei Depressionen und Burn-out deutlich häufiger im Dienstleistungsbereich als im verarbeitenden Gewerbe auftritt.
- Besonders viele Krankentage treten im Gesundheits- und Sozialwesen auf, wobei Hamburg, Thüringen und Bremen hier am stärksten betroffen sind.
- Im Bundesländervergleich ist vor allem in Hamburg sowie Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage aufgrund von Depressionen bzw. Burn-out besonders hoch. Auf Kreisebene ist Bayern das Bundesland der Gegensätze: Dort sind die Kreise am häufigsten sowohl mit den wenigsten als auch mit den meisten AU-Tagen zu finden.
- In Regionen mit besonders vielen Krankentagen bzw. Krankenfällen aufgrund von Depressionen ist auch eine überdurchschnittlich hohe Arztdichte zu verzeichnen. Auf Kreisebene lassen sich vor allem mit dem Anteil der Hausärzte, Nervenärzte und Psychotherapeuten Zusammenhänge aufzeigen. Dies gilt insbesondere für die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung. Für das Burn-out-Syndrom finden sich hingegen kaum Zusammenhänge.

### Ambulante Versorgung

- Bei 30,9% der BKK Versicherten wurde im Jahr 2013 eine psychische Störung diagnostiziert – bei Frauen häufiger als bei Männern, bei Arbeitslosen häufiger als bei Beschäftigten.
- Bei 9,5% wurde eine depressive Episode und bei 2,6% eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Ein Burn-out-Syndrom wurde bei 1,2% der Versicherten festgestellt. Frauen weisen auch hier durchweg höhere Prävalenzen als Männer auf.
- Die Depressionsdiagnosen wurden häufiger als in anderen Altersgruppen bei den 55-59-jährigen gestellt. Beim Burn-out-Syndrom sind hingegen die Diagnosehäufigkeiten zwischen 30 und 59 Jahren annähernd gleichbleibend.
- Die Depressionsdiagnosen werden am häufigsten bei der Versichertengruppe der Rentner gestellt. Ebenfalls hohe Anteile sind hierbei auch bei Arbeitslosen zu finden. Burn-out wird am häufigsten bei Beschäftigten (Pflicht- und freiwillige Mitglieder) diagnostiziert.
- Die Wirtschaftszweige Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung sowie Gesundheits- und Sozialwesen weisen hohe Anteile von Versicherten mit einer Depressions- oder Burn-out-Diagnose auf. Personen, die in Land- und Forstwirtschaft bzw. im Baugewerbe arbeiten, bekommen hingegen am seltensten diese Diagnosen gestellt.

- Depressionen und Burn-out kommen eher im städtischen Bereich häufiger vor, insbesondere Großstädte wie Hamburg und Berlin weisen hohe Diagnoseraten auf.
- Depressionen wurden in den ostdeutschen Bundesländern durchweg selten diagnostiziert, starke Häufungen der Diagnosen sind hingegen vor allem im Süden, insbesondere in Bayern, zu beobachten.
- Beim Burn-out-Syndrom zeigt sich ein sehr heterogenes Muster auf Kreisebene, hier sind in Niedersachsen und Schleswig-Holstein, aber auch in Bayern und Baden-Württemberg hohe Raten zu finden.
- Zusammenhänge der Diagnosehäufigkeiten mit regionalen Variablen sind nachweisbar, so sind unter anderem die Diagnoseraten von Depressionen und Burn-out höher, je höher die Bevölkerungsdichte sowie die Dichte von Haus- bzw. Nervenzentren in der jeweiligen Region ist.

### Antidepressiva

- Auf Bundesland- genauso wie auf Kreisebene ist bei den Verordnungen von Antidepressiva ein deutliches Ost-West-Gefälle erkennbar: Im Osten

werden weniger Antidepressiva verordnet als im Westen (besonders in Ost-Bayern, Saarland, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen). Die Mengenunterschiede sind groß, so werden etwa in Straubing (Bayern) im Vergleich zu Meißen (Sachsen) mehr als 2,5-mal so häufig Antidepressiva verordnet.

- Mit einer hohen Haus- bzw. Facharztichte sowie der Krankenhausbettendichte und der Bevölkerungsdichte auf Kreisebene gehen auch hohe Verordnungen von Antidepressiva einher. Erwartungsgemäß zeigt sich nahezu kein Zusammenhang mit der Psychotherapeutendichte, da diese i. d. R. keine Arzneimittel verordnen dürfen.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung, die Depressionen und Burn-out haben (lange Krankheits- und Krankschreibungszeiten, Begleit- und Folgeerkrankungen usw.), wird Handlungsbedarf sichtbar. Dass Merkmale wie Alter, Geschlecht, Versichertenstatus und auch die regionale medizinische Versorgung vor Ort einen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen haben, konnte deutlich gezeigt werden. Welche Schlussfolgerungen daraus gezogen werden können bzw. wo Handlungsbedarf gegeben ist, wird in Kapitel 5 (Fazit) ausführlich diskutiert.

## Hinweise zur Methodik

### Datenbasis

Für den BKK Gesundheitsatlas 2015 wurden primär Daten aus dem Berichtsjahr 2013 verwendet. Erste vorläufige Ergebnisse aus dem Berichtsjahr 2014 sind zudem in den Betrachtungen zum Zeitverlauf zu finden.

#### *Versichertendaten*

Die für den Gesundheitsatlas verwendeten Versichertendaten stammen hauptsächlich aus dem sogenannten Versichertenkurzsatz, der quartalsweise von den Kassen übermittelt wird und für die notwendigen Versichertenmerkmale die zugehörigen Versichertenzeiten abbildet. Bei etwaigen Datenlücken in den Versichertenzeiten (eventuell durch fehlende Quartalslieferungen oder durch Fusionen von Kassen hervorgerufen) werden die Versichertendaten aus der amtlichen Mitgliederstatistik als Vergleichs- und Gewichtunggrundlage verwendet.

#### *Arbeitsunfähigkeitsdaten*

Die für den Gesundheitsatlas verwendeten Arbeitsunfähigkeitsdaten basieren hauptsächlich auf den quartalsweisen Datenlieferungen der Kassen im Rahmen der Erstellung der Leistungsstatistiken (KG2, KG8).

#### *Arzneimitteldaten und Daten der ambulanten Versorgung*

Die Arzneimitteldaten basieren auf Datenlieferungen der Apothekenrechenzentren gemäß den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungserbringern (DALE). Analog werden die Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

#### *Weitere Datenquellen*

Als weitere Quellen wurden herangezogen:

- veröffentlichte Daten und Auswertungen des Statistischen Bundesamtes
- amtliche Statistik der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- Daten und Schlüsselverzeichnisse der Bundesagentur für Arbeit
- aktuelle Klassifikationsverzeichnisse des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- veröffentlichte Daten und Auswertungen des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Vereinigungen (ZI; [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de))

### Methodik

Für ausführliche Details zu allen weiteren methodischen Themen sei auf den BKK Gesundheitsreport 2014 (S. 16–19) verwiesen.

Bei den AU-Daten wird zu jedem Arbeitsunfähigkeitsfall nur eine Haupt- oder erstgenannte Diagnose der AU-Bescheinigung ausgewertet. Die Diagnosen liegen nach der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10 GM (s. aktuelles Klassifikationsverzeichnis des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI) verschlüsselt vor. Je nach Leistungsbereich und Betrachtungsweise werden für die Ergebnisdarstellung unterschiedliche Versichertengruppen zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet worden sind, ist in den entsprechenden Abschnitten des Gesundheitsatlases beschrieben. » Abbildung 1 zeigt alle Versichertengruppen im Überblick.

Für die regionale Gliederung der Daten wurde der aktuelle Kreis-Gemeindeschlüssel (Gemeindeverzeichnis des Statistischen Bundesamtes) genutzt.

Der Einteilung der Branchen/Wirtschaftsgruppen liegt die in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 gebräuchliche Systematik der Wirtschaftszweige (WZ 2008) zugrunde.

Bei den ermittelten Kenngrößen ist Folgendes anzumerken:

- Bei den berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht um betriebliche Ausfall/Arbeitstage.
- AU-Fälle oder AU-Tage je Mitglied werden in Bezug zu den Versichertenzeiten berechnet, bezeichnen also die AU-Häufigkeit und die AU-Dauer pro Versichertenjahr.
- Für Regionalvergleiche werden im Gesundheitsatlas alters- und geschlechtsstandardisierte Kenngrößen dargestellt. Die Standardisierung dient dazu, das Krankheitsgeschehen unabhängig von den jeweils unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen abbilden zu können. Hierbei wird das Verfahren der direkten Standardisierung angewendet und die Gesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Versicherte) als Standardpopulation genutzt. Die entsprechenden Kenngrößen werden also so berechnet, als entspräche die Alters- und Geschlechtsverteilung der BKK Mitglieder der Verteilung bei den GKV-Versicherten insgesamt.

Abbildung 1 BKK Versicherte nach Versichertengruppen<sup>1</sup> (Berichtsjahr 2013)



1 Zu den in blassem Gelb dargestellten sonstigen Mitgliedergruppen zählen z.B. Jugendliche und Behinderte sowie Studenten, Rehabilitanden oder selbstständige Künstler und Publizisten, die aufgrund von geringen Mitgliederzahlen nicht gesondert betrachtet werden.

The background features a dark silhouette of a human head in profile, facing right. The interior of the head is a solid dark grey. The rest of the background is a complex, light grey pattern of overlapping, curved lines that create a sense of depth and movement, resembling a stylized brain or a network of neural connections. A large, white, bold number '1' is positioned in the upper right quadrant of the image.

# 1

## Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Einleitend sollen zunächst die wichtigsten Fakten für die Gruppe der psychischen Verhaltensstörungen im Allgemeinen (ICD-10: F00–F99) sowie für die depressive Episode (ICD-10: F32), die rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) und das Burn-out-Syndrom (ICD-10: Z73) im Speziellen dargestellt werden. Alle Darstellungen zum Arbeitsunfähigkeits-

geschehen beziehen sich hierbei auf die Gruppe der Mitglieder ohne Rentner (MoR). Für die ambulanten Daten werden alle BKK Versicherten insgesamt betrachtet. Für die Betrachtungen im Kontext der Wirtschaftsgruppen werden die beschäftigten Mitglieder insgesamt (BMI) herangezogen.

## 1.1 Psychische Erkrankungen

2,3 AU-Tage der im Jahr 2013 insgesamt zu verzeichnenden 15,8 AU-Tage je MoR entfallen auf die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen. Dies entspricht 14,7% aller AU-Tage. Lediglich die Atemwegerkrankungen (2,6 AU-Tage je Fall) sowie die Muskel- und Skeletterkrankungen (3,9 AU-Tage je Fall) weisen noch höhere Werte auf (» Diagramm 1.1).

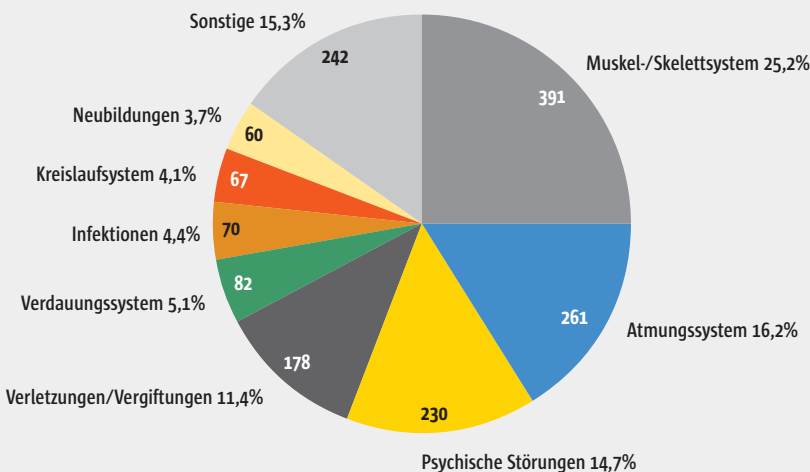
Die mittlere Falldauer bei der Arbeitsunfähigkeit lag bei den psychischen und Verhaltensstörungen bei 39,9 AU-Tagen. Keine andere Erkrankungsgruppe weist eine so hohe Falldauer auf (» Diagramm 1.2).

Mit 46,2% aller AU-Tage hat die Gruppe der affektiven Störungen (ICD-10: F30-F39), zu denen auch die Depressionen zählen, den größten Anteil an allen

Fehltagen innerhalb der psychischen und Verhaltensstörungen. Mit einem Anteil von mehr als einem Drittel (35,1%) aller AU-Tage ist die depressive Episode innerhalb der psychischen Störungen die Diagnose, die für die meisten Fehltagereantwortlich ist. Knapp jeder 10. AU-Tag (9,2%) geht zudem innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen auf das Konto einer rezidivierenden depressiven Störung (» Diagramm 1.3).

Für die Gruppe der affektiven Störungen liegt die durchschnittliche Falldauer bei 58,2 Tagen je Fall. Die mittlere Falldauer bei der depressiven Episode liegt ungefähr 3 Tage unter diesem Wert (55,8 AU-Tage). Dagegen zeigt sich bei den rezidivierenden depressiven Störungen mit einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 72,0 AU-Tagen der mit Ab-

Diagramm 1.1 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner bzw. Anteile in Prozent



Diagramm 1.2 AU-Tage je Fall der Mitglieder ohne Rentner – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

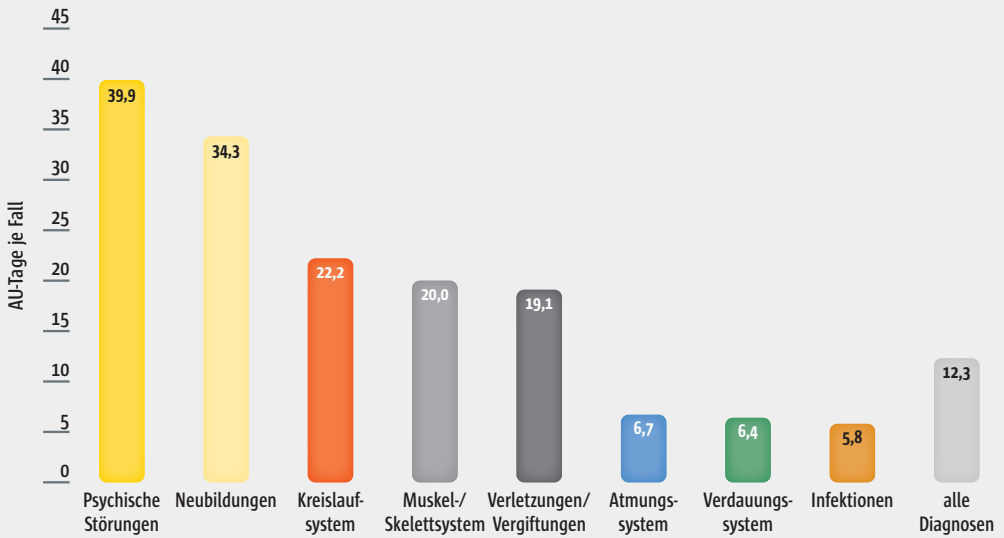
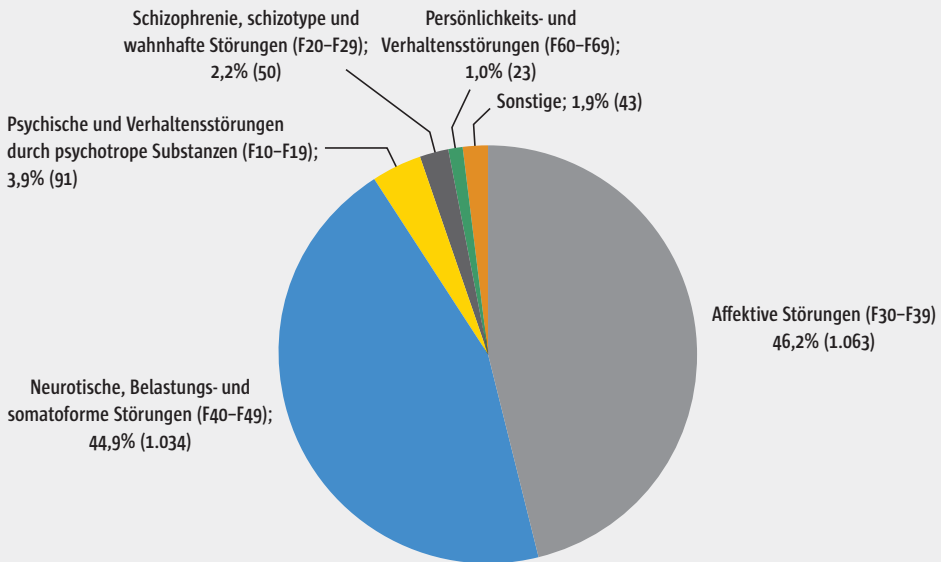


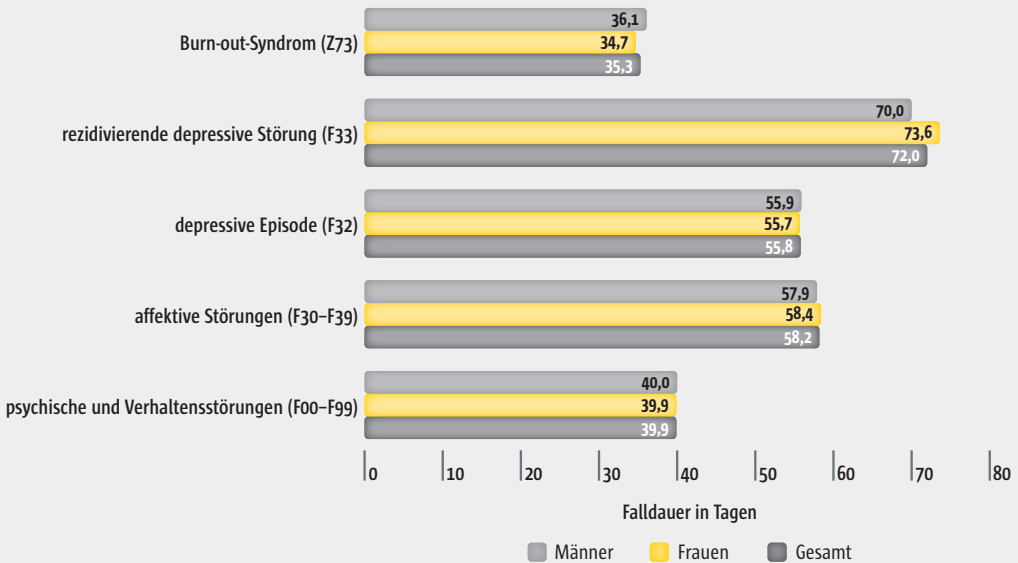
Diagramm 1.3 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) und ausgewählte Diagnoseuntergruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner bzw. Anteile in Prozent



Diagramm 1.4 AU-Tage je Fall der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte psychische Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



stand höchste Wert. Für das Burn-out-Syndrom lässt sich eine im Vergleich niedrigere durchschnittliche Falldauer von 35,5 AU-Tagen feststellen. Zwischen Männern und Frauen sind nur geringfügige Unterschiede zu beobachten (»» Diagramm 1.4).

»» Etwa 15% aller AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner sind durch psychische und Verhaltensstörungen verursacht. Fast die Hälfte (46,2%) dieser AU-Tage gehen auf das Konto der affektiven Störungen. Zudem verursacht die Gruppe der psychischen Erkrankungen mit einer Falldauer von ca. 40 Tagen je Fall die mit Abstand längste Krankheitsdauer und liegt damit noch vor den Neubildungen.

## 1.2 Unterschiede nach Geschlecht

Frauen weisen im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen wesentlich höhere Werte bei den AU-Tagen je 1.000 MoR (2.973 vs. 1.781 AU-Tage) und bei den AU-Fällen (75 AU-Fälle vs. 45 AU-Fälle je 1.000 MoR) im Vergleich zu den Männern auf. Die mittlere Falldauer ist dagegen bei beiden Geschlechtern mit ca. 40 AU-Tagen nahezu identisch.

Aufgrund einer affektiven Störung fielen bei Männern im Jahr 2013 insgesamt 816 AU-Tage je 1.000 MoR an. Bei den Frauen waren in der gleichen Erkrankungsgruppe mit durchschnittlich 1.380 AU-Tagen je 1.000 MoR fast 70% mehr Fehlzeiten im Vergleich zu den Männern zu verzeichnen. Ein ähnliches Bild zeigt sich hier auch bei den AU-Fällen (Frauen: 24 AU-Fälle je 1.000 MoR; Männer: 14 AU-Fälle je 1.000 MoR). Auch hier zeigen sich für beide Geschlechter nahezu identische Falldauern von durchschnittlich 58 Tagen.

Bei der depressiven Episode liegen Frauen und Männer mit einer mittleren Falldauer von ca. 56 AU-Tagen je Fall ebenfalls etwa gleichauf. Allerdings zeigen sich auch hier bei den Frauen mit ca. 1.047 AU-Tagen je 1.000 MoR deutlich mehr Fehlzeiten als bei den Männern mit 620 AU-Tagen je 1.000 MoR sowie entsprechend auch mehr AU-Fälle (Frauen: 19 AU-Fälle je 1.000 MoR; Männer: 11 AU-Fälle je 1.000 MoR).

Dagegen ist bei der rezidivierenden depressiven Störung für die Falldauer wieder zu Ungunsten der Frauen ein Unterschied von rund 4 AU-Tagen (74 vs. 70 AU-Tage je Fall) zu erkennen. Insgesamt liegt die Falldauer hier, im Vergleich zur depressiven Episode, wesentlich höher. Auch hier sind die Frauen bei den AU-Tagen (279 vs. 160 AU-Tage je 1.000 MoR) und den AU-Fällen (4 vs. 2 AU-Fälle je 1.000 MoR) deutlich vor den Männern.

Umgekehrt verhält es sich beim Burn-out-Syndrom. Hier weisen die Männer eine marginal höhere Falldauer als die Frauen auf (36 vs. 35 AU-Tage je Fall). Allerdings sind es auch hier wiederum die Frauen, die mit 97 AU-Tagen je 1.000 MoR höhere Fehlzeiten aufweisen als die Männer (62 AU-Tage je 1.000 MoR). Auch bei der Anzahl der AU-Fälle liegen die Frauen vorn (2,8 AU-Fälle vs. 1,7 AU-Fälle je 1.000 MoR) (»» Tabelle 1.1).

Frauen weisen gegenüber Männern in nahezu allen Vergleichen höhere krankheitsbedingte Ausfallzeiten und Fallzahlen auf. Bei den mittleren Falldauern (AU-Tage je Fall) zeigen sich allerdings nahezu keine Geschlechtsunterschiede für die betrachteten Diagnosen.

**Tabelle 1.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte psychische Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2013)**

Diagnosegruppe	Männer		Frauen	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
je 1.000 Mitglieder ohne Rentner				
Affektive Störungen (F30–F39)	14,1	816	23,6	1.380
Depressive Episode (F32)	11,1	620	18,8	1.047
Rezidivierende depressive Störung (F33)	2,3	160	3,8	279
Burn-out-Syndrom (Z73)	1,7	62	2,8	97
<b>Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)</b>	<b>44,5</b>	<b>1.781</b>	<b>74,6</b>	<b>2.973</b>

## 1.3 Unterschiede nach Alter

Mit durchschnittlich 58 AU-Tagen je Fall wegen psychischer und Verhaltensstörungen weist die Gruppe der über 60–64-Jährigen die längsten Falldauern auf. Die häufigsten Fehlzeiten sowie AU-Fälle sind mit 3.347 AU-Tagen bzw. 71 AU-Fällen je 1.000 MoR dagegen in der Gruppe der 55–59-Jährigen zu finden (» Diagramm 1.5).

Bei der depressiven Episode ist es ebenfalls die Gruppe der 60–64-Jährigen, die mit durchschnittlich ca. 82 AU-Tagen je Fall die höchsten Ausfallzeiten aufweist. Die gleiche Gruppe steht zudem mit 1.284 AU-Tagen je 1.000 MoR deutlich an der Spitze aller Altersgruppen. Mit 19 AU-Fällen je 1.000 MoR

ist die Gruppe der 55–59-Jährigen bei der Fallhäufigkeit an der Spitze zu finden (» Diagramm 1.6).

Für die rezidivierende depressive Störung sind es wiederum die über 60–64-Jährigen, die im Mittel mit 93 AU-Tagen die längsten Falldauern aufweisen. Auch hier steht die Gruppe der 55–59-Jährigen bei den AU-Tagen und AU-Fällen (366 AU-Tagen bzw. 4,7 AU-Fällen je 1.000 MoR) an der Spitze (» Diagramm 1.7).

Auch beim Burn-out-Syndrom sind es wiederum die 60–64-Jährigen, die mit einer mittleren Falldauer von 53 AU-Tagen je Mitglied am stärksten betroffen sind. Auch hier zeigt sich die Gruppe der

Diagramm 1.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Altersgruppen (Berichtsjahr 2013)

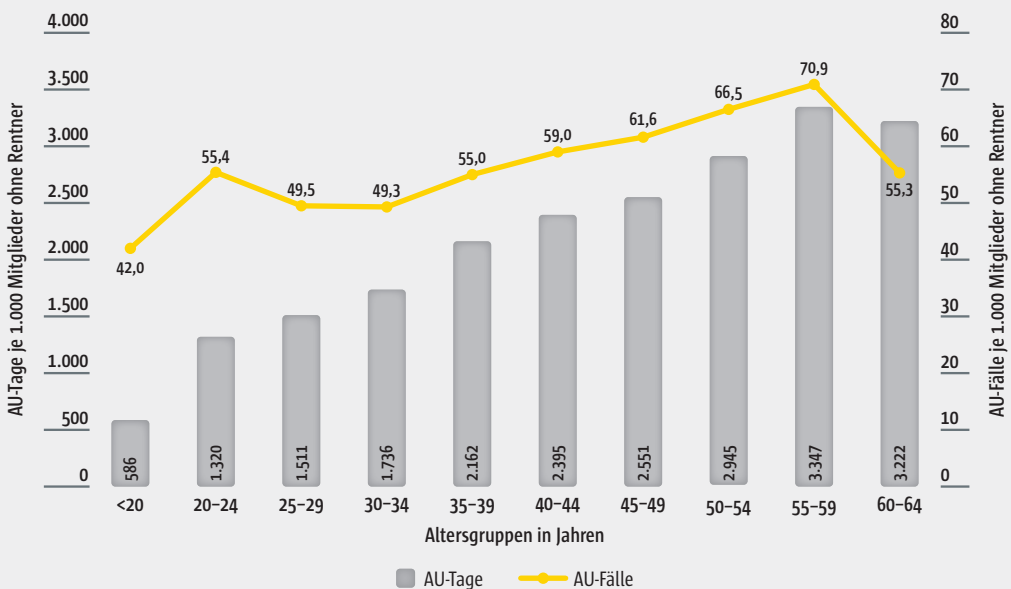


Diagramm 1.6 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die depressive Episode (F32) nach Altersgruppen (Berichtsjahr 2013)

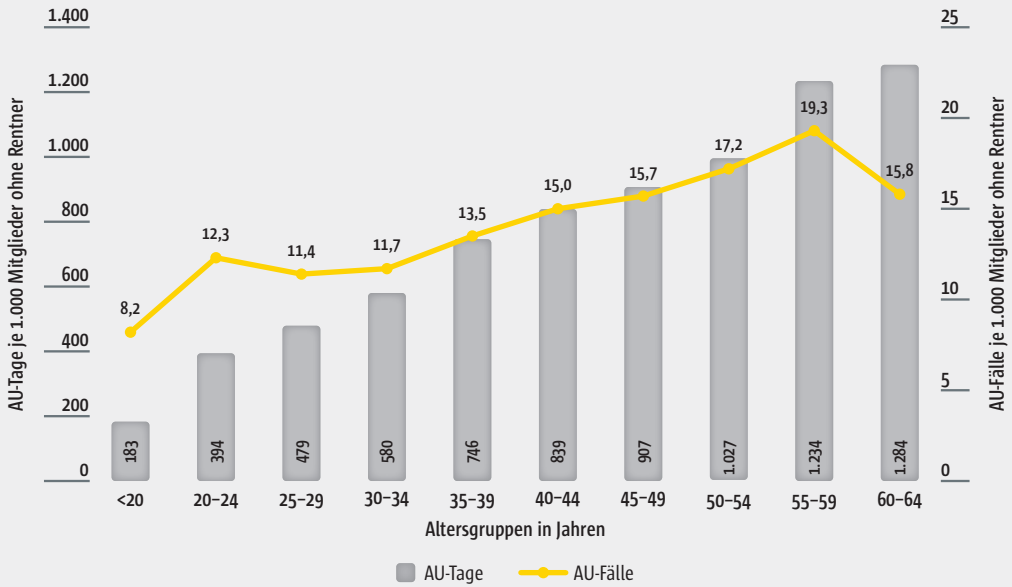


Diagramm 1.7 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die rezidivierende depressive Störung (F33) nach Altersgruppen (Berichtsjahr 2013)

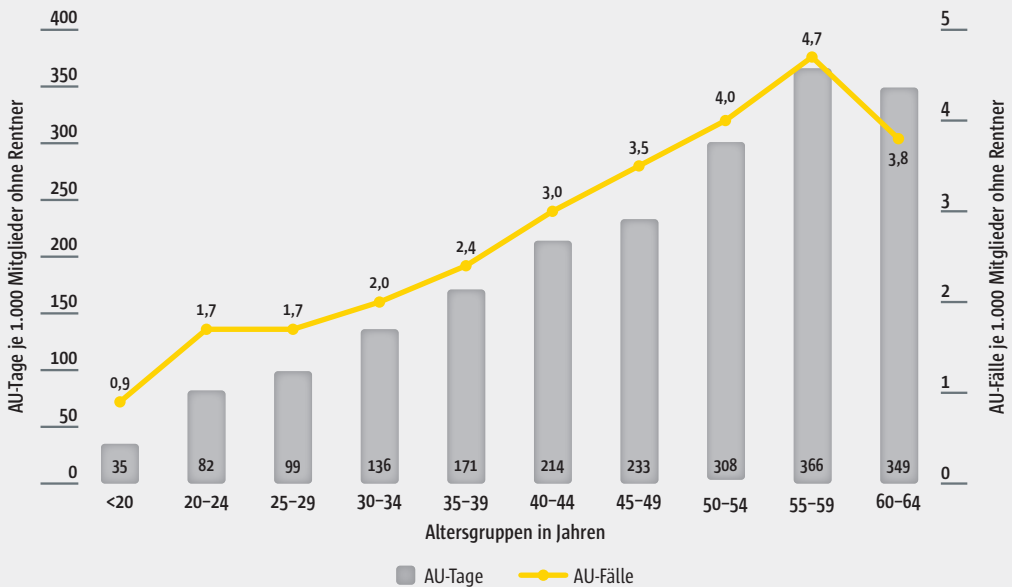
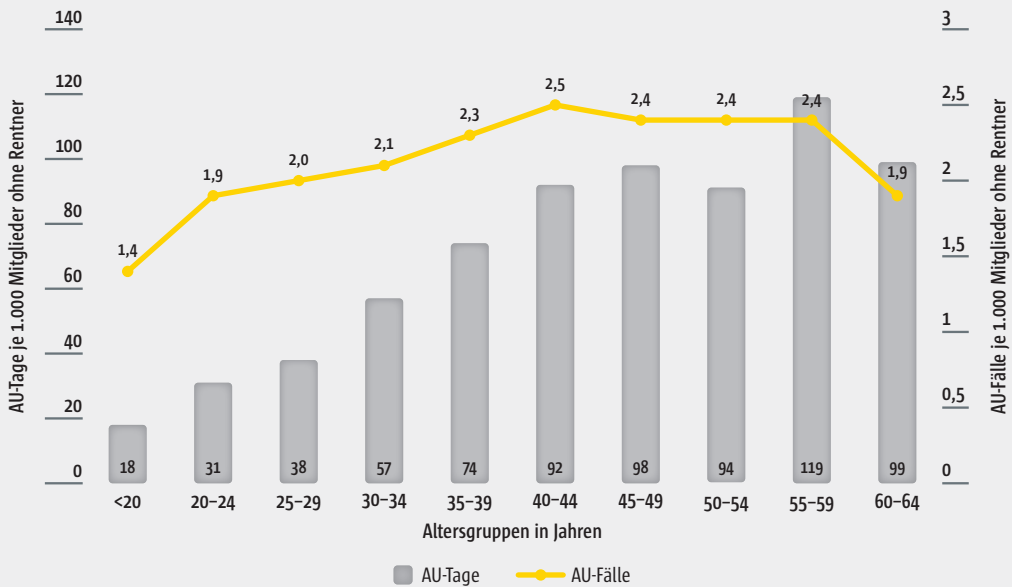


Diagramm 1.8 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Altersgruppen (Berichtsjahr 2013)



55-59-jährigen mit 119 AU-Tagen je 1.000 MoR an erster Stelle bei den Fehlzeiten. Bei der Fallhäufigkeit sind es die 40-44-jährigen, die mit 2,5 AU-Fällen je 1.000 MoR am häufigsten betroffen sind (»» Diagramm 1.8).

»» Auffällig in der Altersbetrachtung ist, dass in allen Fällen die Altersgruppen kurz vor dem Renteneintrittsalter bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten, Fallhäufigkeiten und Fall-dauern am stärksten betroffen sind. Deutlich wird zudem bei den Depressionen ein sprunghafter Anstieg der AU-Kennzahlen in der Gruppe der 20-24-jährigen.

## 1.4 Unterschiede nach Versichertengruppen

Die beschäftigten Pflichtmitglieder und die beschäftigten freiwilligen Mitglieder sind bei der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen mit ca. 38 AU-Tagen je Fall ähnlich stark betroffen. Mehr als doppelt so lang dauert jedoch mit durchschnittlich 88 AU-Tagen ein solcher Fall bei den Arbeitslosen (ALG-I). Letztgenannte Gruppe steht auch mit 101 AU-Fällen je 1.000 Mitglieder weit vor den beschäftigten Pflichtmitgliedern (64 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern mit weniger als einem Drittel der AU-Fälle der Arbeitslosen (32 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder). Eine gleiche Reihung zeigt sich auch bei den AU-Tagen (Arbeitslose: 8.910 AU-Tage; beschäftigte Pflichtmitglieder:

2.430 AU-Tage; beschäftigte freiwillige Mitglieder: 1.210 AU-Tage je 1.000 Mitglieder).

Auch bei der depressiven Episode liegen die beschäftigten Pflichtmitglieder und die beschäftigten freiwilligen Mitglieder bei den Falldauern nahezu gleichauf (53 vs. 55 AU-Tage je Fall). Bei den Arbeitslosen sind hier ebenfalls mehr als doppelt so hohe Werte zu finden (106 AU-Tage je Fall). Ähnliche Relationen zeigen sich auch bei den AU-Tagen und AU-Fällen, wobei die Arbeitslosen jeweils um ein Vielfaches über den Werten der anderen beiden Gruppen liegen (» Diagramm 1.9).

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der rezidivierenden depressiven Störung: Während die beiden

Diagramm 1.9 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die depressive Episode (F32) nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

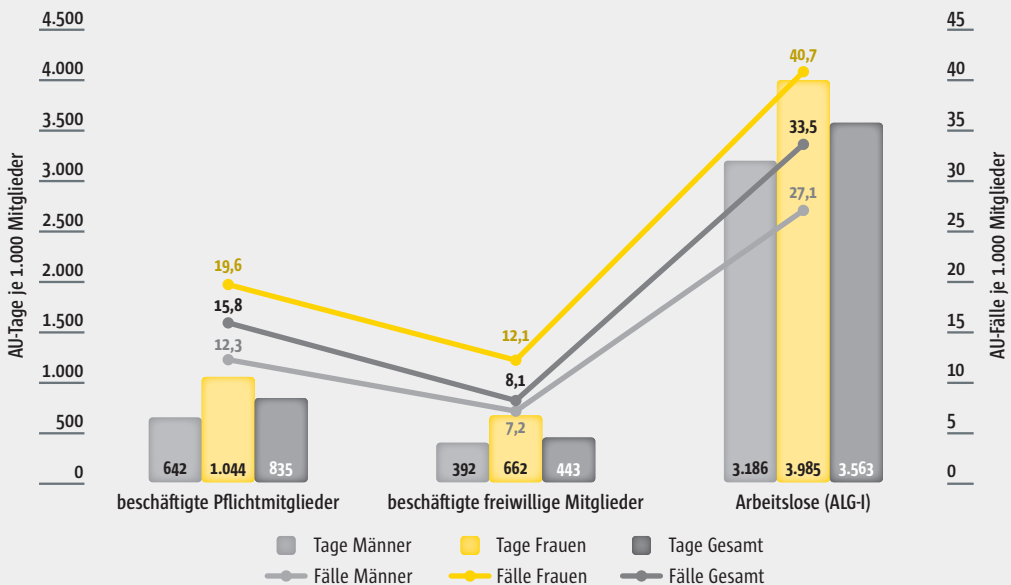


Diagramm 1.10 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die rezidivierende depressive Störung (F33) nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

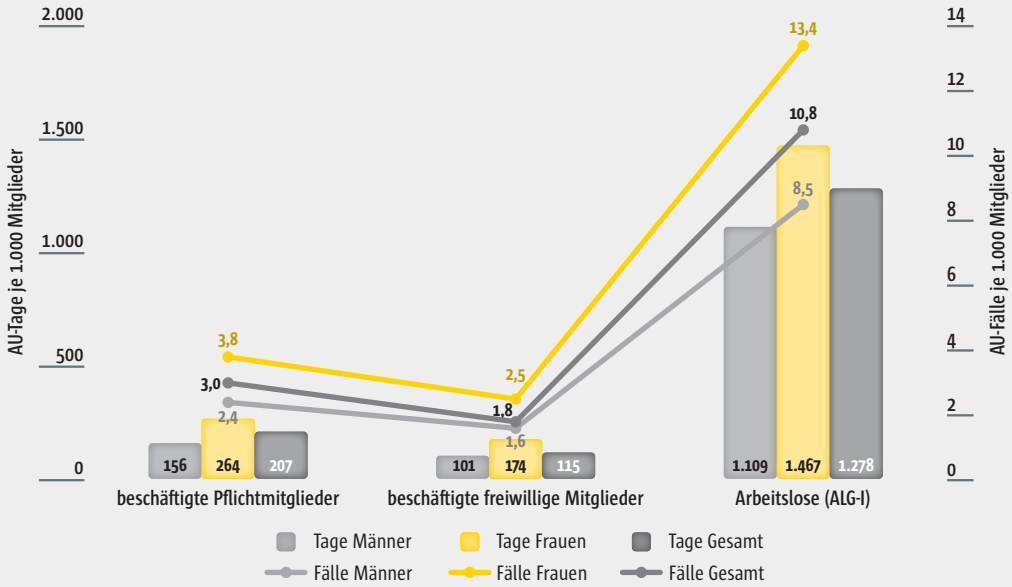
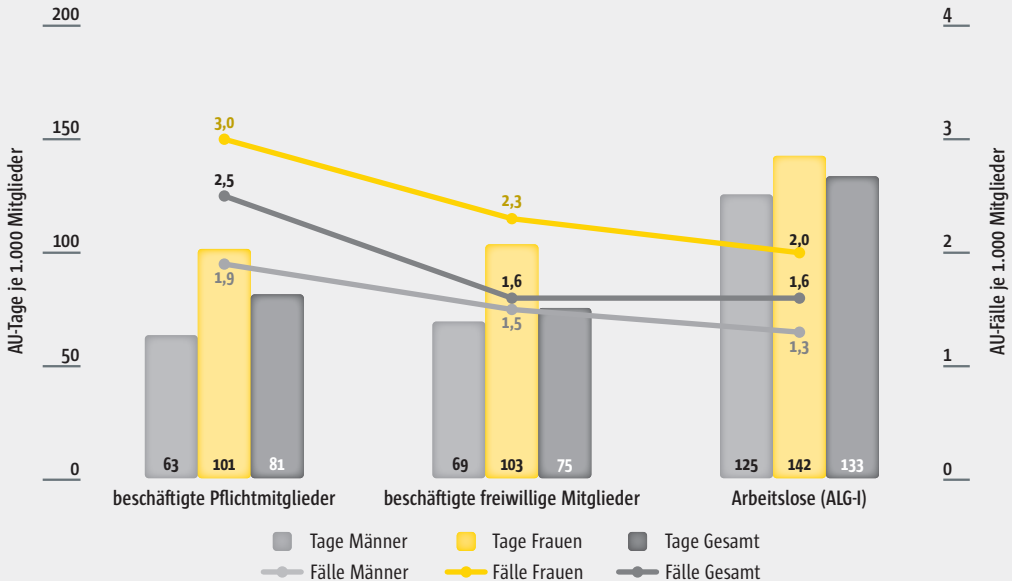


Diagramm 1.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



beschäftigten Versichertengruppen ebenfalls nahezu identische Werte aufweisen (65 vs. 68 AU-Tage je Fall), sind die wesentlich höheren Werte bei den Arbeitslosen (ALG-I) zu konstatieren (118 AU-Tage je Fall). Auch hier gelten für die AU-Tage und die AU-Fälle die gleichen Aussagen wie bei der depressiven Episode (»» Diagramm 1.10).

Mit 33 AU-Tagen je Fall weisen die beschäftigten Pflichtmitglieder für das Burn-out-Syndrom die geringste Falldauer auf, gefolgt von den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern mit 47 AU-Tagen je Fall. Mit Abstand folgen auch hier die Arbeitslosen (ALG-I) mit einer Falldauer von durchschnittlich 82 AU-Tagen. Sind bei den AU-Tagen hier wieder die Arbeitslosen

an der Spitze (133 AU-Tage je 1.000 Mitglieder), so sind es die beschäftigten Pflichtmitglieder, die die meisten AU-Fälle (2,5 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) auf sich vereinen (»» Diagramm 1.11).



Arbeitslose weisen von den betrachteten Versichertengruppen die mit Abstand höchsten Fehlzeiten auf, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern. Dieser Unterschied wird für die beiden betrachteten Depressionsdiagnosen besonders deutlich, während sich beim Burn-out-Syndrom nur marginale Unterschiede zeigen.



## 1.5 Entwicklung im Zeitverlauf

Im Vergleich zu 2003 haben sich die AU-Tage aufgrund einer psychischen Erkrankung bei den MoR mehr als verdoppelt (2003: 1.022 AU-Tage je 1.000 MoR; 2013: 2.303 AU-Tage je 1.000 MoR). Auch die Falldauer hat im gleichen Zeitraum um nahezu ein Viertel zugenommen (2003: 31,5 Tage je Fall; 2013: 39,9 Tage je Fall). Diese Zunahme ist gleichermaßen für beide Geschlechter zu beobachten, wobei, wie bereits berichtet, bei den Frauen sowohl bei den AU-Tagen als auch bei den AU-Fällen durchweg höhere Werte zu beobachten sind. Auch bei den AU-Fällen je 1.000 MoR ist im Berichtszeitraum ein Anstieg von über 80% zu verzeichnen (»» Diagramm 1.12).

Die Fehlzeiten in der Gruppe der depressiven Episoden haben im gleichen Zeitraum um mehr als das Doppelte zugenommen (2003: 325 AU-Tage je 1.000 MoR; 2013: 807 AU-Tage je 1.000 MoR). Die Falldauer ist im gleichen Zeitraum im Mittel um 18 Tage angestiegen (2003: 37,6 Tage je Fall; 2013: 55,8 Tage je Fall). Bei den AU-Fällen ist hier ebenfalls ein Anstieg um über 50% zu verzeichnen. Auch hier gilt, dass für die Frauen im Vergleich zu den Männern über alle Altersgruppen hinweg höhere AU-Kennwerte zu beobachten sind (»» Diagramm 1.13).

Bei der rezidivierenden depressiven Störung ist im benannten 10-Jahres-Zeitraum eine mehr als Ver-

Diagramm 1.12 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zeitverlauf 2003–2014 für psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Geschlecht

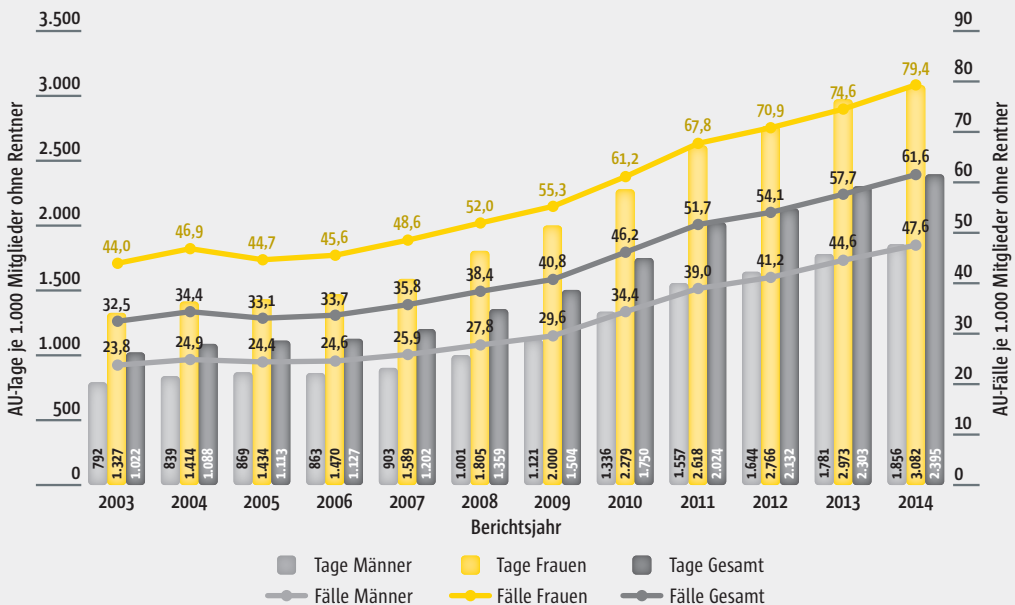


Diagramm 1.13 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zeitverlauf 2003–2014 für die depressive Episode (F32) nach Geschlecht

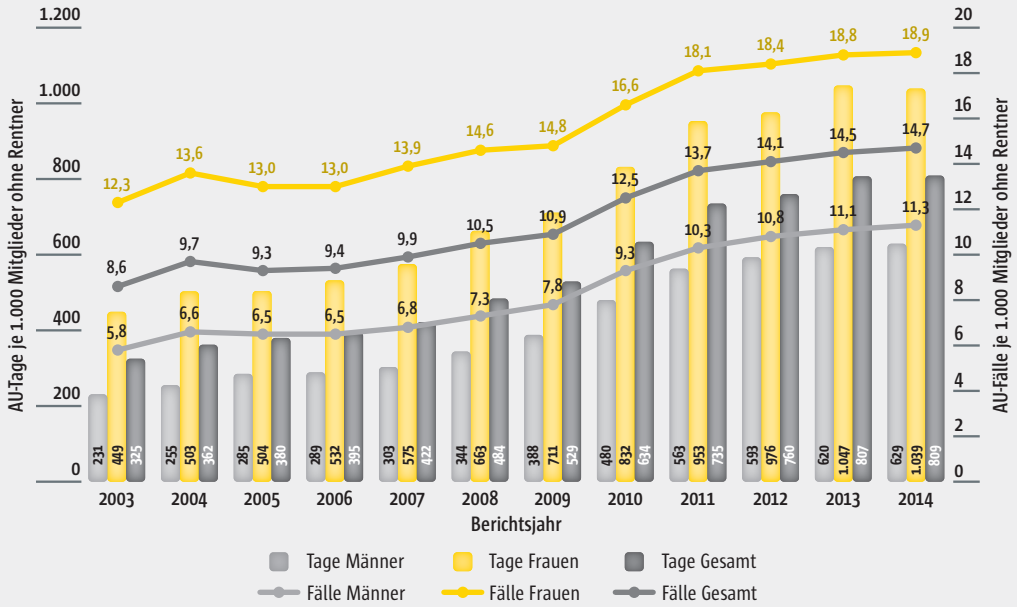
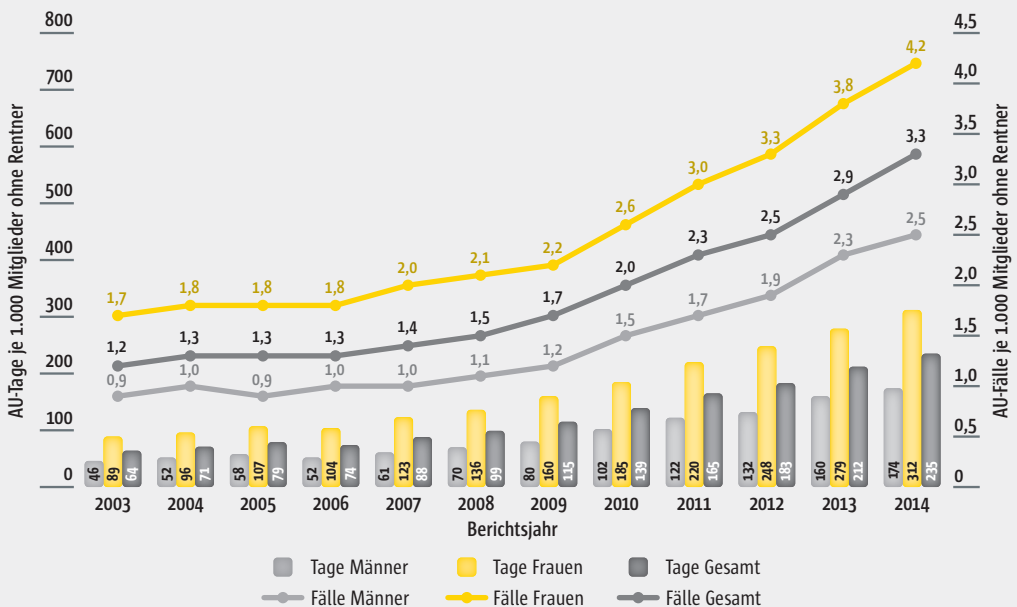
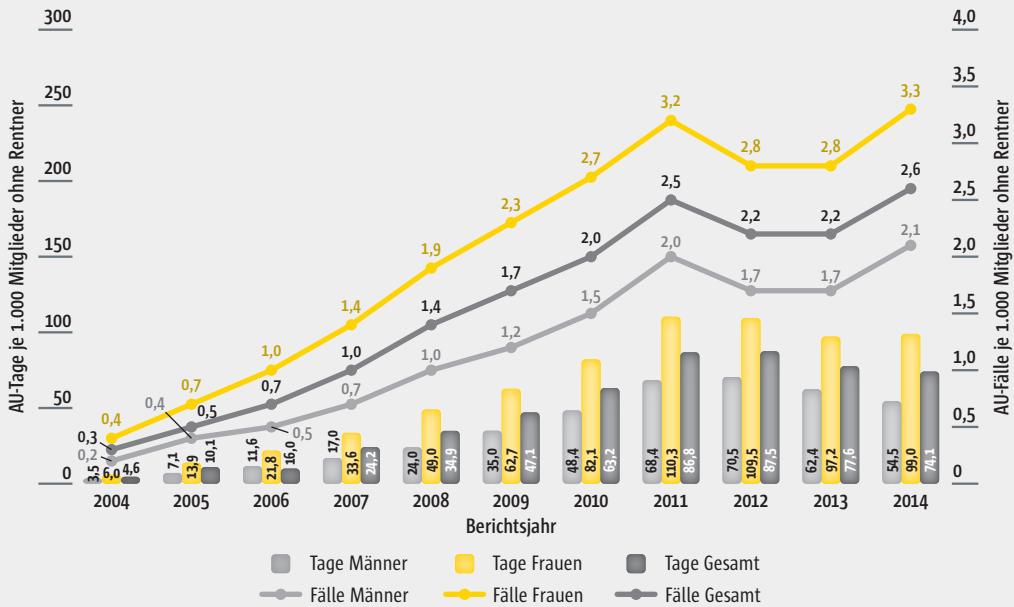


Diagramm 1.14 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zeitverlauf 2003–2014 für die rezidivierende depressive Störung (F33) nach Geschlecht



aus: Kliner K | Rennert D | Richter M (Hrsg.), „Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche“. BKK Gesundheitsatlas 2015. ISBN 978-3-95466-218-0, urheberrechtlich geschützt  
 © 2015 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

Diagramm 1.15 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zeitverlauf 2004–2014 für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht



dreifachung der AU-Tage zu beobachten (2003: 64 AU-Tage je 1.000 MoR; 2013: 212 AU-Tage je 1.000 MoR). Auch hier ist ein deutlicher Anstieg der mittleren Falldauern zu beobachten (2003: 52,9 Tage je Fall; 2013: 70 Tage je Fall). Die AU-Fälle steigen ebenfalls im benannten Zeitraum um das Dreifache an. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bleiben hier, wie auch schon in den vorherigen Betrachtungen, zu Ungunsten der Frauen bestehen (»» Diagramm 1.14).

Auch für das Burn-out-Syndrom ist seit Einführung in das ICD-10 GM im Jahr 2004 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Von 2004 bis 2013 haben sich die AU-Tage um das ca. 17-Fache erhöht. Allerdings bewegen sich die krankheitsbedingten Ausfallzeiten weit unter denen der beiden Depressionsdiagnosen (2004: 4,6 AU-Tage je 1.000 MoR; 2013: 77,6 AU-Tage je 1.000 MoR). Im Jahr 2013 ist allerdings gegenüber

dem Vorjahr ein deutlicher Rückgang der AU-Tage aufgrund dieser Diagnose zu beobachten. Bei den Falldauern zeichnet sich hier ebenfalls ein ähnliches Bild ab. Für Männer und Frauen finden sich die bereits berichteten Geschlechtsunterschiede (»» Diagramm 1.15).

»» **Tendenz 2014:** Erste vorläufige Analysen des AU-Geschehens aus dem Berichtsjahr 2014 haben bereits Eingang in die Diagramme zur zeitlichen Entwicklung gefunden. Sowohl für die Gesamtgruppe der psychischen Störungen als auch für die rezidivierende depressive Störung ist auch 2014 eine deutliche Steigerung der AU-Tage und AU-Fälle erkennbar. Die Kennwerte der depressiven Episode bewegen sich dagegen nahezu auf Vorjahresniveau. Dies gilt auch für das Burn-out-Syndrom bezogen auf die AU-Tage bei gleichzeitig leicht ansteigender Anzahl der AU-Fälle.

## 1.6 Exkurs Einzeldiagnosen

Im Folgenden sollen die im vorangegangenen Abschnitt genannten Diagnosen detaillierter nach ihren Differenzierungen auf Ebene der vierstelligen ICD-10-Codierungen betrachtet werden.

Bei der Gruppe der depressiven Episoden zeigt sich, dass bei nahezu der Hälfte (49,3%) aller AU-Tage eine unspezifische Diagnose (F32.9: depressive Episode, nicht näher bezeichnet) als AU-Grund angegeben wird. Mit gut einem Viertel aller AU-Tage in dieser Gruppe folgt die mittelgradige depressive Episode (F32.1: 25,4%), gefolgt von der schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2: 17,9%). Entsprechend finden sich auch bei der unspezifischen depressiven Episode (F32.9) mit 398 AU-

Tagen je 1.000 MoR die meisten Fehlzeiten, gefolgt von der mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) mit 206 AU-Tagen je 1.000 MoR sowie der F32.2 mit 145 AU-Tagen je 1.000 MoR (■ Diagramm 1.16).

Innerhalb der rezidivierenden depressiven Störungen dominieren bei den Krankschreibungen mit 47,2% aller AU-Tage (100 AU-Tage je 1.000 MoR) die gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (F33.1), gefolgt von der gegenwärtig schweren depressiven Episode (F33.2) mit insgesamt 34,6% aller AU-Tage (73 AU-Tage je 1.000 MoR). Mit großem Abstand an dritter Stelle steht hier mit 9,8% aller AU-Tage (21 AU-Tage je 1.000 MoR) die unspezifische rezidivierende depressive Störung (F33.9) (■ Diagramm 1.17).

Diagramm 1.16 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für die depressive Episode (F32) nach Subkategorie und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

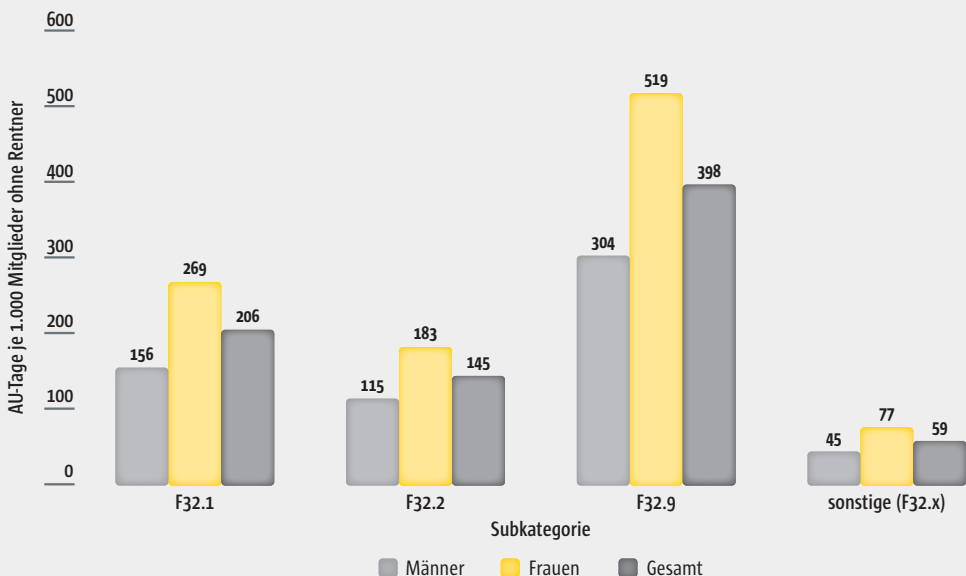


Diagramm 1.17 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für die rezidivierende depressive Störung (F33) nach Subkategorie und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

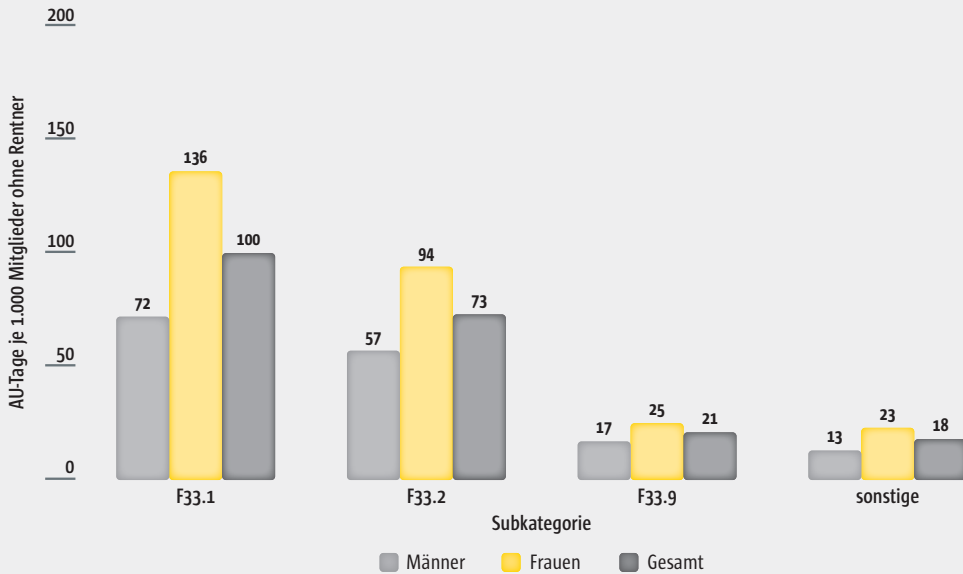
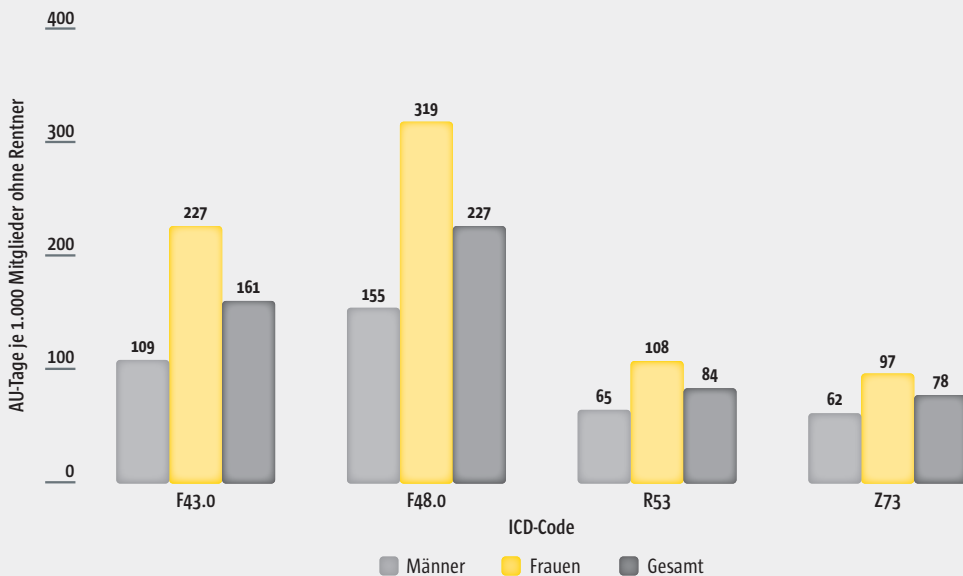


Diagramm 1.18 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Einzeldiagnosen zum Burn-out-Syndrom nach Geschlecht (Berichtsjahr 2013)





Es zeigt sich, dass vor allem in der Gruppe der depressiven Episoden (F32) mehr AU-Tage aufgrund einer unspezifischen Diagnosestellung zustande kommen, während in der Gruppe der rezidivierenden depressiven Störungen (F33) die Majorität der AU-Tage und AU-Fälle bei den mittelgradig und schwer ausgeprägten Fällen zu finden ist.

Für das Burn-out-Syndrom findet im vorliegenden Bericht primär die ICD-Codierung Z73 Anwendung. In der Fachdiskussion sowie auch in der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur wird aber darauf hingewiesen, dass in der Praxis z.T. auch andere ICD-Codierungen Anwendung finden können. Dabei handelt es sich um zwei Diagnosen aus der Gruppe der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, namentlich die akute Belastungsreak-

tion (F43.o) sowie die Neurasthenie (F48.o). Ein weiterer einschlägiger ICD-Code (R53: Unwohlsein und Ermüdung) ist im ICD-Kapitel 18 (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, andernorts nicht klassifiziert) zu finden. Betrachtet man alle genannten Diagnosen unter der Prämisse, dass diese dem Burn-out-Syndrom zuzuordnen sind, dann zeigt sich, dass 41,3% der AU-Tage (227 AU-Tage je 1.000 MoR) aufgrund einer akuten Neurasthenie (F48.o) zu verzeichnen sind. Mit mehr als einem Viertel der AU-Tage (161 AU-Tage je 1.000 MoR) folgt die akute Belastungsreaktion (F43.o). Etwa gleichauf liegen dann Unwohlsein und Ermüdung (R53; 84 AU-Tage je 1.000 MoR) sowie der eigentliche ICD-Code für das Burn-out-Syndrom (Z73) mit jeweils ca. 15% aller AU-Tage (78 AU-Tage je 1.000 MoR) (» Diagramm 1.18).

## 1.7 Unterschiede nach Wirtschaftsgruppen

In der Betrachtung nach Wirtschaftsgruppen werden, wie eingangs erwähnt, die beschäftigten Mitglieder insgesamt (BMI) herangezogen.

Zunächst wird deutlich, dass einige Wirtschaftsgruppen überdurchschnittlich viele AU-Tage aufgrund von Depressionen und Burn-out-Syndrom aufweisen, insbesondere das Gesundheits- und Sozialwesen, Erziehung und Unterricht, Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung sowie auch die Postdienste. Dagegen gibt es auch Gruppen mit weit unterdurchschnittlichen psychisch bedingten Fehlzeiten, wie z.B. die Land- und Forstwirtschaft oder das Baugewerbe. In der Gesamtbetrachtung wird zudem deutlich, dass im Bereich des verarbeitenden Gewerbes die AU-Kennzahlen der Mehrheit der Wirtschaftszweige unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen, während bei der überwiegenden Mehrheit im Dienstleistungsbereich überdurchschnittliche Werte festzustellen sind (» Diagramm 1.19).

» Krankentage wegen Depressionen und Burn-out treten im Dienstleistungsgewerbe wesentlich häufiger als im verarbeitenden Gewerbe auf.

An dieser Stelle soll exemplarisch die besonders stark belastete Gruppe der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen betrachtet werden. Hierzu zählen u.a. Kranken- und Altenpflegekräfte, Hebammen, Apotheker, Ärzte, Physiotherapeuten usw. Bei den AU-Tagen aufgrund einer depressiven Episode findet sich Hamburg mit 1.724 AU-Tagen je 1.000 BMI mit dem höchsten Wert an erster Stelle. Insgesamt ist hier ein deutliches Nord-Süd-Gefälle sichtbar, was sich auch in der folgenden Gesamtbetrachtung wie-

derfindet. Eine Ausnahme bildet hierbei Thüringen, das von allen fünf neuen Bundesländern mit ca. 20% deutlich mehr AU-Tage als der Bundesdurchschnitt aufweist.

Für die rezidivierende depressive Störung sind mit Hamburg und Thüringen gleich zwei Bundesländer an der Spitze vertreten (beide 436 AU-Tage je 1.000 BMI). Mit deutlichem Abstand hat hier Bremen die wenigsten AU-Tage für diese Diagnose zu verzeichnen. Diese machen im Vergleich zu den Spitzenreitern nur ein Siebtel von deren AU-Tagen aus (62 AU-Tage je 1.000 BMI).

Für das Burn-out-Syndrom ist im Gesundheits- und Sozialwesen ein deutliches Ost-West-Gefälle zu beobachten, wobei die neuen Bundesländer hier durchgängig die höchsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten aufweisen. Interessanterweise ist es hier Thüringen, welches mit 29 AU-Tagen je 1.000 BMI die geringsten Werte im Bundeslandvergleich aufweist. Spitzenreiter ist hier Mecklenburg-Vorpommern, das mit 244 AU-Tagen je 1.000 BMI mehr als doppelt so hohe Ausfallzeiten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt aufweist (» Diagramm 1.20). Einschränkung muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass es sich hierbei nicht um nach Alter und Geschlecht standardisierte Kennzahlen handelt.

» In der stark betroffenen Wirtschaftsgruppe des Gesundheits- und Sozialwesens finden sich bei den Depressionen Hamburg und Thüringen mit besonders vielen AU-Tagen im Bundeslandvergleich an der Spitze. Beim Burn-out-Syndrom treten vor allem in den neuen Bundesländern wesentlich mehr AU-Tage in dieser Wirtschaftsgruppe auf.

Diagramm 1.19 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Depressionen und Burn-out-Syndrom nach Wirtschaftsgruppe (Berichtsjahr 2013)

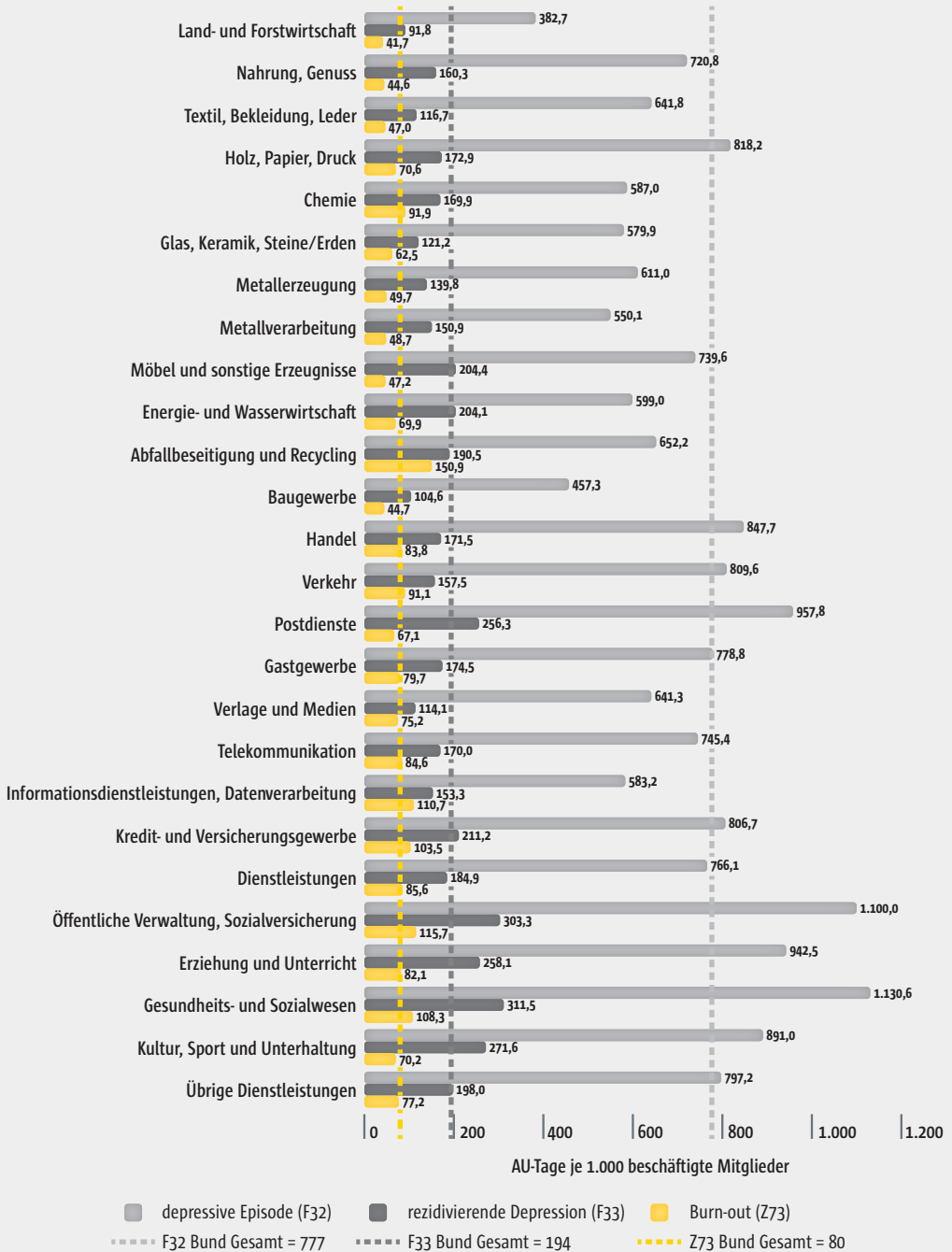
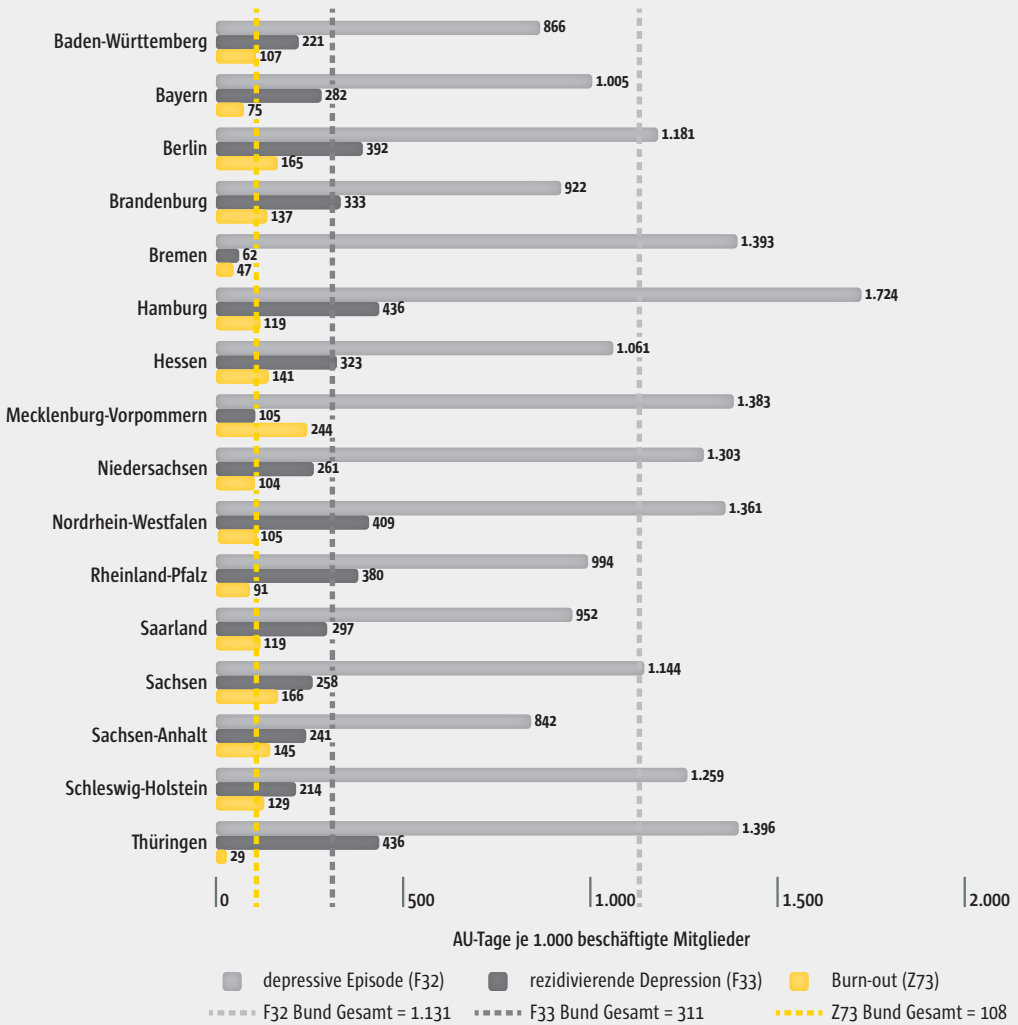




Diagramm 1.20 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Depressionen und Burn-out-Syndrom für die Wirtschaftsgruppe Gesundheits- und Sozialwesen nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2013)



## 1.8 Regionale Unterschiede

Für die Darstellung regionaler Unterschiede werden Alter und Geschlecht standardisierte AU-Kennzahlen verwendet (» Hinweise zur Methodik). Damit wird ausgeschlossen, dass regionale Variationen auf Unterschiede in der Alters- bzw. Geschlechtszusammensetzung zurückzuführen sind.

### Depressive Episode

Für die depressive Episode (F32) lassen sich die meisten AU-Tage im Stadtstaat Hamburg feststellen (1.097 AU-Tage je 1.000 MoR), während in Baden-Württemberg mit durchschnittlich 671 AU-Tagen je 1.000 MoR auf Ebene der Bundesländer die wenigsten Fehlzeiten anfallen und damit deutlich unter dem Bundesdurchschnittswert von 793 AU-Tagen je 1.000 MoR liegen. Relativ deutlich tritt hier ein Nord-Süd-Gefälle zutage (» Diagramm 1.21).

Auf Kreisebene schwanken die o.g. Werte wesentlich stärker, so für die AU-Tage um mehr als das 9-Fache (Minimum: 193 AU-Tage je 1.000 MoR; Maximum: 1.786 AU-Tage je 1.000 MoR). Es sind insbesondere Kreise in Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen sowie kreisfreie Städte besonders betroffen. Die am Bundesdurchschnitt gemessenen geringsten Fehlzeiten sind vor allem in großen Teilen von Baden-Württemberg, aber auch in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu finden (» Diagramm 1.22).

### Rezidivierende depressive Störung (F33)

Auch für diese Diagnose aus der Gruppe der affektiven Störungen ist der Stadtstaat Hamburg im Bundeslandvergleich mit 274 AU-Tagen je 1.000 MoR an der Spitze zu finden, während Bremen mit 103 AU-Tagen je 1.000 MoR die geringsten Werte aufweist (Bundesdurchschnitt: 209 AU-Tage je 1.000 MoR). Ein einheitliches regionales Muster ist hier nicht er-

kennbar. Besonders betroffen sind hier die Bundesländer Bayern, Nordrhein-Westfalen sowie Hamburg (» Diagramm 1.23).

Auf Kreisebene zeigt sich auch hier ein wesentlich differenzierteres Bild. Besonders stark betroffen sind hier Gebiete in Nordrhein-Westfalen sowie im Osten bzw. Süden von Bayern. Weitere Häufungen sind in Niedersachsen sowie im Südosten der neuen Bundesländer erkennbar. Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Kreise ist mit dem ca. 43-Fachen (Minimum: 24 AU-Tage je 1.000 MoR; Maximum: 1.031 AU-Tage je 1.000 MoR) erheblich größer (» Diagramm 1.24).

### Burn-out-Syndrom

Mit deutlichem Abstand der Spitzenreiter bei AU-Tagen aufgrund eines Burn-out-Syndroms ist das Saarland mit 157 AU-Tagen je 1.000 MoR, während in Sachsen-Anhalt mit lediglich ca. 46 AU-Tagen je 1.000 MoR die wenigsten anfallen. Der Bundesdurchschnittswert liegt bei dieser AU-Diagnose im Mittel bei 75 AU-Tagen je 1.000 MoR (» Diagramm 1.25).

Auch hier zeigen sich auf Kreisebene gravierendere Unterschiede, die bei den AU-Tagen um das 80-Fache variieren (4 vs. 336 AU-Tage je 1.000 MoR). Interessanterweise ist hier der Osten Deutschlands anders als bei Depressionen deutlich stärker betroffen. Zudem zeigen sich auch hier Häufungen in Teilen von Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen (» Diagramm 1.26).



Auf Ebene der Bundesländer sind es der Stadtstaat Hamburg sowie Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen, die von besonders vielen AU-Tagen aufgrund einer Depression bzw. Burn-out betroffen sind. Auf Kreisebene ist Bayern am häufigsten sowohl mit den wenigsten als auch mit den meisten AU-Tagen zu finden.

Diagramm 1.21 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesland (Wohnort) für die depressive Episode (F32) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)

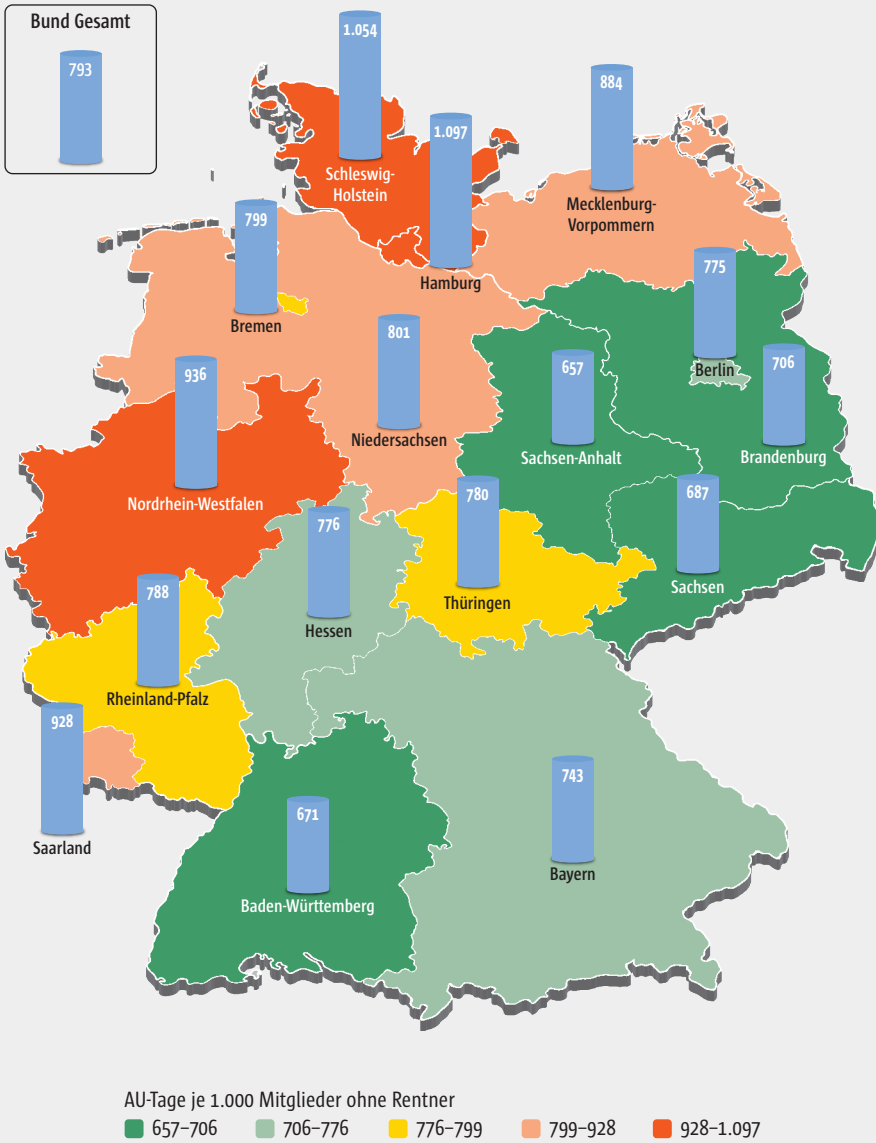
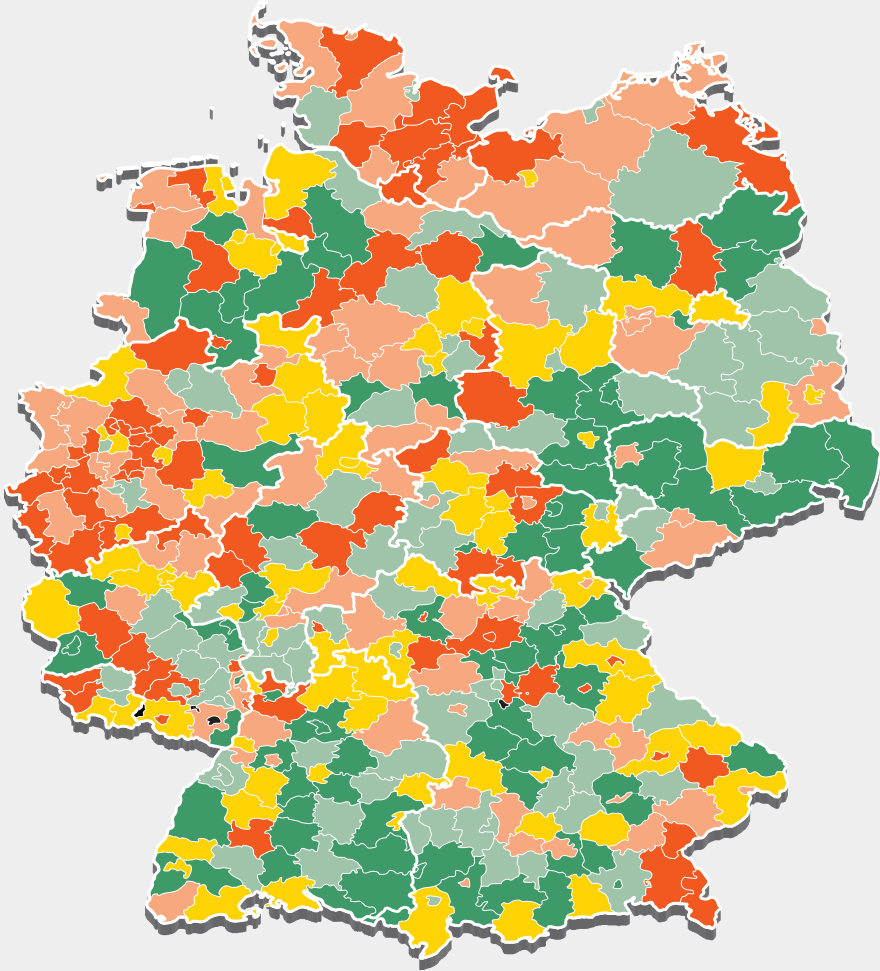


Diagramm 1.22 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Kreis (Wohnort) für die depressive Episode (F32) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)



AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner

■ 193-584   ■ 584-717   ■ 717-827   ■ 827-1.001   ■ 1.001-1.786

■ keine Angaben\*

Bund-Gesamt: 793 AU-Tage

\*aufgrund zu geringer Fallzahlen wurden diese Kreise nicht mit in die Auswertung aufgenommen

Diagramm 1.23 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesland (Wohnort) für die rezidivierende depressive Störung (F33) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)

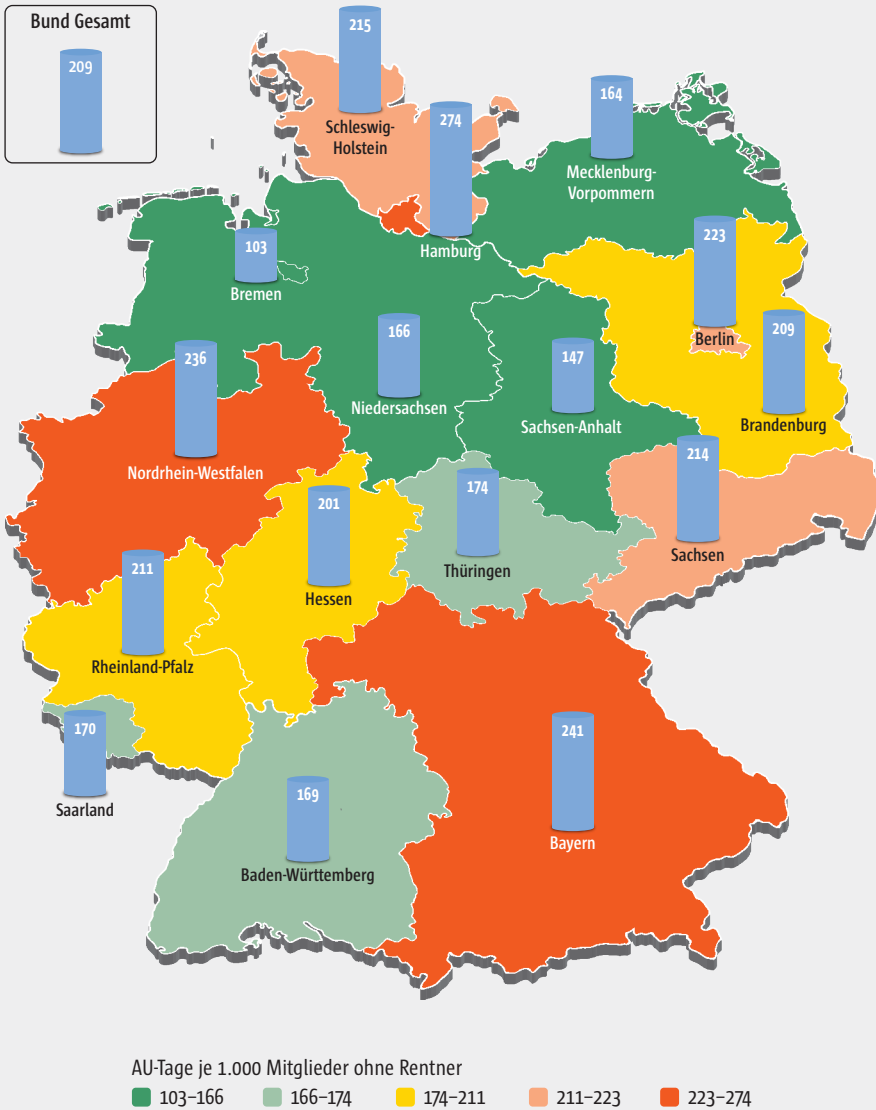
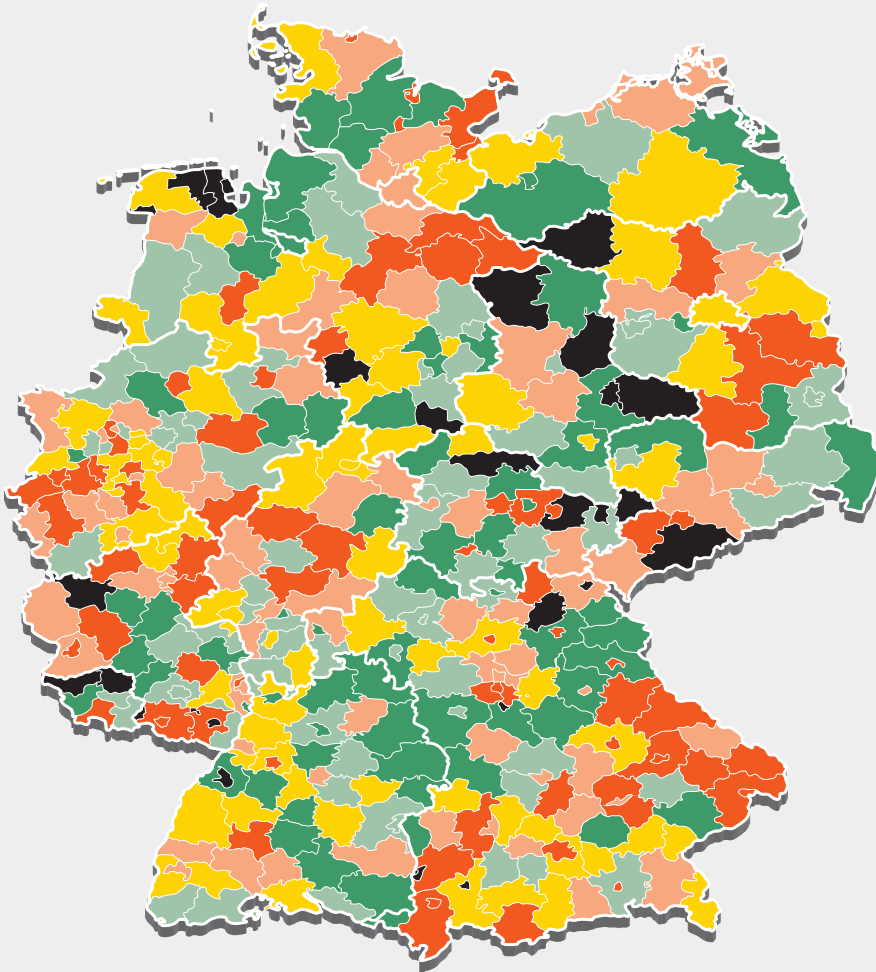


Diagramm 1.24 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Kreis (Wohnort) für die rezidivierende depressive Störung (F33) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)



AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner

0-116    116-171    171-224    224-281    281-1.031

■ keine Angaben\*

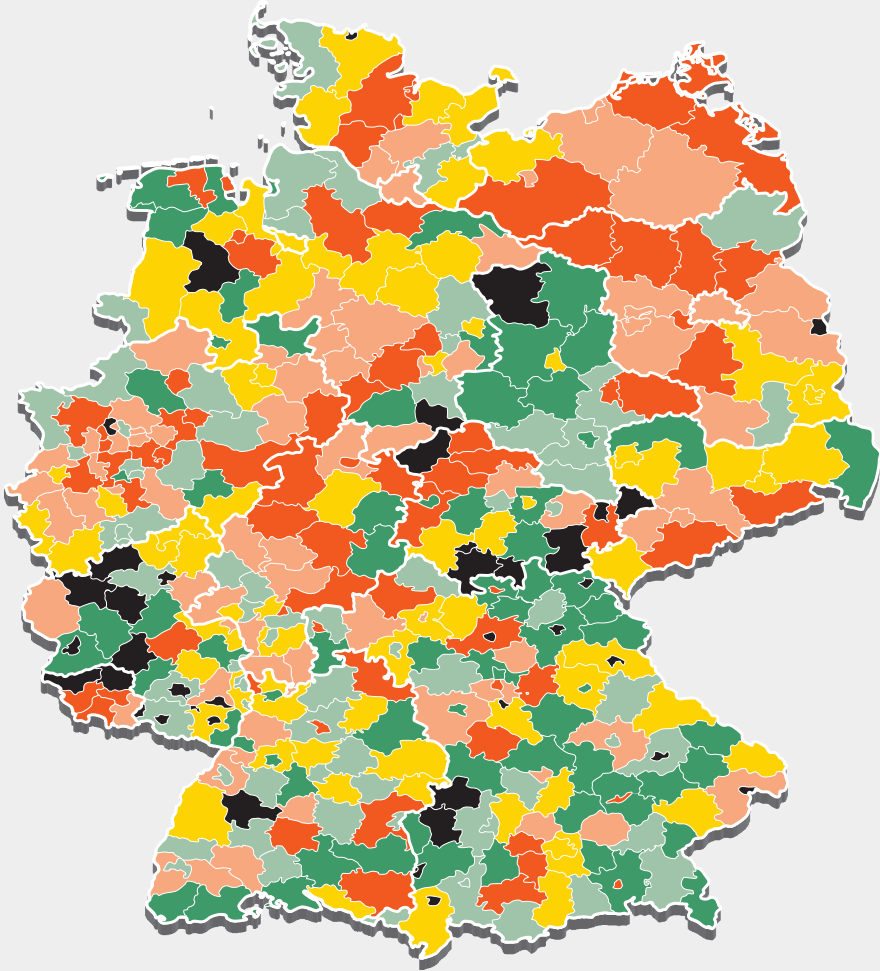
Bund-Gesamt: 209 AU-Tage

\*aufgrund zu geringer Fallzahlen wurden diese Kreise nicht mit in die Auswertung aufgenommen

Diagramm 1.25 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesland (Wohnort) für das Burn-out-Syndrom (Z73) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)



Diagramm 1.26 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Kreis (Wohnort) für das Burn-out-Syndrom (Z73) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)



AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner

0-34    34-55    55-76    76-111    111-337

■ keine Angaben\*

Bund-Gesamt: 75 AU-Tage

\*aufgrund zu geringer Fallzahlen wurden diese Kreise nicht in die Auswertung aufgenommen



## 1.9 Zusammenhänge mit regionalen Indikatoren

Die Tatsache, dass es regionale Unterschiede in Bezug auf das AU-Geschehen bei den psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und den Depressionen sowie dem Burn-out-Syndrom im Speziellen gibt, konnte im vorhergehenden Abschnitt deutlich belegt werden. Weiterhin soll der Frage nachgegangen werden, ob es Zusammenhänge mit anderen regional variierenden und versorgungsrelevanten Indikatoren gibt, die einen Einfluss auf das AU-Geschehen haben können. Untersucht wurden dabei Zusammenhänge zwischen den AU-Kennzahlen und Regionalmerkmalen wie Einwohnerdichte, Arbeitslosenquote, Fachärztdichte und Krankenhausbettendichte. Alle Indikatoren wurden mittels Korrelationsanalyse (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) auf einen bedeutsamen Zusammenhang hin untersucht. Basis der Berechnungen waren die Angaben auf Ebene der Kreise. Zusammenfassend sind

die Ergebnisse in den **»»** Tabellen 1.2 und 1.3 zu finden.

### Depressive Episode

Insgesamt vier der acht betrachteten regionalen Merkmale zeigen einen Zusammenhang mit der Anzahl der AU-Tage für diese Diagnose. Positive Zusammenhänge lassen sich mit der Bevölkerungsdichte ( $r = .14$ ), der Arbeitslosenquote ( $r = .24$ ) und der Anzahl der Nervenärzte pro 100.000 Einwohner ( $r = .13$ ) aufzeigen. Ein negativer Zusammenhang ist mit dem durchschnittlichen verfügbaren Einkommen je Einwohner festzustellen ( $r = -.16$ ). Für die Anzahl der AU-Fälle kommen zudem noch positive Zusammenhänge mit der Anzahl der Hausärzte ( $r = .12$ ) bzw. Psychotherapeuten ( $r = .10$ ) je 100.000 Einwohner hinzu.

Tabelle 1.2 Zusammenhänge zwischen den AU-Tagen und ausgewählten Regionalindikatoren für Depressionen und Burn-out-Syndrom

	Depressive Episode (F32)	Rezidivierende depressive Störung (F33)	Burn-out-Syndrom (Z73)
<b>Strukturmerkmale</b>	<b>AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner</b>		
Einwohner je km <sup>2</sup>	+	+	0
Verfügbares Einkommen je Einwohner	-	0	-
Arbeitslosenquote	+	0	+
Hausärzte je 100.000 Einwohner	0	+	-
Nervenärzte je 100.000 Einwohner	+	+	0
Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner	0	+	0
Krankenhausbettendichte (Betten je 1.000 Einwohner)	0	+	0
Psych-Betten pro 100.000 Einwohner	0	0	0

++ = mittlerer positiver Zusammenhang; + = schwacher positiver Zusammenhang; - = schwacher negativer Zusammenhang; 0 = kein Zusammenhang (entsprechend Effektstärke-Konvention Cohen, 1992)

**Tabelle 1.3 Zusammenhänge zwischen den AU-Fällen und ausgewählten Regionalindikatoren für Depressionen und Burn-out-Syndrom**

Strukturmerkmale	Depressive Episode (F32)	Rezidivierende depressive Störung (F33)	Burn-out-Syndrom (Z73)
	AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		
Einwohner je km <sup>2</sup>	+	+	0
Verfügbares Einkommen je Einwohner	0	+	-
Arbeitslosenquote	+	0	++
Hausärzte je 100.000 Einwohner	+	++	0
Nervenärzte je 100.000 Einwohner	+	+	0
Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner	+	+	+
Krankenhausbettendichte (Betten je 1.000 Einw.)	0	+	0
Psych-Betten pro 100.000 Einwohner	0	0	0

++ = mittlerer positiver Zusammenhang; + = schwacher positiver Zusammenhang; - = schwacher negativer Zusammenhang; 0 = kein Zusammenhang (entsprechend Effektstärke-Konvention Cohen, 1992)

### Rezidivierende depressive Störung

Für die Anzahl der AU-Tage je 1.000 MoR zeigen sich im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosen die meisten durchweg positiven Zusammenhänge, u.a. mit der Hausarztdichte ( $r = .24$ ), der Nervenarztdichte ( $r = .25$ ) und der Psychotherapeutendichte ( $r = .14$ ) je 100.000 Einwohner, sowie mit der Anzahl der Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner ( $r = .21$ ). Auch mit der Bevölkerungsdichte ( $r = .17$ ) ist für diese Diagnose ein positiver Zusammenhang beobachtbar. Ein gleiches Zusammenhangsmuster zeigt sich auch in der Betrachtung der AU-Fälle. Bezüglich dieser AU-Kennzahl wird zudem ein positiver Zusammenhang mit dem verfügbaren Einkommen sichtbar ( $r = .11$ ).

### Burn-out-Syndrom

Für das Burn-out-Syndrom treten, im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosen, die wenigsten Zu-

sammenhänge mit den betrachteten Strukturmerkmalen auf. Auffällig ist hier der negative Zusammenhang mit der Anzahl der Hausärzte und der Anzahl der AU-Tage ( $r = -.11$ ), jedoch nicht für die Anzahl der AU-Fälle ( $r = -.02$ ). Deutlich wird auch, dass sowohl die Anzahl der AU-Tage als auch die der AU-Fälle negativ mit dem Durchschnittseinkommen zusammenhängen ( $r = -.12$  bzw.  $r = -.24$ ) und sich umgekehrt ein deutlich positiver Zusammenhang mit der Höhe der Arbeitslosenquote auf Kreisebene zeigt ( $r = .22$  bzw.  $r = .31$ ).

Deutliche Zusammenhänge zwischen dem AU-Geschehen für Depressionen und Burn-out-Syndrom sind vor allem für die haus- und fachärztliche Versorgungsdichte erkennbar. Aber auch Sozialgradienten wie Arbeitslosenquote und Durchschnittseinkommen spielen durchaus eine Rolle. Für die rezidivierende depressive Störung (F33) zeigen sich die meisten und stärksten Zusammenhänge.

A stylized profile of a human head in silhouette, facing right. The interior of the head is filled with a complex grid pattern of white lines on a dark grey background. The background of the entire page is a light grey with a subtle, wavy pattern of white lines.

# 2

## Ambulante Versorgung

Die Daten des AU-Geschehens bieten Erkenntnisse zu Erkrankungen und deren Verlauf von beschäftigten Mitgliedern sowie ALG-I-Empfängern (» Kapitel 1). Dabei ist aber zu bedenken, dass nicht jede Erkrankung, mit der Personen in der ambulanten Versorgung vorstellig werden, zwangsläufig in einer Krankschreibung resultiert – sei es, weil die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist oder weil nicht die Notwendigkeit für ein Attest besteht, da die Person z.B. noch zur Schule geht oder schon berentet ist.

Die Analyse der Daten zur ambulanten Versorgung gibt daher Aufschluss über Häufigkeiten von Krankheiten hinausgehend über die Frage der Arbeitsfähigkeit. Dabei können auch andere Versicherten Gruppen einbezogen werden.

Im Folgenden werden entsprechend die Diagnosen der ambulanten Versorgung unter Einbezug von 9,26 Mio. BKK Versicherten (Bezugszeitraum 2013) ausgewertet, darunter werden neben den beschäftigten Pflichtmitgliedern, den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern sowie ALG-I- und ALG-II-Empfängern auch Familienangehörige und Rentner gefasst.

## 2.1 Psychische Erkrankungen

Im Jahr 2013 haben 90,9% der BKK Versicherten mindestens einmal eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen und dabei eine Diagnose erhalten. Bei 30,9% der BKK Versicherten wurde dabei eine Diagnose aus dem Spektrum psychischer Störungen (ICD-10: Foo-F99) festgestellt, dies entspricht 2,98 Mio. Personen (» Diagramm 2.1). Zum Vergleich: Häufigste Diagnosen sind Krankheiten des Atmungssystems (bei 48,6% der BKK Versicherten) und Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (bei 47,3% der BKK Versicherten).

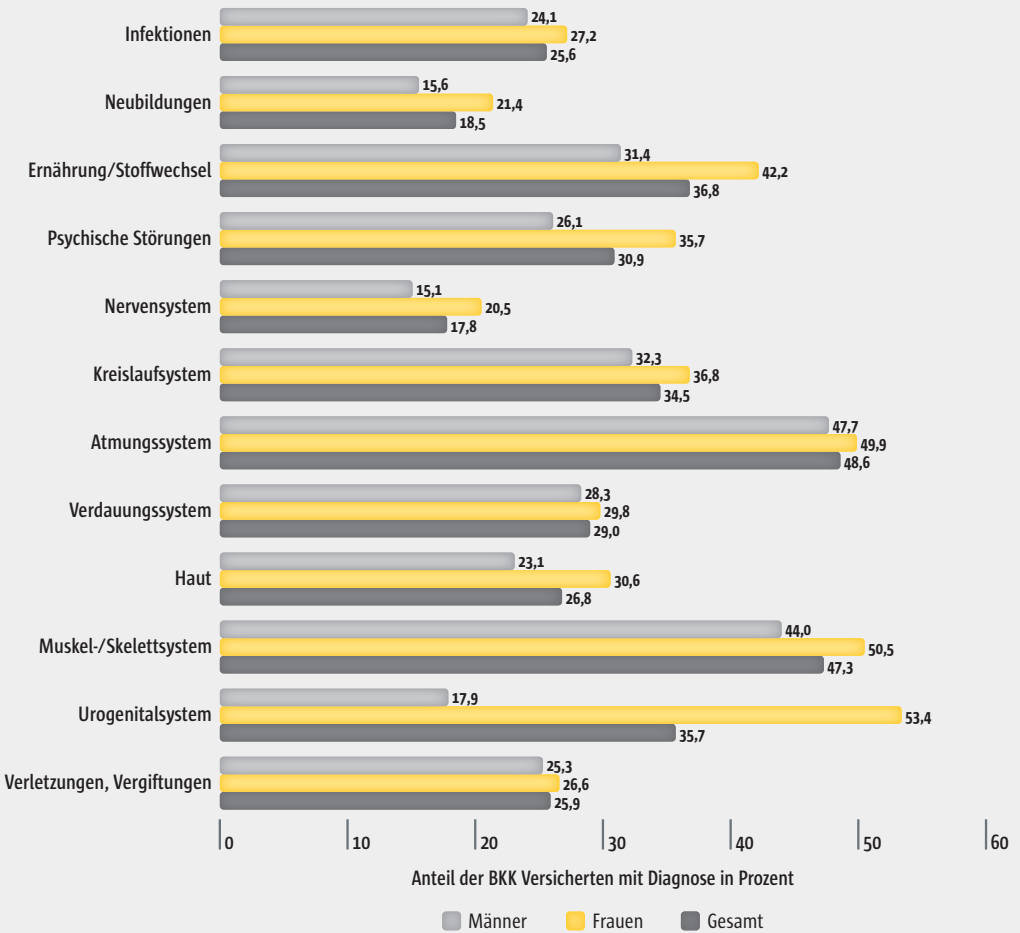
Bei der Diagnostik psychischer Störungen ist ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern festzustellen: Frauen sind mit 35,7% häufiger betroffen als Männer, bei denen 26,1% mindestens eine

psychische Störung diagnostiziert bekamen. Dieser Geschlechtsunterschied ist auch in den einzelnen Versichertengruppen wiederzufinden. Aber auch zwischen den Versichertengruppen selber sind die Diagnosehäufigkeiten deutlich unterschiedlich, so wurde bei 32,2% der Arbeitslosen eine psychische Störung dokumentiert, bei den beschäftigten Mitgliedern waren es 27,0% und bei den Familienangehörigen 25,6%.



Bei 30,9% der BKK Versicherten wurde im Jahr 2013 eine psychische Störung diagnostiziert – bei Frauen häufiger als bei Männern, bei Arbeitslosen häufiger als bei Beschäftigten.

Diagramm 2.1 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



## 2.2 Depressionen und Burn-out-Syndrom

In der ambulanten Versorgung wurde aus dem Spektrum der psychischen Störungen am häufigsten die Diagnose einer depressiven Episode (F32) gestellt, bei 9,5% der BKK Versicherten wurde diese Erkrankung diagnostiziert (» Tabelle 2.1). Hinsichtlich einer Einordnung in eine Untergruppe wird am häufigsten die „nicht näher bezeichnet“-Kategorisierung (F32.9) dokumentiert, eine solche vierstellige ICD-Codierung wurde für 6,3% der Versicherten erfasst. Diese ist eigentlich so etwas wie eine „Restkategorie“, die nur dann verwendet werden sollte, wenn die anderen Kategorisierungen nicht zutreffend sind oder die genauere Spezifizierung nicht möglich ist. Als Zweithäufigstes wurde eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) diagnostiziert.

Bei 2,6% der BKK Versicherten wurde eine rezidivierende depressive Störung (F33) festgestellt (» Tabelle 2.2). Dabei wurde als häufigste Diagnose-Unter-kategorie die „gegenwärtig mittelgradige Episode“ von den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten dokumentiert (1,1% der BKK Versicherten).

Für 1,2% der BKK Versicherten ist dokumentiert, dass ein Burn-out-Syndrom (Z73) vorliegt. Die deutsche Version der ICD-Klassifikation sieht dabei keine Unterkategorien vor, sodass nicht weiter differenziert wurde. Die in der Fachdiskussion angeführten anderen möglichen ICD-Codierungen, die in der Praxis anstatt der Z73-Kodierung Verwendung finden, wurden demgegenüber häufiger vergeben. Bei 5,3% der BKK Versicherten wurde eine akute Belastungsreaktion (F43) diagnostiziert, bei 2,4% die Diagnose Neurasthenie (F48) vergeben sowie bei 2,7% Unwohlsein und Ermüdung (R53) festgestellt.

- Bei 9,5% wurde eine depressive Episode und bei 2,6% eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Ein relativ hoher Anteil davon wird als „nicht näher bezeichnet“ spezifiziert, d.h. es erfolgte keine Spezifizierung nach Schweregrad.
- Ein Burn-out-Syndrom wurde bei 1,2% der Versicherten diagnostiziert.

Tabelle 2.1 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit einer depressiven Episode (F32) nach Subkategorie

ICD-Code		Anteil Versicherte in Prozent *
F32.0	Leichte depressive Episode	0,9
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	2,3
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	0,9
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	0,1
F32.8	Sonstige depressive Episoden	0,7
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	6,3
	Mind. eine Diagnose F32.x im Laufe des Jahres	9,5

\* da bei weiteren Konsultationen auch andere Kategorisierungen gewählt werden, ist der Anteil für alle F32-Diagnosen nicht gleich der Summe aus den Unterkategorien.

**Tabelle 2.2 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) nach Subkategorie**

ICD-Code		Anteil Versicherte in Prozent *
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	0,3
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	1,1
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	0,5
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	0,1
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	0,1
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen	0,1
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	0,7
	Mind. eine Diagnose F33.x im Laufe des Jahres	2,6

\* da bei weiteren Konsultationen auch andere Kategorisierungen gewählt werden, ist der Anteil für alle F33-Diagnosen nicht gleich der Summe aus den Unterkategorien.



## 2.3 Unterschiede nach Alter und Geschlecht

Die teils deutlichen Unterschiede in der Anzahl Betroffener je nach Geschlecht und Alter, wie sie schon für psychische Störungen allgemein zu verzeichnen sind, setzen sich auch bei den Diagnosen zu Depressionen und Burn-out fort.

Bei der Gruppe der Versicherten mit diagnostizierter depressiver Episode (F32) sind in allen Alterskategorien Frauen häufiger betroffen als Männer (» Diagramm 2.2). Der Anteil von Personen mit gestellter Diagnose liegt bei den Frauen annähernd doppelt so hoch wie bei den Männern. Für beide Geschlechter gilt wiederum, dass der Anteil Versicherter mit einer solchen Diagnose mit zunehmendem Alter immer mehr ansteigt. Die höchsten Anteils-

Werte werden dann in der Altersgruppe 55-59 Jahre erreicht, 19,8% der Frauen sowie 10,9% der Männer dieser Altersgruppe sind betroffen. Die Häufigkeiten in höheren Alterskategorien liegen knapp unter diesem Niveau.

Für die Diagnose rezidivierende depressive Störung zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei hier die Anteile an den Versicherten insgesamt entsprechend geringer sind (» Diagramm 2.3). Auch hier ist durchgehend ein höherer Anteil pro Altersgruppe bei den Frauen zu finden, die Häufigkeiten sind bei Frauen auch in etwa doppelt so hoch wie bei den Männern. Die Steigerungsraten zwischen den Altersgruppen sind dabei höher, die größten Häufigkeiten

Diagramm 2.2 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit depressiver Episode (F32) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

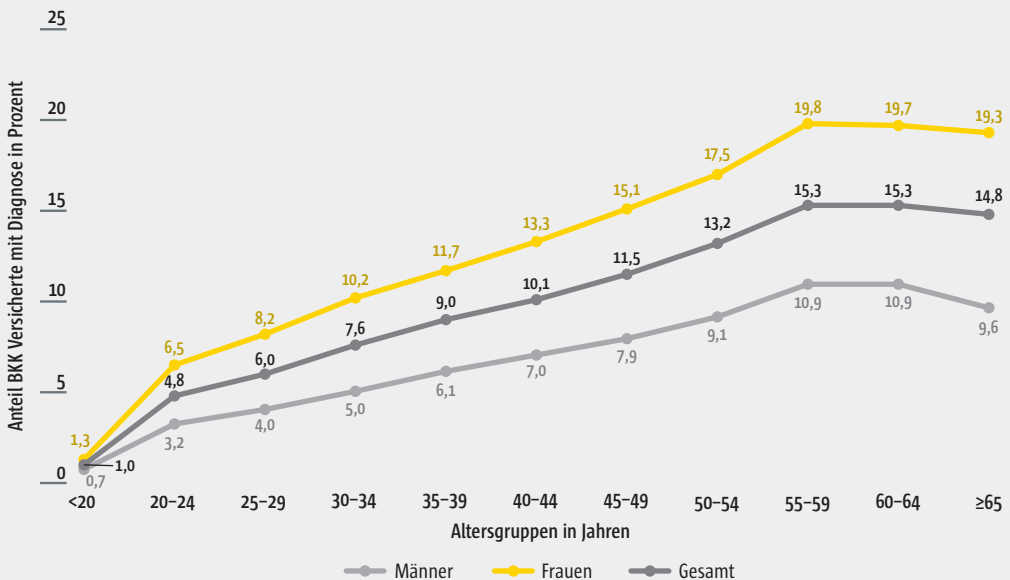
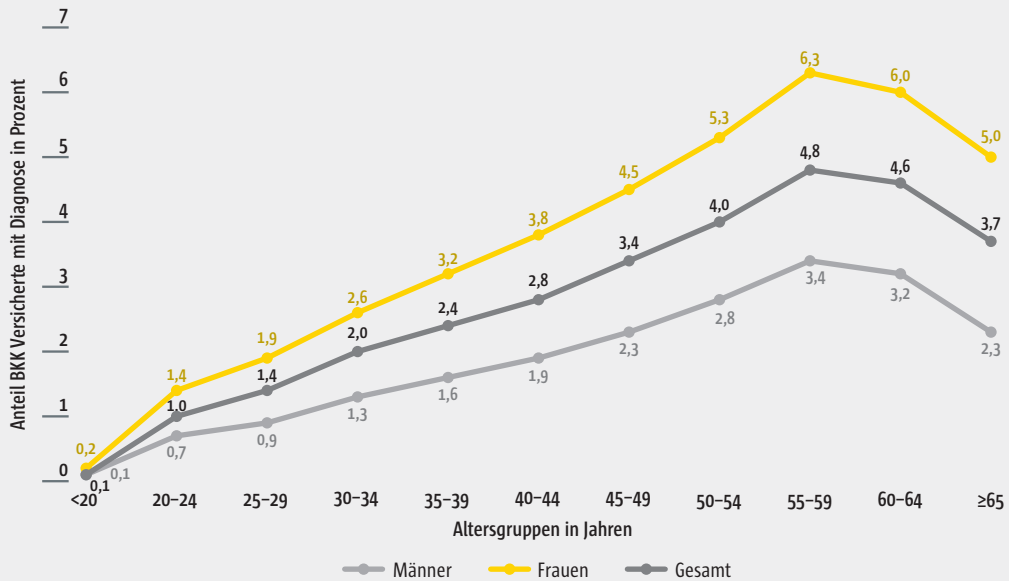


Diagramm 2.3 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit rezidivierender Depression (F33) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



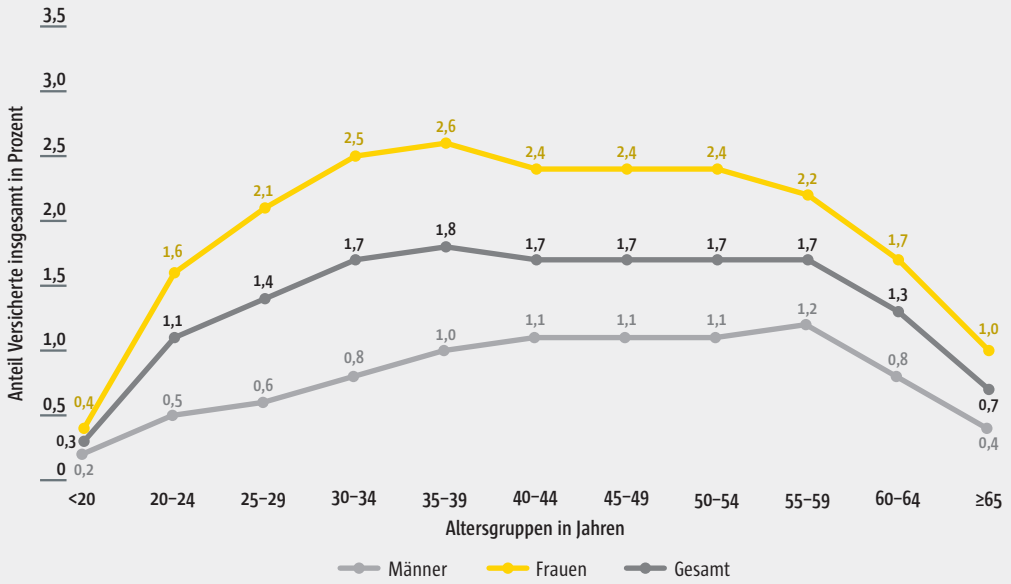
sind auch hier in der Altersgruppe 55-59 Jahre zu finden. In dieser Gruppe waren 6,3% der Frauen und 3,4% der Männer betroffen. In den nachfolgenden Alterskategorien wurde diese Diagnose hingegen wiederum für geringere Anteile der Gruppe gestellt.

Vergleicht man die Diagnosehäufigkeiten in den Altersgruppen bei Depressionen mit denen des Burn-out-Syndroms, so findet man ein anderes Bild vor: Zwar sind auch hier wieder Frauen häufiger betroffen als Männer, allerdings sind die Anteile von Versicherten mit dieser Diagnose in den Altersgruppen ab der Gruppe 30-34 Jahre relativ stabil auf gleich-

bleibendem Niveau bis zur Gruppe 55-59 Jahre. Bei den Versicherten mit höherem Alter wird wiederum deutlich seltener ein Burn-out-Syndrom festgestellt (» Diagramm 2.4).

- » Bei Frauen werden durchweg häufiger sowohl Depressionen als auch Burn-out diagnostiziert.
- » Die Depressionsdiagnosen werden häufiger bei den 55-59-jährigen gestellt. Beim Burn-out-Syndrom sind hingegen die Diagnosehäufigkeiten zwischen 30 und 59 Jahren annähernd gleichbleibend.

Diagramm 2.4 Ambulante Versorgung – Anteil BKK Versicherte mit Burn-out-Syndrom (Z73) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



## 2.4 Unterschiede nach Versichertengruppen

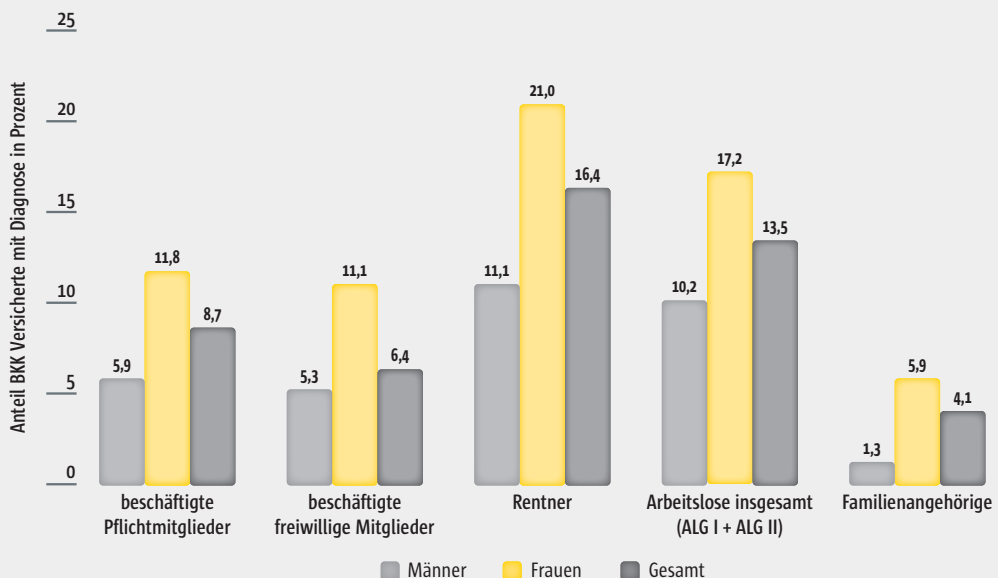
Die BKK Versicherten werden im Folgenden unterteilt in die Gruppe der beschäftigten Pflichtmitglieder, der beschäftigten freiwilligen Mitglieder, der Rentner, der Arbeitslosen sowie der Familienangehörigen.

Hinsichtlich der Diagnosestellung einer depressiven Episode (F32) zeigt sich im Vergleich der fünf genannten Versichertengruppen der geringste Anteil von Personen mit einer solchen Diagnose bei den Familienangehörigen mit 4,1% (» Diagramm 2.5). Aufgrund des hohen Anteils von Kindern und Jugendlichen ist hier eine geringere Häufigkeit erklärbar. Ebenfalls unter dem Gesamtdurchschnitt für alle BKK Versicherten liegen die Anteile bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (8,7%) und den beschäftig-

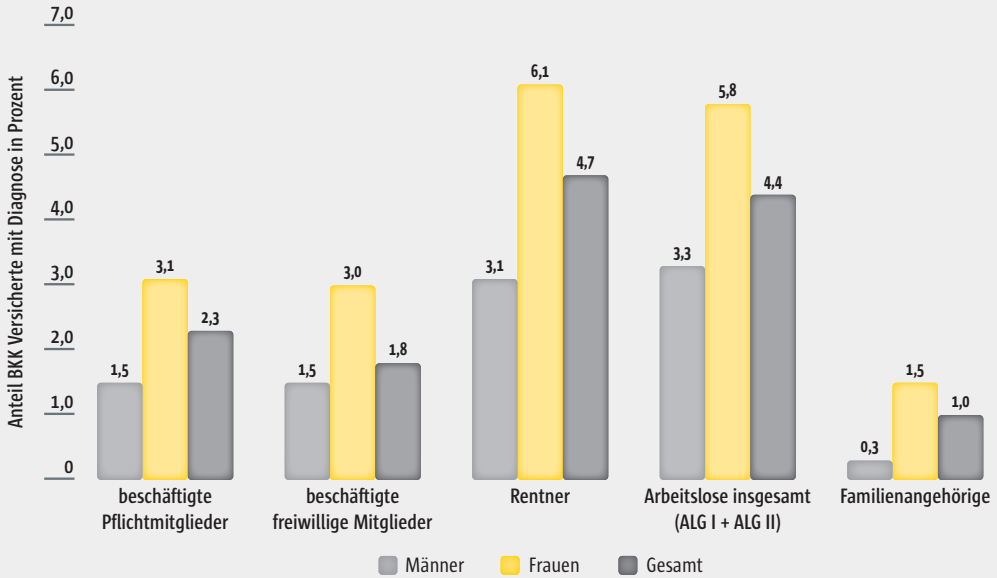
ten freiwilligen Mitgliedern (6,4%). Deutlich darüber liegt hingegen die Diagnosehäufigkeit bei den Rentnern (16,4%) sowie bei den Arbeitslosen (13,5%).

Eine ähnliche Verteilung liegt bei der rezidivierenden depressiven Störung vor: Auch hier ist der Anteil von Personen mit einer solchen Diagnose bei Rentnern mit 4,7% und bei Arbeitslosen mit 4,4% höher als der Wert für die BKK Versicherten insgesamt (» Diagramm 2.6). Etwas unter diesem Durchschnitt liegen die Anteile bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (2,3%) und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern (1,8%). Der mit 1% geringste Anteil an der spezifischen Versichertengruppe ist auch hier bei den Familienangehörigen zu verzeichnen.

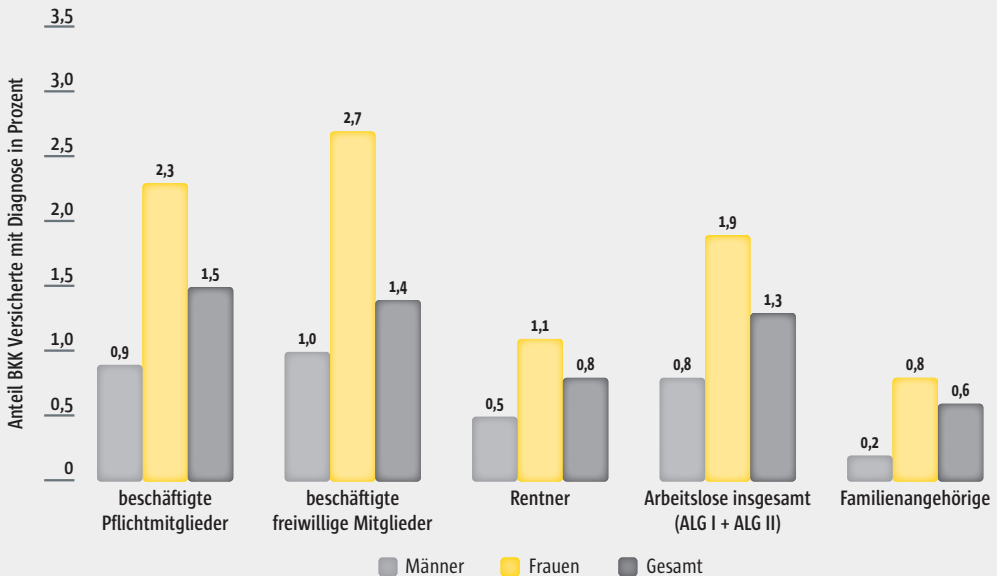
Diagramm 2.5 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit depressiver Episode (F32) nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2013)



**Diagramm 2.6** Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit rezidivierender Depression (F33) nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2013)



**Diagramm 2.7** Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit Diagnose Burn-out (Z73) nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2013)



Wie aufgrund der deutlich niedrigeren Diagnosequote bei Versicherten über 60 Jahren zu erwarten war, ist bei Rentnern im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen mit 0,8% deutlich seltener ein Burn-out-Syndrom diagnostiziert worden (» Diagramm 2.7). Auch die Gruppe der Familienangehörigen (mit hohem Anteil von Kindern und Jugendlichen) weist mit 0,6% nur relativ wenig betroffene Personen auf. Die höchsten Diagnoseraten sind bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (1,5%) sowie den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern zu finden. Bei letzterer Gruppe ist zudem erkennbar, dass hier der Frauenanteil an der Gruppe insgesamt deutlich geringer ist: Die Diagnosehäufigkeit ist hier bei

den Frauen mit 2,7% am höchsten, der Gesamtwert (also Frauen und Männern zusammen) beträgt aber nur 1,4%. Eine ähnlich hohe Quote an Versicherten mit Burn-out-Diagnose weisen wiederum die Arbeitslosen (1,3%) auf.



- Die Depressionsdiagnosen werden am häufigsten bei der Versichertengruppe der Rentner gestellt. Ebenfalls hohe Anteile sind bei Arbeitslosen zu finden.
- Burn-out wird am häufigsten bei Beschäftigten (Pflicht- und freiwillige Mitglieder) diagnostiziert. Etwa gleich häufig ist die Diagnose auch bei Arbeitslosen zu finden.

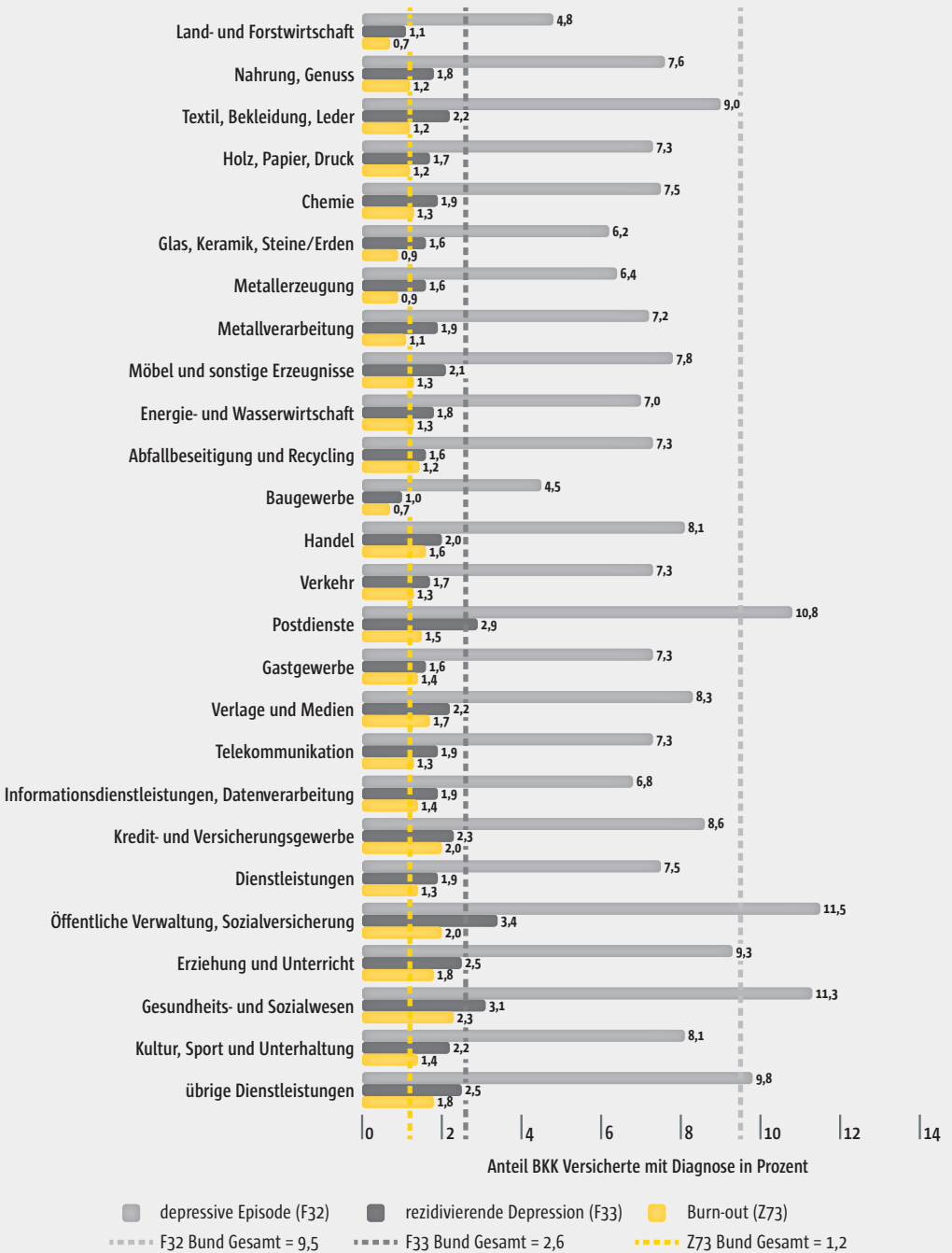
## 2.5 Unterschiede nach Wirtschaftsgruppen

Ein Vergleich zwischen Wirtschaftsgruppen hinsichtlich der Häufigkeit, mit der Beschäftigte die Diagnose Depression (F32 bzw. F33) oder Burn-out-Syndrom (Z73) gestellt bekommen haben, fördert teils deutliche Unterschiede zutage. Zudem sind bei den drei hier betrachteten Diagnose-Schlüsseln sowohl bei den höchsten als auch bei den niedrigsten Diagnosehäufigkeiten oftmals dieselben Wirtschaftsgruppen zu finden (»» Diagramm 2.8). So sind im Bereich der Öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung mit 11,5% (F32) für die Diagnose depressive Episode und mit 3,4% für die rezidivierende depressive Störung (F33) die höchsten Werte zu finden. Knapp dahinter auf Platz 2 der Rangreihe liegen die Branchen im Gesundheits- und Sozialwesen (11,3% bzw. 3,1%). Dieser Wirtschaftszweig weist wiederum mit 2,3% die größte Diagnosehäufigkeit beim Burn-out-Syndrom auf. Trennt man weiterhin nach Männern und Frauen, so sind Männer im Gesundheits- und Sozialwesen bezüglich der drei betrachteten Diagnosen durchweg am häufigsten betroffen. Bei Frauen ist das Bild weniger einheitlich, hier ist der Anteil der Versicherten mit der Diagnose einer depressiven Episode am größten bei den Postdiens-ten, bei der rezidivierenden depressiven Störung in der Öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung, und beim Burn-out-Syndrom im Wirtschaftszweig Abfallbeseitigung und Recycling.

Das Baugewerbe und die Land- und Forstwirtschaft liegen wiederum dann vorn, wenn die geringste Diagnosehäufigkeit zu ermitteln ist. Das Baugewerbe hat mit 4,5% Anteil der Versicherten mit Diagnose einer depressiven Episode und 1,0% Anteil der Versicherten mit einer rezidivierenden depressiven Störung die wenigsten Betroffenen. Die Land- und Forstwirtschaft ist wiederum auf Platz 1 der Rangreihe beim Burn-out-Syndrom (0,7%). Geschlechtsspezifisch betrachtet sind hier sowohl Männer als auch Frauen am seltensten von den drei betrachteten Diagnosen betroffen. Insgesamt ist als Tendenz erkennbar, dass im Dienstleistungsbereich arbeitende Personen im Vergleich zum verarbeitenden Gewerbe häufiger die hier betrachteten Diagnosen gestellt bekommen haben (»» Diagramm 2.8).

- »» Die Wirtschaftszweige Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung sowie Gesundheits- und Sozialwesen weisen hohe Anteile von Versicherten mit einer Depressions- oder Burn-out-Diagnose auf.
- »» Die Personen, die in Land- und Forstwirtschaft bzw. im Baugewerbe arbeiten, bekommen hingegen am seltensten diese Diagnosen gestellt.

Diagramm 2.8 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit Diagnose Depression und Burn-out nach Wirtschaftsgruppe (Berichtsjahr 2013)



aus: Kliner K | Rennert D | Richter M (Hrsg.) „Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche“. BKK Gesundheitsatlas 2015. ISBN 978-3-95466-218-0, urheberrechtlich geschützt  
 © 2015 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.



## 2.6 Regionale Unterschiede

Für den Vergleich der ambulanten Diagnosen auf Bundesland- und Kreis-Ebene wurden die Einflüsse unterschiedlicher Alters- und Geschlechtszusammensetzungen herausgerechnet.

Im Vergleich der so standardisierten Daten ist für die Häufigkeit einer F32-Diagnose ein teils deutliches „Nord-Süd-Gefälle“ bei den Flächenländern zu erkennen (» Diagramm 2.9). Herausragend sind allerdings auch die Häufigkeiten in den beiden größten Städten Deutschlands, Berlin und Hamburg: Den größten Anteil von Versicherten mit Diagnose weist Hamburg mit 12% auf, in Berlin sind es 11,4% der Versicherten. In Bayern wurde ebenfalls bei 11,4% der Versicherten eine F32-Diagnose gestellt, in Saarland, Rheinland-Pfalz und Hessen liegt der Anteil über 10%. Die geringste Diagnosehäufigkeit ist hingegen mit 7,2% in Sachsen-Anhalt zu finden.

Noch deutlichere Unterschiede zeigen sich bei der Betrachtung der Kreise (» Diagramm 2.10): Insbesondere im Osten Bayerns wurde die Diagnose einer depressiven Episode überdurchschnittlich oft gestellt, die größte Häufigkeit ist für ganz Deutschland auch in Straubing mit 15,9% zu finden. Bundesweit am seltensten wurde diese Diagnose indessen in Jena (3,8%) gestellt.

Die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung (F33) tritt auf Bundeslandebene am häufigsten unter den Versicherten in Bayern mit 3,4% auf, die größte Häufigkeit in einem ostdeutschen Bundesland weist Sachsen mit 2,3% auf, am seltensten ist diese Diagnose hingegen mit 1,9% in Sachsen-Anhalt vergeben worden (» Diagramm 2.11).

Betrachtet man die Diagnosehäufigkeiten auf Kreisebene, so kristallisiert sich hierbei wiederum noch deutlicher ein Nord-Süd-Unterschied heraus

(» Diagramm 2.12). Neben Bayern weisen auch mehrere Kreise in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg deutlich überdurchschnittliche Diagnosehäufigkeiten auf. Den höchsten Anteil Versicherter mit Diagnose weist dabei das bayerische Haßberge (5,8%) auf, Anhalt-Bitterfeld hat hingegen die geringste Häufigkeit dieser Diagnose im Vergleich (1,2%).

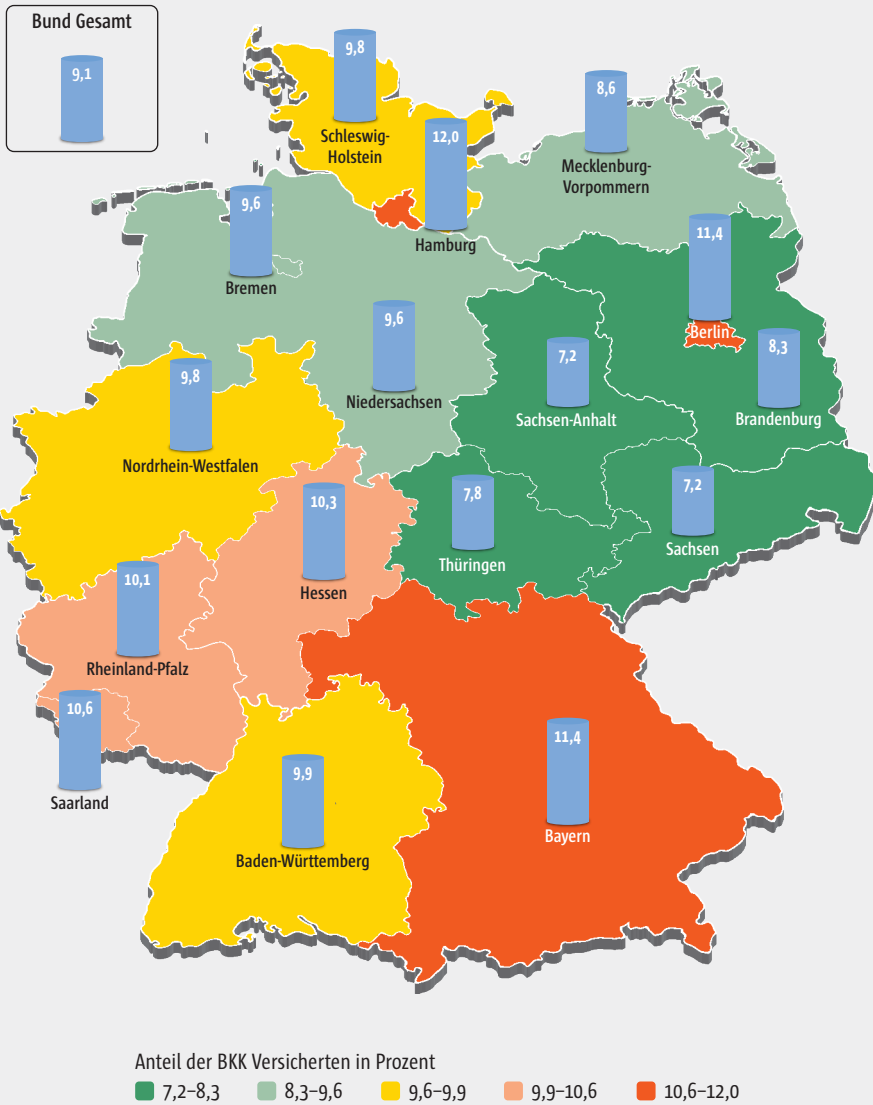
Hinsichtlich der Diagnosehäufigkeit des Burn-out-Syndroms ist Sachsen-Anhalt zusammen mit Thüringen im Bundesländervergleich ebenfalls „Schlusslicht“ mit 0,8% Anteil an den Versicherten. Die höchste Diagnoserate ist hierbei in Berlin sowie im Saarland mit 1,5% dokumentiert (» Diagramm 2.13).

Auf Kreisebene ausgewertet zeigen sich auch hier sehr große Differenzen zwischen den Diagnosehäufigkeiten (» Diagramm 2.14). Den größten Anteil Versicherter mit festgestelltem Burn-out-Syndrom weist dabei Ansbach in Bayern mit 2,6% auf, im thüringischen Saale-Orla-Kreis haben hingegen nur 0,3% diese Diagnose gestellt bekommen.



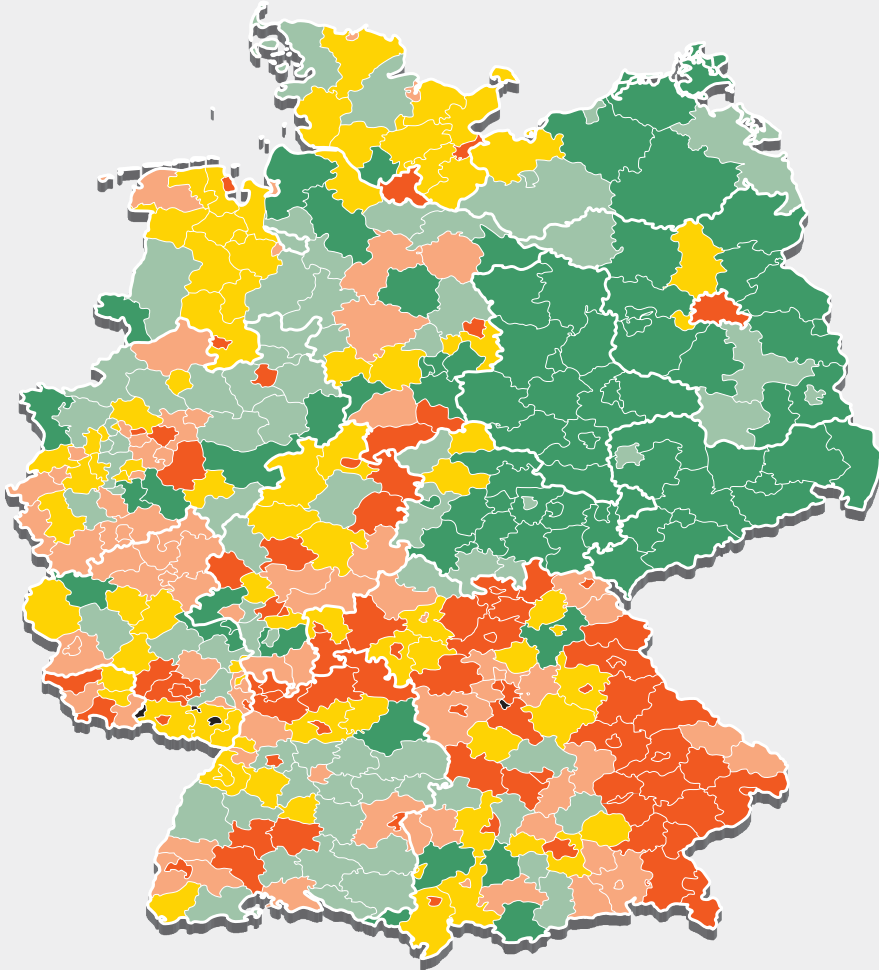
- Depressionen und Burn-out kommen eher im städtischen Bereich häufiger vor, insbesondere Großstädte wie Hamburg und Berlin weisen hohe Diagnoseraten auf.
- Depressionen wurden in den ostdeutschen Bundesländern durchweg selten diagnostiziert, starke Häufungen der Diagnosen sind hingegen vor allem im Süden, insbesondere in Bayern, zu beobachten.
- Die Diagnose Burn-out-Syndrom wird sehr unterschiedlich häufig vergeben, hier sind auch in Niedersachsen und Schleswig-Holstein hohe Raten zu finden.

Diagramm 2.9 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) mit einer depressiven Episode (F32) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)



aus: Kliner K | Rennert D | Richter M (Hrsg.) „Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche“. BKK Gesundheitsatlas 2015. ISBN 978-3-95466-218-0, urheberrechtlich geschützt  
© 2015 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

Diagramm 2.10 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Kreis (Wohnort) mit einer depressiven Episode (F32) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)



Anteil der BKK Versicherten in Prozent

0-8,4    8,4-9,5    9,5-10,2    10,2-11,2    11,2-15,9

■ keine Angaben\*

Bund-Gesamt: 9,1 Prozent

\*aufgrund zu geringer Fallzahlen wurden diese Kreise nicht in die Auswertung aufgenommen

Diagramm 2.11 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) mit einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)

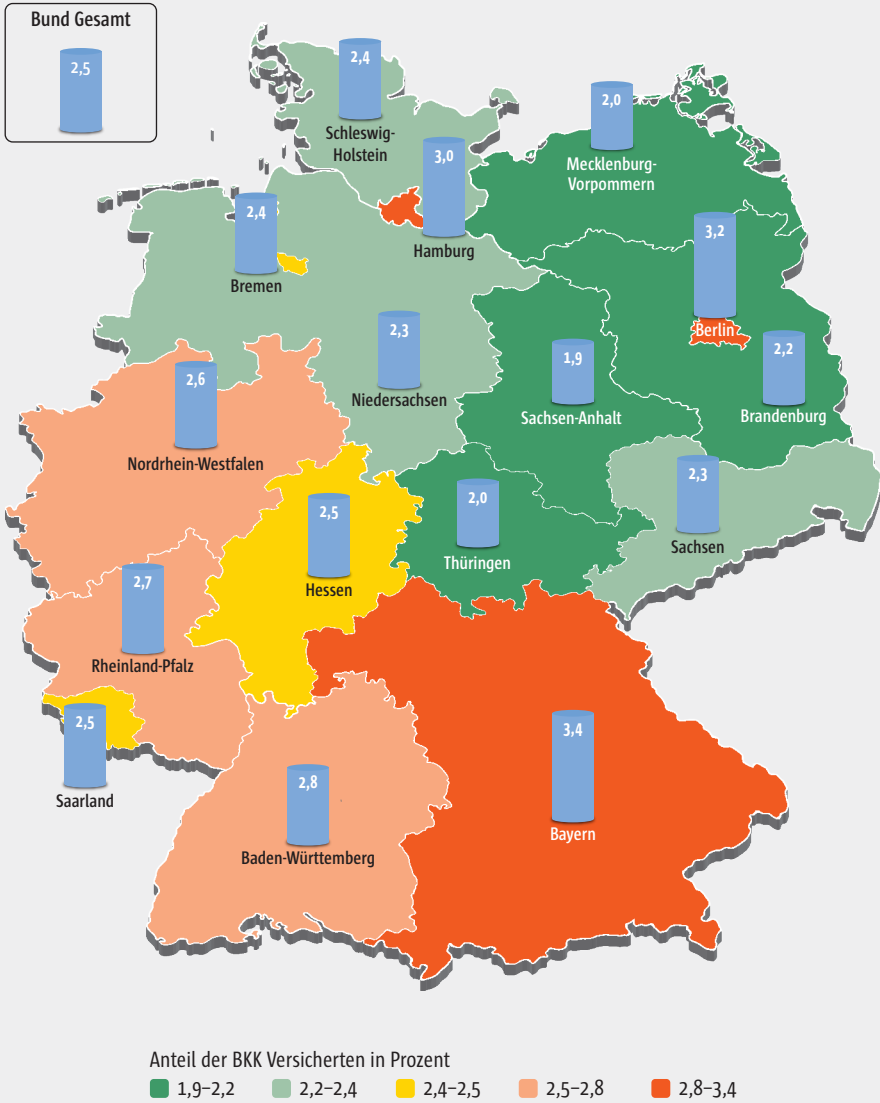
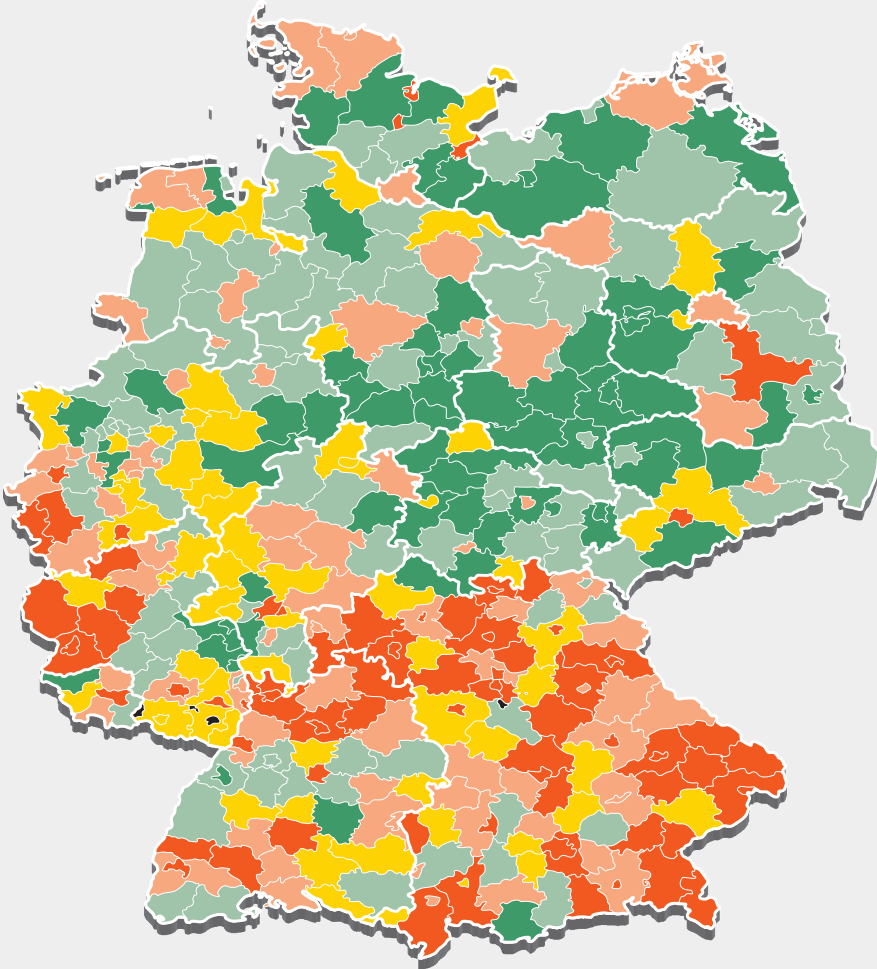


Diagramm 2.12 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Kreis (Wohnort) mit einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)



Anteil der BKK Versicherten in Prozent

0-2,0    2,0-2,4    2,4-2,7    2,7-3,2    3,2-5,8

■ keine Angaben\*

Bund-Gesamt: 2,5 Prozent

\*aufgrund zu geringer Fallzahlen wurden diese Kreise nicht in die Auswertung aufgenommen

Diagramm 2.13 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) mit einem Burn-out-Syndrom (Z73) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)

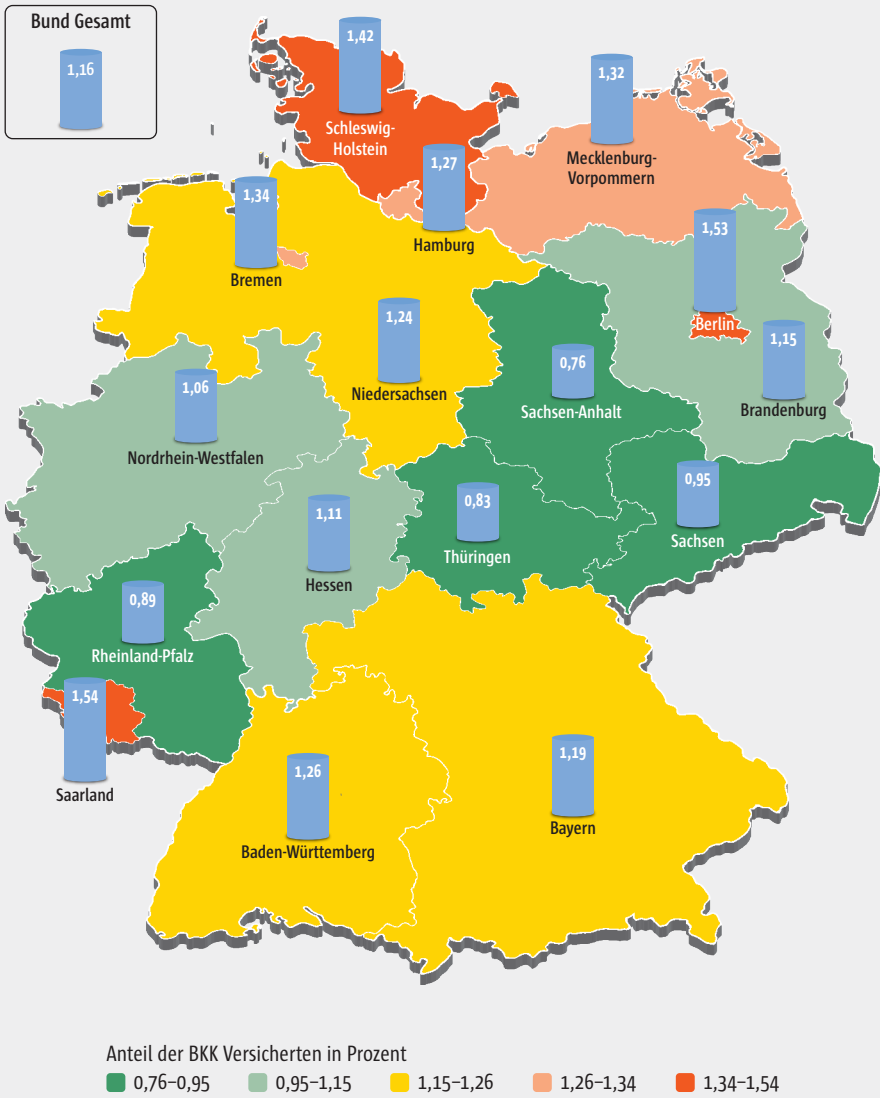
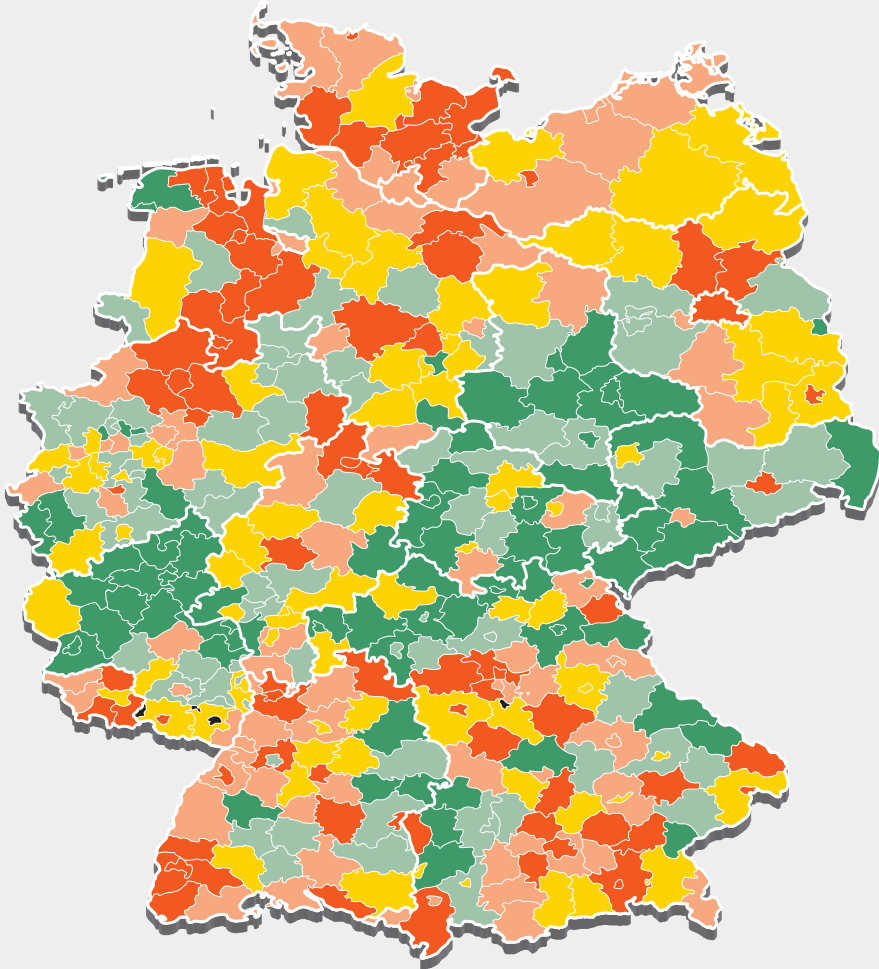


Diagramm 2.14 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Kreis (Wohnort) mit einem Burn-out-Syndrom (Z73) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)



Anteil der BKK Versicherten in Prozent

■ 0-0,77   ■ 0,77-0,97   ■ 0,97-1,15   ■ 1,15-1,42   ■ 1,42-2,59

■ keine Angaben\*

Bund-Gesamt: 1,16 Prozent

\*aufgrund zu geringer Fallzahlen wurden diese Kreise nicht in die Auswertung aufgenommen

## 2.7 Zusammenhänge mit regionalen Indikatoren

Die Häufigkeiten von Diagnosen wurden auf Kreisebene in Zusammenhang mit regionalen Bevölkerungs- und Versorgungsstrukturdaten gesetzt. Als Maß des Zusammenhangs wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Dadurch kann die Stärke des Zusammenhangs beschrieben werden, es sind aber keine Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge daraus ableitbar.

Für die betrachteten Variablen sind schwache bis mittlere Zusammenhänge zu finden (»Tabelle 2.3). Von den Bevölkerungsparametern zeigte sich der engste Zusammenhang zwischen der Diagnosehäufigkeit für depressive Episoden (F32) und der Einwoh-

nerzahl pro Quadratkilometer ( $r = .31$ ). Hinsichtlich der Versorgungsstruktur sind mittlere positive Zusammenhänge zwischen der Arztdichte bei den Nervenärzten und F32-Diagnose ( $r = .35$ ) und F33-Diagnose ( $r = .32$ ) zu finden, sowie zwischen F32-Diagnose und Hausarztdichte ( $r = .32$ ).

Zusammenhänge der Diagnosehäufigkeiten mit regionalen Variablen sind vorhanden, so sind unter anderem die Diagnoseraten von Depressionen und Burn-out höher, je höher die Bevölkerungsdichte sowie die Dichte von Haus- bzw. Nervenärzten sind.

Tabelle 2.3 Zusammenhänge der Diagnosehäufigkeiten mit regionalen Variablen

	Anteil Versicherte mit Diagnose F32	Anteil Versicherte mit Diagnose F33	Anteil Versicherte mit Diagnose Z73
Einwohner je km <sup>2</sup>	++	+	+
Verfügbares Einkommen je Einwohner	+	+	+
Arbeitslosenquote	0	-	0
Hausärzte je 100.000 Einwohner	++	+	+
Nervenärzte je 100.000 Einwohner	++	++	+
Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner	+	+	+
Krankenhausbettendichte (Betten je 1.000 Einw.)	+	+	0
Psych-Betten pro 100.000 Einwohner	0	0	+

+++ = starker positiver Zusammenhang; ++ = mittlerer positiver Zusammenhang; + = schwacher positiver Zusammenhang;  
 --- = starker negativer Zusammenhang; -- = mittlerer negativer Zusammenhang; - = schwacher negativer Zusammenhang;  
 0 = kein Zusammenhang (entsprechend Effektstärke-Konvention Cohen, 1992)



# 3

## Exkurs Antidepressiva



Ergänzend sollen an dieser Stelle noch einmal die Arzneimittelverordnungen für die Antidepressiva (ATC: No6A) auf Regionalebene betrachtet werden. Im Folgenden werden die für Alter und Geschlecht standardisierten Kennzahlen wiedergegeben.

Der Anteil der BKK Versicherten, die im Jahr 2013 eine Arzneimittelverordnung für ein Antidepressivum erhalten haben, lag bei 7,7%. Die Anzahl der Einzelverordnungen (EVO) lag bei 244 je 1.000 BKK Versicherte, die entsprechende Anzahl an definierten Tagesdosen (DDD) bei 16.659 je 1.000 BKK Versicherte.

Für den Regionalvergleich wird hier der Anteil der BKK Versicherten mit einer entsprechenden Verordnung eines Antidepressivums (ATC: No6A) sowie die definierte Tagesdosis (DDD) je 1.000 BKK Versicherte dargestellt.

Auf Ebene der Bundesländer schwankt der Anteil der Versicherten mit einer entsprechenden Verordnung zwischen 6,1% in Brandenburg und Sachsen bis hin zu 8,7% im Saarland (» Diagramm 3.1). Ein ähnliches Bild zeigt sich erwartungsgemäß bei der Anzahl der Einzelverordnungen (EVO): Mit 309 EVO je 1.000 Versicherte liegt auch hier das Saarland an der Spitze und auch hier sind in Sachsen mit 196 Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte die geringsten Werte zu finden. Bei den definierten Tagesdosen steht Bayern mit 20.744 Tagesdosen je 1.000 Versicherte an der Spitze. Die geringste Anzahl an Tagesdosen ist in Sachsen-Anhalt (14.872 DDD je 1.000 Versicherte) zu finden (» Diagramm 3.2).

Auf Bundeslandebene ist sowohl bei den Verordnungen von Antidepressiva als auch bei den definierten Tagesdosen ein deutliches Ost-West-Gefälle erkennbar. In den Alt-bundesländern werden deutlich häufiger Antidepressiva verordnet und entsprechend mehr Tagesdosen sind zu verzeichnen.

Auf Kreisebene tritt das Ost-West-Gefälle für den Anteil der BKK Versicherten mit Verordnung eines Antidepressivums noch stärker zu Tage. Insbesondere in Landkreisen in der östlichen Hälfte Bayerns, sowie in Kreisen im Saarland, in Rheinland-Pfalz und in Nordrhein-Westfalen sowie in Teilen Hessens werden am häufigsten Antidepressiva verschrieben (» Diagramm 3.3; » Tabellen 3.1 und 3.2).

Mehr als 2,5-mal so häufig werden Antidepressiva an BKK Versicherte mit Wohnort Straubing (Bayern) im Vergleich zu Meißen (Sachsen) verordnet. Dieses Verhältnis deckt sich mit dem Anteil der von einer Depression Betroffenen in den beiden Kreisen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den definierten Tagesdosen mit fast identischem Regionalmuster (» Diagramm 3.4). Auch hier sind Landkreise aus den Bundesländern Bayern und Nordrhein-Westfalen unter den Top 3 mit den meisten Tagesdosen zu finden (» Tabelle 3.3). Zwischen dem Landkreis mit den wenigsten und dem mit den meisten Tagesdosen variieren die Fallzahlen um mehr als das Dreifache (» Tabelle 3.4).

### Zusammenhänge mit Regionalindikatoren

In der Betrachtung der Zusammenhänge mit den ausgewählten Regionalindikatoren zeigt sich ein durchgehend konsistentes Bild (» Tabelle 3.5): Auch hier sind signifikante Zusammenhänge zwischen den Kennzahlen bzgl. Arzneimittelverordnungen und der Hausarztichte (DDD:  $r = .28$ ; EVO:  $r = .18$ ; Anteil Versicherte mit Verordnung eines Antidepressivums:  $r = .21$ ) sowie der Nervenarztichte (DDD:  $r = .30$ ; EVO:  $r = .25$ ; Anteil Versicherte mit Verordnung eines Antidepressivums:  $r = .24$ ) zu finden. Auch die Krankenhausbettichte zeigt hier einen positiven Zusammenhang mit den Verordnungszahlen von Antide-

pressiva (DDD:  $r = .30$ ; EVO:  $r = .21$ ; Anteil Versicherte mit Verordnung eines Antidepressivums:  $r = .20$ ). Gleiches gilt auch für die Bevölkerungsdichte (DDD:  $r = .18$ ; EVO:  $r = .20$ ; Anteil der Versicherten mit Verordnung eines Antidepressivums:  $r = .18$ ).

» Mit einer hohen Haus- bzw. Facharztichte sowie der Krankenhausbettendichte und der Bevölkerungsdichte auf Kreisebene gehen auch hohe Verordnungen von Antidepressiva einher.

Diagramm 3.1 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) mit Verordnung eines Antidepressivums (ATC N06A) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)

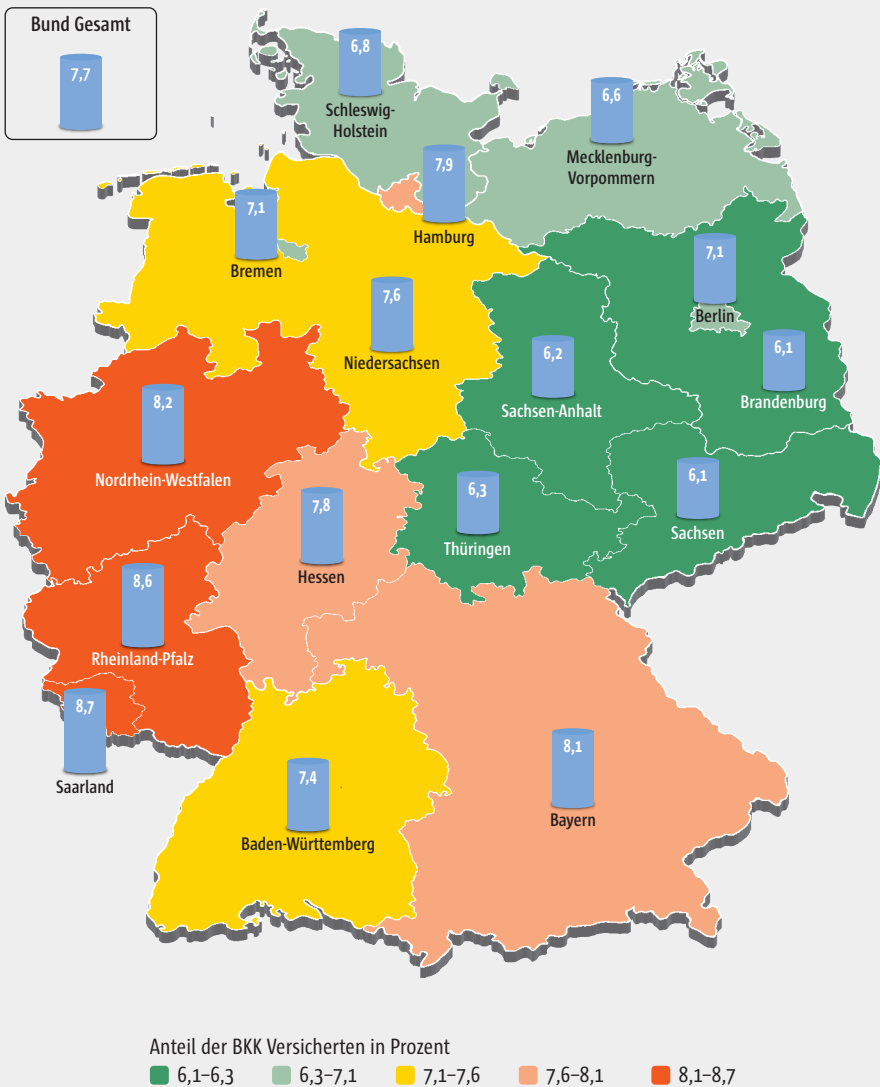


Diagramm 3.2 Arzneimittelverordnungen – definierte Tagesdosen (DDD) für Antidepressiva (ATC N06A) je 1.000 BKK Versicherte nach Bundesland (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)

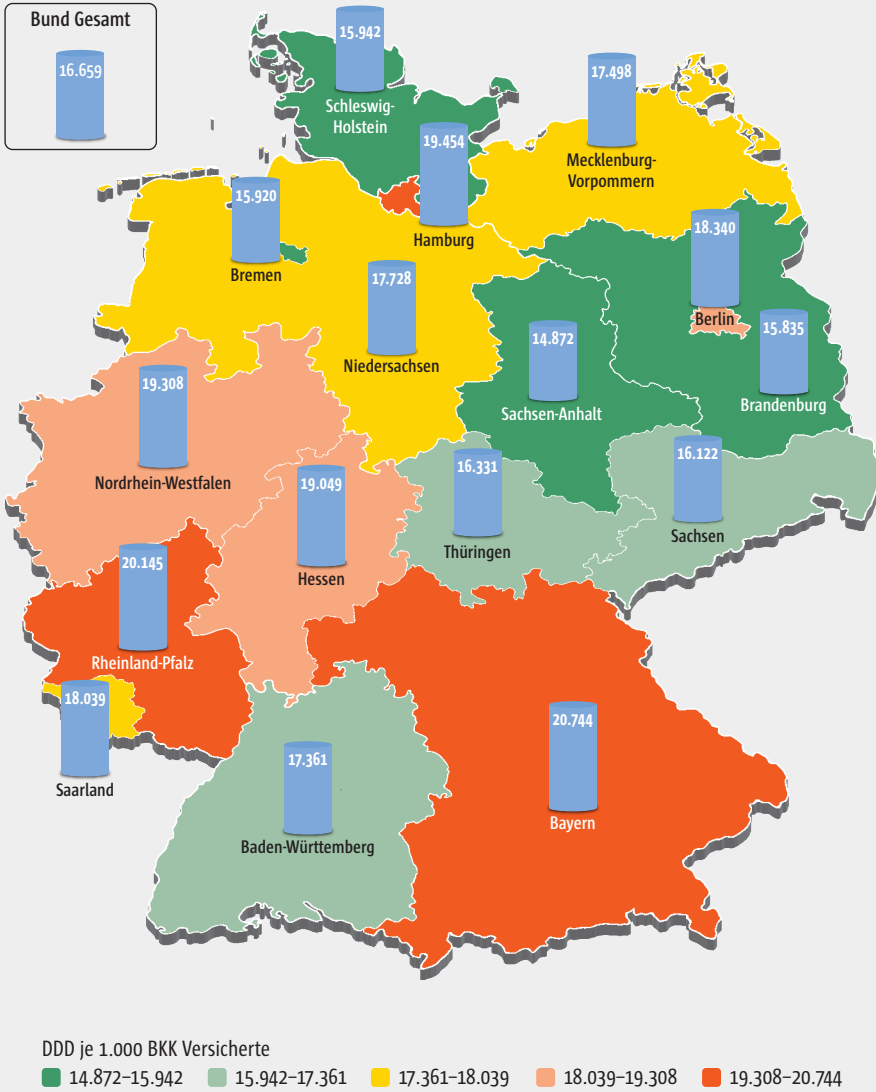
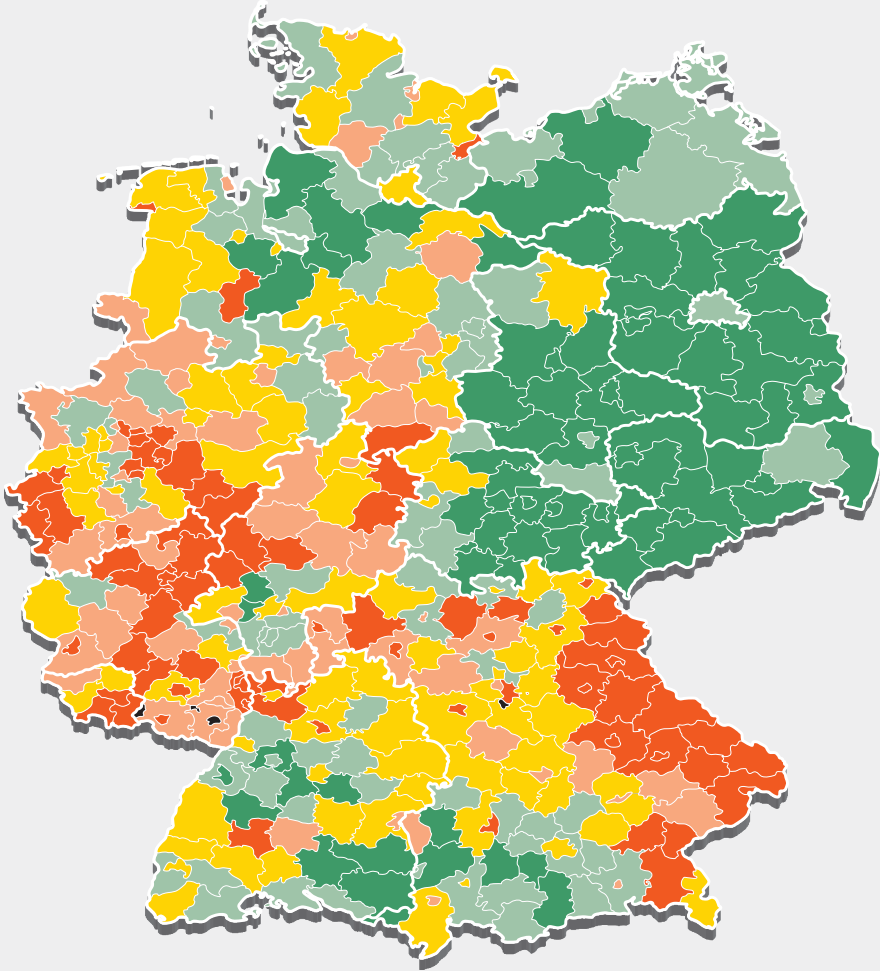


Diagramm 3.3 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Kreis (Wohnort) mit Verordnung eines Antidepressivums (ATC N06A) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)



Anteil der BKK Versicherten in Prozent

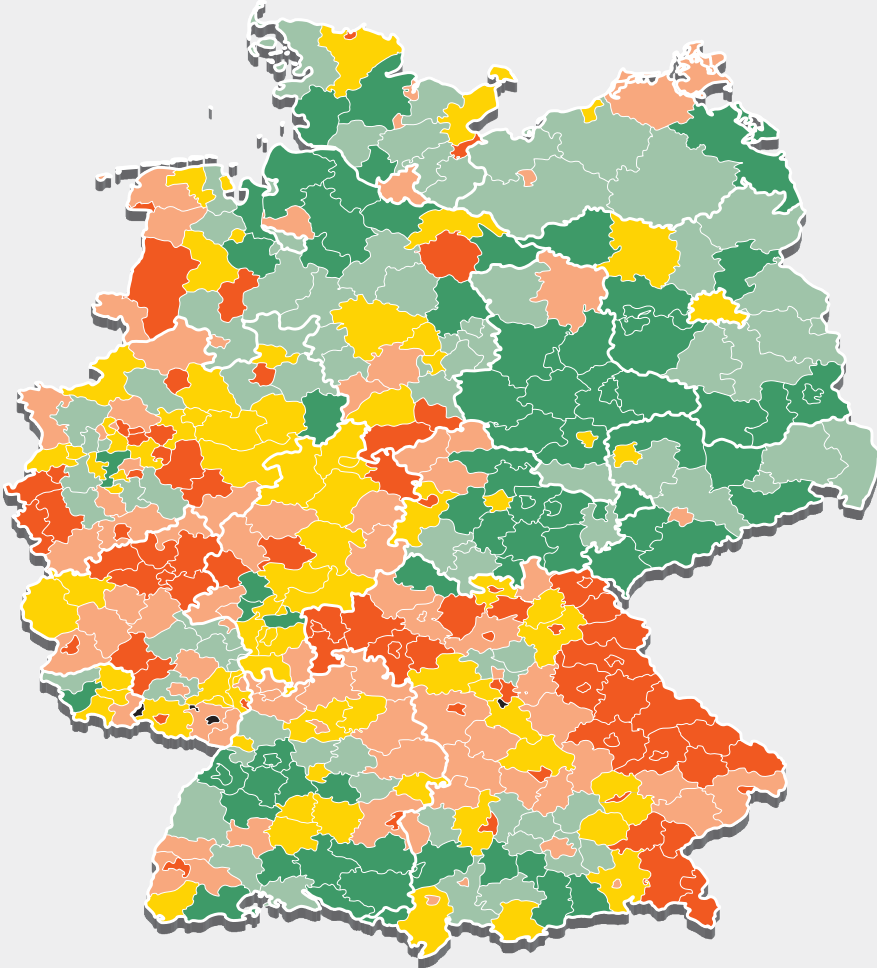
■ 4,4-6,5   ■ 6,5-7,4   ■ 7,4-8,1   ■ 8,1-8,7   ■ 8,7-11,5

■ keine Angaben\*

Bund-Gesamt: 7,7 Prozent

\*aufgrund zu geringer Fallzahlen wurden diese Kreise nicht in die Auswertung aufgenommen

**Diagramm 3.4 Arzneimittelverordnungen – definierte Tagesdosen (DDD) für Antidepressiva (ATC N06A) je 1.000 BKK Versicherte nach Kreis (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)**



DDD je 1.000 BKK Versicherte

Bund-Gesamt: 16.659 DDD

■ 9.821–15.720   
 ■ 15.720–17.829   
 ■ 17.829–19.439   
 ■ 19.439–21.656   
 ■ 21.656–31.884

■ keine Angaben\*

\*aufgrund zu geringer Fallzahlen wurden diese Kreise nicht in die Auswertung aufgenommen

**Tabelle 3.1 Kreise mit dem größten Anteil der BKK Versicherten mit Verordnung eines Antidepressivums (ATC: N06A) (Berichtsjahr 2013)**

Bundesland	KGS	Kreis	Anteil mit Verordnung in %
Bayern	9263	Straubing	11,5
Nordrhein-Westfalen	5916	Herne, Stadt	10,9
Bayern	9276	Regen	10,9

**Tabelle 3.3 Kreise mit den meisten definierten Tagesdosen (DDD) für ein Antidepressivum (ATC: N06A) je 1.000 BKK Versicherte (Berichtsjahr 2013)**

Bundesland	KGS	Kreis	DDD je 1.000 BKK Versicherte
Bayern	9363	Weiden i.d. Oberpfalz	31.884
Bayern	9263	Straubing	31.528
Nordrhein-Westfalen	5916	Herne, Stadt	30.127

**Tabelle 3.2 Kreise mit dem geringsten Anteil der BKK Versicherten mit Verordnung eines Antidepressivums (ATC: N06A) (Berichtsjahr 2013)**

Bundesland	KGS	Kreis	Anteil mit Verordnung in %
Sachsen	14627	Meißen	4,4
Sachsen-Anhalt	15082	Anhalt-Bitterfeld	4,9
Bayern	9776	Lindau (Bodensee)	5,4

**Tabelle 3.4 Kreise mit den wenigsten definierten Tagesdosen (DDD) für ein Antidepressivum (ATC: N06A) je 1.000 BKK Versicherte (Berichtsjahr 2013)**

Bundesland	KGS	Kreis	DDD je 1.000 BKK Versicherte
Sachsen-Anhalt	15082	Anhalt-Bitterfeld	9.821
Sachsen	14627	Meißen	10.676
Baden-Württemberg	8211	Baden-Baden	11.335

**Tabelle 3.5 Zusammenhänge zwischen Arzneimittelkennzahlen und Regionalindikatoren**

	DDD je 1.000 VG	EVO je 1.000 VG	Anteil Versicherte mit ATC N06A (%)
Einwohner je km <sup>2</sup>	+	+	+
Verfügbares Einkommen je Einwohner	o	o	o
Arbeitslosenquote	o	o	o
Hausärzte je 100.000 Einwohner	+	+	+
Nervenärzte je 100.000 Einwohner	++	+	+
Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner	+	o	o
Krankenhausbettendichte (Betten je 1.000 Einw.)	++	+	+
Psych-Betten pro 100.000 Einwohner	o	o	o

++ = mittlerer positiver Zusammenhang; + = schwacher positiver Zusammenhang; - = schwacher negativer Zusammenhang; o = kein Zusammenhang (entsprechend Effektstärke-Konvention Cohen, 1992)



# 4

## Beiträge aus Wissenschaft, Politik und Praxis



# Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland – Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde

Frank Jacobi, Julia Bretschneider und Susanne Müllender  
Psychologische Hochschule Berlin

In den letzten Jahren hat in Deutschland die öffentliche Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen zugenommen, sowie auch ihre Bedeutung im Versorgungsgeschehen. So dokumentiert der BKK Gesundheitsreport 2014 [1] einen fortwährenden Zuwachs an Fehltagen aufgrund psychischer Störungen. Gleiches gilt auch für den Anteil ambulant diagnostizierter psychischer Störungen. Waren es im Jahr 2009 noch 21,4% der 20- bis 65-jährigen Versicherten, bei denen irgendeine psychische oder Verhaltensstörung diagnostiziert wurde (F-Diagnose ICD-10), so waren es im Jahr 2013 30,5%, wobei depressive Störungen (F32 und F33) fast die Hälfte der Diagnosen ausmachten. Dabei werden insgesamt große regionale Schwankungen berichtet, wie beispielsweise ausgeprägte Ost-West-Unterschiede bezüglich des Ausmaßes an Arbeitsunfähigkeit. Gleichmaßen verzeichnen die gesetzlichen Rentenversicherungen in den letzten Jahren einen Anstieg an Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen, wobei auch hier depressive Störungen eine besondere Rolle zukommt [2, 3].

Vor dem Hintergrund der enormen individuellen und gesellschaftlichen Krankheitslast psychischer Störungen [4, 5] ist daher die Frage, ob psychische Störungen tatsächlich zugenommen haben, aktuell von großer ökonomischer und gesundheitspolitischer Relevanz. Spiegeln die Abrechnungsdaten von Kostenträgern (vgl. auch [6, 7]) eine zunehmende psychische Morbidität in Deutschland wider? Ebenso stellt sich die Frage nach der regionalen Verteilung psychischer Störungen – insbesondere, da sich nicht nur in solch administrativ erfassten Häufigkeiten psychischer Störungen enorme regionale Variationen zeigen, sondern auch in der primär- sowie fachärztlichen Angebotsdichte ([www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de)).

Zur Beantwortung dieser Fragen bedarf es epidemiologischer Daten, da die Repräsentativität der Abrechnungsdaten teils eingeschränkt ist: Ob Diagno-

sen kodiert werden, ist zum einen von der vorhandenen Behandler-Angebotsdichte abhängig. Zudem werden nur diejenigen (gesetzlich Krankenversicherten) erfasst, die das Versorgungsangebot in Anspruch nehmen (vgl. [8]). Des Weiteren sind in administrativen Daten Reliabilität und Validität der zugrunde liegenden Diagnostik (insbesondere im primärärztlichen Sektor) fraglich (z.B. [9, 10]).

## Haben psychische Störungen tatsächlich zugenommen?

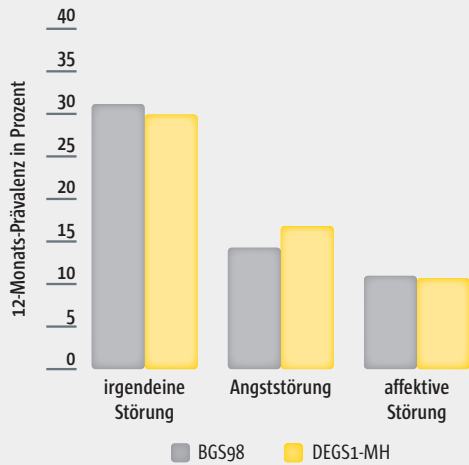
Eine zuverlässige empirische Untersuchung der Veränderung von Häufigkeiten psychischer Störungen ist eine große Herausforderung, denn die zugrunde liegenden Studien müssen hohen methodischen Anforderungen genügen:

1. Es müssen hinreichend große, repräsentative Stichproben aus derselben Population untersucht werden;
2. der Zeitabstand zwischen den Erhebungswellen muss ausreichend groß sein, um zeitliche Trends abzubilden;
3. dieselbe möglichst valide und standardisierte Erhebungsmethode muss verwendet werden; und
4. es müssen dieselben Diagnosen nach den gleichen Diagnosekriterien erhoben werden.

Damit gehen ein großer Aufwand und dementsprechend hohe Studienkosten einher. Aufgrund dessen gibt es für Deutschland nur wenige geeignete Daten, um die Frage nach einer Zunahme psychischer Störungen zuverlässig beantworten zu können.

Die 2012 abgeschlossene Studie DEGS1 des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener [11] und ihre Erweiterung um den Zusatzsurvey zur psychischen Gesundheit (DEGS1-MH; [12, 13]) ermöglichen einen ersten, groben Vergleich mit den Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey von 1998 (BGS98;

**Abbildung 1** 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen: Querschnittsvergleich der Studien DEGS1-MH und BGS98



[14]). Die geschätzten Häufigkeiten psychischer Störungen (12-Monats-Prävalenzen; **■** Abbildung 1) sind unter den 18- bis 65-Jährigen ähnlich hoch (31,1% vs. 30,1%) und die berechneten Unschärfebereiche (95% Vertrauensintervalle) überlappen sich. Für die affektiven Störungen (Major Depressionen und andere Störungen aus dem depressiven Störungsspektrum wie Dysthymie oder Bipolare Störungen) sowie für Angststörungen gilt dasselbe – für Deutschland kann demzufolge auf Bevölkerungsebene und für die zahlenmäßig wichtigsten Diagnosegruppen keine generelle Zunahme psychischer Störungen seit Ende der 1990er-Jahre verzeichnet werden. Einschränkend ist anzumerken, dass für einen endgültigen Vergleich noch geringfügige Anpassungen hinsichtlich verwendeter, diagnostischer Konventionen und einiger Designeffekte vorgenommen werden müssen, sodass ein endgültiger, differenzierter Vergleich dieser Erhebungen noch aussteht.

Die wenigen internationalen Studien, die den hohen Anforderungen an epidemiologische Wiederholungsstudien genügen (s.o.), bestätigen, dass es insgesamt in den letzten Dekaden keine bedeutsame Zunahme psychischer Störungen gab. So fanden sich auch in großen US-amerikanischen Studien [15, 16] und in Großbritannien [17] zehn Jahre nach der ersten Erhebung Anfang der 1990er-Jahre bei einer Wiederholungsmessung kaum Prävalenzunterschiede. Ebenso wurde in der bislang umfassendsten je

durchgeführten Längsschnittstudie zu psychischen Störungen in Kanada eine stabile Depressionsrate über einen Zeitraum von 40 Jahren berichtet [18].

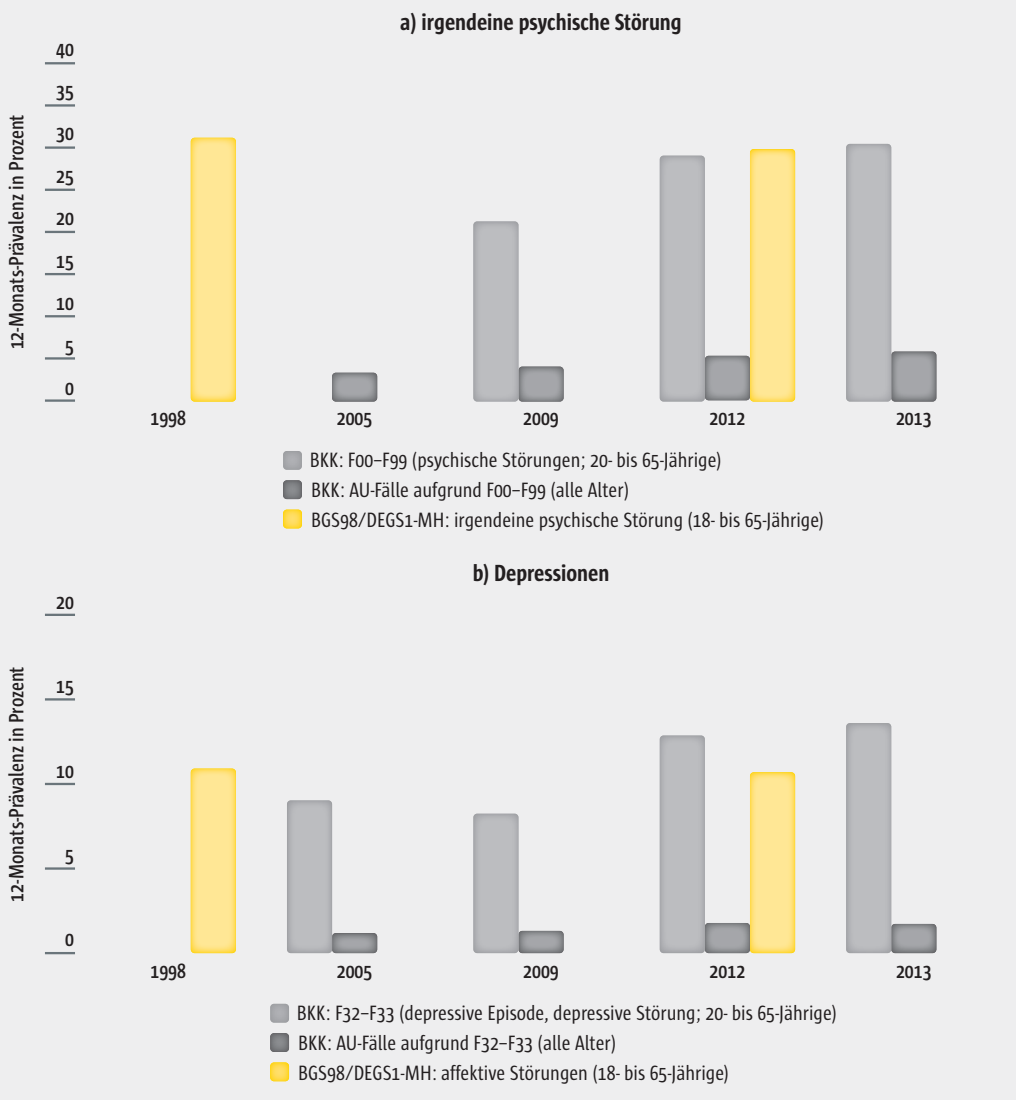
Richter und Kollegen [19, 20] fassen in ihren Übersichtsarbeiten qualitativ hochwertige Studien aus der westlichen Welt zusammen und kommen zu dem Schluss, dass in der Mehrheit der Publikationen keine Zunahme psychischer Störungen berichtet wurde. Eventuell war ein Anstieg der Prävalenz in den ersten Dekaden nach dem 2. Weltkrieg vorhanden, dieser mögliche Trend hat sich jedoch offenbar nicht weiter fortgesetzt. Auch wenn psychische Störungen insgesamt und übergreifend auf Bevölkerungsebene nicht zunehmen, sind weitere Untersuchungen mit feinerem Auflösungsgrad notwendig. So weisen die Daten auf eine mögliche Zunahme in bestimmten Subgruppen hin – wie z.B. vermehrte Depressionen und Hyperaktivitätsstörungen in jüngeren Kohorten und psychische Störungen bei sozial benachteiligten Menschen [21].

**■** Abbildung 2 zeigt, wie sich bei der BKK (und dies gilt für andere Krankenversicherungen ebenso) die Prävalenz kodierter psychischer Störungen den Prävalenzen aus epidemiologischen Daten angenähert und sie mittlerweile sogar knapp überholt hat (BGS98 und DEGS1-MH 18- bis 65-Jährige: 30%). Die administrativ erfassten Diagnosen psychischer Störungen sind von 21,4% im Jahr 2009 auf 30,5% im Jahr 2013 gestiegen. Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen betrifft nur einen relativ kleinen Anteil der Fälle (AU-Fälle), ist aber ebenfalls angestiegen.

#### *Diskussion epidemiologischer Ergebnisse*

Psychische Diagnosen werden in den vergangenen Jahren häufiger kodiert (mittlerweile bei über 30% der Versicherten). Nur ein relativ kleiner Teil ist deswegen auch krankgeschrieben, allerdings treten dann sehr viele AU-Tage auf, was spezifisch für psychische Störungen ist [22]. Am häufigsten werden Depressionen diagnostiziert und bei dieser Störungsgruppe gibt es besonders starke Zuwachsraten. Diese Zunahme psychischer Diagnosen scheint nicht auf eine echte Zunahme psychischer Störungen zurückführbar. Wie lässt sie sich erklären? Zunächst müssen die unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen der Datengewinnung berücksichtigt werden. Epidemiologische Daten basieren auf standardisierten klinischen Interviews in der Allgemeinbevölkerung und Krankenkassendaten auf Abrechnungsdaten einer Inanspruchnahmepopulation [23], welche wiederum eher von zeitlichen und lokalen Variationen und Trends in Inanspruchnahmeverhal-

Abbildung 2 12-Monats-Prävalenzen für a) psychische Störungen und b) Depressionen: Vergleich der administrativen Daten der BKK (Diagnosen und AU-Fälle) und epidemiologischer Daten des BGS98 und DEGS1-MH nach Jahr



ten und Systemvariablen (z. B. Versorgungsangebote, Diagnoseverhalten) gekennzeichnet sind.

Bei der Zunahme der administrativen Diagnosen kann eine Annäherung an die wahre Prävalenz eine Rolle spielen, etwa eine stärkere Inanspruchnahme des Hilfesystems durch betroffene Patienten (vgl. z. B. [24]) infolge einer geringeren Stigmatisierung psychisch Erkrankter, bzw. aufgrund besser ausge-

bauter Versorgungsangebote. Diese im Grunde positive Entwicklung könnte ab einem gewissen Punkt jedoch auch dazu führen, dass sich Menschen zu schnell als behandlungsbedürftig erleben und auch bei „normalen“, vorübergehenden psychischen Belastungen das Hilfesystem aufsuchen. Eine Diagnose wird dann möglicherweise auch bei leicht beeinträchtigten Personen gestellt, um ebenfalls Hilfe an-

bieten zu können (vgl. z.B. [25]). Linden nimmt an, dass auch die fortschreitende Digitalisierung eine Rolle spielen könnte: In der modernen Welt werden Krankheitsdaten zunehmend per Computer erfasst. Sie verbleiben anschließend in den Krankenakten von Ärzten und Kliniken sowie in den Leistungslisten von Krankenkassen oder Rentenversicherern. Wer einmal in seiner Biografie die Diagnose einer Angsterkrankung, Depression oder Persönlichkeitsstörung erhalten hat, den wird diese Diagnose immer wieder „verfolgen“. Somit werden Personen mit psychischen Erkrankungen systematisch überschätzt [25].

Genauere Untersuchungen der administrativen Daten zeigen, dass fast die Hälfte der Depressionsdiagnosen nicht spezifiziert waren (unspezifische ICD-10-Codes F32.8, F32.9, F33.8, F33.9). Dieser hohe Anteil ist klinisch und epidemiologisch nicht zu erwarten und deutet folglich auf Qualitätsmängel in der Kodierpraxis hin [23].

Es scheint also trotz der hohen administrativen Prävalenzen ein Versorgungsproblem psychischer Störungen in Deutschland zu geben. Wir haben es anscheinend mit einem Mix aus Überdiagnostizieren/Überschätzung und gleichzeitigem Nicht-Erkennen/Unterschätzung zu tun. Zudem geben die Daten keine Informationen über die Angemessenheit und die Qualität der Versorgung der Patienten. Beispielsweise wird aktuell von einem Versorgungsmissstand insbesondere bei schwer psychisch Kranken in Deutschland ausgegangen (vgl. z.B. [26–28]).

Dies korrespondiert auch mit dem Befund, dass die selbstberichteten Behandlungsraten in DEGS1-MH gerade im hausärztlichen – mehr als im psychotherapeutischen – Bereich deutlich niedriger sind, als es bei den Krankenkassenstatistiken der Fall ist: Möglicherweise nehmen Patienten es gar nicht wahr, dass sie beim Hausarzt mit einer F-Diagnose geführt werden (oder vergessen es schneller), da die dortigen Gespräche und Interventionen mit weitaus weniger Zeit und Intensität verbunden sind als in psychotherapeutischen Behandlung.

#### *Fokus: „Burn-out“*

Die vermeintliche Zunahme von „Burn-out“ im Kontext beruflicher Belastungen steht in Deutschland vermehrt im Zentrum der medialen Aufmerksamkeit. Seit 2004 verzeichnen die gesetzlichen Krankenkassen einen deutlichen Zuwachs an Krankenscheibungen und betrieblichen Fehltagen infolge eines „Ausgebrannt-Seins“ [29]. Gleichzeitig handelt es sich beim Burn-out-Syndrom nicht um eine distinkte psychische Störung [30], sodass eine potenzielle

Überdiagnostizierung möglicherweise die Gefahr einer fehlenden adäquaten Diagnostik und Behandlung im Falle einer tatsächlich vorliegenden psychischen Störung mit sich bringt – wie beispielsweise einer schweren Depression (vgl. z.B. [31, 32]). Die Erfassung der Häufigkeit des Burn-out gestaltet sich jedoch schwierig, da es bisher keine einheitlichen diagnostischen Kriterien und Messinstrumente gibt [33]. So ist das Burn-out-Syndrom in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) nicht unter den psychischen und Verhaltensstörungen gelistet, sondern als Zusatzbedingung des Gesundheitszustandes unter der Ziffer Z73.0. Auch im neu erschienenen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; [34])* ist es nicht berücksichtigt. Bisher sind daher auch keine epidemiologischen Studien zur Abschätzung der „wahren“ Häufigkeit des Burn-out verfügbar (vgl. [33, 35]).

Tatsächlich sind die administrativen Prävalenzen des Burn-out-Syndroms jedoch niedriger als angesichts der medialen Präsenz erwartet: Im BKK Gesundheitsreport 2014 wird ein deutlicher Rückgang an Fehltagen aufgrund eines Ausgebrannt-Seins seit 2012 beschrieben, bei nur 1,2% der Versicherten waren 2013 zusammenfassend „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Z73 gemäß ICD-10 GM) kodiert worden – Burn-out dürfte demnach sogar noch seltener sein [1]. Auch in einer umfassenden Auswertung von Kostenträgerdaten durch die Bundespsychotherapeutenkammer spielt Burn-out im Vergleich zu psychischen Störungen eine deutlich untergeordnete Rolle bezüglich der Arbeitsunfähigkeit [29]. Gleichmaßen betrug die Prävalenz eines selbstberichteten, diagnostizierten Burn-out in den letzten 12 Monaten im DEGS1-MH nur 1,5% [35]. Zudem zeigten sich große Überlappungen mit anderen psychischen Störungen: Bei 70,3% der Personen mit einer selbstberichteten Burn-out-Diagnose waren in den letzten zwölf Monaten die diagnostischen Kriterien für mindestens eine psychische Störung erfüllt, wobei Angststörungen (58,8%) und affektive Störungen (46,4%) am häufigsten waren. Burn-out scheint demnach im öffentlichen Diskurs überschätzt. Zudem handelt es sich möglicherweise um ein eher kulturelles Phänomen, unter anderem da die Popularität des Begriffs Burn-out innerhalb Europas erheblich variiert und das Syndrom bisweilen schon als „deutsches Phänomen“ bezeichnet wurde [36]. Als möglicher Hinweis auf eine bessere soziale Akzeptanz wird eine Depression in Deutschland heute häufiger als Burn-out bezeichnet [31, 36] und als eine Störung der „Leistungsstarken“ [32] verstanden. Es scheint sich zudem um ein sozi-



alstatusspezifisches Phänomen zu handeln: Ein diagnostiziertes Burn-out-Syndrom wird häufiger bei Männern mit hohem sozioökonomischen Status berichtet [35], wohingegen ein niedriger Status trotz stärkerer Stressbelastung [37] eher mit affektiven Störungen assoziiert ist [13, 38].

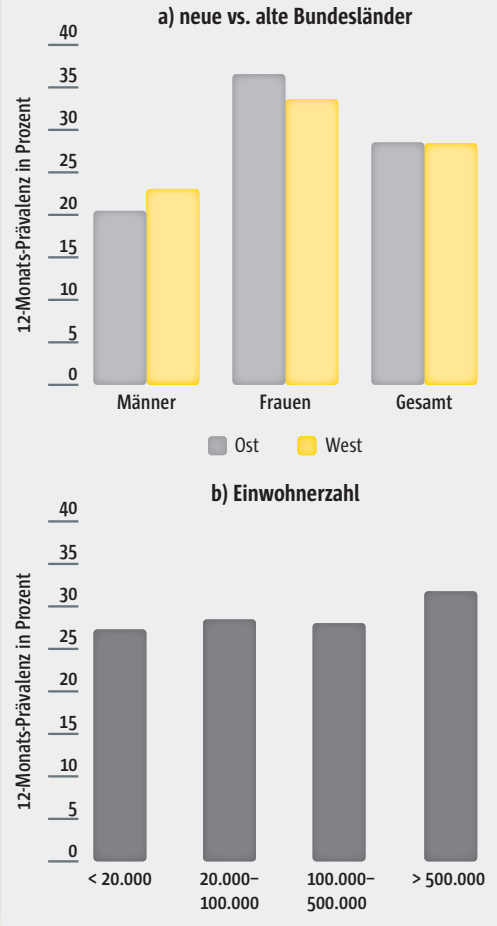
### Gibt es regionale Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Störungen?

Untersuchungen administrativer Daten deuten darauf hin, dass es deutliche regionale Variationen zu geben scheint, wie zum Beispiel laut den Analysen für den „Faktencheck Depression“ [8]. Insbesondere in süddeutschen Kreisen (Bayern und Baden-Württemberg) und Großstädten (z.B. Berlin, Hamburg, München) werden Depressionen häufiger diagnostiziert, während im Osten Deutschlands die Kreise und kreisfreie Städte mit den niedrigsten administrativen Häufigkeiten zu finden sind [39].

Doch zuverlässige Daten zur tatsächlichen Häufigkeit psychischer Störungen in unterschiedlichen Regionen Deutschlands sind rar. Die Daten des DEGS1-MH (III Abbildung 3a) zeigen keine nennenswerten Unterschiede bei einem Vergleich der Häufigkeiten der neuen mit den alten Bundesländern [13]. Bezüglich des Regionalfaktors Urbanisierung zeigt sich ein Trend dahingehend, dass die Rate an Personen mit psychischen Störungen in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern mit 31,9% etwas höher ist als zum Beispiel in Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern – hier liegt die Rate bei 27,3% (III Abbildung 3b). Eine genauere Analyse der einzelnen Störungsgruppen ergab jedoch, dass diese Erhöhung psychischer Störungen in einer höheren Prävalenz affektiver und psychotischer Störungen begründet liegt [13]. Dies ist mit den Ergebnissen internationaler Studien vergleichbar.

Die Daten aus dem DEGS1-MH sind insbesondere im Vergleich zu den Daten des BGS98 interessant, weil in den damaligen Untersuchungen kleine, aber signifikante Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland gefunden wurden [40]. Bei den meisten untersuchten Störungen zeigte sich damals eine erhöhte Morbidität im Westen. Etwa 31,9% der Teilnehmer im Westen und etwa 28,1% derjenigen aus dem Osten erhielten mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung. Diese damaligen Unterschiede konnten nicht auf West-Ost-Unterschiede in Alter, Geschlecht, Arbeitslosigkeit, Schicht und körperlichem Gesundheitsstatus zurückgeführt werden.

Abbildung 3 12-Monats-Prävalenzen irgendeiner psychischen Störung in DEGS1-MH: a) neue vs. alte Bundesländer (Berlin in „Ost“ enthalten), b) Urbanisierungsgrad



### Diskussion regionaler Variationen

Die Analyse regionaler Unterschiede ist ein relativ neues Feld in der Versorgungsforschung [41]. Regionale Unterschiede in administrativen Prävalenzen psychischer Störungen werden neben möglichen Unterschieden in Einstellungen und Präferenzen Betroffener und in den vorhandenen Versorgungsstrukturen auch als Abbild „wahrer Prävalenzunterschiede“ diskutiert (vgl. [23]). Grundsätzlich sind regionale Variationen psychischer Störungen denkbar: Die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen ist im Allgemeinen multifaktoriell durch

das komplexe Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren bedingt [42], sodass im Zusammenhang mit der soziodemografischen Bevölkerungsstruktur auch regionale Unterschiede in der Verteilung solcher Faktoren und folglich entsprechende Prävalenzunterschiede möglich sind (für eine ausführliche Darstellung vgl. [23]). Spezifische Stressfaktoren können so möglicherweise auch das Risiko für psychische Störungen in der städtischen Umgebung erhöhen, wobei insbesondere die Verarbeitung von sozialem Stress bedeutsam scheint [43–45] – wie z.B. infolge sozialer Benachteiligung [44, 46] und mangelnder sozialer Unterstützung [47]. Der „Stadt-Stress“ kann dabei als *ursächlich* für eine Häufung psychischer Störungen diskutiert werden, was unter anderem durch Befunde eines „dosisabhängigen“ Urbanisierungseffekts gestützt wird. Die städtische Umgebung kann jedoch auch im Sinne einer *Selektion* infolge einer vorbestehenden Vulnerabilität mit einer Häufung für bestimmte psychische Störungen in Zusammenhang stehen. Demnach würden vorbelastete Menschen vermehrt in eine Großstadt ziehen oder eher dort verbleiben.

Während administrativ erfasste Häufigkeiten regional erheblich variieren, spielen regionale Variationen des tatsächlichen Vorkommens auf Basis epidemiologischer Daten jedoch insgesamt eine vergleichsweise geringe Rolle (vgl. z.B. [48]): So zeigte sich, wie berichtet, bezüglich des Urbanisierungsgrades insgesamt nur ein Trend für höhere Raten in Großstädten. Häufigkeitsunterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern waren 2012 nicht mehr existent. Zudem zeigten sich auf epidemiologischer Datenbasis bisher kaum entsprechende regionale Unterschiede im selbstberichteten Inanspruchnahmeverhalten Betroffener, wie Auswertungen des DEGS1 sowie des Zusatzmoduls MH zeigen [24, 49]. Differenzierte regionale Betrachtungen stehen jedoch noch aus. Auch regional variierende Versorgungsstrukturen erklären nur einen kleinen Anteil der regionalen Unterschiede in den administrativen Prävalenzen [8]. Demnach scheinen neben den Häufigkeiten psychischer Störungen in den Abrechnungsdaten von Kostenträgern auch die bestehenden regionalen Unterschiede im Versorgungsangebot nicht mit dem tatsächlichen Vorkommen psychischer Störungen einherzugehen. Ob diese Unterschiede am tatsächlichen, regionalen Bedarf Betroffener orientiert sind oder möglicherweise eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung anzeigen, ist jedoch fraglich und noch in wichtigen Aspekten ungeklärt [39].

## Zusammenfassung

Anhand der vorgestellten Ergebnisse des BGS98 und des DEGS1-MH gibt es keinen Grund zur Annahme, Deutschland werde immer kränker – die Zunahme psychischer Störungen in den Daten von Kostenträgern scheint demnach etwas anderes abzubilden: Psychische Störungen werden heute bei gleichbleibender Prävalenz möglicherweise nicht nur mit mehr Aufmerksamkeit bedacht und im Versorgungsgeschehen seltener übersehen, sondern zum Teil sogar überdiagnostiziert. Unter Umständen werden diagnostische „Etikettierungen“ erzwungen, indem bei den Sozialversicherungen die Leistungsabrechnung in der Regel an die Vergabe von Diagnosen gebunden ist [25]. Die Zunahme im Versorgungsgeschehen kann somit nicht einfach mit einer besseren Versorgung an sich gleichgesetzt werden: Wie z.B. bereits anhand des großen Anteils unspezifischer Depressionsdiagnosen gezeigt wurde, scheint die Diagnostik psychischer Störungen verbesserungswürdig und folglich auch die darauf aufbauende Behandlung an sich. Auch die Erreichbarkeit vorhandener Versorgungsstrukturen spielt eine Rolle: So kann der Weg zu Hilfsangeboten insbesondere zum Nachteil schwer Betroffener zu lang oder zu schwer sein [50]. Darüber hinaus ist grundsätzlich zu beachten, dass sich aus dem Vorliegen einer psychischen Störung nicht automatisch Behandlungsbedarf ergibt. Wie bei körperlichen Erkrankungen auch gibt es eine große Variation hinsichtlich Schweregrad und Beeinträchtigung aufgrund der psychischen Störung. Inwiefern eine Behandlung indiziert ist, hängt nicht nur vom Vorhandensein einer psychischen Störung ab, sondern auch vom Vorhandensein effektiver Behandlungsmaßnahmen sowie von der subjektiven Behandlungsbedürftigkeit.

Zudem stellt sich die Frage nach der Gerechtigkeit der Verteilung von Ressourcen im Versorgungsgeschehen, da nicht nur administrative Prävalenzen psychischer Störungen, sondern auch entsprechende Angebotsstrukturen regional variieren. Dies scheint jedoch kaum mit Variationen tatsächlicher Prävalenzen einherzugehen. Allerdings liegen regionale Vergleiche aktueller epidemiologischer Daten bisher nur hinsichtlich des Urbanisierungsgrades und einer Ost-West-Betrachtung vor. Weitere Untersuchungen, wie beispielsweise ein Nord-Süd-Vergleich, sind noch ausstehend. Zudem sind kleinräumigere Analysen (z.B. nach Bundesländern) notwendig, um sowohl regionale Variationen des Vorkommens psychischer Störungen in den Daten von Kos-



tenträgern als auch die Angemessenheit von Variationen der Angebotsstrukturen hinreichend beurteilen zu können. Diese sind aus ökonomischen und pragmatischen Gründen jedoch nicht einfach umsetzbar [39], weswegen eine Untersuchung epidemiologischer Prävalenzen in direkter Relation zu den berichteten regionalen Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen bisher nicht vorliegt. Weitere Untersuchungen sind zudem für Kinder und Jugendliche sowie Ältere notwendig, da sich die dargestellten epidemiologischen Daten nur auf die Altersgruppe der 18- bis 65-Jährigen beziehen.

Zusammenfassend ist es trotz durchaus noch vorhandener Wissenslücken wenig sinnvoll, bei psychischen Störungen von einer „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ zu sprechen. Außerdem sollten im Zusammenhang mit der Zunahmedebatte auch andere Indikatoren psychischer Gesundheit betrachtet werden: Die Suizidraten nahmen in Deutschland in den letzten Dekaden deutlich ab, der Alkohol- und Nikotinkonsum ist durchschnittlich gesunken und die gemessene durchschnittliche Lebensqualität verläuft erstaunlich unabhängig von gesellschaftlicher Wohlfahrt und Wandel weitgehend gleich [51].

## Literatur

1. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten – mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. BKK Gesundheitsreport 2014. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2014
2. Deutsche Rentenversicherung Bund. Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften [Internet]. 2014. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238700/publicationFile/34843/rv\\_in\\_zeitreihen.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238700/publicationFile/34843/rv_in_zeitreihen.pdf) (Zugriff am 01.05.2015)
3. Bundespsychotherapeutenkammer. BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. 2013
4. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, Dodel R, Ekman M, Faravelli C, Fratiglioni L, Gannon B, Jones DH, Jørum P, Jordanova A, Jönsson A, Karampampa K, Knapp M, Kobelt G, Kurth T, Lieb R, Linde M, Ljungcrantz C, Maercker A, Melin B, Moscarelli M, Musayev A, Norwood F, Preisig M, Pugliatti M, Rehm J, Salvador-Carulla L, Schlehofer B, Simon R, Steinhausen HC, Stovner IJ, Vallat JM, Van den Bergh P, van Os J, Vos P, Xu W, Wittchen HU, Jönsson B, Olesen J; CDBE2010Study Group. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21(10): 718–79
5. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jørum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21(9): 655–79
6. Grobe TG, Steinmann S, AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen. Depressionsatlas – Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. Techniker Krankenkasse, Hamburg, 2015
7. IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung. DAK Gesundheitsreport 2013. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update psychische Erkrankungen – Sind wir heute anders krank? IGES Institut GmbH, Berlin, 2013
8. Melchior H, Schulz H, Härter M. Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2014
9. IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung. Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen – Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. IGES Institut GmbH, Berlin, 2012
10. Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars M, Abholz H-H. Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinärztl. Psychiatr. 2009; 36(04): 169–74
11. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Göbald A, Hölling H, Lange M, Busch MA, Dahm S, Döller R, Ellert U, Fuchs J, Hapke U, Heideemann C, Knopf H, Laussmann D, Mensink GBM, Neuhauser H, Richter A, Sass A-C, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H, Thamm M, Kurth B-M. German health interview and examination survey for adults (DEGS) – design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health.* 2012; 12(1): 730
12. Jacobi F, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Höfler M, Siegert J, Bürkner A, Preiss S, Spitzer K, Busch M, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU. The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH): The design and methods of the DEGS1-MH. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2013; 22(2): 83–99
13. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier M, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014; 85(1): 77–87
14. Jacobi F, Klose M, Wittchen H-U. Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2004; 47(8): 736–744
15. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS. 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; 51(1): 8–19
16. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 617
17. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H. Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *Int Rev Psychiatry.* 2003; 15(1–2): 65–73
18. Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(3): 209–15

19. Richter D, Berger K, Reker T. Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Prax.* 2008; 35(07): 321–30
20. Richter D, Berger K. Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittstudien. *Psychiatr Prax.* 2013; 40(04): 176–82
21. Mauz E, Jacobi F. Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatr Prax.* 2008; 35(07): 343–52
22. Jacobi F. Nehmen psychische Störungen zu? *Rep Psychol.* 2009; 34(1): 16–28
23. Melchior H, Schulz H, Walker J, Ganninger M, Härter M. Unterschiede in der Prävalenz und der Versorgung psychisch Kranker. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). „Gesundheit in Regionen“ BKK Gesundheitsreport 2014. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V., Berlin, 2014, S. 87–92
24. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prütz F, Jordan S, Nowosadeck E, Domanska O, Kamtsiuris P. Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2013; 56(5–6): 832–44
25. Linden M. Diagnose „Gesundheit“. *Psychotherapeut* 2013; 58(3): 249–56
26. Pfammatter M, Junghan UM. Integrierte psychotherapeutische Behandlung von schwer psychisch Kranken: Zwischen Wünschbarkeit und Versorgungsrealität. *Nervenarzt* 2012; 83(7): 861–8
27. Steinhart I, Wienberg G. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. *Psychiatr Prax.* 2014; 41(04): 179–81
28. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Psychisch erkrankt: gesundheitspolitische Anforderungen an eine bedarfsgerechte Behandlung im richtigen Umfeld [Internet]. 2013. <http://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/detailansicht/article//positionspap-4.html> (Zugriff am 13.05.2015)
29. Bundespsychotherapeutenkammer. BPTK-Studie zur Arbeitsfähigkeit. *Psychische Erkrankungen und Burnout.* 2012
30. Berger M, Falkai P, Maier W. Burn-out ist keine Krankheit. *Dtsch Arztebl.* 2012; 5: 1212–4
31. Bahlmann J, Angermeyer M, Schomerus G. „Burnout“ statt „Depression“ – eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? *Psychiatr Prax.* 2013; 40(02): 78–82
32. Berger M, Schneller C, Maier W. Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out: Konzepte und Entwicklungen in Diagnostik, Prävention und Therapie. *Nervenarzt* 2012; 83(11): 1364–72
33. Rösing I. Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. Heidelberg: Asanger, 2003
34. Falkai P, Wittchen H-U, Döpfner M, American Psychiatric Association (Hrsg.). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe, 2015
35. Maske U, Riedel-Heller S, Seiffert I, Jacobi F, Hapke U. Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem diagnostiziertem Burnout-Syndrom. *Psychiatr Prax [Internet].* 2014. <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0034-1387201> (Zugriff am 18.05.2015)
36. Angermeyer M, Schomerus G, Carta M, Moro M, Toumi M, Miličević A, Holzinger A. Burnout: Ein deutsches Phänomen? *Psychiatr Prax.* 2013; 40(08): 425–9
37. Hapke U, Maske UE, Scheidt-Nave C, Bode L, Schlack R, Busch MA. Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2013; 56(5–6): 749–54
38. Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2013; 56(5–6): 733–9
39. Melchior H, Schulz H, Härter M. Stellenwert regionaler Variationen in der Prävalenz und Behandlung depressiver Erkrankungen und Implikationen für die Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2014; 57(2): 224–33
40. Jacobi F, Hoyer J, Wittchen H-U. Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys. *Z Für Klin Psychol Psychother.* 2004; 33(4): 251–60
41. Jacobi F. Regionale Unterschiede in der Versorgung. *Psyche im Fokus* 2015; (1): 2
42. Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg.). *Klinische Psychologie & Psychotherapie.* 2., überarb. und erw. Aufl. Springer, Berlin, 2011
43. Heinz A, Deserno L, Reininghaus U. Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry* 2013; 12(3): 187–97
44. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, Streit F, Tost H, Schuch P, Wüst S, Pruessner JC, Rietschel M, Deuschle M, Meyer-Lindenberg A. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 2011; 474(7352): 498–501
45. Peen J, Schoevers RA, Beekman AT, Dekker J. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scand.* 2010; 121(2): 84–93
46. Rey E-R. Psychotische Störungen und Schizophrenie. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie.* Springer, Berlin, Heidelberg, 2011, S. 797–856
47. Beesdo-Baum K, Wittchen H-U. Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie.* Springer, Berlin, Heidelberg, 2011, S. 879–914
48. Richter R. Handlungsbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.), „Gesundheit in Regionen“ BKK Gesundheitsreport 2014. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V., Berlin, 2014, S. 162–168
49. Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, Maske UE, Hapke U, Seiffert I, Gaebel W, Zielasek J, Maier W, Wittchen HU. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH): Utilization of Mental Health Services in Germany. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014; 23(3): 289–303
50. Kluge H, Becker T, Kallert T, Matschinger H, Angermeyer M. Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste – eine Mehrebenenanalyse. *Psychiatr Prax.* 2007; 34(1): 20–5

51. Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher. The state of mental health in the European Union [Internet]. European Communities; 2004. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_frep\\_06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf) (Zugriff am 13.05.2015)

# Psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch?

## Die Bedeutung diagnostischer Definitionen für die Versorgung

Wolfgang Maier<sup>1</sup> und Iris Hauth<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn

<sup>2</sup> Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Berlin

Psychische Erkrankungen gelten als die Epidemie des 21. Jahrhunderts. Das hat Gründe: Zum einen wird die Prävalenz psychischer Erkrankungen in den Industrieländern übereinstimmend derzeit mit etwa 40% geschätzt. Die Lasten für die psychischen Erkrankungen sind sehr hoch, nach einer Schätzung des Weltwirtschaftsforums werden 35% der krankheitsbedingten Reduktionen von Bruttosozialprodukten in Industrieländern psychischen Erkrankungen zugeschrieben [5]. Nach Schätzungen der WHO nehmen Depressionen derzeit den vierten Rang, nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei der krankheitsbedingten Eingrenzung von qualitätsangepassten Lebensjahren ein. Für das Jahr 2020 ist prognostiziert, dass die Depression, zusammen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, den führenden Grund für diese Reduktion an Lebensqualität darstellt. Die BKK berichtet über steigende Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen. Die krankheitsbedingten Gründe für Neuzugänge in Erwerbsminderungsrenten sind vorwiegend auf psychische Erkrankungen zurückzuführen [11].

Dabei befinden sich psychische Erkrankungen bzw. deren Definition im ständigen Wandel. Die Diagnosesysteme im ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) und das amerikanische DSM-System (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) werden ca. alle zehn Jahre einmal revidiert. Das geschah jüngst mit der neuen Version des DSM, DSM-5, wobei Kriterien für mehrere psychische Erkrankungen umformuliert und neue psychische Erkrankungen hinzugefügt wurden. Diese Änderungen haben ein breites Interesse gefunden und sind intensiv diskutiert worden. Einer der prominenten Kritiker ist der Psychiater und Autor Allen Frances [8], welcher an der vierten

Revision des DSM als Vorsitzender der Arbeitsgruppe mitgewirkt hatte. Sorgen bezüglich einer Ausweitung des Konzepts psychischer Erkrankungen wurden deutlich formuliert: Die Lebensprobleme von immer mehr Personen würden medikalisiert und damit zunehmend mehr Personen zu Kranken erklärt [4, 8]. Damit, so wird weiter befürchtet, steige die Zahl der Behandlungsfälle mit der Folge von verstärkten Belastungen für das Gesundheitswesen.

Ist diese Sorge zutreffend? Hierzu muss zunächst festgestellt werden, dass die behauptete „Inflation von Diagnosen psychischer Erkrankungen“, die der Neuentwicklung des DSM-Systems zu DSM-5 (2013) zugesprochen werden, nicht zutrifft. Im Vergleich zu DSM-IV ist die Anzahl der Diagnosekategorien gesunken. Dies ist allerdings trügerisch, denn mehrere in DSM-IV isoliert geführte Störungen sind in DSM-5 in übergeordnete Kategorien zusammengefasst worden (z.B. bei Suchterkrankungen).

Viel bedeutsamer sind aber zwei hierzu gegenläufige Entwicklungen, die die geäußerte Sorge der „Inflation mit psychischen Störungen“ verständlich machen:

- die Einführung neuer Diagnosen und
- die Ausweitung einzelner Diagnosekategorien durch Abschwächung der Einschlusskriterien.

Beide Entwicklungen ermöglichen es, bestimmten alltäglichen Leidenszustände Diagnosen zuzuordnen. Diese Entwicklung wird als „Medikalisierung des Alltagslebens“ heftig kritisiert.

## Was sind psychische Erkrankungen?

Die umfassendste Definition einer psychischen Störung findet sich auf Seite 26 des Manuals zum DSM-5 aus dem Jahr 2014:

*„Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störung in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamen Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten. Eine normativ erwartete und kulturell anerkannte Reaktion auf übliche Stressoren oder Verlust, wie z.B. der Tod einer geliebten Person sollte nicht als psychische Störung angesehen werden. Sozial abweichende Verhaltensweisen (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind keine psychischen Störungen, es sei denn, der Abweichung oder dem Konflikt liegt eine der oben genannten Dysfunktionen zugrunde.“ (DSM-5, Hogrefe Verlag, 2014)*

In dieser Definition wird deutlich:

1. Es gibt ein Abgrenzungsproblem zwischen:
  - einer „klinisch bedeutsamen“ Störung (i.e. klinischer Relevanz) in Form von Symptomkombination (Syndrom) einerseits, und
  - „normativ erwarteten und kulturell anerkannten“ Reaktionen auf übliche Stressoren oder auf den Verlust bzw. von sozial abweichendem Verhalten oder Konflikten, die als gesunde Anpassungsreaktionen gelten können, andererseits.

Psychische Störungen sind dabei Ausdruck dysfunktionaler Prozesse, die bedeutendes Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozial- und berufs- bzw. ausbildungsbezogener bzw. anderer Aktivitäten zur Folge haben. Wie unterscheidet sich aber ein krankheitswertiger dysfunktionaler Prozess von einem funktionellen, nicht krankheitswertigen bzw. gesunden Anpassungsprozess? Beide können bedeutendes Leiden hervorrufen.

2. Definitionen psychischer Störungen erfolgen über die Folgen (also subjektive Beschwerden und Verhaltensänderungen zusammen mit subjektivem Leid und Beeinträchtigung), nicht aber über ihre Ursachen bzw. ihre Pathogenese. Dieses Vorgehen wurde ab dem DSM-IV-System als

historische Errungenschaft in der Psychiatrie gesehen. Die Abgrenzung zwischen Krankheit und Gesundheit wird damit erschwert: Denn auch viele alltägliche Lebensschwierigkeiten (Trennung, Verlust des Arbeitsplatzes, Tod) können Beschwerden und subjektives Leiden (z.B. Traurigkeit, Rückzug, die auch eine Depression charakterisieren) und psychosoziale Folgen verursachen. Jede erlebte Alltagsbelastung kann sich auch in Einzelsymptomen (wie Schlafstörungen oder Energiemangel) niederschlagen.

Alltagsprobleme, die zu Beschwerden führen, sind nach obiger Definition von Störungen bzw. Krankheiten durch das Fehlen von „klinischer Relevanz“ (s. obige Definition) zu unterscheiden. Eine exakte Bedeutung dieses Begriffs fehlt jedoch. Dem Arzt/Therapeuten ist hier ein Ermessensspielraum gegeben. Zwar sind die Folgen von subjektivem Leiden und psychosozialer Beeinträchtigung als Indikatoren für klinische Relevanz genannt, aber auch Alltagsprobleme können ebendiese Folgen haben. Ein weiteres mögliches Kriterium für klinische Relevanz ist das Inanspruchnahmeverhalten: ein Patient geht zu einem Arzt oder er wird zu einem Arzt gebracht. Letztendlich sind solche allgemeinen Diagnosekriterien wie „klinische Relevanz“ zirkulär. Diese Definitions- und Abgrenzungsprobleme sind vor allem dann gegeben, wenn es sich um leichtere psychische Störungen handelt [14].

Bei fehlender diagnostischer Zuordnung der Einzelsymptome wird dann ggfs. eine Ziffer nach ICD-10 bzw. DSM-5 gewählt, welche ausschließlich den Grund für die Inanspruchnahme kennzeichnet. Dieser Z-Code beinhaltet z.B. auch Burn-out und andere Formen der Ratsuche bei Ärzten wie z.B. Trauer. Hierbei handelt es sich aber nicht um Diagnosen von Störungen, sondern um Gründe für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen.

## Die wichtigsten zwei Entwicklungen im DSM-5 (2014)

1. Neueinführungen von Erkrankungen: Die wichtigsten neuen Diagnosen beziehen sich dabei auf folgende Störungen:
  - disruptive Affektregulationsstörung (schwere, sich häufig wiederholende Wutausbrüche)
  - die prämenstruell dysphorische Störung (Affektlabilität, Depressivität und Reizbarkeit während der Menses)
  - leichte neurokognitive Störung (mäßige Abnahme kognitiver Leistung im Vergleich zum



bisherigen Leistungsniveau mit Besorgtheit und mäßiger Beeinträchtigung)

Diese neu eingeführten Störungen benennen bisher nicht als Krankheiten geführte Leidenszustände, die aber subjektives Leid und psychosoziale Beeinträchtigung wie auch Hilfsverhalten hervorrufen können. Dies gilt jedoch auch für alltägliche Verlust- und Trauererlebnisse sowie für Alterungs- und gesunde Anpassungsprozesse, die (zumindest teilweise) auch durch nicht-medizinische, soziale bzw. familiäre Interventionen (Gespräche, Beratung) oder durch die Selbststeuerung der Betroffenen gemildert und bewältigt werden können. Die automatische Zuordnung zu medizinisch definierten Störungen wirkt dabei möglicherweise noch demotivierend auf die Aktivierung physiologischer, sozialer und individueller Bewältigungsmöglichkeiten.

2. Die Ausweitung einzelner Diagnosedefinitionen durch Entschärfung verschiedener Definitionskriterien: Solche Veränderungen diagnostischer Grenzen erfolgen bei Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Suchterkrankungen, bei denen Einschlusskriterien ausgeweitet werden. Solche Diagnoseänderungen resultieren aus Gremienbeschlüssen, also aus den Konsensus von ausgewiesenen Experten. Hinter keiner der genannten diagnostischen Erweiterungen steht eine grundsätzlich neue wissenschaftliche Erkenntnis. Auch gibt es keine neuen Behandlungsmethoden, die ein bisher nicht als krankhaft bezeichnetes Leiden erfolgreich behandeln könnte.

Diese Neudiagnosen bzw. Neudefinitionen in DSM-5 werden bisher in keinem epidemiologischen Survey über die Krankheitshäufigkeiten in der Bevölkerung abgefragt und sind derzeit noch nicht in der Schätzung von Prävalenzen berücksichtigt. Sie führen vermutlich zu einer Ausweitung der Häufigkeiten psychischer Störungen, wenn sie in zukünftigen epidemiologischen Studien berücksichtigt werden.

Der geplante Harmonisierungsprozess zwischen DSM-5 und der kommenden ICD-11 lässt erwarten, dass diese Kategorien in beiden Diagnosemanualen geführt werden. Damit würden diese drei Diagnosen über ICD-11 auch in Deutschland verbindlich.

## Werden psychische Erkrankungen häufiger?

Diese Frage lässt sich nur empirisch beantworten. Sie setzt zu zwei verschiedenen Zeitpunkten dieselbe Methode der Fallidentifikation voraus. Ein Bezug auf DSM-5 ist dabei noch nicht möglich; die zitierten Daten beziehen sich auf ICD-10 und DSM-IV.

Die Frage der zeitlichen Entwicklung von Häufigkeiten psychischer Erkrankungen ist entscheidend von der Qualität der Datenquelle abhängig. Es gibt zwei Arten von Datenquellen:

- Einerseits gibt es epidemiologische Untersuchungen, die auf einem Diagnosemanual basieren, in dem die Erkrankungen in der Regel über Einzelsymptome kriterienbasiert erfragt werden, und zwar in Bezug auf DSM-IV oder ICD-10.
- Andererseits liegen die Diagnosen, die von den Ärzten kodiert werden, in den Registern der Krankenkassen als Routinedaten vor (orientiert an der ICD-10-Diagnostik).

Wie in der Arbeit von Jacobi [9, 10] ausgeführt, sind die zeitlichen Trends dieser ermittelten Zahlen in den Quellen unterschiedlich:

1. In den objektivierenden epidemiologischen Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung zwischen dem Jahr 1998 und dem Jahr 2011 ist keine Zunahme psychischer Erkrankungen feststellbar (BGS, 1998, im Vergleich DEGS, 2011) mit Prävalenzen von 32% in 1998 zu 31% in 2012, bei Depressionen 12% zu 12% [9].
2. Bei der Betrachtung der Routinedaten der Krankenkassen zwischen 2005 und 2011 liegen deutliche Zuwächse an medizinischer Inanspruchnahme aufgrund psychischer Störungen vor (22% in 2009 im Verhältnis zu 30% in 2013, bei Depression von 8% zu 13%) [11, 10]; diese Steigerungsraten spiegeln sich auch in Zuwächsen der AU-Zeiten und in Neueintritten aufgrund von Krankheit in die Frühberentung wider.

Diese Trends lassen sich folgendermaßen interpretieren: (a) bei gleichbleibender Morbidität in der Bevölkerung hat sich das Diagnostikverhalten der Ärzte verändert (stärkere Sensitivität z.B. beim Erkennen einer depressiven Störung durch Hausärzte [12]); (b) die Angebotsstrukturen in Bezug auf die Versorgung von psychischen Erkrankungen haben sich erweitert (Ausbau der ambulanten Psychotherapie über Psychologische Psychotherapeuten); (c) Aufklärung und Rückgang der Stigmatisierung. In der öffentlichen Einschätzung psychischer Erkrankungen sowie im individuellen Inanspruchnahmeverhalten

(„Wen suche ich bei Beschwerden auf?, Welche Beschwerden berichten Sie?“) haben sich Änderungen ergeben. Dabei hat die dokumentierte öffentliche Einstellung zu und Akzeptanz von psychischen Erkrankungen und ihrer Therapie wohl die stärkste motivierende Rolle.

Und in der Tat haben sich auch in den vergangenen Jahrzehnten Einstellungsänderungen ergeben. Angermeyer et al. [2] führten eine Untersuchung 1998 und 2009 mit derselben Beurteilungsinstrumenten durch, indem sie Personen aus der Allgemeinbevölkerung danach fragten, wie sie psychische Erkrankungen einschätzen, ob sie Betroffene für gefährlich erachten, wie sie Medikamente einschätzen, wie sie Therapeuten einschätzen, ob sie zu solchen gehen würden oder ob sie psychisch Kranke zu einem Psychotherapeuten oder einem Psychiater schicken würden. Erstaunlicherweise resultierte aus diesem Vergleich über dreizehn Jahre hinweg, dass sich die positive Einschätzung von Therapien, Psychotherapien und Pharmakotherapie bei psychischen Erkrankungen deutlich gesteigert hat. Befürwortet wird, dass auch Psychiater und Psychotherapeuten vermehrt in Anspruch genommen werden, wenn es zu psychischen Problemen kommt. Allerdings bleibt die „soziale Distanz“ zu psychisch Kranken weiterhin groß (widergespiegelt an den Fragen „Würden Sie neben einem depressions- oder psychoskekranken Menschen wohnen oder arbeiten wollen?“, oder ob diese gefährlich sind?). Zu Fragen der „sozialen Distanz“ haben sich die Einstellungen trotz der höheren Wertschätzung von Therapien und Therapeuten nicht verändert.

#### Die Grenze zwischen alltäglichen Leidenszuständen und psychischen Erkrankungen an den Beispielen „Leichte neurokognitive Störung“ und „Leichte depressive Episode“

Hier besteht die Tendenz, das Krankheitskonzept immer weiter auszuweiten und gesunde Anpassungszustände, die früher nie als Krankheit gewertet wurden, zu psychischen Erkrankungen zu machen. Und ein solcher Schritt wird sogar vollzogen, wenn dafür gar keine Therapien zur Verfügung stehen.

1. Die Diagnose „Leichte kognitive Störung“ wurde erstmals als neue diagnostische Kategorien in DSM-5 eingeführt (ist in ICD-10 noch nicht enthalten). Es werden subjektiv empfundene und als Minderleistung (orientiert am statistischen Durchschnitt) messbare Einbußen bei erhaltener Selbständigkeit in einzelnen kognitiven Bereichen gefordert. Solche

Einschränkungen sind vor allem im fortschreitenden Alter bei einer größeren Anzahl (~10%) der älteren Menschen feststellbar, ohne dass eine Demenz vorläge. Das Ausmaß der erlebten Beeinträchtigung ist dabei vorzugsweise durch die jeweilige Lebenssituation (Unterstützung) und Selbsterwartungen bestimmt. Ein spezifischer Krankheitsprozess kann dabei vorliegen (Vorstadium Alzheimer Krankheit), muss aber nicht vorhanden sein. Für diese neurokognitive Störung gibt es keine gezielten, also wirksam erwiesenen Behandlungen, allerdings eine Serie von plausiblen Ratschlägen zur Lebensgestaltung und Bewegungsförderung bzw. zur Behandlung von körperlichen Erkrankungen, die dieser kognitiven Funktionsstörungen auch häufig zugrunde liegt. Alter wird damit für die Betroffenen zur Krankheit erklärt. Dabei entwickelt sich aus den meisten leichten kognitiven Störungen im Weiteren keine Demenz. Alter ist aber in physiologischer Weise mit einem Funktionsabbau verbunden. Diese neue diagnostische Kategorie ist also wenig hilfreich, um gesunde Menschen im Alter dazu zu motivieren, ihre Ressourcen zu aktivieren. Das Stellen einer Krankheitsdiagnose dürfte hier eher Resignation provozieren und demotivierend wirken.

2. Wir nehmen den Fall einer einfachen depressiven Episode (DSM oder ICD), unkompliziert ohne ausgeprägte Hemmung, ohne Wahnsymptome, ohne Suizidgedanken. Diese Diagnose soll als prognostisch relevanter Marker für die zukünftige gesundheitliche Entwicklung gelten. Es wird argumentiert, dass leichte psychische Störungen wegen des Risikos eines ungünstigen weiteren Verlaufs mit Zunahme des Schweregrades der vorbeugenden therapeutischen und damit diagnostischen Beachtung bedürfen [17]. Der weitere Symptomenverlauf/Krankheitsverlauf bei dieser Depressionsform unterscheidet sich aber in den Folgejahren nicht von Verlauf von gesunden Personen. D.h. einfache, unkomplizierte depressive Episoden ohne ausgeprägte Symptomatik sind prognostisch kein ungünstiger Faktor. Sie sind selbst nicht wirksam behandelbar und müssen auch nicht behandelt werden (s.u.).

In der Zukunft führen sie nicht zu einem ungünstigen Behandlungsverlauf. Daraus wurde geschlossen, dass die diagnostische Definition von „Depression“ unnötig breit angelegt ist und damit einer unnötigen Medikalisierung Vor Schub leistet [18].

#### Welche Rolle spielen ICD bzw. DSM-Diagnosen für die Therapie?

Die für das Behandlungsgeschehen entscheidende Frage ist: Wodurch werden Behandlungsentscheidungen des Arztes bzw. die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch den Patienten bei psy-

chischen Problemen bestimmt? Sind die Diagnosen, wie sie in den aktuellen Diagnosemanualen ICD und DSM gelistet sind, entscheidend? Oder sind es eher die Behandlungsgewohnheiten der Ärzte? Oder haben vielmehr die Inanspruchnahmegewohnheiten von Patienten, die einer Vielzahl von medialen und sozialen Einflüssen unterliegen, den entscheidenden Einfluss?

Für Therapien auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin sind die Behandlungsleitlinien maßgebend; diese treffen Empfehlungen auf der Grundlage aller verfügbaren, aussagekräftigen Studien unter der Abwägung von Nutzen und Risiken. Sie werden von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften (wie der DGPPN) für psychische Störungen für jede Diagnose in einem gesteuerten Konsensusprozess erstellt. Ärzte sollten ihr Handeln diagnosespezifisch an den Behandlungskriterien ausrichten.

Die Ausformulierung von Diagnosemanualen dürfte nur bedingten Einfluss haben. Gründe: Diagnose nach DSM/ICD bedeutet nicht notwendig Therapie. Denn nicht für alle Diagnosen nach ICD-10 oder DSM stehen wirksame Behandlungsstrategien zur Verfügung, sodass ggf. eine Diagnose keine Behandlungskonsequenz haben muss. So ist z.B. die unkomplizierte depressive Episode, bei der 4 von 9 Symptomkriterien für die Depression erfüllt sind, mit Mitteln der Pharmakotherapie oder Psychotherapie nicht wirksam behandelbar [6, 3], zumindest nicht nach Kriterien evidenzbasierter Medizin. In einem solchen Fall geben die Nationalen Versorgungsleitlinien „Unipolare Depression“ [7] die Empfehlung für „watchful waiting“ (aktiv-abwartende Begleitung) [16]. Allerdings muss auch davon ausgegangen werden, dass sich solche grenzwertigen aber gleichwohl diagnostisch positiven Zustände auch ohne Therapie in einer Mehrzahl der Fälle zurückbilden, indem die Selbstregulation und die gesunden Anpassungsmechanismen der Patienten wirken. Daraus resultiert, dass eine Diagnose einer psychischen Erkrankung nicht notwendigerweise zu einer Behandlungskonsequenz führen muss. Das wird sicher in der Praxis nicht immer beachtet, sodass bei leichten Formen depressiver Störungen und anderen psychischen Erkrankungen vermutlich teilweise eine Übertherapie betrieben wird. Die Anwendung der diagnostischen Leitlinien (z.B. zur unipolaren Depression) würde hier zumindest insofern Abhilfe schaffen, als leichte Depressionen mit „watchful waiting“ zu behandeln sind und schwere Depressionen mit aufwendigerer Kombinationstherapie. Damit wäre auch eine patientendienliche und gerechte Ressourcenverteilung möglich.

Die mangelnde Stimmigkeit zwischen Diagnosen und Behandlungsrelevanz lässt sich auch an epidemischen Daten zeigen. So konnten Mack et al. [13] im Deutschen Gesundheitssurvey DEGS, der repräsentativ die Einwohner der Bundesrepublik auf der Grundlage der Diagnosemanuala befragt, feststellen, dass die durch die Interviewer auf Symptomkriterien basierenden Diagnosen in der Mehrzahl der Fälle gar nicht behandelt werden. Das gilt sogar für schwierige Krankheitszustände wie eine schwere Depression (wobei Schwere durch die Anzahl der dabei vorhandenen Symptome charakterisiert ist, aber nicht durch das damit verbundene Ausmaß von Leid und Funktionseinschränkung) [10]. Selbst bei schweren Depressionen sind damit verbundene psychosoziale Lasten nicht durchgängig sehr ausgeprägt. Andererseits zeigt dieselbe Studie, dass ein substanzieller Teil von Behandlungen wegen psychischer Probleme ohne einschlägige Diagnose einer psychischen Störung erfolgt [13]. Der Einfluss von Diagnosemanualen und deren Revisionen ist also möglicherweise schwächer als erwartet.

## Schlussfolgerungen

Wir erleben derzeit im Rahmen der Revisionen von DSM (DSM-5) und der ICD (ICD-11) Neudefinitionen psychischer Störungen. Dabei werden u.a. auch neue Diagnosen vorgeschlagen und bei einzelnen bestehenden Diagnosen erfolgte eine Ausweitung von Definitionskriterien. Damit sind – auch aus der Sicht der DGPPN – erhebliche Risiken verbunden. V.a. ist eine Medikalisierung von alltäglichen Leidenszuständen zu fürchten. Eine kritische Folge könnte sein, dass die menschlichen Fähigkeiten der physiologischen Anpassung an Verlust- und Stressbedingungen und zur Krisenbewältigung unterschätzt werden und stattdessen eine medizinische Unterstützung angeboten bzw. nachgefragt wird. Dabei sind für die in diesem Zusammenhang neu entstehenden, leicht ausgeprägten psychischen Störungsbilder gar keine wirksamen Therapien verfügbar. Hier droht damit unnötiger Ressourcenverbrauch.

Schwer psychisch Kranke werden dagegen in Deutschland nicht bedarfsgerecht versorgt. Beispiele sind die geringen Quartalspauschalen für die fachärztliche Versorgung Schizophreniekranker oder die Unterversorgung schwer depressiv Kranker nach dem Faktencheck Depression [15]. Hier muss eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch Kranker ansetzen und dafür die nötigen Ressourcen erhalten.



## Literatur

1. American Psychiatric Association. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Falkai P, Wittchen HU (Hrsg.). Hogrefe Verlag Göttingen, 2014
2. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *Br J Psychiatry* 2013; 203(2): 146–151
3. Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 11–6
4. Batstra L, Frances A. Diagnostic Inflation. Causes and a suggested cure. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2012; 200(6): 474–479
5. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ, Weinstein C. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011
6. Cuijpers P, Koole SL, van Dijke A, Roca M, Li J, Reynolds CF 3<sup>rd</sup>. Psychotherapy for subclinical depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2014; 205: 268–274
7. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.). Nationale Versorgungsleitlinie – Unipolare Depression (Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinien). Springer Verlag, 2010
8. Frances A. Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Dumont, 2013
9. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014; 85: 77–87
10. Jacobi F, Bretschneider J, Müllender S. Veränderungen und Variation der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland – Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg.) BKK Gesundheitsatlas 2015 – Blickpunkt Psyche. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2015, S. 63–71
11. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten – mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. BKK Gesundheitsreport 2014. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2014
12. Krauth C, Stahmeyer JT, Petersen JJ, Freytag A, Gerlach FM, Gensichen J. Resource utilization and costs of depressive patients in Germany: results from the primary care monitoring for depressive patients trial. *Depression Research and Treatment*, 2014
13. Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, Maske UE, Hapke U, Seiffert I, Gaebel W, Zielasek J, Maier W, Wittchen HU. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2014; 23(3): 289–303
14. Maj M. Are we able to differentiate between true mental depression and homeostatic reactions to adverse life events? *Psychother Psychosom* 2007; 76: 257–259
15. Melchior H, Schulz H, Härter M, Walker J, Ganninger M. Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, 2014
16. Meredith LS, Cheng WJ, Hickey SC, Dwight-Johnson M. Factors associated with primary care clinicians' choice of a watchful waiting approach to managing depression. *Psychiatric Services* 2007; 58(1): 72–78
17. Wakefield JC, Schmitz MF. When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry* 2013; 12(1): 44–52
18. Wakefield JC, Schmitz MF. Uncomplicated depression is normal sadness, not depressive disorder: further evidence from the NESARC. *World Psychiatry* 2014; 13(3): 317–319
19. Wakefield JC, Schmitz MF. Predictive validation of single-episode uncomplicated depression as a benign subtype of unipolar major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 129(6): 445–57

# Verbesserung von Prävention und Versorgung bei psychischen Störungen: Chancen und Grenzen der jetzigen Gesundheitspolitik

Franz Knieps und Anne Klemm  
BKK Dachverband e.V., Berlin

Kaum eine Studie oder Pressemeldung, die sich mit der Entwicklung von Krankenständen in Deutschland befasst, enthält nicht zumindest einen Aspekt im Hinblick auf die Versorgung psychisch Kranker. Und in der Tat sind die Zahlen alarmierend: Gleich nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen (vor allem Rückenleiden) mit 4,6 Fehltagen, die damit im Jahr 2014 mehr als ein Viertel aller Krankentage ausmachen, folgen kontinuierlich steigend die psychischen Störungen mit durchschnittlich 2,5 Krankentagen. Sie machen inzwischen rund 15% aller Krankentage aus.

Beim Blick auf die Dauer der Erkrankungen von Beschäftigten zeigt sich, dass mit 37 Krankentagen je Fall die psychischen Störungen weit vorn liegen. Seelische Leiden hatten 2014 die längste Krankheitsdauer – länger als Neubildungen (Tumorerkrankungen) mit 34 Tagen je Fall. Mit deutlichem Abstand folgen die Kreislaufkrankungen mit 22 Krankentagen je Fall. Wegen Rückenleiden fehlten die Beschäftigten 20 Tage je Fall. Dabei dauerte im Jahr 2014 ein Krankheitsfall im Durchschnitt 12,9 Tage. Und noch eine Zahl macht die Bedeutung psychischer Störungen deutlich: Rund 50% der Frühverrentung von Arbeitnehmern erfolgt wegen psychischer Probleme. All dies führt zu vermehrten Kosten für das Gesundheitssystem sowie zu volkswirtschaftlichen Effizienzverlusten am Arbeitsmarkt.

Dem Bedarf, so denn überhaupt diagnostiziert, steht jedoch kaum bzw. regional unterschiedlich ausgeprägt die notwendige Angebotskombination aus haus-, fachärztlicher sowie psychotherapeutischer Versorgung gegenüber. Lange Wartezeiten und ggf. weite Wege für die Patienten sind die unbefriedigende Konsequenz.

Es ist also kein Wunder, dass sich viele Akteure einerseits Gedanken darum machen, wie man den Auswirkungen des sozialen und demographischen Wandels auf sowie den veränderten Lebens- und

Arbeitsbedingungen für unsere Gesellschaft begegnen kann. Andererseits besteht auch dringender Handlungsbedarf, die Versorgungsstrukturen den geschilderten Entwicklungen anzupassen. Hierbei sind neben der Überprüfung des Versorgungszugangs bei psychischen Störungen auch das Leistungsspektrum sowie die notwendigen Praxisstrukturen zu hinterfragen. Diese Fragestellungen umfassend zu lösen, würde letztlich den Einbezug vieler Bereiche und Akteure aus z.B. Umwelt, Ernährung, Städteplanung, (Aus-)Bildung, Arbeitgeber, Leistungserbringer etc. bedeuten.

## Ansätze der Krankenkassen zur besseren Versorgung bei psychischen Störungen

Der Beitrag, den die gesetzliche Krankenversicherung bei der Betreuung von Versicherten mit psychischen Störungen leisten kann, bezieht sich zum einen auf die Vermeidung des Krankheitseintritts. Hier sind die Kassen bereits sowohl in der Individualprävention als auch in den betrieblichen und außerbetrieblichen Lebenswelten aktiv. Gleichwohl ist es richtig, dass der Gesetzgeber im Präventionsgesetz der Gesundheitsförderung und Prävention einen größeren Stellenwert einräumt. Zum anderen obliegt den Krankenkassen die Aufgabe, die zur Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen notwendigen Leistungen zur Verfügung zu stellen. Hier ebenfalls Verbesserungen zu erzielen, ist u.a. Fokus des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG).

## *Möglichkeiten der Kassen in der Prävention psychischer Störungen*

Ziel von Präventionsstrategien und -maßnahmen ist es, bereits im Vorfeld oder Frühstadium von Erkrankungen einzugreifen und ihre Entstehung bzw. weitere Ausbreitung zu verhindern. Dabei umfasst die

Primärprävention Maßnahmen zum Schutz vor Krankheitsfaktoren bei (noch) Gesunden, die Sekundärprävention die frühe Erkennung und Behandlung von noch symptomlosen Erkrankungen und die Tertiärprävention die Verhütung von Krankheitsverschlimmerungen bei bereits Erkrankten.

Präventionsmaßnahmen können auf das Verhalten (individuelle Risikosenkung durch Aufgabe gesundheitsschädlicher und Aufbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen) oder die Verhältnisse (Beeinflussung des Kontextes) ausgerichtet sein. Im Hinblick auf die Effektivität und Effizienz der Maßnahmen in der Primärprävention ist eine Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention ideal. Doch auch Maßnahmen in den einzelnen Bereichen haben bereits nachweisbar Wirkungen.

So setzen auf Basis des vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens Prävention die Beratungen durch die Kasse und ihre zertifizierten Kursangebote in der Individualprävention auf die Themen Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Leistungen in diesen Handlungsfeldern zielen neben der Zurückdrängung der Risikofaktoren für die epidemiologisch bedeutsamsten Erkrankungen – Herz-Kreislauf, Stoffwechsel- und Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie bösartige Neubildungen – auch auf psychische und Verhaltensstörungen.

In den sogenannten außerbetrieblichen Lebenswelten wie Kindergärten und Schulen setzen die Betriebskrankenkassen neben den Themen Ernährung und Bewegung insbesondere auch auf Maßnahmen, die aufgrund neuer Medien den Alltag von Kindern und Jugendlichen von klein auf mit psychosozialer Relevanz beeinflussen. So ist z.B. der Fokus des bundesweiten Projektes MEDIA PROTECT der Betriebskrankenkassen das Erlernen des richtigen Umgangs mit Fernsehen und Internet durch die Eltern und Kinder in Kindergärten. Ziel ist es hier, durch ein Elterntaining präventiv auf die problematische Mediennutzung bei Kindern einzuwirken. Das Projekt wurde in Kooperation mit dem Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen und der Fachstelle Mediensucht entwickelt und ist Teil eines vom BMBF geförderten Forschungsverbundes zur Primärprävention und Gesundheitsförderung. Neben der durch das BMBF geförderten Evaluation ist für 2015 und 2016 die Erprobung des Trainings in 40 Kindertagesstätten und 8 Schulen in den Pilotregionen Niedersachsen und Baden-Württemberg vorgesehen.

Für Arbeitslose, die besonderen psychischen Belastungen unterliegen, gibt es Programme, die über alle Kassen hinweg zusammen mit der Bundesagen-

tur für Arbeit die konkrete Unterstützung vor Ort und je nach konkretem Bedarf durch die Akteure sicherstellen.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) tragen die Krankenkassen zum Themenfeld Gesundheit in der Arbeitswelt durch die Ermittlung gesundheitlicher Risiken und Ressourcen und die Unterbreitung von Vorschlägen und Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation dazu bei. Dabei sprechen die bereits genannten Zahlen Bände darüber, dass in der BGF auch dringend der Einbezug von Maßnahmen zur Prävention psychischer Störungen ein wichtiges Thema neben Ernährung und Bewegung ist. Aufsatzzpunkte sind demnach auch Führungskräftebildungen, denn häufig wandern überdurchschnittliche Arbeitsunfähigkeitszeiten in einem Bereich nach Versetzung der Führungskraft mit dieser weiter.

Insbesondere in großen Unternehmen sind es die Betriebsärzte, die bei der Analyse des Unternehmens ein (häufigeres) Auftreten psychischer Störungen feststellen und zusammen mit dem Arbeitgeber Maßnahmen ergreifen können. Nicht selten unterstützen Arbeitgeber dann finanziell Verträge mit externen Beratungsunternehmen, an die sich die Mitarbeiter im Falle psychischer Belastungssituationen – sei es nun beruflich oder privat – wenden können und Beratung erhalten. Die Krankenkassen oder evtl. außerhalb des Betriebes in der Behandlung von Patienten involvierte Ärzte oder Krankenhäuser bleiben hierbei jedoch meist außen vor und die Sektoren streng getrennt.

Einzelnen Betriebskrankenkassen ist es jedoch gelungen, in enger Zusammenarbeit mit Betriebsärzten eine nahtlose Versorgungskette zur Betreuung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen zu etablieren: Ab dem Zeitpunkt der Risiko-Identifikation und dem Angebot einer psychologischen Sprechstunde in einem Zentrum der BKK erfolgt je nach Schwere der Erkrankung eine diagnostische Beratung, stationäre Krisenintervention bzw. daran anschließende ambulante Psychotherapie. Bei Bedarf erfolgt eine Verzahnung mit einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme sowie einer akuten ärztlichen Behandlung.

Dass Krankenkasse, Betriebsärzte, Rentenversicherung sowie stationäre und ambulante Leistungserbringer Hand in Hand arbeiten, ist jedoch der großen Anstrengung einzelner Pioniere zu verdanken. Die dabei notwendige Überwindung der gesetzlich definierten Sektorengrenzen zwischen Unternehmen, Krankenkasse und Versorgern ist in der Praxis sehr schwierig – ein Grund dafür, dass häufig der

Versicherte in einer konkreten Akutsituation nicht systematisch und koordiniert versorgt werden kann. So kennen weder niedergelassene Ärzte noch das Krankenhauspersonal die konkrete Arbeitsplatzsituation oder das besondere Versorgungsangebote der betreuenden Kasse. Betriebsärzte wiederum kennen nur das konkrete Arbeitsumfeld, aber nicht die außerhalb unternommenen oder veranlassten Maßnahmen seitens betreuender Ärzte oder Therapeuten. Die Krankenkasse darf nicht pro-aktiv Daten zusammenführen und auswerten, um auf den Patienten zugeschnittene Angebote zu erstellen bzw. koordinierend zu betreuen und zu unterstützen.

### *Möglichkeiten der Kassen in der Versorgung Kranker mit psychischen Störungen*

Der reguläre Versorgungsalltag bei psychischen Erkrankungen ist leider durch lange Wartezeiten der Patienten auf einen Termin für ein Erstgespräch bzw. eine Behandlung geprägt. So warten beispielsweise depressiv Erkrankte durchschnittlich 17 Wochen auf eine adäquate Behandlung. Hintergrund hierfür ist zum einen die steigende Nachfrage, die sich nicht mit auf „Uraltzahlen“ beruhenden Bedarfszahlen befriedigen lässt. Auf der anderen Seite entsteht ein Versorgungsengpass häufig auch dadurch, dass ambulant tätige Psychotherapeuten nicht immer im dem Umfang tätig sind, wie es ihre Zulassung eigentlich vorsieht.

Daher haben etliche Landesverbände der Krankenkassen in ihren Honorarverträgen für besonders förderungswürdige Leistungen diverse Zuschläge vorgesehen, um Anreize für Gruppentherapie oder für psychotherapeutische Gespräche mit Kindern und Jugendlichen zu setzen. Diese Anreize werden jedoch nicht in dem Umfang aufgegriffen, wie es wünschenswert wäre. Die allermeisten Therapeuten bevorzugen die Einzeltherapie. Die sogenannte systemische Therapie harret der allgemeinen Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Daher ist es kaum verwunderlich, dass viele Betriebskrankenkassen und auch weitere Krankenkassen sogenannte „Bypass“-Verträge für die psychische Versorgung mit niedergelassenen Psychotherapeuten oder stationären Einrichtungen abgeschlossen haben. Sie sollen sicherstellen, dass der einzelne Versicherte dieser Kasse im Bedarfsfall schneller zu einem Erstgespräch bzw. Behandlung kommt als in der Regelversorgung. Die Gefahr dieser „add-on“-Verträge besteht jedoch darin, dass die beschriebenen Leistungen de facto nicht zusätzlich, sondern anstelle von Leistungen für andere Versicherte erbracht werden, und sich so die Versorgungssituation

für Versicherte außerhalb dieser Verträge noch weiter verschärft.

Zusätzlich findet kaum eine Verknüpfung dieser Versorgungsansätze mit der Lebens- bzw. Arbeitsumwelt des Patienten statt. Dies liegt wiederum an den klar definierten Grenzen zwischen den Bereichen Versorgung und Prävention.

Um also im Sinne des Patienten eine sinnvolle Beratungs- und Versorgungskette etablieren zu können, sind die Sektorengrenzen über entsprechende gesetzliche Regelungen aufzubrechen. Die aktuell vorliegenden Gesetzesvorhaben bleiben jedoch hinter dieser Idealvorstellung bisher zurück.

### **Ansätze im Präventionsgesetz zur Verbesserung der psychischen Versorgung**

Neben der Tatsache, dass der Gesetzgeber mittels des Präventionsgesetzes die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung ab dem Jahr 2016 um rund 250 Mio. Euro erhöht, setzt er in Bezug auf Themen mit psychischem Bezug auf folgende Regelungen:

Die Krankenkassen sollen das Ziel „depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ bei der Erstellung entsprechender Handlungsansätze berücksichtigen und umsetzen.

Die Ärzte sollen bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche unter 18 die körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung erfassen und bewerten. Darauf aufbauend sollen sie dann Eltern und Kind/Jugendlichem Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten unterbreiten.

Die Krankenkassen oder ihre Verbände sollen in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Betriebsärzten Verträge zur Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen abschließen können.

All diese Ansätze sind einzeln genommen gut und sinnvoll. Insbesondere die Vertragsoption mit den Betriebsärzten könnte eine bessere Verknüpfung von Erkenntnissen aus den Unternehmen mit darauf zugeschnittenen Präventionsmaßnahmen eröffnen.

Leider fehlt es jedoch an Regelungen dazu, dass die Erkenntnisse aus diesen Maßnahmen so gebündelt werden können, dass sie Eingang in die konkrete Beratung- und Versorgung der Patienten in der Regelversorgung finden.

### Ansätze im Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zur Verbesserung der psychischen Versorgung

Im GKV-VSG finden sich etliche Hinweise darauf, dass auch dem Gesetzgeber die Verbesserung der psychischen Versorgung ein Anliegen ist: Es sind Regelungen zum Terminservice und damit zu einer Reduktion von Wartezeiten für Fachärzte, konkrete Vorgaben zur Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Vorgaben zur Weiterentwicklung der Zu- und Niederlassungsvorschriften auch für Psychotherapeuten vorgesehen.

Im Hinblick auf die bereits mehrfach adressierte, notwendige Verzahnung zwischen den Sektoren ist insbesondere die Erleichterung des Vertragsabschlusses für integrierte Versorgungsverträge in Kombination mit dem geplanten Innovationsfonds ein Hoffnungsschimmer: Zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung sollen in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich jeweils 300 Millionen Euro von den Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Förderungsfähig sollen insbesondere Vorhaben sein, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.

Liest man die Begründung des Gesetzgebers, schweben diesem als Förderschwerpunkte beispielsweise Projekte zur Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten, Modelle mit De-

legation und Substitution von Leistungen, Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung oder Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten vor. Die Vertragsoption mit nicht zugelassenen Leistungserbringern oder die Verknüpfung von Akutversorgung und Prävention wie Rehabilitation ist jedoch auch hier nicht vorgesehen.

### Offene Baustelle: Sinnvolle Verzahnung von Prävention und Rehabilitation mit der Akutversorgung

Die große Kunst und leider noch offene Baustelle ist es jedoch, den Präventionsansatz mit dem der Versorgung so zu verknüpfen, dass eine naht- und reibungslose Beratungs- und Versorgungskette für den psychisch Gefährdeten und den Erkrankten entsteht. Sicher wäre es juristisch möglich, Präventions- und kurative Angebote regional oder lokal zu vernetzen, doch fehlt es an der übergreifenden Integrationsperspektive. Solange Bedarfsplanung, Prozesssteuerung und Vergütung sektoralen Gesetzmäßigkeiten folgen, werden sich integrative Perspektiven nicht durchsetzen. Die Prävention psychischer Erkrankungen und die Versorgung psychisch Kranker stehen dabei stellvertretend für die strukturellen Verwerfungen im deutschen Gesundheitswesen. Noch immer optimieren wir Sektoren und Teilsysteme, anstatt endlich Verbundlösungen flächendeckend durchzusetzen. Dabei wäre noch mehr als zwei Jahre Zeit, in dieser Legislaturperiode eine echte Großbaustelle zu vollenden.





The background features a stylized profile of a human head in silhouette, facing right. The interior of the head is filled with a complex, overlapping grid of white lines that create a sense of depth and texture. The overall color palette is monochromatic, consisting of various shades of gray.

# 5

## Fazit





Ziel dieser Publikation ist es, insbesondere die Ursachen regionaler Unterschiede in Diagnostik, Krankenschreibungen und Medikation von Depressionen und Burn-out näher zu beleuchten. Anhand der administrativen Versicherungsdaten allein können freilich keine kausalen Schlüsse gezogen werden. Es ergeben sich dennoch in der Betrachtung der gefundenen Regionalmuster und Zusammenhänge mit weiteren Indikatoren für die Gesundheitsversorgung relevante Erkenntnisse. Des Weiteren ist zu diskutieren, inwieweit die Versichertendaten zu Arbeitsunfähigkeit, ambulanter Versorgung und Antidepressiva-Verordnungen das tatsächliche Auftreten von Depressionen und Burn-out-Syndrom abbilden und was wiederum aus den Zahlen über den Zustand der Bevölkerung sowie deren Gesundheitsversorgung abzuleiten ist.

Die größten Schnittmengen zu epidemiologischen Zahlen bieten die Daten aus der ambulanten Versorgung. Wesentliche Erkenntnisse zu betrachteten Diagnosen sind hier gleich: Erkennbar sind Frauen häufiger (in der Regel doppelt so häufig) betroffen als Männer. Auch zeigen sich steigende Prävalenzraten mit höherer Altersklasse. Bei der Burn-out-Diagnose deuten die Häufigkeiten in Alters- und Versichertensubgruppen darauf hin, dass der Arbeitskontext eine große Rolle spielt. Burn-out wird anders als Depressionen häufiger bei den Beschäftigten als bei anderen Versichertengruppen festgestellt, zudem sind die Diagnoseraten vor allem im Erwerbstätigenaltersbereich zwischen 30 und 59 Jahren hoch. Unterschiede zwischen epidemiologischen und administrativen Daten zeigen sich in der Veränderung der Prävalenzzahlen für psychische Erkrankungen: Weisen neuere Studien eher darauf hin, dass sich der Anteil der Betroffenen in den letzten Jahrzehnten insgesamt kaum verändert hat, so ist im AU-Geschehen seit Jahren ein stetiger Anstieg von AU-Fällen und AU-Tagen je Mitglied sowie ein Anstieg der durchschnittlichen AU-Dauer für psychische Erkrankungen zu verzeichnen.

Andererseits ist die Vergleichbarkeit von epidemiologischen und administrativen Zahlen als eingeschränkt zu betrachten. Zieht man beispielsweise die DEGS-Studie heran, so sieht man dort im Vergleich zu den aktuellen Diagnoseraten eine niedrigere Prävalenz bei depressiven Episoden. In derselben Studie bejahen prozentual mehr Personen die Frage, ob vom Arzt oder Therapeuten in den letzten 12 Monaten eine Burn-out-Diagnose festgestellt wurde (1,5% vs. 1,2% Prävalenz in der ambulanten Versorgung). Gegenüber der öffentlichen Aufmerksamkeit, die dem „Ausgebrannt-Sein“ regelmäßig zuteil wird, sind die genannten Häufigkeiten mit unter 2% Betroffene aber auf den ersten Blick ernüchternd klein. Allerdings fehlen für das Burn-out-Syndrom eine klare Definition und Kodierung, bekannt ist dabei, dass auch andere ICD-Schlüssel zur Klassifizierung des Syndroms Verwendung finden. Andererseits wirkt der Begriff Burn-out weniger stigmatisierend auf viele Menschen, insofern kann dieser Begriff auch helfen, dass Betroffene Hilfe suchen und annehmen. Ob die Betroffenen ihr Leiden lieber als „Burn-out“ statt als „Depression“ benennen, sollte bei akutem Behandlungsbedarf keine übergeordnete Rolle spielen. Aber in dem einen wie im anderen Fall bedarf es von Seiten der Leistungserbringer einer schnellen und korrekten Diagnostik und Therapie.

Hinsichtlich der Diagnosestellung ist allerdings auffällig, dass deutlicher häufiger als eigentlich zu erwarten eine unspezifische Kodierung verwendet wird. Es liegt die Vermutung nahe, dass hier aus vermeintlich praktischen Gründen keine Spezifizierung erfolgt, weil Zeit und diagnostische Instrumente dazu fehlen. In solchen Fällen ist es aber erforderlich, dass die Abschätzung des Schweregrades zeitnah nach der Erstdiagnose erfolgt. Andere Analysen zu Diagnostik und Versorgung von Depressionen (z.B. *Faktencheck Gesundheit – Depression* der Bertelsmann Stiftung) lassen aber bezweifeln, dass diese Spezifizierung tatsächlich stattfindet. Somit ist unklar, ob trotzdem alle Personen, die behandlungsre-

levant gewesen sind, eine entsprechende adäquate Behandlung erhalten haben. Es bleibt also eine nicht unerhebliche Unsicherheit hinsichtlich der Korrektheit von Diagnosen und Behandlung. Die Gastautoren Jacobi, Bretschneider und Müllender formulieren dazu treffend und prägnant, dass hier vermutlich ein „Mix aus Überdiagnostizieren/Überschätzung und gleichzeitigem Nicht-Erkennen/Unterschätzung“ vorliegt. Eine einheitlichere Diagnostik mit Regeln etwa zur Bestimmung von Haupt- und Nebendiagnosen und zur Vermeidung von „Restkategorie“-Einstufungen könnte den Therapiezugang beschleunigen und Heilungschancen verbessern. Dazu wären z.B. ambulante Kodierrichtlinien geeignet. Bekannt ist schließlich auch, dass bei Personen ohne Depressionsbehandlung das Auftreten einer weiteren depressiven Episode gut anhand von vorangegangenen Episoden vorhergesagt werden kann. Zudem bieten Behandlungen mit Psychotherapie und ggf. Antidepressiva gute Chancen, eine akute Episode zu beenden und langfristig Rückfälle in die Depression zu verhindern – das ist mittlerweile gute Praxis in der evidenzbasierten Medizin und wird in den Behandlungsleitlinien empfohlen.

In der regionalen Betrachtung sowohl der Diagnosen in der ambulanten Versorgung als auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und der Antidepressiva-Verordnungen treten teils enorme Unterschiede zutage. Zusammengefasst zeigt sich folgendes Bild: Hinsichtlich der beiden betrachteten Depressionsdiagnosen sind die beiden größten deutschen Städte Hamburg und Berlin oft mit hohen Werten in der Statistik vertreten, andererseits sind bei den Flächenländern vor allem die Ost-Bundesländer regelmäßig unter dem Bundesdurchschnitt. Zum Beispiel bekamen in Hamburg, Berlin und Bayern 11–12% der BKK Versicherten die Diagnose einer depressiven Episode, in Sachsen und Sachsen-Anhalt waren es nur 7%. Auf Kreisebene kristallisiert sich die Tendenz heraus, dass Depressionen häufiger eher in städtischen Gebieten diagnostiziert werden. Im Vergleich mit der regionalen Auswertung von Prävalenzen depressiver Erkrankungen vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung aus dem Jahr 2007 wird klar, dass diese Verteilungen relativ stabil sind. Entsprechend zu den Diagnoseergebnissen ergibt sich auch bei den Antidepressiva-Verordnungen ein sehr ähnliches Bild. Die Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund einer depressiven Episode ist aber wiederum im Norden höher, dort liegt auch die durchschnittliche Falldauer über dem Bundesdurchschnitt. Bei den rezidivierenden Depressionen sind

hinsichtlich daraus resultierender Arbeitsunfähigkeitszeiten wiederum sehr starke Unterschiede festzustellen, hier liegt die Schwankungsbreite auf Kreisebene beim fast 43-Fachen des höchsten Werts gegenüber dem niedrigsten. Hinsichtlich des Burn-out-Syndroms schließlich sind die Werteverteilungen unklarer: In Berlin, im Saarland, in Niedersachsen und Schleswig-Holstein sind hohe Diagnoseraten zu finden, aber mit großen Unterschieden auf Kreisebene; bei den AU-Tagen ist das Saarland Spitzenreiter, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg. Insgesamt lässt sich aber konstatieren, dass zwar regionale Unterschiede in den Erkrankungshäufigkeiten von Depressionen, Burn-out genauso wie anderen Erkrankungen denkbar sind, aber diese nicht allein als Erklärung für die gefundenen, teils sehr großen Unterschiede bei Diagnosestellungen, Medikation und Krankschreibungen ausreichen. In der weiteren Analyse zeigte sich, dass ein Teil der Varianz auch auf regionale Bevölkerungs- und Versorgungsstrukturindikatoren zurückgeführt werden kann, schwache bis moderate Korrelationen sind hierzu zu finden. So korrelieren die Diagnosestellungen am stärksten mit der Einwohner-, Hausarzt- sowie der Nervenärztdichte. Nervenarzt- und Krankenhausbettdichte weisen weiterhin die höchsten Korrelationskoeffizienten zu Antidepressiva-Verordnung und -Gebrauch auf. Mit der Hausärztdichte korrelieren auch die AU-Fälle aufgrund einer rezidivierenden Störung auf mittlerem Niveau, genauso wie dies für Burn-out-AU-Fälle und die Arbeitslosenquote im Kreis festzustellen ist.

Die regionalen Unterschiede in der Zahl der Erkrankungen sowie der Versorgungsstrukturen beinhalten aber auch eine gesundheitspolitische Dimension. So führen diese nicht zuletzt zu höchst unterschiedlichen Ausgaben bei den Krankenkassen, die im Risikostrukturausgleich bislang nicht berücksichtigt werden. Hier bedarf es einer Präzisierung der Verteilungskriterien durch regionale Parameter, um Wettbewerbsgleichheit zwischen den Kassen zu gewährleisten. Absehbar ist weiterhin, dass sich die regionale Versorgung verändern wird. So sollen durch das anstehende Versorgungsstärkungsgesetz II Unter- und Überversorgung nivelliert, durch den vorgesehenen Innovationsfonds die Versorgung auch regional sowie sektorenübergreifend verbessert werden. Hierbei ist auch in Zukunft genauer zu betrachten, wie bei der Bedarfsplanung für Versorgungsstrukturen auch tatsächlichen Fehlversorgungen und langen Wartezeiten entgegengewirkt wird. Auf die bislang unbefriedigende Situation wurde im Beitrag zum Thema Verbesserung von Prävention und

Versorgung bei psychischen Störungen von Knieps und Klemm in dieser Publikation hingewiesen.

Bekannt ist, welche enormen Auswirkungen psychische Erkrankungen allgemein sowie im Besonderen Depressionen und Burn-out haben. Die Erkrankungen sind relativ verbreitet, eine Erkrankung dauert dann in der Regel lange. Der BKK Gesundheitsatlas 2015 gibt Antworten auf Fragen zu Bedingungsfaktoren, Verlauf und Regionalität von Depressionen und Burn-out. Darüber hinaus notwendig und gefordert sind in diesem Zusammenhang große Studien, wie z. B. die Nationale Kohorte, an der sich auch das BKK System kooperativ beteiligt. Es wird aber auch jetzt schon aus den Ergebnissen Handlungsbedarf ableit-

bar. So sind gezielte Präventionsmaßnahmen für besonders gefährdete Gruppen erfolgversprechend. Auch der Lebensweltenansatz, wie im anstehenden Präventionsgesetz beinhaltet, findet in den vorliegenden Ergebnissen seine Entsprechung, schaut man sich z. B. die besonders betroffenen Arbeitslosen oder die entsprechenden Altersgruppen und Branchen an. Aber auch in der Versorgung von Betroffenen zeigt sich Verbesserungspotenzial. Eine einheitlich definierte Diagnostik im ambulanten Bereich ist notwendig, um den Erkrankten zügig die richtige Behandlung und Therapie zuteilwerden zu lassen. Somit können langfristig Chronifizierungsprozesse vermindert und Patienten schneller wieder gesund werden.