

Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank – BPtK-Studie zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt

**Pressekonferenz der Bundespsychotherapeutenkammer
am 23. März 2010**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Ergebnisse	4
	Kontinuierlicher Anstieg der AU-Tage durch psychische Erkrankungen.....	4
	Dauer der Krankschreibung variiert zwischen den Krankenkassen	4
	Depressive Episoden und Belastungsreaktionen dominieren	6
	Erhöhte Krankschreibungen im Dienstleistungssektor	8
	Psychische Erkrankungen bei Arbeitslosigkeit dramatisch erhöht	10
	Erhebliche regionale Unterschiede bei AU-Tagen	11
3	Zunahme der AU-Tage und „wahre“ Prävalenz psychischer Erkrankungen.....	13
4	Psychologische und soziokulturelle Einflüsse auf Arbeitsunfähigkeit	16
	Arbeitsbedingungen beeinflussen psychische Gesundheit	16
	Arbeitslosigkeit gefährdet psychische Gesundheit	17
	Differenzierte Betrachtung regionaler Unterschiede erforderlich	18
5	Schlussfolgerungen	20
	Detailanalysen notwendig.....	20
	Verbesserung der Diagnostik möglich	20
	Ansatzpunkte für Versorgungspolitik erkennbar	21
6	Literatur	23

1 Einleitung

In den jährlich vorgelegten Gesundheitsreporten der gesetzlichen Krankenkassen wird übereinstimmend die Zunahme des Anteils psychischer Erkrankungen an den Krankschreibungen dokumentiert. Die Gesundheitsreporte beschreiben einen seit den 1980er Jahren bekannten Trend, der sich vor allem seit Mitte der 1990er Jahre noch einmal deutlich verstärkt hat. 2009 widmeten die AOK und die BARMER ihre jährlichen Gesundheitsreporte dem Schwerpunktthema psychische Erkrankungen. 2008 hatten sich bereits die TK und die BKK schwerpunktmäßig mit diesem Thema beschäftigt. In den vergangenen zehn Jahren gab es zudem noch Schwerpunktheftchen von DAK (2005, 2002) und BKK (2005) zu psychischen Erkrankungen. Die GEK befasste sich in ihrem Report zur ambulant-ärztlichen Versorgung 2007 mit der ambulanten Psychotherapie und bereits 2001 mit psychischen Erkrankungen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat in einer Metaanalyse alle Gesundheitsreporte der gesetzlichen Krankenkassen seit dem Jahr 2000¹ ausgewertet und wissenschaftliche Studien gesichtet, die untersuchen, welche Faktoren in der modernen Arbeitswelt zu einer Erhöhung des Anteils psychischer Erkrankung beitragen können.

¹ Da mit der verbindlichen Einführung des ICD-10-Systems zum 01.01.2000 eine kontinuierlich einheitliche Datenbasis zur Verfügung steht, beginnt die Analyse der Gesundheitsreporte mit dem Jahr 2000.

2 Ergebnisse

Kontinuierlicher Anstieg der AU-Tage durch psychische Erkrankungen

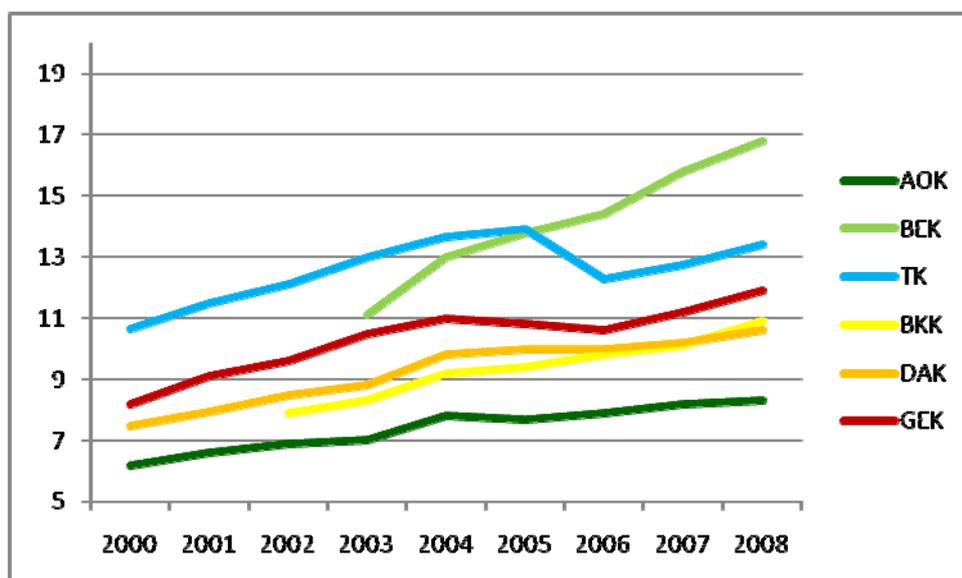
Alle gesetzlichen Krankenkassen verzeichnen einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils der AU-Tage (AU = Arbeitsunfähigkeit) durch psychische Erkrankungen seit der Einführung des ICD-10 im Jahr 2000 (Abbildung 1). Psychische Erkrankungen sind für die Kassen vor allem aufgrund der Länge der Krankschreibung von Relevanz (ca. drei bis sechs Wochen im Vergleich zu durchschnittlich sechs bis sieben Tagen bei Erkrankungen des Atmungs- oder Verdauungssystems).

Dauer der Krankschreibung variiert zwischen den Krankenkassen

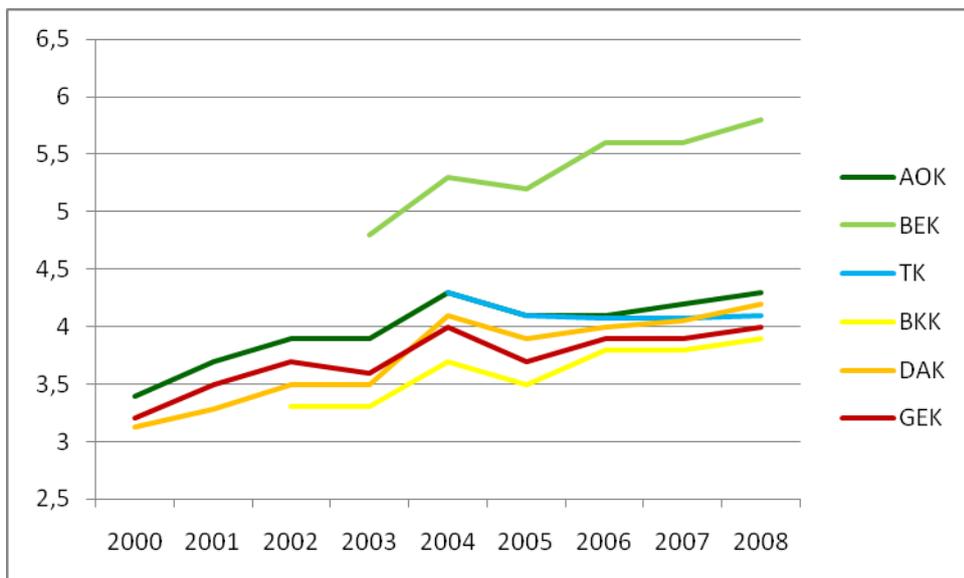
Bei der Dauer der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen zeigen sich deutliche systematische Unterschiede zwischen den Krankenkassen (Minimum: 19,8 Tage – AOK, 2003; Maximum: 44,2 Tage – TK, 2005).

Abbildung 1: Psychische Erkrankungen im AU-Geschehen

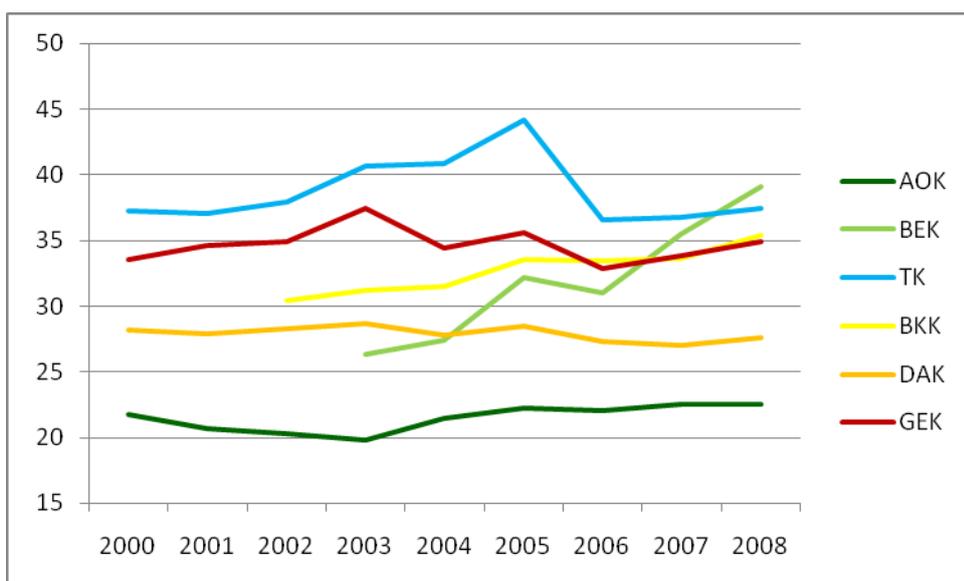
Anteil der AU-Tage durch psychische Erkrankungen



Anteil der AU-Fälle durch psychische Erkrankungen an allen Erkrankungen



Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen in Tagen



Legende zu den Abbildungen 1: Angegeben sind prozentuale Anteile an allen Fehltagen oder Krankschreibungsfällen/Versicherten sowie die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen.

- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse,
- BEK: BARMER Ersatzkasse,
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund),
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse,
- GEK: Gmünder Ersatzkasse,
- TK: Techniker Krankenkasse.

Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Zeitraum, die aufgeführten Daten von 2008 wurden in den 2009er Reports der Kassen analysiert. Die Innungskrankenkassen sind nicht berücksichtigt, da in den letzten fünf Jahren nur drei Reports veröffentlicht wurden. Wenn die Statistiken zum Anteil der Diagnosegruppe an den Gesamttagen nicht explizit berichtet wurden, so wurden diese Anteile mit Excel anhand der absoluten Angaben nachberechnet.

Mit Ausnahme der BARMER bleibt die Dauer einer Krankschreibung aufgrund einer psychischen Erkrankung trotz einiger Schwankungen über die Jahre konstant. Der Anstieg der AU-Tage durch psychische Erkrankungen geht somit vor allem auf einen Anstieg der AU-Fälle zurück. Dieser beträgt seit 2000 kassenübergreifend in etwa ein Prozent, wobei dies angesichts der Ausgangslage von ca. 3 bis 3,5 Prozent der Gesamt-AU-Fälle ein erheblicher Anstieg ist.

Die Unterschiede bei der Dauer der Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen lassen sich nicht auf ein kassenspezifisches Profil psychischer Erkrankungen zurückführen. Als Ursache hierfür kommen neben der Auswertungsmethodik Unterschiede in soziodemografischen Variablen und insbesondere der Branchenzugehörigkeit der Mitglieder einer Krankenkasse in Betracht.

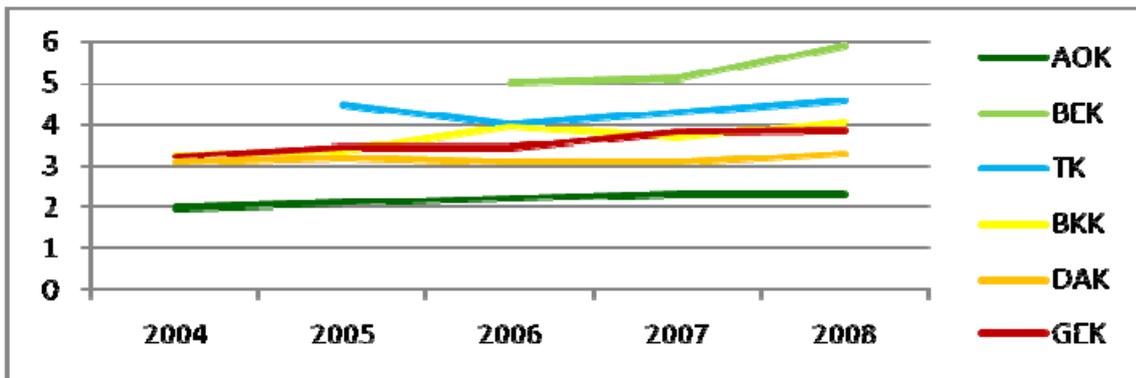
Depressive Episoden und Belastungsreaktionen dominieren

Trotz der unterschiedlichen Mitgliederstrukturen der Krankenkassen prägen die gleichen psychischen Diagnosegruppen das AU-Geschehen der Krankenkassen. Die Betrachtung der häufigsten dreistelligen Diagnoseziffern zeigt, dass diese bei allen Kassen in vergleichbarer Reihenfolge auftreten. Dabei sind depressive Erkrankungen (F32.x) am häufigsten, gefolgt von Belastungsreaktionen/Anpassungsstörungen (F43.x). Danach folgen entweder unspezifisch-neurotische Diagnosen (F48.x) oder somatoforme Störungen (F45.x). Sofern dies in den Reporten beschrieben wird, ist die Erhöhung der Fallzahlen im AU-Geschehen bei allen Störungsbildern gleichmäßig und somit nicht auf die Zunahme eines spezifischen Krankheitsbildes im Speziellen zurückzuführen.

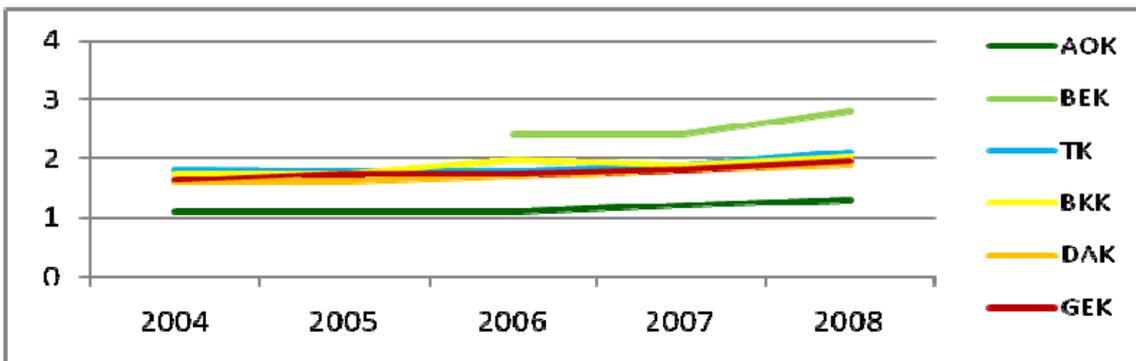
Abbildung 2 zeigt den Verlauf der beiden häufigsten psychischen Erkrankungsbilder, depressive Episoden und Belastungsreaktionen. Bei beiden Störungsbildern ist kassenübergreifend ein Trend zur Zunahme des Anteils der Fehltag zu erkennen. Auch hier bestätigt sich, dass der insgesamt gestiegene Anteil psychischer Erkrankungen im AU-Geschehen nicht auf die Zunahme einer bestimmten Erkrankung zurückzuführen ist.

Abbildung 2:

AU-Tage durch depressive Erkrankungen (F32; Prozent von allen AU-Tagen)



AU-Tage durch depressive Anpassungsstörungen/Belastungsreaktionen (F43; Prozent von allen AU-Tagen)



Legende zu den Abbildungen 2: Angegeben sind prozentuale Anteile an allen Fehltagen.

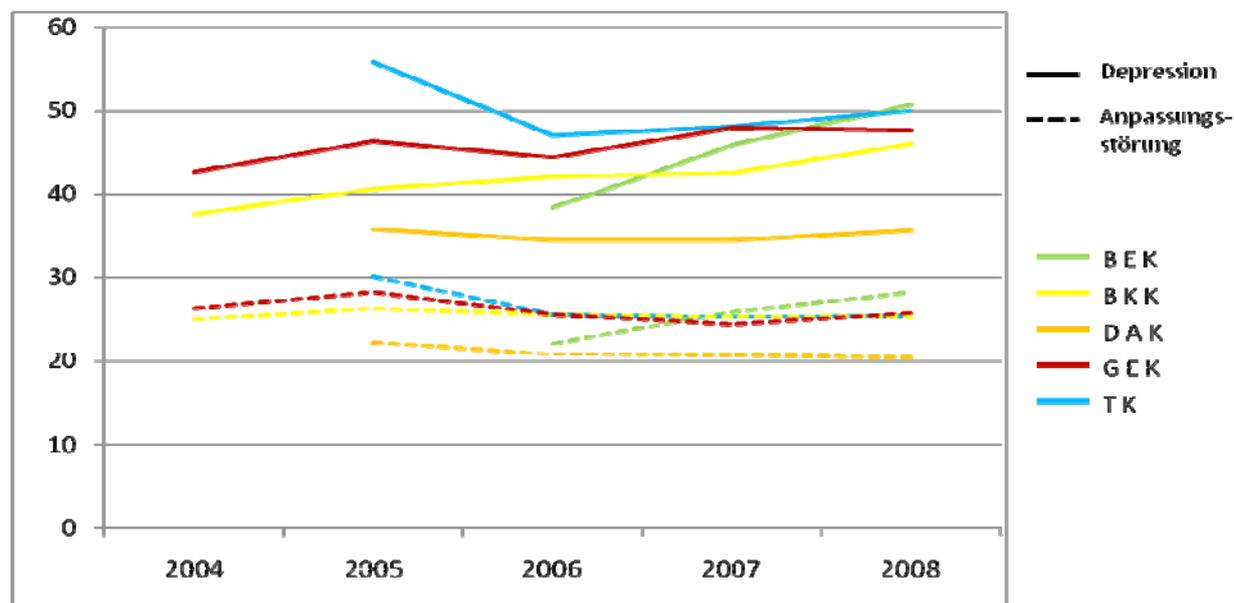
- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse,
- BEK: BARMER Ersatzkasse,
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund),
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse,
- GEK: Gmünder Ersatzkasse,
- TK: Techniker Krankenkasse.

Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Zeitraum, die aufgeführten Daten von 2008 wurden in den 2009er Reports der Kassen analysiert. Hier wird nur der Zeitraum nach 2004 berücksichtigt, da die Dokumentation in den Jahren davor zu unvollständig war. Wenn die Statistiken zum Anteil der Diagnosegruppe an den Gesamttagen nicht explizit berichtet wurden, so wurden diese Anteile mit Excel anhand der absoluten Angaben nachberechnet.

Die durchschnittliche AU-Dauer einer depressiven Erkrankung (durchgehende Linien, Abbildung 3) ist bei allen Kassen deutlich länger als bei einer Anpassungsstörung/Belastungsreaktion (gestrichelte Linien, Abbildung 3). Demnach ist die besondere Bedeutung von Depressionen im AU-Geschehen vor allem auf die lange Dauer der Krankschreibungen zurückzuführen.

Abbildung 3:

Dauer einer Krankschreibung aufgrund von Depressionen und Anpassungsstörungen



Legende zu Abbildung 3: Angegeben ist die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen in Tagen. Depressionen sind in durchgehenden Linien, Anpassungsstörungen/Belastungsreaktionen sind in gestrichelten Linien dargestellt.

BEK: BARMER Ersatzkasse,
BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse,
GEK: Gmünder Ersatzkasse,
TK: Techniker Krankenkasse,

Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Zeitraum, die aufgeführten Daten von 2008 wurden in den 2009er Reports der Kassen analysiert. Die Abbildung bezieht sich nur auf den Zeitraum nach 2004, da die Dokumentation in den Jahren davor zu unvollständig war. Wenn die Statistiken zum Anteil der Diagnosegruppe an den Gesamttagen nicht explizit berichtet wurden, so wurden diese Anteile mit Excel anhand der absoluten Angaben nachberechnet.

Erhöhte Krankschreibungen im Dienstleistungssektor

Die Gesundheitsberichte von AOK und BKK sowie einige Schwerpunkthefte zu psychischen Erkrankungen zeigen ein relativ konsistentes Muster erhöhter Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen, z. B. bei den Beschäftigten in öffentlichen Verwaltungen (AOK 2009: + 34,8 Prozent; BKK 2009: + 45,5 Prozent; DAK 2002: + 48,2 Prozent). BKK (2009) und DAK (2002) stellten für Angestellte im Gesundheits- und Sozialwesen eine deutlich erhöhte Anzahl an Krankheitstagen aufgrund psychischer Störungen fest. Der BKK Gesundheitsreport 2009 berichtet speziell im Sozialwesen von einem fast doppelt so hohen Krankenstand aufgrund psychischer Erkrankungen wie im Bundesdurchschnitt (265 vs. 134 AU-Tage/100 VJ). Die AOK-Fehlzeitenreporte dokumentieren regelmäßig erhöhte Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen im Dienstleistungssektor (AOK 2009: 249,7 vs. 181,1 AU-Tage/100 VJ). Die BKK resümiert 2009, dass „der Schwerpunkt der Krank-

heitsausfälle durch psychische Erkrankungen eindeutig im Dienstleistungsbereich liegt“. Dabei ist nicht erkennbar, wie und welche Berufe dem Dienstleistungssektor zugeordnet wurden. Kassenübergreifend liegen Befunde zu erhöhten Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen in der Telekommunikation sowie im Erziehungs- und Unterrichtswesen vor. Unterdurchschnittliche Zahlen verzeichnen die Reporte in klassischen Arbeiterbranchen. Die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft liegen durchgängig um 35 bis 50 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt.

Auf der Ebene der Berufsgruppen berichtet die BKK 2009 über einen außerordentlich hohen Krankenstand aufgrund psychischer Diagnosen bei Telefonisten. Sie fehlten 333 Tage pro 100 Versicherte im Vergleich zu 134 Tagen im Bundesdurchschnitt. Auf ähnliche Angaben kommt der AOK-Fehlzeitenreport 2009 (369,9 Tage/100 VJ im Vergleich zu 181,8 im Bundesdurchschnitt). Hohe Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen haben auch Wächter/Aufseher (BKK: 245 Tage/100 VJ), Helfer in der Krankenpflege (BKK: 267; AOK: 395,3) oder Kontrolleure (BKK: 273). Im Rahmen eines Themenschwerpunktes berichtete die TK in ihrem Gesundheitsreport 2009 über ebenfalls erhöhte Prävalenzen von psychischen Erkrankungen in der Zeitarbeitsbranche. Eine in diesem Kontext durchgeführte Befragung liefert hierfür mögliche Erklärungen. Die Zeitarbeitsangestellten berichten über Unzufriedenheit mit ihrem Einkommen, der Arbeitsplatzsicherheit und den beruflichen Aufstiegschancen.

Der Gesundheitsreport der BARMER 2009 zeigt, dass die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen in einzelnen Berufsgruppen mitunter erheblich variiert. So sind Bürokräfte und Bankfachleute aufgrund einer Depression kürzer krankgeschrieben als Verkäufer, Krankenpfleger oder Sozialarbeiter (Tabelle 1). Die Krankschreibung aufgrund einer Alkoholerkrankung fällt bei Krankenpflegepersonal deutlich länger aus als in den anderen genannten Berufsgruppen.

Tabelle 1: Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen nach Berufsgruppen

(angegeben ist die durchschnittliche Krankschreibungsdauer in Tagen)

	Sozialarbei- ter/innen	Krankenpfle- gepersonal	Verkäu- fer/innen	Bürokräfte	Bank- fachleute
Depressionen	53,5	50,7	51,4	44,3	40,8
Anpassungsstörungen/ Belastungsreaktionen	31,2	28	27,1	23,6	23,1
Alkoholerkrankungen	36,1	53,3	k. A.	37,3	29,2

Quelle: BARMER Gesundheitsreport 2009

Psychische Erkrankungen bei Arbeitslosigkeit dramatisch erhöht

Angaben zu psychischen Erkrankungen bei Arbeitslosen werden nur von einigen Krankenkassen berichtet. Sofern dies spezifiziert untersucht wird, sind die AU-Zeiten aufgrund psychischer Erkrankungen bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen in geradezu dramatischer Weise erhöht, sie fallen drei- bis viermal so hoch aus wie bei Erwerbstätigen (BKK z. B. 2008, 2009; TK bis 2001 bis 2005). Die GEK beschreibt 2001 ein 1,8fach erhöhtes Risiko von Arbeitslosen, aufgrund einer affektiven Störung krankgeschrieben zu werden. Arbeitslosigkeit geht auch mit deutlich häufigeren Krankenhausbehandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen einher. In dem 1999er Gesundheitsreport berichtete die GEK von einer 7,5fach erhöhten Anzahl an Krankenhaustagen aufgrund psychischer Erkrankungen bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen.

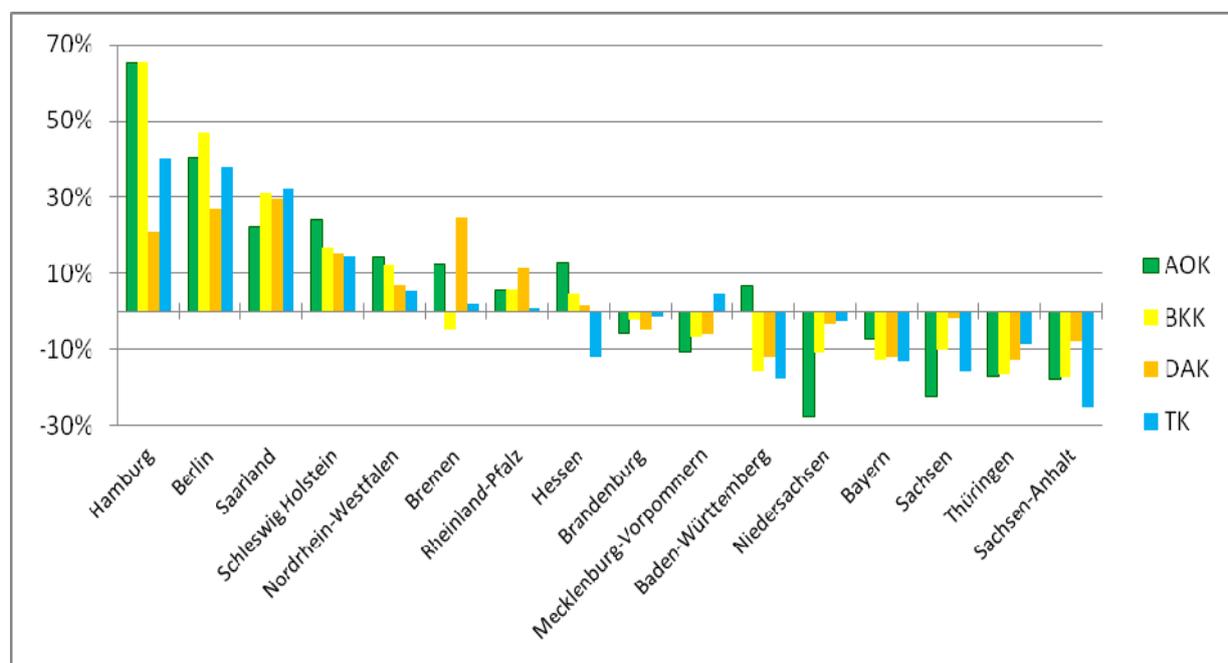
Die BKK beschreibt 2005 eine ähnlich stark erhöhte Anzahl an Krankenhaustagen bei Arbeitslosen, vor allem bei Männern. Speziell bei arbeitslosen Männern sind Krankenhausbehandlungen in erhöhtem Maße auf Alkoholprobleme zurückzuführen. Der Gesundheitsreport der GEK 2004 beschreibt ebenfalls eine Häufung von Krankenhaustagen zwischen 2000 und 2003 aufgrund von alkoholassozierten Störungen bei Arbeitslosen. Hierzu ist noch anzufügen, dass eine Analyse von Krankenhaustagen aufgrund psychischer Erkrankungen der DAK 2008 ergab, dass Alkoholprobleme bei Männern sogar häufiger zu einer Krankenhausbehandlung führten als Depressionen. Letztere waren jedoch ähnlich wie bei den AU-Diagnosen bei Frauen und damit auch insgesamt die häufigste psychische Diagnose bei den Krankenhaustagen.

Erhebliche regionale Unterschiede bei AU-Tagen

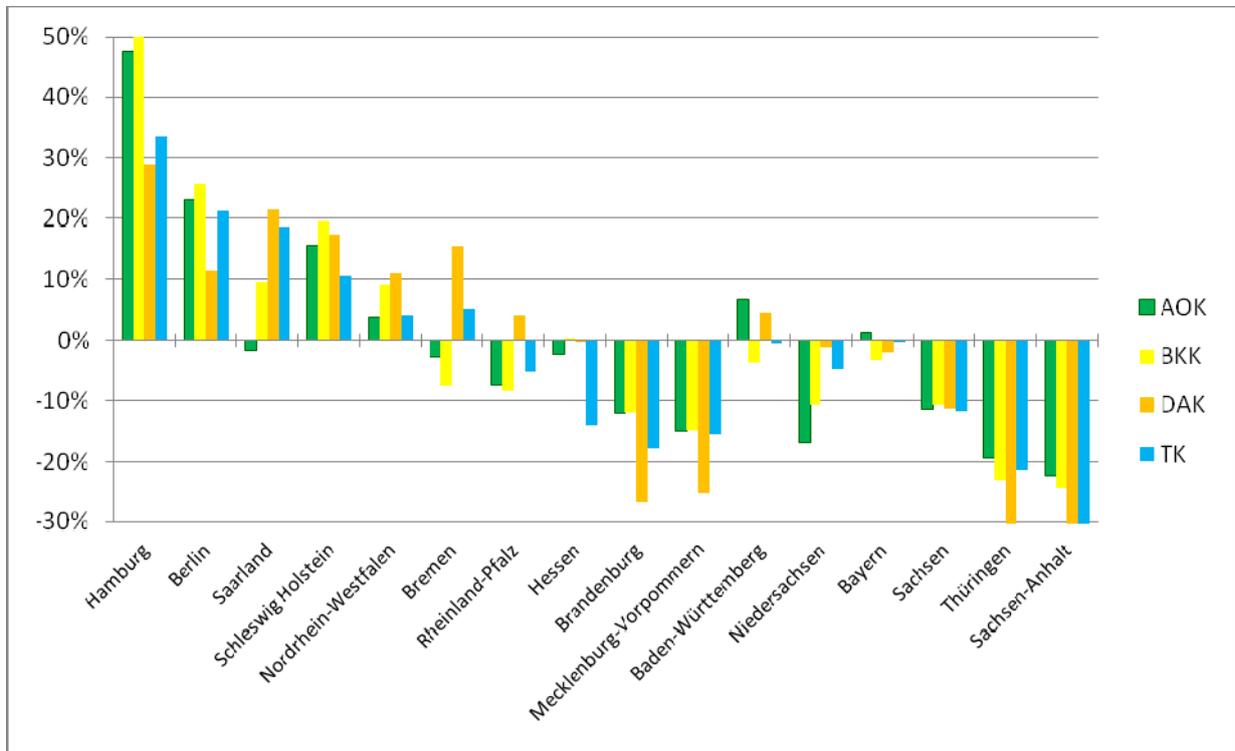
Die Gesundheitsreporte von AOK, BKK, DAK und TK präsentieren bundesweite und länderspezifische Auswertungen. In der Abbildung 4 sind die prozentualen Abweichungen der einzelnen Bundesländer vom jeweiligen Bundesdurchschnitt für das Kalenderjahr 2008 (Gesundheitsreporte des Jahres 2009) angegeben. Dabei fällt auf, dass in Berlin, Hamburg und im Saarland die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt bei allen Krankenkassen um mindestens 20 Prozent erhöht sind. In Schleswig-Holstein und – in geringerem Ausmaß – in Nordrhein-Westfalen sind die Angaben ebenfalls durchgängig überdurchschnittlich. Der untere Teil der Abbildungen 4 macht deutlich, dass es sich dabei meist um ein spezifisches, die psychischen Erkrankungen betreffendes Phänomen handelt. Auffällig ist zudem, dass in den neuen Bundesländern fast durchgängig ein relativ niedriger Anteil psychischer Erkrankungen im AU-Geschehen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt besteht.

Abbildung 4:

Unterschiede in den Bundesländern in der Anzahl von AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt
 (Angaben in prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt 2008)



Unterschiede in den Bundesländern im Anteil psychischer Erkrankungen an allen AU-Tagen im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt
 (Angaben in prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt 2008)



Legende zu den Abbildungen 4: Angegeben ist die durchschnittliche Abweichung der gemittelten AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen oder des Anteils psychischer Erkrankungen an allen Erkrankungen pro Bundesland vom Bundesdurchschnitt im Jahr 2008.

AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse,
 BKK: Betriebskrankenkassen (Bund),
 DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse,
 TK: Techniker Krankenkasse.

Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Zeitraum, die aufgeführten Daten von 2008 wurden in den 2009er Reports der Kassen analysiert. Die Anteile wurden mit Excel berechnet.

3 Zunahme der AU-Tage und „wahre“ Prävalenz psychischer Erkrankungen

Die Frage, inwieweit die Zunahme psychischer Erkrankungen bei AU-Tagen auf eine Zunahme der Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zurückgeht, lässt sich nach dem Stand der Wissenschaft nicht eindeutig beantworten. Internationale Studien zum Verlauf der Prävalenz psychischer Störungen als Gesamtheit haben bislang zu unterschiedlichen, teilweise widersprüchlichen Ergebnissen geführt (Richter et al. 2008). Die Frage lässt sich am besten auf der Ebene der einzelnen Störungsbilder beurteilen. Aufgrund demografischer Veränderungen ist mit einem Anstieg der Demenzerkrankungen zu rechnen, wobei diese bei den AU-Tagen im Prinzip keine Rolle spielen. Ebenso unterliegen Abhängigkeits- und Missbrauchserkrankungen aufgrund gesellschaftlicher Trends Schwankungen. Auch diese sind jedoch für AU-Tage von eher nachgeordneter Bedeutung. Die Metaanalyse von Richter et al. (2008) zeigt auch bei längsschnittlichen Studien zur Prävalenz von Depressionen teilweise widersprüchliche Ergebnisse, wobei hier Ergebnisse aus unterschiedlichen Ländern zu unterschiedlichen Zeitpunkten berichtet werden. In Deutschland ist die Datenlage hierzu speziell für den hier untersuchten Zeitraum dürftig. Abhilfe können erst die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS; www.rki.de) schaffen, die eine Wiederholung des mittlerweile über zehn Jahre alten Bundesgesundheits surveys darstellt.

Oft wird auch eine Veränderung des ärztlichen Diagnoseverhaltens als Hintergrund des Anstiegs der psychischen Erkrankungen im AU-Geschehen diskutiert. Dass die Erkennensrate psychischer Störungen in der hausärztlichen Versorgung häufig unzureichend ist, wurde in mehreren Studien gezeigt (z. B. Kratz et al. 2003; Wittchen et al. 1999). Dies hängt vor allem damit zusammen, dass depressive Patienten meist unspezifische Beschwerden schildern und die Hausärzte dann keine störungsspezifische Diagnostik verfolgen. Studien aus dem angelsächsischen Raum zeigen eine Verbesserung der Erkennensrate von Depressionen in den vergangenen Jahrzehnten (Katon et al. 2004). Neuere Studien aus Deutschland zeigen im Vergleich zu früheren Arbeiten ebenfalls einen Trend zur verbesserten Erkennensrate psychischer Störungen (Jacobi et al. 2002). Da diese Studien nicht repräsentativ angelegt sind, ist diesbezüglich kein abschließendes Urteil möglich. Dennoch ist nach aktuellem

Stand der Datenlage anzunehmen, dass der Anstieg der psychischen Erkrankungen im AU-Geschehen auch auf eine verbesserte ärztliche Diagnostik zurückzuführen ist.

Außerdem ist ein Wechsel der diagnostischen Zuordnung der Patientenbeschwerden wahrscheinlich. Der Anstieg der psychischen Erkrankungen geht mit einem Rückgang bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen oder den Verletzungen bis 2006 einher. Der Rückgang des Anteils der Muskel-Skelett-Erkrankungen ist dabei besonders interessant. Diese Erkrankungsgruppe besteht in etwa zur Hälfte aus Krankheiten des Rückens und der Wirbelsäule. Von den Erkrankungen des Rückens macht die Diagnose „Rückenschmerzen“ (ICD-10 M54) wiederum ca. die Hälfte aus, was z. B. bei der TK 2008 zu 60 AU-Tagen/100 VJ führte (im Vergleich zu 151 AU-Tagen/100 VJ durch psychische Erkrankungen). Die TK berichtet über einen Rückgang dieser Diagnosen von 2000 bis 2004, seitdem ist die AU-Zahl durch diese Diagnose konstant bzw. steigt minimal an (die Diagnosegruppe wird nicht in allen Gesundheitsreporten berichtet). Zwischen unspezifisch-chronischen Rückenbeschwerden und psychischen Erkrankungen – vor allem Depressionen – besteht ein starker Zusammenhang. Wenn nun ein Teil der Zunahme der Depressionsdiagnosen auf einen Diagnosewechsel von „unspezifischen Rückenschmerzen“ zurückzuführen ist, spricht dies für eine sich bessernde Qualität der ambulanten Versorgung und hat für den betroffenen Menschen die Konsequenz, dass daraus eine prognostisch günstigere Behandlung abgeleitet werden kann.

Thematisiert wird auch, dass eine geringere Tabuisierung von psychischen Problemen in der Gesellschaft ein verändertes Diagnoseverhalten beeinflusst. Der aktuelle Stand der Wissenschaft lässt auch hier keine abschließende Beantwortung dieser Frage zu. Studien zur Stigmatisierung psychisch kranker Menschen zeigen (mit Ausnahme einiger städtischer Regionen, in denen Antistigma-Projekte durchgeführt wurden) entgegen der weitläufigen Meinung keinen einheitlichen Trend zu einer diesbezüglich „offeneren“ Gesellschaft (Angermeyer et al. 2009).

Letztlich ist zu berücksichtigen, dass der Anteil von 3,9 bis 5,8 Prozent der AU-Fälle angesichts der Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen von 32,1 Prozent der Bevölkerung (Wittchen & Jacobi, 2001) noch moderat ausfällt. Auch bei Depressionen, die im Bundesgesundheitsurvey mit einer Jahresprävalenz von 8,3 Prozent hochge-

rechnet werden, zeigt sich mit 1 bis 1,6 Prozent der AU-Fälle ein ähnliches Verhältnis. Interessanterweise bewegen sich die Prävalenzschätzungen psychischer Erkrankungen aus den ambulanten Diagnosen der Krankenkassen trotz unterschiedlicher Erhebungsmethodik in einer sehr ähnlichen Größenordnung.

4 Psychologische und soziokulturelle Einflüsse auf Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsbedingungen beeinflussen psychische Gesundheit

Zur Erfassung psychisch belastender Arbeitsbedingungen haben sich zwei theoretische Modelle empirisch behauptet. Das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek & Theorell (1990) prognostiziert eine hohe psychische Belastung, wenn hohe Anforderungen (z. B. Komplexität der Aufgaben, Verantwortung) in Verbindung mit geringem Einfluss/Kontrolle (u. a. Entscheidungsspielraum bezüglich der Tätigkeiten und Tätigkeitsabläufe) auftreten. Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist (2002) postuliert, dass ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher „Verausgabung“ und als Gegenwert erhaltener Belohnung zu Stressreaktionen führt. Dabei ist mit „Belohnung“ Gehalt, menschliche Wertschätzung, beruflicher Status, Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit und eine ausbildungsadäquate Beschäftigung gemeint. In einer Metaanalyse prospektiver Längsschnittstudien konnte Siegrist (2008) den Einfluss arbeitsbedingter Belastungen auf die Entwicklung psychosomatischer Beschwerden nachweisen.

Eine von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geförderte Studie (Rau et al. 2010) zeigt darüber hinaus, dass eine objektiv festgestellte höhere Arbeitsintensität (z. B. Zeitdruck, Störungen des Arbeitsablaufs, wenig Möglichkeiten, Aufgaben an andere zu delegieren) mit einem höheren Risiko einer Depression bzw. Depressivität einhergeht. Der objektiv festgestellte Entscheidungsspielraum der Angestellten hatte diesbezüglich keinen signifikanten Einfluss, die subjektive Wahrnehmung des Entscheidungsspielraumes allerdings ging wieder mit einem erhöhten Depressionsrisiko einher. In ähnlicher Weise ergab eine schwedische Studie (Waldenström et al. 2008) einen Einfluss ungünstiger (objektiv festgestellter) Arbeitsabläufe und mangelnder sozialer Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten auf die Häufigkeit von Depressionen. Darüber hinaus werden in anderen Studien Einflüsse mangelnder sozialer Unterstützung im Team, Diskrepanzen zwischen Arbeitsanforderungen und Fertigkeiten der Arbeitnehmer oder organisationale Ungerechtigkeiten mit der Entwicklung von Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht.

Ulich (2008) argumentiert wie viele andere Autoren, dass die Veränderungen der Arbeitswelt in den letzten Jahren in Richtung wissensintensiver Dienstleistungsberufe mit Erhöhung von Zeitdruck und Komplexität der Aufgaben und einer parallel erfolgenden Abnahme von Arbeitsplatzsicherheit zumindest teilweise die Häufung von Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen erklären. Dies ist nachvollziehbar, da beispielsweise Angestellte im Gesundheitswesen, Wächter/Aufseher, Kontrolleure oder Telefonisten im Sinne der beiden beschriebenen Modelle vergleichsweise hohen psychischen Beanspruchungen ausgesetzt sind. Daraus müsste sich ein Anstieg der wahren Prävalenz psychischer Erkrankungen ergeben. Die Zunahme des Anteils psychischer Erkrankungen im AU-Geschehen würde danach eine reale Zunahme psychischer Erkrankungen abbilden.

Die genannten Studien belegen den Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Entstehung psychischer Erkrankungen. Dabei ist es jedoch schwierig, Größe und Tragweite dieses Einflusses abzuschätzen. Die gängigen Ätiologiemodelle psychischer Erkrankungen gehen von einem „biopsychosozialen“ Modell aus. Das heißt, dass die Wechselwirkung aus biologischen (z. B. genetischen), psychischen (Persönlichkeitsstile, habituelle Muster der Beziehungsgestaltung und Konfliktbewältigung, Attributionsstile, soziale Kompetenzen usw.) und sozialen Faktoren (d. h. gesellschaftliche oder kulturelle Einflüsse, wie beispielsweise familiäre oder berufliche Konstellationen) eine bedeutende Rolle spielt. Dafür sprechen die eher leicht bis moderat ausgeprägten Effekte in den Metaanalysen von Siegrist (2008). In der Studie von Waldenström et al. (2008) spielten auch finanzielle Schwierigkeiten, kritische Lebensereignisse oder vorangehende psychische Erkrankungen bei der Entwicklung von Depressionen eine Rolle. Eine präzise Abwägung der einzelnen Anteile ist aufgrund der Interaktion kaum möglich. Die Stärke des Einflusses der Arbeit auf psychische Erkrankungen könnte auch unterschätzt werden, denn kritische Lebensereignisse (z. B. Scheidung) hängen oft mit beruflichen Belastungsfaktoren zusammen (z. B. Wohnortwechsel nach Verlust des Arbeitsplatzes).

Arbeitslosigkeit gefährdet psychische Gesundheit

Bei der Auswirkung von Arbeitslosigkeit auf psychische Beschwerden ist die wissenschaftliche Datenlage eindeutig. Zahlreiche Studien zeigen mindestens doppelt so

häufige psychische Erkrankungen wie bei Erwerbstätigen. Ein Großteil der gehäuften AU-Diagnosen bei Arbeitslosen bildet somit reale Unterschiede ab. Eine Metaanalyse von 87 längsschnittlichen Studien konnte zeigen, dass die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen deutlich stärker ausgeprägt sind als der Effekt, dass psychisch kranke Menschen ihre Arbeit verlieren. (Paul & Moser 2009). Arbeitslosigkeit kann somit als gravierendes Risiko für die psychische Gesundheit angesehen werden. Als Moderatorvariablen spielen hier vor allem das Geschlecht, die Dauer der Arbeitslosigkeit und die Berufsgruppe eine Rolle.

Etablierte Modelle der Arbeitspsychologie führen den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der Entwicklung psychischer Erkrankungen auf die Deprivation von Grundbedürfnissen, wie Zeitstruktur, Sozialkontakt, kollektive Zielsetzungen, Status sowie Aktivität, zurück (Jahoda, 1982). Eine weitere Metanalyse von Paul & Moser (2006) verweist auf die zusätzliche Bedeutung von „Inkongruenzerleben“ bei Arbeitslosen. Die meisten arbeitslosen Menschen messen demnach in ihrem persönlichen Wertesystem einer Erwerbstätigkeit eine ähnlich hohe Bedeutung zu wie Erwerbstätige. Aus klinisch-psychologischer Forschung ist bekannt, dass solche „Inkongruenzen“ auf Dauer zu psychischen Beeinträchtigungen führen bzw. führen können (Grawe, 2000).

Differenzierte Betrachtung regionaler Unterschiede erforderlich

In Stadtstaaten besteht im Vergleich zu Flächenstaaten ein höherer Anteil an Dienstleistern, für die ein erhöhter Krankenstand durch psychische Erkrankungen diskutiert wird. Zudem dürften unterschiedliche Arbeitslosigkeitsanteile einen Effekt haben, der sich eventuell bei dem relativ geringen Krankenstand in Baden-Württemberg oder Bayern niederschlägt.

Darüber hinaus gibt es Hinweise aus dem Bundesgesundheitsurvey (Wittchen & Jacobi, 2001), dass in den neuen Bundesländern psychische Erkrankungen tatsächlich seltener auftreten als in den alten. Wahrscheinlich spielen auch unterschiedliche Traditionen und Kenntnisse in der Diagnostik der Krankheitsbereiche eine Rolle. Dabei könnte auch von Bedeutung sein, dass es in städtischen Regionen eventuell weniger tabuisiert ist, über psychische Probleme zu sprechen, als in ländlichen Regio-

nen. Außerdem liegt die Überlegung nahe, dass das AU-Geschehen von der regionalen Versorgungsdichte beeinflusst wird, denn in den Stadtstaaten korreliert eine hohe Versorgungsdichte mit überdurchschnittlich hohen AU-Zeiten. Mit dieser Argumentation nicht konform geht die Tatsache, dass Bremen eine ähnlich hohe Versorgungsdichte aufweist wie Hamburg oder Berlin, jedoch eher durchschnittliche AU-Anteile psychischer Erkrankungen dokumentiert werden. Teilweise wird eine angebotsinduzierte Nachfrage auch spezifisch auf das Versorgungsangebot durch Psychologische Psychotherapeuten zurückgeführt. Da das SGB V Psychologischen Psychotherapeuten nicht die Befugnis erteilt, AU-Bescheinigungen auszustellen, kann hier bestenfalls ein indirekter Zusammenhang bestehen – vielleicht in Richtung eines Klimas geringerer Stigmatisierung oder Tabuisierung psychischer Erkrankungen.

5 Schlussfolgerungen

Detailanalysen notwendig

Die Vielfältigkeit psychischer Erkrankungen macht eine Analyse der unterschiedlichen Erkrankungsgruppen unverzichtbar. Die im Ergebnisteil beschriebenen erheblichen regionalen und branchen-/berufsgruppenspezifischen Differenzen könnten, würden sie auf der Ebene der unterschiedlichen psychischen Erkrankungsgruppen analysiert, wesentliche Ansatzpunkte für spezifische Versorgungskonzepte oder Gesundheitsförderung bieten.

Die Verläufe der Prävalenzen über die Jahre bilden bei Krankenkassen zwar den gleichen Sachstand ab. Hinsichtlich des Vergleichs der Angaben zwischen den Krankenkassen muss aber bedacht werden, dass ein Teil der Varianz auf unterschiedliche Darstellungsmethoden zurückgehen kann. Der Erkenntnisgewinn würde sich mit einer diesbezüglichen Vereinheitlichung verbessern. Dies betrifft als erstes die Grundpopulation. Beispielsweise könnte als verbindlicher Standard festgelegt werden, in den Reporten die Angaben zu allen Erwerbspersonen und die Angaben von pflichtversicherten Erwerbstätigen aufzuführen. Dabei sollten AU-Tage und AU-Fälle/100 VJ sowie die Betroffenenquote berichtet werden. Zusätzlich könnte definitorisch festgelegt werden, nur Erstdiagnosen auszuwerten und sich verbindlich auf eine nach Alter und Geschlecht gewichtete Standardpopulation eines spezifizierten Jahres zu beziehen. Besonders erschwert ist der kassenübergreifende Vergleich unterschiedlicher Branchen und Berufsgruppen.

Verbesserung der Diagnostik möglich

Aus wissenschaftlicher Sicht ist ein weiterführender Abgleich der Krankenkassendaten mit standardisierten epidemiologischen Angaben auf diesem Niveau sinnvoll. Bei den AU- und ambulanten Diagnosen fällt neben einem hohen Anteil an Diagnosen ohne präzise vierstellige Zuordnung auch der Anteil an Diagnosen aus Kapiteln des ICD-10 auf, die in wissenschaftlich-epidemiologischen Untersuchungen nicht gebräuchlich sind (z. B. F48.x „Andere neurotische Störungen“). Analysen aus anderen Ländern lassen darauf schließen, dass sich andere psychische Erkrankungen – vor allem Depressionen – hinter der F48.x-Zuordnung verbergen (z. B. Kleinman, 1982).

Die voraussichtlich zum 01.07.2010 gültigen ambulanten Kodierrichtlinien kombiniert mit Fortbildungen könnten zu einer Erhöhung der Reliabilität der AU-Diagnosen beitragen. Darüber hinaus sollte die Anpassung des ärztlichen Diagnosesystems an wissenschaftliche Standards erwogen werden. Dies könnte sich mit der geplanten Einführung des ICD-11 ergeben.

Ansatzpunkte für Versorgungspolitik erkennbar

Die arbeitspsychologischen Modelle bieten in Kombination mit den empirischen Befunden einen guten theoretischen Rahmen für die Optimierung der Arbeitsbedingungen. Erfahrungen mit der Humanisierung der Arbeitswelt im industriellen Sektor (Massenfertigung) sollten auf den Dienstleistungsbereich übertragen werden. Aus den Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen leiten sich auch Ansätze für die Prävention psychischer Erkrankungen in den Betrieben ab. Nach dem Modell von Siegrist (2002) beispielsweise könnte eine hohe persönliche Disposition zu beruflicher „Verausgabung“ zur Entwicklung psychischer Erkrankungen führen. Gezielte Trainings oder Therapien in diesbezüglichen „Hochrisikobranchen“, die helfen, die „berufliche Verausgabung“ auf ein Normalmaß zu reduzieren bzw. den subjektiven Handlungsspielraum zu erweitern, könnten zu einer Verringerung des Krankenstandes beitragen.

Das Engagement für betriebliche Gesundheitsförderung gehört vor diesem Hintergrund in das Angebotsportfolio einer „Versorgerkasse“. Der betrieblichen Prävention sind jedoch Grenzen gesetzt, auch weil maßgebliche Risiken für die psychische Gesundheit der Erwerbstätigen außerhalb des beruflichen Bereichs liegen. Daher kommt es auch darauf an, die Grenzen betrieblicher Gesundheitsförderung zu erkennen und psychisch kranken Menschen einen niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem anzubieten. Ein Projekt zur integrierten Versorgung, in dem mehrere der genannten Aspekte kombiniert werden, wird aktuell an der Universität Mainz durchgeführt. Dabei erhalten von Arbeitsunfähigkeit bedrohte Menschen eine Kombination aus zwischenmenschlicher Konfliktschulung im beruflichen Kontext und störungsspezifischer Psychotherapie (www.klinische-psychologie-mainz.de).

Notwendig ist auch, die Kooperation zwischen Krankenkassen und der Agentur für Arbeit auszubauen, um Beziehern von Arbeitslosengeld mehr Optionen zu bieten, ihre psychische Gesundheit zu erhalten bzw. ihnen einen niedrigschwelligen Zugang zum Versorgungssystem zu eröffnen, wenn psychische Erkrankungen eingetreten sind. Die aktuellen Maßnahmen für Arbeitslose sollten aus den o. a. Befunden Konsequenzen ziehen. Speziell bei schwer vermittelbaren Langzeitarbeitslosen muss der Anteil von Inhalten, die darauf abzielen, die Menschen zu motivieren, sich bei der Jobsuche noch mehr anzustrengen, individuell in Abhängigkeit von den realen Arbeitsmarktchancen justiert werden, denn diese können die Inkongruenz mit der aktuellen Arbeitslosigkeit noch verstärken mit den bekannten psychischen Folgen.

In Zeiten eines verstärkten Wettbewerbs der Krankenkassen – auch um die Marke „Versorgerkasse“ – ist davon auszugehen, dass die Kassen ihr Leistungs- und Versorgungsmanagement mit Blick auf psychische Erkrankungen verstärken werden und – wie die Analyse gezeigt hat – auch sollten. Die Nationale Versorgungsleitlinie Depression bietet eine multiprofessionell entwickelte, evidenzbasierte Blaupause für innovative Versorgungsansätze. Vor allem jedoch gibt die Nationale Versorgungsleitlinie Depression Patienten und Versicherten Kriterien an die Hand, mit denen sie überprüfen können, inwieweit Versorgungsangebote ihrer Krankenkasse unter Evidenzgesichtspunkten empfehlenswert sind.

6 Literatur

Badura B et al. (Hrsg. 2005, 2006, 2007, 2008, 2009). Fehlzeiten-Report. Heidelberg: Springer.

Die Reporte der anderen Krankenkassen sind im Internet verfügbar: www.bkk.de; www.dak.de; www.barmer-gek.de; www.tk-online.de.

Ergänzende Literatur

Angermeyer MC, Holzinger A & Matschinger H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry*. 2009 May;24(4):225-32.

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Härter M; Bermejo I; Schneider F; Gaebel W; Niebling W & Berger M (2003) Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement in der Versorgung depressiver Patienten. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 97, Supplement IV, 9-15.

Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, H.-U. (2002). Prävalenz, Erkennens und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt* (73), 651–658.

Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Karasek RA, Theorell T (1990) *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.

Katon, W. J., J. Unutzer, et al. (2004). "Treatment of depression in primary care: where we are, where we can go." *Medical Care* 42(12): 1153-7.

Kleinman A.(1982). Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Cult Med Psychiatry*. 1982 Jun;6(2):117-90.

Kratz, S., Harter, M., Bermejo, I., Berger, M., Schneider, F. & Gaebel, W. (2003). Reason for encounter and diagnosis of depression in patients in general practice. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*, 97 Suppl 4, 50-56.

Paul KI & Moser K (2006). Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 79, 595–621.

Paul KI & Moser K (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 74 264–282.

Rau, R., Morling, K. & Rösler, U. (2010). Is there a relationship between major depression and both objective assessed and perceived job demand and job control? *Work and Stress*, 24, 1-18.

Richter, D., Berger, K. & Reker, T. (2008) Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*.

Rief, W. (2003) *Somatoforme Störungen* In H. Reinecker: *Lehrbuch der klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Siegrist, J. (2002). Effort-reward Imbalance at Work and Health. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Hrsg.), *Research in Occupational Stress and Well Being, Historical and Current Perspectives on Stress and Health*, Vol. 2 (S. 261-291). New York: JAI-Elsevier.

- Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2008) 258 [Suppl 5]:115–119
- Spector PE, Zapf D, Chen PY & Frese M (2000). Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: don't throw out the baby with the bath water. *J. Organiz. Behav.* 21, 79-95.
- Ulich E (2008). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. In: BDP (Hrsg.) *Psychologie Gesellschaft Politik : Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland*. Berlin: BDP.
- Waldenström K, Ahlberg G, Bergman P, Forsell Y, Stoetzer U, Waldenström M & Lundberg I (2008). Externally assessed psychosocial work characteristics and diagnoses of anxiety and depression. *Occup Environ Med* 2008;65:90–97
- Wittchen HU, Schuster P, Pfister H, Gander F & Müller N (1999). Warum werden Depressionen häufig nicht erkannt und selten behandelt. *Nervenheilkunde* 18, 210-217.
- Wittchen HU & Jacobi F (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2001 44:993–1000.