

Praxis

Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation

28. Jahrgang, Heft 2-2015 (96)

Themenschwerpunkt:

Arbeitsbelastungen, Krankheitsentwicklung und Interventionskonzepte

M. Zielke, S. Leidig, J. Schwickerath (Hrsg.)

- | | | |
|-----|---|---|
| 83 | Editorial
<i>Manfred Zielke, Stefan Leidig,
Josef Schwickerath</i> | Separata |
| 84 | Psychische Störungen in der Arbeitswelt: Qualitätsaspekte der Betrieblichen Prävention
<i>Stefan Leidig</i> | 140 Partizipation von Kindern und Jugendlichen: Begriffsbestimmung und Bedeutung für die psychosoziale Entwicklung
<i>Malin Butschkau, Fritz Haverkamp, Christian Zwingmann</i> |
| 97 | Konflikte in der Arbeitswelt – am Beispiel von chronischem Stress, Burnout, Mobbing – und Lösungsansätze
<i>Josef Schwickerath</i> | 150 Aktivitätseinschränkungen bei depressiven Patienten mit körperlichen Erkrankungen – eine qualitative Studie zu Absichtsbildung und Absichtsumsetzung
<i>Miriam Rüsck, Lena Violetta Krämer, Almut Wiebke Helmes, Jürgen Bengel</i> |
| 112 | Mütter im Spagat – Wie sich Veränderungen der Lebens- und Arbeitswelt auf Müttergesundheit auswirken
<i>Carola Bury</i> | 160 Ja geht's denn noch? – Die epidemiologische Forschung zu psychischen Erkrankungen auf der Basis von Krankheitsartenstatistiken der Krankenkassen außer Rand und Band
<i>Manfred Zielke, Matthias Stapel</i> |
| 122 | Die Bedeutung multiprofessioneller Teamarbeit für die erfolgreiche Umsetzung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation: Eine Einzelfallstudie
<i>Betje Schwarz, Désirée Herbold, Marco Streibelt</i> | 178 Ankündigung |
| 131 | Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Orthopädie – Behandlungsergebnisse bei insgesamt 464 Patienten
<i>Hans-Leo Schumacher</i> | 179 Buchbesprechung:
Claas H. Lammers (2015): Psychotherapie mit narzisstisch gestörten Patienten – Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Ansatz
<i>Bernd Ubben</i> |

Ja geht's denn noch? – Die epidemiologische Forschung zu psychischen Erkrankungen auf der Basis von Krankheitsartenstatistiken der Krankenkassen außer Rand und Band

Manfred Zielke¹, Matthias Stapel²

¹ Baltic Bay Clinical Consulting, Mönkeberg

² Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer

Kurzfassung

Hintergrund: Die epidemiologische Forschung zu psychischen Erkrankungen in Deutschland ist außer Rand und Band. Die proklamierte Zunahme psychischer Erkrankungen ist ungefiltert in die öffentliche und wissenschaftliche Meinungsbildung eingedrungen, ohne dass bislang belastbare Nachweise für die Richtigkeit dieser Behauptungen vorgelegt wurden.

Material und Methoden: Es wird untersucht, ob die Datenbasis der von den Krankenkassen veröffentlichten Krankheitsartenstatistiken zuverlässige Informationsquellen für das behauptete Anwachsen der Neuerkrankungen bei psychischen Erkrankungen darstellen.

Ergebnisse: Das Auswertungsrationale der Krankenkassen führt zu der irreführenden Annahme einer Zunahme von Neuerkrankungen. Dabei sind die ausgewerteten AU-Fälle und deren Zunahme keine Krankheitsfälle im Sinne von Neuerkrankungen, sondern lediglich Krankheitsereignisse oder gar Mehrfachereignisse bei identischen Versicherten innerhalb eines Jahres. Gerade bei psychischen Erkrankungen müssen wir von einem multiplen Krankheitsgeschehen ausgehen. Ohne eine Mitnahme personenbezogener Identifikationen von Krankheitsereignissen kommt es seit Jahren durch Mehrfachzählungen zu dem irreführenden Bild einer nur scheinbaren Explosion der Neuerkrankungen.

Die Anzahl der Neuerkrankungen ist offensichtlich nach aktuellen Veröffentlichungen weitgehend konstant. Wir haben es eher mit einem Rückgang von kurzdauernden AU-Fällen und einer gleichzeitigen Zunahme längerdauernder Krankheitsfälle zu tun. Eine solche Entwicklung würde auch das Anwachsen der AU-Tage insgesamt erklären. Aufgrund der administrativen Konventionen und der Datenqualität der Krankenkassen sind Angaben zu den Neuerkrankungen so nicht haltbar, irreführend und falsch!

Kritische Versorgungsforscher sprechen gar von einer „gefühlten“ Zunahme psychischer Störungen, die offenbar etwas anderes abbildet als eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen.

Schlüsselwörter

Psychische Erkrankungen

Neuerkrankungen

Fehleinschätzungen

1 Problemstellungen

Informationsmanagement

Auf dem Hintergrund zweier wichtiger Entwicklungen in der Arbeitswelt und im Handlungswissen: (1) „Verwissenschaftlichung

und wissenschaftsbasierte Arbeit: Von der (industriellen) *Erfahrungs-* zur (postindustriellen) *Wissens-* bzw. *Wissenschaftsgesellschaft*“ und der (2) „Digitalisierung, Globalisierung mit der Entstehung einer *Netzwerkgesellschaft*“ erhalten wir immer mehr Informationen über alle möglichen Lebens- und

Ereignisbereiche und müssen rasch zwischen wichtigen und unwichtigen Informationen unterscheiden und sind in der Regel kaum in der Lage, die Richtigkeit einzelner Datenbereiche zu beurteilen, noch können wir die Stringenz der Datengewinnung im Einzelfall nachvollziehen oder gar überprüfen. Dieses gilt ganz besonders für das Gesundheitssystem und für Gesundheitsdaten. Erscheint uns eine Datenquelle als glaubwürdig und plausibel, werden die damit verbundenen Kernaussagen ungeprüft übernommen und weitergetragen. Wenn verschiedene gesellschaftliche Gruppen dieses Handlungswissen übernehmen, entsteht eine „konsentiertere“ Meinung, die dann kaum mehr auf ihre Belastbarkeit überprüft wird. Wenn viele Akteure dies tun, erhöht sich die angenommene Glaubwürdigkeit der Ergebnisse.

„Die Wahrheit ist die Meinung, worauf man sich geeinigt hat.“

Dieser Prozess der Meinungsbildung wird noch verstärkt, wenn die Ergebnisse den eigenen „Stakeholderinteressen“ dienlich sein können.

Konsentiertere Meinung: „Psychische Krankheiten nehmen dramatisch zu“

Es vergeht kaum eine Woche, in der die konsentiertere Meinung über die Zunahme psychischer Erkrankungen nicht als Begründung für die vielfältigsten sozialmedizinischen,

psychosozialen oder psychotherapeutischen Aktivitäten erhalten muss. Nahezu keine gesellschaftliche Gruppe ist davon ausgespart.

Eine wissenschaftlich begründete angewandte Versorgungsforschung ist ein riskantes Unterfangen, wenn sich in der jeweiligen „Versorgungsszene“ eine konsentiertere Meinung über Versorgungsprozesse und Versorgungsmängel gebildet hat, die als Grundlage für Forderungen zur Versorgungsoptimierung dienen sollen. Davon abweichende wissenschaftliche Ergebnisse werden weitgehend ignoriert, wenn nicht gar ausgegrenzt. Auch für die diversen Medien sind anderslautende Ergebnisse nicht von besonderem Interesse: „Nur schlechte Nachrichten sind gute Nachrichten“.

Ein anschauliches und aus einer fachlichen Perspektive entsetzliches Bild der auf „wissenschaftlicher“ Basis erstellten Meinungsbildung und Verlautbarungen liefern die in Tabelle 2 ausschnitthaft skizzierten Positionierungen der Krankenkassen. Die in Tabelle 2 zusammengestellten Formulierungen der KK suggerieren, dass psychische Erkrankungen die dritthäufigste Ursache für eine Krankschreibung seien. Diese Aussage wird getroffen auf der Basis der errechneten Krankheitstage. Die Aussage als „dritthäufigste Diagnose“ erweckt den Anschein, als ob auch die Krankheitsfälle an dritthäufigster Stelle in Erscheinung treten.

Wie verändert sich die Arbeitswelt und das Handlungswissen im 20./21. Jahrhundert?
Zwei bedeutsame Entwicklungstrends: – Verwissenschaftlichung und wissenschaftsbasierte Arbeit: Von der (industriellen) Erfahrungsgesellschaft zur (postindustriellen) Wissens- bzw. Wissenschaftsgesellschaft – Digitalisierung, Globalisierung und die Entstehung der Netzwerkgesellschaft
Folgen für das Handlungswissen
– Wir erhalten immer mehr Informationen über alle möglichen Lebens- und Ereignisbereiche und müssen rasch zwischen wichtigen und unwichtigen Informationen unterscheiden. – Wir sind in der Regel nicht in der Lage, die Richtigkeit einzelner Datenbereiche zu beurteilen noch können wir die Stringenz der Datengewinnung im Einzelfall nachvollziehen oder gar überprüfen.
Dieses gilt ganz besonders für das Gesundheitssystem und für Gesundheitsdaten.
– Erscheint uns eine Datenquelle als glaubwürdig und plausibel, werden die damit verbundenen Kernaussagen ungeprüft übernommen und weitergetragen. – Wenn verschiedene gesellschaftliche Gruppen dieses Handlungswissen übernehmen, entsteht eine „konsentiertere“ Meinung, die dann kaum mehr auf ihre Belastbarkeit überprüft wird. Wenn viele Akteure dies tun, erhöht sich die angenommene Glaubwürdigkeit der Ergebnisse.
„Die Wahrheit ist die Meinung, worauf man sich geeinigt hat.“ – Dieser Prozess der Meinungsbildung wird noch verstärkt, wenn die Ergebnisse den eigenen „Stakeholderinteressen“ dienlich sein können.
Konsentiertere Meinung „Psychische Krankheiten nehmen dramatisch zu“

Tabelle 1

Wie bewältigen wir die Flut wissenschaftlich generierter Daten?

Tabelle 2

Verlautbarungen von Krankenkassen (hier BKK und BPtK) zur Dramatik der Entwicklung psychischer Erkrankungen im Krankheitsgeschehen

„Psychische Störungen sind die dritthäufigste Ursache für Krankschreibung“ Bundesverband 2012
<p>2011 waren die häufigsten Erkrankungen, die Krankheitstage verursachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Muskel- und Skeletterkrankungen: 26,3 Prozent – Atemwegserkrankungen: 14,4 Prozent – psychische Störungen: 13,2 Prozent – Verletzungen: 13,0 Prozent <p>Psychische Störungen rückten damit auf den dritten Platz vor. 2010 lagen sie noch auf dem vierten Platz der Ursachen für eine Krankschreibung.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 2011 verursachten psychische Störungen 213 Krankheitstage bezogen auf 100 Beschäftigte – der höchste Wert in 30 Jahren Berichterstattung. 2010 waren es noch 178 Tage. – Damit ging jeder achte Krankheitstag auf psychische Störungen zurück. – Beschäftigte mit seelischen Leiden waren im Durchschnitt 37 Tage krankgeschrieben – die längste Zeit unter allen Erkrankungen. – Die Anzahl der Krankheitstage infolge psychischer Störungen stieg bei Männern 2011 um 20 Prozent an, bei Frauen um 18 Prozent.
<p>2011 waren psychische Störungen die dritthäufigste Krankheitsursache. Damit gingen so viele Krankheitstage wie noch nie in der 30-jährigen Berichterstattung auf psychische Störungen zurück</p>
<p>Psychische Erkrankungen: Steigende Zahlen bei Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung (Bundespsychotherapeutenkammer Newsletter 1-2014)</p> <p>„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“ (BKK Gesundheitsatlas 2015, S. 15)</p>

Grundlage der administrativen Daten der Krankenkassen

Krankenkassen sammeln und speichern Krankheitsdaten ihrer Versicherten und der mitversicherten Familienangehörigen, um ihren gesetzlichen Auftrag zu erfüllen: Informationen zur Dauer von Krankheitsprozessen zur Feststellung, ab welchem Zeitpunkt ein Krankengeldanspruch besteht und ob nach längeren Krankheitsverläufen eine entsprechende Aussteuerung erfolgen kann. Zu diesen Zwecken erhalten sie bei Erwerbstätigen die jeweiligen Krankmeldungen mit ei-

ner Auflistung von einer bis zu fünf Diagnosen. Die mathematische Logik besagt, dass seltene Krankheiten mit jeweils längeren Krankheitsdauern relativ viele Krankheitstage verursachen können.

Diese Daten werden vorrangig erfasst, um die Kostenstruktur der jeweiligen Versichertenpopulation für das aktuelle Jahr und für das (die) Folgejahr(e) zu ermitteln.

Die daraus berechneten Trendanalysen sind die Grundlage für die zukünftigen Etatplanungen.

Hierbei muss unterschieden werden zwischen den Krankheitsfällen, der Krankheits-

Tabelle 3

Datengrundlage der Krankheitsartenstatistiken

<p>Krankheitsfälle: Bei erwerbstätigen Arbeitnehmern tritt ein Krankheitsfall in Erscheinung, wenn eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt.</p>
<p>Krankheitsdauer je Fall: Vermerkt werden der Beginn und das Ende des jeweiligen AU-Falles. Bei den Bezugsgrößen ist zu unterscheiden, ob sich die Angaben auf die „AU-Dauer je AU-Fall“ oder auf die „AU-Dauer je Patientenfall“ beziehen.</p>
<p>Krankheitstage: Die Auswertungen der Krankheitstage beruhen auf den in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen angegebenen Dauern je Krankheitsfall. Krankheiten mit relativ geringen Fallhäufigkeiten können z. B. wegen langer Krankheitsdauern je Fall in ihrer Bedeutung im Krankheitsgeschehen zunehmen. Umgekehrt verlieren Krankheiten mit häufigen Krankheitsfällen an Bedeutung, wenn die Krankheitszeiten je Fall relativ kurz ausfallen.</p>
<p>Krankengeldzahlung durch die KK: In der Regel erfolgt im Krankheitsfall eine Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber bis zum 42. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit und ab dem 43. Tag erfolgt die Auszahlung von Krankengeld durch die KK. Krankheitsfälle mit regelmäßig langen AU-Zeiten führen zu erheblichen finanziellen Leistungsausgaben der KK.</p>

dauer je Fall, den entstandenen Krankheitstagen und den Krankengeldzahlungen durch die KK.

Krankheitsgruppen mit häufigen Krankheitsfällen (wie z.B. Atemwegserkrankungen) stehen bei den AU-Fällen immer an erster Stelle; wegen der eher kurzen Dauer je Krankheitsfall (7 bis 10 Tage) verursachen sie demzufolge weniger Krankheitstage und nur selten Krankengeldzahlungen. Mit einer zunehmenden Krankheitsdauer je Fall ergeben sich mehr Krankheitstage auch bei geringerer Anzahl der Krankheitsfälle. Auswertungen von Zielke et al. (2004 S. 139) zeigten, dass 45% aller Krankheitsfälle innerhalb einer Woche beendet werden; daraus resultieren jedoch lediglich 4,5% aller in einem Jahr entstandenen AU-Tage. Erkrankungen, die mindestens 12 Wochen dauern (das sind 2004 14%), verursachten hingegen 77% aller AU-Tage. Dieses Beispiel macht deutlich, wie differenziert und wie kritisch die einzelnen Kriterien bewertet werden müssen (müssten).

Bei Versuchen, Vergleiche im Krankheitsgeschehen zwischen verschiedenen Krankenkassen durchzuführen, stößt man auf das Problem, dass die Referenzkriterien einzelner Krankenkassen keine direkten Vergleiche ermöglichen (Tabelle 4). Teilweise beziehen sie sich auf 100 Versicherungsjahre oder auf 100 Versicherte oder auf 1000 Versicherte oder als relative Veränderung ab einem kassenspezifischen Indexjahr, das z.B. bei den AOK's für das Jahr 1999 festgelegt wurde. Für eine fiskalische Bewertung des Krankheitsgeschehens sind dies sicher zulässige Kriterien, wenn die Kasse Anhaltspunkte über die Ausgabenentwicklung in einzelnen Abrechnungsjahren gewinnen möchte. Vergleiche zwischen verschiedenen Krankenkassen sind auf dieser Basis nicht möglich (beabsichtigt ?).

2 Methodik und Zielsetzung

Zunächst gilt es zu untersuchen, wie die Daten der Krankheitsartenstatistiken der einzelnen Krankenkassen zustande kommen und ob sie nicht erheblichen Bewertungsfehlern unterliegen. Bei der Bewertung und Analyse von Krankheitsereignissen gilt es deshalb einzelne Kriterien separat zu untersuchen: Die Anzahl der Krankheitsfälle, die Dauer je Krankheitsfall und die dadurch entstandenen Krankheitstage. Ferner muss berücksichtigt werden, ob die Krankheitsfälle Patientenfälle

Krankenkasse	Referenzkriterien
DAK Gesundheit	AU-Tage pro 100 Versicherungsjahre (Vj)
	AU-Tage je 100 Versicherte
TK	AU-Tage je Versicherungsjahr (Vj)
	AU-Tage je 100 Versicherungsjahre (Vj)
AOK	AU-Veränderungen in % seit einem Indexjahr
	AU-Tage je 1000 Mitglieder

Tabelle 4

Referenzkriterien zum Krankheitsgeschehen verschiedener Krankenkassen

sind (also mehrere Krankheitsfälle eines/einer Versicherten wegen identischer Erkrankungen) oder lediglich anonyme Krankheitsereignisse ohne Versichertenzuordnung. Erst, wenn man diese Kriterien unter Mitnahme der jeweiligen Versichertennummern über mehrere Jahre verfolgt, wäre es zulässig, von Trends oder Auf- und Abwärtsentwicklungen zu sprechen.

3 Ergebnisse

3.1 Eignen sich administrative Daten für die epidemiologische Forschung?

Zur Ermittlung der Jahresstatistiken werden die Krankheits- und Behandlungsdaten der Krankenkasse an entsprechende Auswertungsinstitute transferiert und hinsichtlich der Krankheitsartenstatistiken eine Reihe differenzieller Analysen der Diagnosen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und in der Krankenhausbehandlung u.v.m. durchgeführt.

Die von den KK beauftragten Auswertungsinstitute erhalten die Daten jedoch nicht in Verbindung mit einer korrespondierenden Versicherungsnummer oder einer entsprechenden Umkodierung. Das Rationale der Datenerfassung der Krankenkassen macht für die KK durchaus Sinn; jedoch unter dem Gesichtspunkt epidemiologischer Untersuchungen stellen sie schwerwiegende Fehlerquellen dar.

In dem in Abbildung 1 dargestellten konkreten Fall erleidet ein Versicherter 2011 einen Krankheitsfall wegen einer phobischen Störung (F40.1), im Folgejahr erkrankt er zunächst einmal infolge einer anderen Angststörung (F41.1) und noch einmal im selben Jahr wegen einer anhaltenden affektiven Störung (F34.1). Im Jahr 2013 wird er wegen einer Belastungsreaktion bzw. einer Anpassungsstörung (F43.2) wiederholt krankgeschrieben.

Abbildung 1

Berechnung von Mehrfachkrankheitsereignissen bei den Krankenkassen

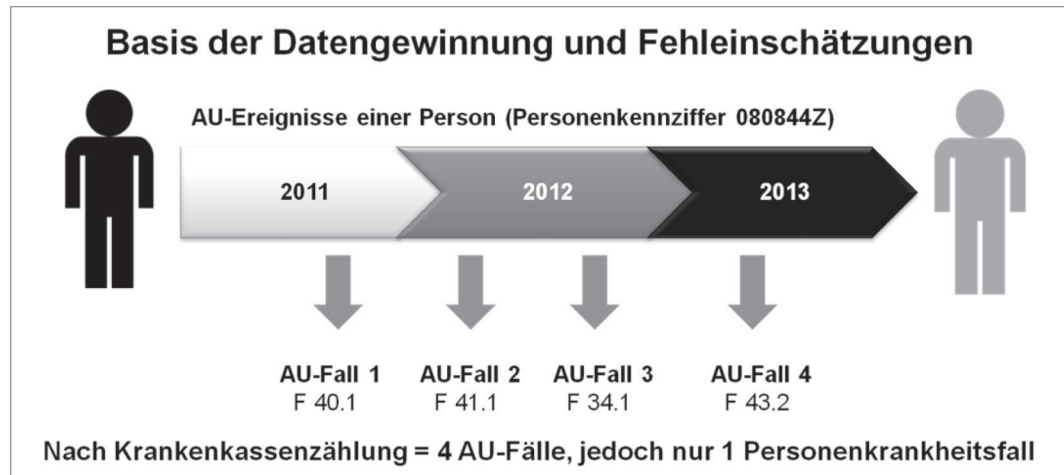
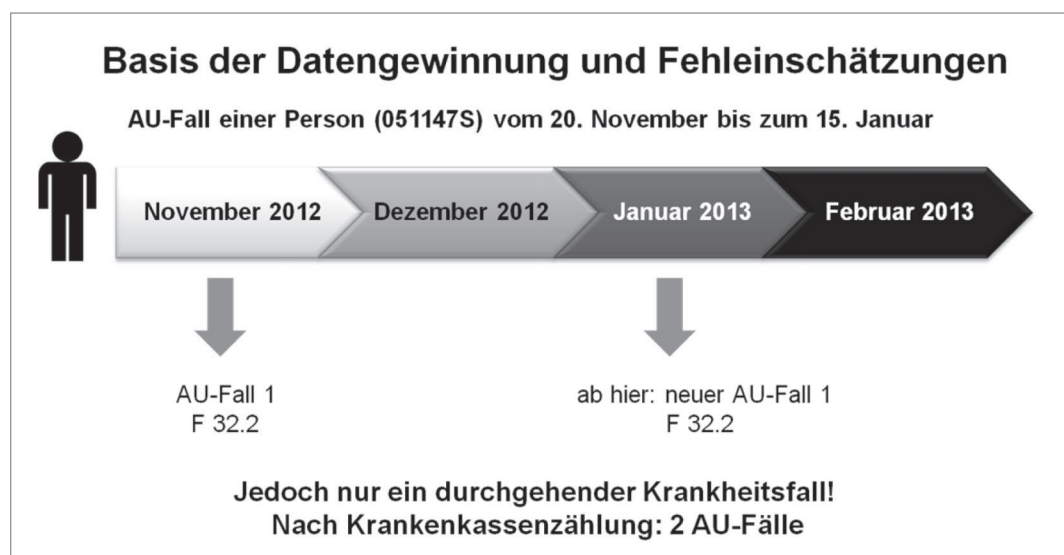


Abbildung 2

Berechnung von Krankheitsereignissen bei den Krankenkassen um die Jahreswende



Ohne Mitführung einer Personenidentität wird jeder AU-Fall im Verlauf eines Jahres tatsächlich als 1 AU-Fall gewertet. Erkrankt ein Versicherter im Verlauf eines Jahres jedoch 2-mal, 3-mal oder 4-mal, werden daraus zwei, drei oder vier Krankheitsfälle. Die Erkenntnis, dass es sich dabei „lediglich“ um 1 Patientenfall handelt, entzieht sich der Auswertungsprozedur. Bei der Krankenkasse resultieren insgesamt 4 AU-Fälle.

Ähnlich ist es mit Erkrankungen, die über die Jahreswende (Dezember / Januar) andauern. Bei dem in Abbildung 2 dargestellten Fall erkrankt ein Versicherter im November 2012 infolge einer depressiven Episode (F32.2) und ist im Dezember 2012 und auch in der ersten Hälfte des Januar 2013 weiterhin krankgeschrieben. Ab Januar würde ein Erkrankungsgeschehen als neuer AU-Fall berechnet werden. Für die Sicherstellung wirtschaftlicher Planzahlen einer Krankenkasse ist dieses Vorgehen völlig richtig und ausrei-

chend. Epidemiologische Studien auf dieser Basis durchzuführen, führt jedoch zu irreführenden Ergebnissen.

Nicht selten haben wir es bei psychischen Erkrankungen mit einem multiplen Krankheitsgeschehen zu tun.

Zielke et al. (2004) berichten über Erkrankungsfälle bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Vorfeld stationärer Verhaltenstherapie. Bei Erwerbstätigen mit mindestens einem AU-Fall wurden im vorausgehenden Jahr vor der Behandlung 3,62 Krankheitsfälle registriert; hierbei handelte es sich um jeweils identische Personen unter Mitnahme der Versichertenkennzahlen.

Wenn man diese Daten einmal als Berechnungsbasis verwendet, ergibt sich daraus die in den Abbildungen 5 und 6 abgebildete Kalkulation.

Geht man einmal von der Annahme aus, dass die Krankenkasse auf der Basis der



Abbildung 3

Annahme einer Fallschätzung durch die Krankenkasse (1000)



Abbildung 4

Personenfallberechnung unter Berücksichtigung multipler Erkrankungsfälle

	Anzahl
AU-Fälle je erwerbstätigen Patienten (N=304)	3,00
AU-Tage je erwerbstätigen Patienten (N=304)	141,98
AU-Fälle je erwerbstätigen Patienten mit mindestens 1 AU-Fall (N=252)	3,62
AU-Tage je erwerbstätigen Patienten mit mindestens 1 AU-Fall (N=252)	171,27

Tabelle 5

AU-Geschehen im Vorfeld der stationären Verhaltenstherapie (aus Zielke et al. 2004)

obengenannten Auswertungsverfahren 1000 AU-Fälle ausweist (Abbildung 3), resultierten daraus unter der Annahme von 3 AU-Fällen je Personenfall in einem Auswertungsjahr lediglich ca. 350 Personenkrankheitsfälle. Die Berücksichtigung von Mehrfacherkrankungen würde auf jeden Fall zu einer zuverlässigen Einschätzung des Krankheitsgeschehens führen.

Aus einem Anwachsen der AU-Fälle eine Zunahme von erkrankten Personen (Neuerkrankungen) herauszulesen, ist denn auch ein allzu leichtfertiges Unterfangen.

Eine Zunahme der AU-Fälle in einem speziellen Indikationssektor bedeutet auf dieser

Grundlage lediglich eine Zunahme der AU-Fälle, die auch infolge mehrerer Krankheitsereignisse im selben Indikationsgebiet identischer Versicherter entstanden sein können.

3.2 Aktuell proklamierte Krankheitsdaten der Krankenkassen

Im Folgenden werden einige aktuelle Daten von Krankenkassen und deren Bewertungen zur Entwicklung psychischer Erkrankungen dargestellt. Bei der Lektüre ist jeweils zu berücksichtigen, dass die von den Kassen vorgenommenen Bewertungen und Interpreta-

tionen die vorgenannten Fehler enthalten, und es wird ein besonderes Augenmerk darauf gelegt, ob ein Mindestmaß an wissenschaftlicher Neutralität gewahrt wurde und die „Stakeholderinteressen“ allzu sehr in den Vordergrund gerückt werden. Wir beziehen uns vor allem auf den DAK Gesundheitsreport 2015 und den TK Gesundheitsreport von 2014.

Verläufe über mehrere Jahre

Im DAK Gesundheitsreport 2015, der sich auf das Ereignisjahr 2014 bezieht, sind die Verläufe der AU-Tage und der AU-Fälle aufgrund psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2014 (jeweils bezogen auf 100 Versicherungsjahre VJ) dargestellt (Tabelle 6). Aus den Zeitreihen ist ersichtlich, dass die Anzahl der AU-Fälle von 2,5 Fällen in 1997 auf 6,8 AU-Fälle in 2014 deutlich zugenommen hat, und bei der Anzahl der dadurch verursachten AU-Tage ergibt sich eine Steigerung von 76,7 AU-Tage je 100 VJ auf 237,3 Tage im letzten Berechnungsjahr. Die Zunahme der AU-Tage verzeichnet einen größeren Anstieg als das Anwachsen der AU-Fälle. Etwa ab dem Jahr 2010 ergibt sich bei den AU-Tagen ein forciertes Anstieg von 169,6 AU-Tagen auf 237,3 AU-Tage in 2014.

Tabelle 6

AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre (VJ) aufgrund psychischer Erkrankungen

Jahr	AU-Tage je 100 VJ	AU-Fälle je 100 VJ
1997	76,7	2,5
1998	88,6	2,8
1999	96,3	3,0
2000	110,0	3,6
2001	115,9	3,9
2002	123,8	4,1
2003	124,6	4,0
2004	125,6	4,3
2005	125,4	4,1
2006	121,7	4,2
2007	130,2	4,5
2008	140,2	4,9
2009	149,5	5,0
2010	169,6	5,5
2011	195,8	6,0
2012	203,5	6,1
2013	212,8	6,2
2014	237,3	6,8

(aus DAK Gesundheitsreport 2015, S. 19; Ereignisjahr 2014)

Wir möchten bei der Bewertung dieser Veränderungen explizit darauf hinweisen, dass es sich bei den berichteten AU-Fällen nicht um Personenfälle (im Sinne von Neuerkrankungen) handelt, sondern dass lediglich Ereignisfälle ausgezählt wurden, wobei es durchaus möglich ist, dass mehrere Krankheitsfälle im Verlauf eines Jahres bei einer identischen Person sich ereignet haben (siehe die Argumentation in den Abbildungen 1 bis 4). Das Anwachsen der AU-Tage kann auch durch eine längere Krankheitsdauer je Fall bei nahezu identischer Anzahl von AU-Fällen verursacht werden.

Die wichtigsten Erkrankungsarten im Ereignisjahr 2014

Im DAK Gesundheitsreport erfolgt eine Auflistung einzelner Erkrankungsgruppen mit den Angaben über die jeweiligen Anteile bei den AU-Fällen und den AU-Tagen. Wir haben die Rangfolge der Darstellung nach den Rangplätzen bei den AU-Fällen verändert und im rechten Teil dann die Rangplätze bei den AU-Tagen zugeordnet. Bei den AU-Fällen rangieren auf dem ersten Platz Atemwegserkrankungen (27,0%), gefolgt von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit 15,6%. Die weiteren Rangplätze belegen Erkrankungen des Verdauungssystems mit 11,1%, Infektionen mit 10,0% auf Platz 4, sowie auf Platz 5 Verletzungen und Vergiftungen (7,9%), sonstige Erkrankungen mit 7,1% auf Rang 6 und Erkrankungen infolge unspezifischer Symptome mit 6,3% auf dem 7. Rangplatz.

Danach auf Rangplatz 8 folgen psychische Erkrankungen mit 5,8% der AU-Fälle im Untersuchungsjahr 2014.

Betrachtet man hingegen die Anteile der jeweiligen Erkrankungsgruppen an den entstandenen AU-Tagen (rechte Spalten von Tabelle 7) stehen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mit 22,7% aller AU-Tage an erster Stelle und psychische Erkrankungen mit 16,6% auf Rangplatz 2. Gelegentlich wird dieses Ergebnis dahingehend interpretiert, dass psychische Erkrankungen die zweithäufigste Krankheitsgruppe darstellen. Diese Aussage ist eindeutig falsch: Die Daten lassen lediglich den Schluss zu, dass psychische Erkrankungen mit einem Rangplatz 8 bei den Krankheitsfällen einen relativ hohen Anteil bei den Krankheitstagen verursachen. Dies ist eher ein Hinweis auf relativ lange Krankheitszeiten bei dieser Störungsgruppe.

Erkrankungsgruppe	Anteil an den AU-Fällen	RP AU-Fälle	Anteil an den AU-Tagen	RP AU-Tage
Atmungssystem	27,0%	1	13,7%	3
Muskel-Skelett-Bindegewebe	15,6%	2	22,7%	1
Verdauungssystem	11,1%	3	5,5%	6
Infektionen	10,0%	4	4,3%	10
Verletzungen	7,9%	5	12,2%	4
Sonstige	7,1%	6	7,7%	5
Unspezifische Symptome	6,3%	7	3,8%	11
Psychische Erkrankungen	5,8%	8	16,6%	2
Nervensystem, Auge, Ohren	5,1%	9	4,3%	9
Kreislaufsystem	2,6%	10	4,4%	8
Neubildungen	1,5%	11	4,8%	7

Quelle: DAK Gesundheitsreport 2015, S. 17

Tabelle 7

Anteile der zehn wichtigsten Erkrankungsarten und sonstiger Erkrankungen an der AU-Fällen und den AU-Tagen im Berechnungsjahr 2014 (umgerechnet nach der Rangfolge bei den AU-Fällen)

Die von der DAK veröffentlichten Daten zur Bedeutung einzelner Diagnosen haben wir in der Rangfolge nach den Rangplätzen bei den AU-Fällen sortiert (Tabelle 8). Bei den Anteilen der zwanzig wichtigsten Einzeldiagnosen werden insgesamt sechs Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen aufgeführt. Unter Beachtung der rechnerischen Grundlage, dass die entstandenen AU-Tage vor allem von der Dauer der jeweiligen Krankheitsfälle beeinflusst werden, haben wir die Listung nach den AU-Fällen durchgeführt – und nicht, wie im Bericht der DAK, nach den AU-Tagen. An erster Stelle rangieren mit 11,4% der Fälle akute Infektionen der oberen Luftwege (ICD-10: J06), gefolgt von Rückenschmerzen (ICD-10: M54) mit 6,3%. An dritter Stelle folgen sonstige und nnb Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs (ICD-10:A09) sowie an vierter Stelle die akute Bronchitis (ICD-10:J20) und auf Rangplatz 5 eine als nicht akut oder chronisch eingestufte Bronchitis (ICD-10: J40). Auf dem Rangplatz 6 folgt die Viruserkrankung mit unspezifischer Lokalisation (ICD-10: B34). Auf den ersten sechs Plätzen bei den AU-Fällen finden sich nahezu ausschließlich Diagnosen, die Hinweise auf Entzündungsprozesse und Infektionen liefern – mit Ausnahme der unspezifischen Rückenbeschwerden (M54).

Erst an siebter Stelle folgt eine Diagnose aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43) mit 1,6% aller AU-Fälle.

Weitere psychische Einzeldiagnosen rangieren auf Platz 9 (Depressive Episode ICD-10: F32 mit 1,3%), auf Platz 10 (andere neuroti-

sche Störungen ICD-10: F48 mit 0,9%), auf Rangplatz 14,5 (somatoforme Störungen ICD-10: F45 mit 0,6%) und auf Rangplatz 17,5 die rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) mit 0,3% und auf dem gleichen Rangplatz 17,5 andere Angststörungen (ICD-10: F41) mit ebenfalls 0,3% aller AU-Fälle.

Wenn man die Basis, auf der diese Daten entstanden sind, als zulässig hinnimmt – was nach unseren Ausführungen erheblich bezweifelt werden muss – könnten die in Tabelle 8 gelisteten AU-Fälle als Indikator angesehen werden für die Auftretenshäufigkeit des jeweiligen Krankheitsbildes.

Erst auf dem 7. Rangplatz der Einzeldiagnosen rangiert mit lediglich 1,6% aller AU-Fälle die erste psychische Erkrankung!

Anders verhält es sich in der Rangfolge der diagnosespezifischen AU-Tage (siehe linke Spalten in Tabelle 8). Wegen der offensichtlich langen Krankheitsdauer je Fall rutscht der Rangplatz der depressiven Episode (ICD-10: F32) nach oben (oder nach vorn – wie man will) und liegt nunmehr gleichauf auf Platz 2 mit den unspezifischen Rückenschmerzen (ICD-10: M54). Während bei den Rückenschmerzen und den akuten Infektionen der oberen Luftwege (ICD-10: J06) die Anzahl der AU-Fälle für die resultierenden AU-Tage verantwortlich ist, kann man davon ausgehen, dass bei dem Krankheitsbild der depressiven Episode und ebenfalls bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F48) eher längere Krankheitsdauern je Krankheitsfall für das Aufsummieren der AU-Tage in Frage kommen.

Wir halten es für unzulässig, auf der Grundlage entstandener Krankheitstage Rück-

schlüsse über die Bedeutung psychischer Erkrankungen oder gar auf Inzidenzen zu ziehen. Dieser Unsinn muss aufhören!

Selbstverständlich stellen lange Krankheitszeiten für Krankenkassen eine erhebliche Last dar – allein, wenn man die damit verbundenen Krankengeldzahlungen ins Blickfeld rückt.

Wenn der Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2011 verlauten lässt, dass psychische Erkrankungen die dritthäufigste Ursache für eine Krankschreibung sind – und bei den in Tabelle 7 und 8 vorgestellten Daten sogar die zweithäufigste zusammen mit den Rückenschmerzen –, ist dies eine fahrlässige Fehlbewertung der administrativen Krankheitsartenstatistiken!

Veränderungen der Fehlzeiten zwischen 2012 und 2013

Die TK veröffentlicht in ihrem Gesundheitsbericht 2014 Veränderungen der Fehlzeiten

(AU-Tage) von 2012 nach 2013 in ausgewählten Diagnosekapiteln. Dort finden sich zum Teil gegenläufige Veränderungen in den einzelnen Haupterkrankungsgruppen. Bei beiden Geschlechtern ist ein erheblicher Anstieg der Fehltagen infolge von Atemwegserkrankungen zu verzeichnen. Dieser beträgt bei den männlichen Erwerbspersonen +43,3% und bei den Frauen +50,3% (Tabelle 9). Das bedeutet nicht automatisch, dass Erkrankungen der Atemwege häufiger in Erscheinung treten, sondern dass lediglich mehr AU-Tage durch dieses Krankheitsbild verursacht werden. Wie vorab dargestellt, stellen Erkrankungen der Atemwege 27% aller AU-Fälle (2014). Ein erheblicher Anstieg der AU-Tage würde auch dadurch entstehen, wenn jeder Krankheitsfall auch nur zwei bis drei Tage länger dauert. Die TK führt diese Entwicklung auf einen „typischen Zweijahresrhythmus“ zurück, der in den Daten jedoch nicht weiter begründet wird. Bei psychischen Erkrankungen und

Tabelle 8

Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und den AU-Fällen 2014, sortiert nach deren Anteilen bei den AU-Fällen (aus DAK Gesundheitsreport 2015, S. 27)

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tage	RP AU-Tage	Anteil AU-Fälle	RP AU-Fälle
J06	Akute Infektionen der oberen Luftwege	5,0%	3	11,4%	1
M54	Rückenschmerzen	5,9%	2	6,3%	2
A09	Sonstige und nnb Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	1,7%	7,5	5,1%	3
J20	Akute Bronchitis	1,5%	10,5	2,6%	4
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,3%	13,5	2,3%	5
B34	Viruskrankheit nnb Lokalisation	1,0%	19	2,2%	6
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,9%	4	1,6%	7
T14	Verletzung an einer nnb Körperregion	1,5%	10,5	1,4%	8
F32	Depressive Episode	5,9%	2	1,3%	9
F48	Andere neurotische Störungen	1,5%	10,5	0,9%	10
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,4%	5	0,7%	12
M75	Schulterläsionen	1,7%	7,5	0,7%	12
M77	Sonstige Enthesopathien	1,0%	19	0,7%	12
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	1,5%	10,5	0,6%	14,5
F45	Somatoforme Störungen	1,1%	16	0,6%	14,5
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von dessen Bändern	1,1%	16	0,4%	16
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,0%	6	0,3%	17,5
F41	Andere Angststörungen	1,1%	16	0,3%	17,5
S82	Fraktur des Unterschenkels incl. des oberen Sprunggelenkes	1,0%	19	0,2%	19
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	1,3%	13,5	0,1%	20
Summe		42,3%		39,7%	

Verhaltensstörungen ist eine geschlechtsspezifische gegenläufige Tendenz zu beobachten.

Bei den Männern findet sich ein Anstieg von +3,0% und bei den Frauen eine Verminderung um -3,7%. Es ist also kein weiterer Anstieg der AU-Tage zu verzeichnen. Der TK-Bericht weist darauf hin, dass es erstmals seit 2006 zu keinem weiteren Anstieg der Fehlzeiten bei psychischen Erkrankungen gekommen ist. Auch hier muss angemerkt werden, dass unbekannt ist, ob sich die Krankheitsfälle verändert haben oder aber die Fall-dauern kürzer bzw. länger geworden sind. Deutliche Anstiege ergeben sich bei bestimmten Infektionen und parasitären Erkrankungen (+6,3% bei den Männern und +7,9% bei den Frauen). Merkwürdig mutet die Zunahme bei Symptomen und abnormen klinischen und Laborbefunden an (+5,3% bei den Männern und +4,5% bei den Frauen). Eigentlich sind in dieser Kategorie keine Diagnosen abgebildet, sondern

eine Kodierung dieser Kategorie bedeutet letztlich, dass man nicht genau weiß, wie ein auffälliger Befund zu erklären ist.

Multiplres Krankheitsgeschehen bei psychischen Erkrankungen

Tatsächlich gestaltet sich das Krankheitsgeschehen noch wesentlich komplexer, als in dem oben beschriebenen Rechenmodell (Abbildungen 1 bis 4) dargestellt. Zielke (2007) untersuchte im Auftrag einer großen Krankenkasse alle Versicherten, die in einem Indexjahr (2002) mindestens einmal wegen einer Alkoholintoxikation (F10) in Verbindung mit einem stationären Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus behandelt wurden. Bei dieser Versichertengruppe wurden in drei Folgejahren alle Krankheitsereignisse in Verbindung mit einer AU und mit einem Krankenhausaufenthalt und den jeweiligen Erkrankungs- bzw. Behandlungsdiagnosen ausgewertet.

Veränderungen der Fehlzeiten 2013 vs. 2012 (AU-Tage je 100 VJ)		
Erkrankungsgruppe	Männer	Frauen
Bestimmte parasitäre und infektiöse Erkrankungen	+6,3	+7,9
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen	+3,0	-3,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	-4,2	-3,7
Krankheiten der Atmungsorgane	+43,3	+50,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Bindegewebes	-0,6	-5,7
Symptome und abnorme klinische Befunde	+5,3	+4,5
Verletzungen und Vergiftungen	-2,5	+0,3

Quelle: TK Gesundheitsreport 2014, S. 91

Tabelle 9

Veränderungen der Fehlzeiten 2013 vs. 2012 nach ausgewählten Diagnosekapiteln

Anzahl der Krankheitsfälle	Versicherte mit mindestens einer AU/ einem KH-Fall in drei Jahren		Versicherte mit mindestens einer AU(F10) / einem KH-Fall (F10) in drei Jahren	
	N	Prozent	N	Prozent
1	347	12,0	229	8,7
2	383	13,2	309	11,8
3	284	9,8	255	9,7
4	260	9,0	239	9,1
5	225	7,8	213	8,1
6	234	8,1	224	8,5
7-12	715	24,7	704	26,9
13-26	395	13,6	393	15,0
27-71	54	1,9	54	2,1
Gesamt	2897	100,0	2620	100,0
Kein Krankheitsfall	562	16,2% der Gesamtstichprobe	839	24,3% der Gesamtstichprobe

Tabelle 10

Häufigkeit der Krankheitsfälle bei Versicherten der Stichprobe Akutentzug 2002 (N=3459) mit mindestens einem Krankheitsfall (AU/KH) oder (AU-F10/KH-F10) in den drei Folgejahren nach der stationären Entgiftung

In Tabelle 10 ist zusammengestellt, wie häufig die Indexstichprobe nach einem Akutentzug 2002 in den nachfolgenden Jahren Krankheitsereignisse zu verzeichnen hatte. Hierbei wurde noch einmal unterschieden, ob die jeweiligen Krankheitsfälle in Verbindung mit einer Alkoholproblematik entstanden sind. Lediglich 16,2% der Versicherten hatten kein Krankheitsereignis und 24,3% kein Krankheitsereignis in Verbindung mit einer Alkoholproblematik (F10). Bei 83,8% der Untersuchungsstichprobe wurde mindestens ein Krankheitsfall in Verbindung mit einer AU oder einem Krankenhausaufenthalt festgestellt. Betrachtet man allein die Kategorie 7-12 Krankheitsfälle, wurde diese Krankheitshäufigkeit bei 24,7% in der nicht diagnostenspezifischen Gruppierung beobachtet und in Verbindung mit einer Alkoholabhängigkeit bei 26,9% der Versicherten. In der nächstgrößeren Häufigkeitsgruppierung (13-26 Krankheitsfälle in drei Jahren) fanden sich noch 13,6% bzw. 15,0%.

Zusammengefasst ergibt sich daraus ein Bild, in dem der weitaus überwiegende Teil der Indexstichprobe (83,8%) ein mehr oder weniger fortgesetztes Krankheitsverhalten mit multiplen Behandlungsanlässen zeigt. Welche Erkrankungen dabei im Rahmen stationärer Behandlungen im Akutkrankenhaus (KH-Geschehen) im Vordergrund stehen, ist aus Tabelle 12 zu ersehen. In allen drei Fol-

gejahren entfallen nahezu die Hälfte der Behandlungsfälle auf stationäre Entzugsbehandlungen (F10) und knapp ein Fünftel der Fälle auf andere psychische Erkrankungen (F2-F6). Aber auch andere Krankheitsbilder, von denen man annehmen kann, dass sie im Rahmen von Alkoholkarrieren entstanden sind, wie z.B. Krankheiten des Verdauungssystems (K) und Verletzungen und Vergiftungen (S und T), sind in den Nachfolgejahren gleichbleibend bedeutsam.

Lediglich bei 24,3% der Gesamtstichprobe ereignet sich kein alkoholzugeordnetes Krankheitsgeschehen in drei Folgejahren. 75,7% der Stichprobe waren innerhalb von drei Jahren nach dem in 2002 festgestellten Alkoholentzug im Krankenhaus rückfällig geworden, und zwar in einem derartigen Ausmaß, dass ein erneuter stationärer Entzug und/oder eine Krankschreibung mit einer zugeordneten F-10-Diagnose registriert wurde.

In einer nicht-versichertenbezogenen Krankheitsartenstatistik wäre jedes der registrierten Krankheitsereignisse ein neuer Fall!

Epidemiologisch haben wir es bei der Alkoholabhängigkeit mit einem Krankheitsbild mit multiplen konsekutiven Krankheitsereignissen zu tun, bei dem es absolut notwendig ist, Versichertenkennziffern über mehrere Jahre mitzuführen, wenn man nicht leichtfertig zu einer dramatischen Überschätzung von Ersterkrankungen gelangen möchte.

Tabelle 11

Konsequente Krankheitsereignisse (AU/KH) nach der stationären Entgiftung in den Folgejahren 2003, 2004, 2005 in der verbleibenden Stichprobe Akutentzug 2002 (N=3459) Durchgehend Erwerbstätige und Arbeitslose

Anzahl der Krankheitsereignisse	N (Patienten)	Prozent
Kein Krankheitsereignis (AU/KH) nach der stationären Entgiftung in den Folgejahren 2003, 2004, 2005	562	16,2
Mindestens ein AU-Fall oder ein KH-Fall in drei Folgejahren	878	25,4
Mindestens ein AU-Fall und mindestens ein KH-Fall in den Folgejahren	2018	58,4
Gesamt: Patienten mit Krankheitsereignissen (mindestens ein Krankheitsereignis (AU/KH) nach der stationären Entgiftung in den Folgejahren 2003, 2004, 2005	2879	83,8

Tabelle 12

Häufigste Krankheitsgruppen der zwischen 2003 bis 2005 Rückfälligen in drei Folgejahren im KH-Geschehen

Krankheitsgruppe/KH-Fälle	2003		2004		2005	
	N	%*	N	%*	N	%*
F10: Alkoholabhängigkeit	1.398	46,7	1.292	48,4	1.317	46,8
F2-F6: andere psychische Erkrankungen	610	20,5	459	17,2	503	17,9
K: Krankheiten des Verdauungssystems	179	6,0	179	6,7	152	5,4
I: Krankheiten des Kreislaufsystems	83	2,8	85	3,2	114	4,1
S und T: Verletzungen und Vergiftungen	217	7,3	207	7,8	194	6,9

* = Bezogen auf die KH-Fälle des jeweiligen Jahres

Krankheitsdauer je Fall ist mit 47 Tagen in der Untersuchung von 2004 jedoch 20 Tage länger als in der Vergleichsstudie mit 27 AU-Tagen je Fall. Dies ist eine um 74% längere durchschnittliche Krankheitsdauer. Unter Beachtung der beiden Kriterien AU-Fälle und AU-Dauer je Fall zeigen die Berechnungen, dass die Patientenstichprobe von 2004 mit 14.198 AU-Tagen 21% mehr Krankheitstage verursacht, als dies in der entsprechenden Erhebung vor 10 Jahren festgestellt wurde (11.712 AU-Tage bei Zielke 1993).

Dies ist ein insgesamt überraschendes Ergebnis: Obwohl die Patienten seltener krankgeschrieben werden (d. h. weniger AU-Fälle registriert wurden), entsteht infolge dieser Krankschreibungen ein erheblich größerer Umfang an Arbeitsunfähigkeitstagen. Mit 47 zu 27 AU-Tagen je Krankheitsfall sind die Patienten der aktuellen Studie fast 3 Wochen länger arbeitsunfähig. Besonders augenfällig tritt dieser Umstand im AU-Geschehen infolge psychiatrischer Erkrankungen in Erscheinung. Mit durchschnittlich 111 Tagen je AU-Fall (15,8 Wochen) ist die fallbezogene Krankheitsdauer im Vergleich zu den von Zielke (1993) berichteten Daten von 51 AU-Tagen je Fall um 117% länger als vor 10 Jahren.

Die Patienten der Untersuchungsjahre bis 2004 werden seltener krankgeschrieben (weniger AU-Fälle) und sind gleichzeitig im Falle einer Krankschreibung wesentlich länger krank. Daraus resultiert trotz geringerer Krankheitsfälle eine um 20 Prozent höhere Anzahl von Krankheitstagen. Die Ergebnisse zeigen eindeutig: Die Patienten sind seltener arbeitsunfähig, dafür aber umso länger. Auch hinsichtlich der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeitskosten zeichnet sich insgesamt ein wesentlich höherer Ressourcenverbrauch ab.

Wie Zielke und Leidig (2006) berichten, werden Patienten, die einen ausgeprägten „Arbeitsdruck“ erleben und „sich überfordert fühlen“, seltener krankgeschrieben (lassen sich seltener krankschreiben) $r = -.265$ HÄU, sind aber im Krankheitsfalle deutlich länger krank ($r = +.260$ DAU). Vermutlich versuchen sie, solange wie möglich durchzuhalten (negative Korrelation zur Krankheitshäufigkeit); werden sie jedoch einmal AU-geschrieben, ist dies verbunden mit eher langen Krankheitszeiten (positive Korrelation zur Dauer je Krankheitsfall). Diese Interaktion ergibt sich vor allem dann, wenn sie einen hohen Arbeitsdruck erleben und sich überfordert fühlen. Trotz ausgeprägter Beschwerden halten sie solange durch, wie es irgend geht, und erfahren dann wesentlich längere Krankheitszeiten, als wenn sie sich frühzeitiger hätten krankschreiben lassen.

Obwohl die Patienten im Vorfeld von Behandlungsmaßnahmen seltener krankgeschrieben sind (weniger AU-Fälle), resultieren daraus mehr Krankheitstage wegen erheblich längerer Dauer im Krankheitsfall. Dieses Ergebnis steht in einem engen Zusammenhang mit der Situation am Arbeitsplatz: Erleben die Patienten einen hohen Arbeitsdruck und eine ausgeprägte Überforderung, werden sie (lassen sie sich) seltener krankgeschrieben, sind dann aber im Krankheitsfall wesentlich länger krank.

5 Wissenschaftlich begründete epidemiologische Studien

Warum liest eigentlich kaum jemand aus dem Kreise der „Krankheitslobbyisten“ die wissenschaftlichen Arbeiten zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen aus dem Ro-

Tab. 14

Kompetenzen und Belastungen am Arbeitsplatz (KoBelA): Zusammenhänge mit dem AU-Geschehen (Psychosomatik)

Faktoren KoBelA	N=60 (Erwerbstätige, z. Zt. AU)		
	SUM Summe der Fehlzeiten insgesamt	HÄU Häufigkeit der AU	DAU durchschnittliche Dauer je AU
Interaktionelle Kompetenz und Verantwortung für Menschen	.173	-.196	.209
Arbeitsplatzgefährdung und Abstiegsängste	.262*	-.033	.195
Arbeitsdruck und Überforderung	.150	-.265*	.260*
Gratifikationskontrolle	.064	-.043	.111
Körperliche Arbeit und Materialhandhabung	-.016	-.035	-.056

SUM= Summe der Fehlzeiten insgesamt; HÄU= Häufigkeit der AU; DAU= durchschnittliche Dauer je AU

bert Koch Institut? Passen diese Ergebnisse nicht zur eigenen Interessenvertretung? Im letzten Teil dieser Ausarbeitung haben wir zusammengestellt, ob es belastbare Daten zur Entwicklung psychischer Erkrankungen gibt, und im positiven Falle, welche Ergebnisse solche Untersuchungen haben.

Aus dem Robert Koch Institut (2013)

Busch, Maske Ryl, Schlack und Hapke veröffentlichten 2013 eine Studie zur Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland im Bundesgesundheitsblatt. Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression beträgt insgesamt 11,6%. Frauen geben mit 15,4% fast doppelt so häufig eine jemals diagnostizierte Depression an wie Männer mit 7,8% ($p < 0,0001$). Die Lebenszeitprävalenz steigt mit zunehmendem Alter, ist am höchsten bei Frauen und Männern in der Altersgruppe von 60 bis 69 Jahren (22,9 und 11,6%) und sinkt danach wieder. Am niedrigsten ist die Prävalenz im jungen Erwachsenenalter von 18 bis 29 Jahren (8,5 und 4,2%). Im Vergleich zu den 60- bis 69-Jährigen finden sich insgesamt niedrigere Prävalenzen (jeweils $p \leq 0,001$) in allen anderen Altersgruppen außer bei Personen im Alter von 50 bis 59 Jahren.

Dass es sich bei der Prävalenz diagnostizierter Depression dennoch um einen robusten Indikator für eine Depression handelt, zeigt die gute Vergleichbarkeit der DEGS1-Ergebnisse mit Ergebnissen der Studie GEDA 2009. In dieser Studie wurde eine diagnostizierte Depression durch eine ähnliche Frage und zu einem ähnlichen Erhebungszeitpunkt erhoben wie in DEGS1 (Busch et al. 2011). Die 12-Monats-Prävalenzen lagen mit 8% bei Frauen und 4,5% bei Männern sehr eng an den Prävalenzen in DEGS1. Vergleiche hinsichtlich einer Zunahme bzw. Abnahme der Neuerkrankungen konnten von den Autoren gar nicht angestellt werden, weil dafür die Datengrundlage nicht vorhanden ist.

Die DEGS-Studie von 2014

Melchior, Schulz und Härter veröffentlichten 2014 eine umfangreiche Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung. Die wesentlichen Ergebnisse sind in Tabelle 16 zusammengefasst. Sie haben sich u. a. mit der Frage befasst, ob sich administrative Daten der ge-

Lebenszeitprävalenz (n=7912)	
Frauen	15,4 (14,0–17,0)
Männer	7,8 (6,7–9,0)
Gesamt	11,6 (10,7–12,6)
12-Monats-Prävalenz (n=7900)	
Frauen	8,1 (7,0–9,4)
Männer	3,8 (3,1–4,7)
Gesamt	6,0 (5,3–6,7)

Angaben in % (): Konfidenzintervall

Tabelle 15

Lebenszeitprävalenz und 12-Monatsprävalenz von diagnostizierter Depression (95%-Konfidenzintervall (aus: Busch, Maske, Ryl, Schlack und Hapke 2013 S. 737)

setzlichen Krankenkassen für epidemiologische Aussagen eignen.

Dabei sind sie zur der Einschätzung gelangt, dass die administrativen Daten der Krankenkassen mit erheblichen methodischen Einschränkungen einhergehen und nur bedingt für die Beantwortung der Frage heranzuziehen sind, ob Depressionen in der Bevölkerung tatsächlich zugenommen haben.

Es gibt keine Hinweise auf Veränderungen in der Prävalenz depressiver Erkrankungen in den vergangenen 15 Jahren.

Für eine behauptete Zunahme der Neuerkrankungen gibt es keine belastbaren Erkenntnisse!

Querschnittsstudien von 2008 und 2013 aus Münster und Bern

Selbst bei aufmerksamer Beachtung wurden 2008 und 2013 nahezu geräuschlos zwei Arbeiten veröffentlicht, die so gar nicht in den „Mainstream“ der Gesundheitsberichte hi-

DEGS-Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2014)

Eignen sich administrative Daten der gesetzlichen Krankenkassen für epidemiologische Aussagen?

„Die administrativen Daten der Krankenkassen gehen mit erheblichen methodischen Einschränkungen einher und sind nur bedingt für die Beantwortung der Frage heranzuziehen, ob Depressionen in der Bevölkerung tatsächlich zugenommen haben.“

„Es gibt keine Hinweise auf Veränderungen in der Prävalenz depressiver Erkrankungen in den vergangenen 15 Jahren.“

Für eine behauptete Zunahme der Neuerkrankungen gibt es keine belastbaren Erkenntnisse!

Quelle: Melchior, H. Schulz, H. Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit Depression, Bertelsmann-Stiftung

Tabelle 16

Ergebnisse der DEGS-Studie von 2014

Tabelle 17

Übersicht zu systematischen Studien zur Entwicklung psychischer Erkrankungen (von 2008 und 2013)

<p>2008 Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht</p> <p>Diese Übersicht hat 44 Arbeiten zusammengestellt, die mit identischem Instrumentarium zwei oder mehr Stichproben im Abstand mehrerer Jahre untersucht haben.</p>
<p>2013 Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien</p> <p>In dieser Übersicht wurden 32 Publikationen aus den Jahren 2008 – 2012 zusammengefasst, die über 33 wiederholte Querschnittsanalysen für psychische Störungen berichteten.</p>

Quellen:

Dirk Richter, Klaus Berger, Thomas Reker: Psychiatrische Praxis 2008; 35: 321-330. Aus: LWL-Klinik Münster. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit. Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Münster

Dirk Richter, Klaus Berger: Psychiatrische Praxis 2013; 40: 176-182. Aus: Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule. Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Münster

neinpassen. Richter, Berger und Reker haben 2008 eine systematische Literaturübersicht zur Frage veröffentlicht, ob psychische Störungen zunehmen, und Richter und Berger haben 2013 ein Update über wiederholte Querschnittsstudien zur Veränderung des Erkrankungsgeschehens bei psychischen Erkrankungen veröffentlicht.

In der Übersicht von 2008 wurden 44 Arbeiten zusammengestellt, die mit identischem Instrumentarium zwei oder mehr Stichproben im Abstand mehrerer Jahre untersucht haben und in der Publikation von 2013 wurden 32 Publikationen aus den Jahren 2008 – 2012 zusammengefasst, die über 33 wieder-

holte Querschnittsanalysen für psychische Störungen berichteten.

Die Autoren gliedern die Ergebnisse in „allgemeinen Störungen und Probleme“ und in „spezifische Störungen und Erkrankungen“. Da diese Arbeiten kaum bekannt sein dürften, berichten wir über deren Ergebnisse etwas ausführlicher.

Hinsichtlich allgemeiner psychischer Störungen/Probleme bei Erwachsenen wurden 9 Publikationen ausgewählt. Bei 5 der 9 Publikationen ergaben sich keine signifikanten Veränderungen, jeweils eine Publikation ergab einen Anstieg und eine Abnahme und bei 2 Studien waren Fluktuationen bzw. unklare Trends über mehr als 2 Messzeitpunkte hinweg zu erkennen.

Bezüglich allgemeiner psychischer Störungen/Probleme bei Kindern und Jugendlichen konnten 10 Publikationen identifiziert werden. In 5 Veröffentlichungen wurden keine Veränderungen berichtet, in 4 Studien fanden sie einen Anstieg psychischer Probleme, und in 1 Studie eine Abnahme (s. Tab. 18).

Depression – Erwachsene

Für depressive Erkrankungen im Erwachsenenalter wurden 8 Publikationen gefunden. Von diesen berichteten 4 Studien keine Veränderungen, 3 Studien einen Anstieg und 1 Studie keine Veränderungen nach einem Anstieg.

Suchterkrankungen – Erwachsene

Bezüglich Suchterkrankungen konnten 3 Publikationen identifiziert werden. Bei 2 von ihnen ergab sich keine Veränderung, 1 Studie berichtete eine abnehmende Prävalenz für Alkoholabhängigkeit.

Tabelle 18

Ergebnisse zu allgemeinen Störungen und Problemen (Richter, Berger und Reker 2008; Richter und Berger 2013)

Ergebnisse aus beiden Studien	
Allgemeine psychische Störungen/Probleme bei Erwachsenen	<p>9 Publikationen bezogen sich auf allgemeine psychische Störungen oder Probleme bei Erwachsenen.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bei 5 der 9 Publikationen ergaben sich keine signifikanten Veränderungen, – jeweils 1 ergab einen Anstieg und eine Abnahme, und – bei 2 Studien waren Fluktuationen bzw. unklare Trends über mehr als 2 Messzeitpunkte hinweg zu erkennen.
Allgemeine psychische Störungen/Probleme bei Kindern und Jugendlichen	<p>Für Kinder und Jugendliche konnten 10 Publikationen identifiziert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – In 5 Veröffentlichungen wurden keine Veränderungen berichtet, – 4 Studien fanden einen Anstieg psychischer Probleme, – 1 Studie eine Abnahme.

Ergebnisse aus beiden Studien	
Depression – Erwachsene	Für depressive Erkrankungen im Erwachsenenalter wurden 8 Publikationen gefunden: – Von diesen berichteten 4 keine Veränderungen, – 3 Studien einen Anstieg und – 1 Studie keine Veränderungen nach einem Anstieg.
Suchterkrankungen – Erwachsene	Bezüglich Suchterkrankungen konnten 3 Publikationen identifiziert werden: – bei 2 von ihnen ergab sich keine Veränderung, – 1 berichtete eine abnehmende Prävalenz für Alkoholabhängigkeit.
Andere Störungen – Erwachsene	Bei den weiteren, nicht in zuvor berichteten Kategorien einzuordnenden Publikationen handelt es sich um – Studien zu Angst (keine Veränderung), – bipolaren Störungen (Zunahme) und – Essstörungen (keine Veränderung).

Tabelle 19

Ergebnisse zu spezifischen Störungen und Erkrankungen (Richter, Berger und Reker 2008; Richter und Berger 2013)

Diskussion und Bewertung der Ergebnisse beider Studien durch die Autoren Richter, Berger und Reker 2008; Richter und Berger 2013
– Anhand dieses Vorgehens konnte kein eindeutiger Trend erkannt werden, der darauf schließen lässt, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung westlicher Länder in den Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg anhaltend zugenommen hat.
– Die Mehrheit der Publikationen berichtet keine Zunahme psychischer Probleme oder Störungen.
– Die Resultate beider Studien weisen darauf hin, dass – zumindest auf der Bevölkerungsebene – diese ätiologischen Zusammenhänge zwischen den Veränderungen der Lebenswelten und den Inzidenzraten nicht so klar sind, wie populär vermutet wird.
Schlussfolgerungen: Die Steigerung der Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsleistungen ist nicht mit einer Zunahme psychischer Probleme oder Störungen in der Bevölkerung assoziiert.
– Die „gefühlte“ Zunahme psychischer Störungen bildet offenbar etwas anderes ab als eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen.
– Der interessanten Frage nachzugehen, was sich hinter diesem Gefühl verbirgt, ist eine lohnende sozialwissenschaftliche Fragestellung, für welche die Methodik der psychiatrischen Epidemiologie allein nicht ausreichen wird.

Tabelle 20

Zusammenfassung der Diskussion der Autoren (Richter, Berger und Reker 2008; Richter und Berger 2013)

Andere Störungen – Erwachsene

Bei den weiteren, nicht in zuvor berichteten Kategorien einzuordnenden Publikationen handelt es sich um Studien zu Angst (keine Veränderung), bipolaren Störungen (Zunahme) und Essstörungen (keine Veränderung) (s. Tab. 19).

Da die Autoren sich dazu durchgerungen haben, die Ergebnisse ihrer Analysen prononciert zusammenzufassen und zu diskutieren, haben wir die diesbezüglichen Kommentare in einer Tabelle zusammengefasst (Tabelle 20). Anhand dieses Vorgehens konnte nach Einschätzung der Autoren kein eindeutiger Trend erkannt werden, der darauf schließen lässt, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung westlicher Länder in den Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg anhaltend zugenommen hat.

Die Resultate beider Studien weisen darauf hin, dass – zumindest auf der Bevölkerungsebene – die ätiologischen Zusammenhänge zwischen den Veränderungen der Lebenswelten und den Inzidenzraten nicht so klar sind, wie populär vermutet wird.

Die Schlussfolgerungen der Autoren: Die Steigerung der Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsleistungen (sofern eine solche tatsächlich stattgefunden hat – Anmerkung der Verfasser dieses Artikels) ist nicht mit einer Zunahme psychischer Probleme oder Störungen in der Bevölkerung assoziiert.

Die Schlussbemerkung der Autoren richtet sich auf einen Sachverhalt, der auch etwas über den Stand der Versorgungsforschung aussagt:

Die „gefühlte“ Zunahme psychischer Störungen bildet offenbar etwas anderes ab als

eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen.

Sie empfehlen der interessanten Frage nachzugehen, was sich hinter diesem Gefühl verbirgt. Dies sei eine lohnende sozialwissenschaftliche Fragestellung, für welche die Methodik der psychiatrischen Epidemiologie allein nicht ausreichen wird.

Plenarreferat von H.U. Wittchen zum 24. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2015 in Augsburg

Mit großer Spannung wurden die Ausführungen von Wittchen (2015) zum Thema „Psychische Störungen in Deutschland: Ausmaß und Größe des Problems“ erwartet, zumal er als Forscher über epidemiologische Fragestellungen in Bezug auf psychische Erkrankungen sich auch international einen Namen gemacht hat. Da die Vortragsunterlagen nicht allgemein zugänglich sind und das Referat auch nicht im Abstractband abgedruckt wurde, haben wir die wesentlichen Aspekte aus den vielfältigen Darlegungen in einer Übersichtstabelle zusammengefasst.

Nach Beurteilung durch Wittchen (2015) gibt es keine Evidenz für eine Zunahme oder Epidemie psychischer Störungen – in der EU wie auch in Deutschland! Die Prävalenzraten zeigen Schwankungen – aber keine Zunahme der Prävalenz psychischer Störungen (seit 1990). Es ändert sich möglicherweise die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, und die Bereitschaft des Versorgungssystems, psychische Störungen ernster zu nehmen. Die wahrgenommene höhere Stressbelastung in der Bevölkerung mag ein Moderator – aber nicht ein kausaler Risikofaktor für psychische Störungen sein.

6 Erwerbstätige in Deutschland

Nahezu unbeachtet hinsichtlich der möglichen Fallzahlen von Erkrankungen in Deutschland ist die Entwicklung der Erwerbstätigen in den letzten Jahren. Mehr Erwerbstätige erhöhen die Fallzahlen der Erkrankten. Und verstärken die Nachfrage von ambulanten und stationären Behandlungsplätzen. Zwischen 2005 und 2015 wurden insgesamt 4,196 Mio. mehr Erwerbstätige in Deutschland registriert. Das entspricht einem Zuwachs von 10,88%. Allein zwischen 2011 und 2015 gab es einen Zuwachs um 1,652 Mio. Erwerbstätige, was einem Anstieg um 4,02 Prozent entspricht. In den vorliegenden Prognosen wird ein weiterer Zuwachs erwartet. Es wird als schwerwiegender Fehler erachtet, diese Entwicklung bei den Analysen von Neuerkrankungen nicht zu berücksichtigen. Selbst bei gleichbleibenden relativen Prävalenzzahlen würde daraus eine Zunahme bei den betroffenen Personenfällen zu beobachten sein. Da etwa die Hälfte der Versicherten, die sich in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befinden, erwerbstätig ist (Wittmann et al. 2011), dürfte dieser Zuwachs in der Nachfrage nach ambulanten Behandlungsplätzen nur teilweise durch die Erwerbstätigenzahlen erklärt werden (s. Tab. 22).

7 Bewertung und Folgerungen

Unbestritten ist nach Sichtung mehrerer Jahresstatistiken der großen Krankenkassen eine Zunahme der AU-Tage infolge von psychischen Erkrankungen. Diese Zunahme kann jedoch neben einer moderaten Zunahme der Erkrankungsfälle (Patientenfälle) vor allem durch längere Krankheitszeiten je AU-

Tabelle 21

Auszugsweise Zitierungen aus dem Plenarvortrag von H.U. Wittchen anlässlich des 24. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums „Psychische Störungen in Deutschland: Ausmaß und Größe des Problems“

Diskussion und Bewertung durch H.U. Wittchen (2015)*
Es gibt keine Evidenz für eine Zunahme oder Epidemie psychischer Störungen – in der EU wie auch in Deutschland !
Die Prävalenzraten zeigen Schwankungen – aber keine Zunahme der Prävalenz psychischer Störungen (seit 1990)
Es ändert sich möglicherweise die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, und die Bereitschaft des Versorgungssystems, psychische Störungen ernster zu nehmen.
Aufgrund demographischer „shifts“ erhöht sich die absolute Anzahl Betroffener.
Die wahrgenommene höhere Stressbelastung in der Bevölkerung mag ein Moderator – aber nicht ein kausaler Risikofaktor für psychische Störungen sein.

24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2015 in Augsburg „Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation“ DRV-Schriften Bd. 107

*Leider ist das Referat im Abstractband zum Kolloquium nicht veröffentlicht.

Fall entstehen. Dies ist besonders für die Krankenkassen von Bedeutung, weil längere AU-Dauern (vor allem bei Krankheitszeiten von mehr als 42 Tagen) zur vermehrten Auszahlung von Krankengeld führen. Bisherige vertrauliche Gespräche mit Krankenkassenvertretern bestätigen bislang diese Annahme:

Krankengeldauszahlungen explodieren! – Jedoch nicht infolge einer rasanten Zunahme an Erkrankungsfällen (Patientenfällen), sondern wegen einer erheblich wachsenden Dauer je Krankheitsfall!

Wenn dies so ist, muss man nicht die Behandlungsangebote und Behandlungskapazitäten erweitern, sondern die sozialmedizinischen Kompetenzen der Behandler müssen nachhaltig verbessert werden.

Wollte man tatsächlich eine Untersuchung über die Häufigkeitsentwicklung von Krankheitsfällen durchführen, wäre es erforderlich, zumindest die Versichertennummern über einen Zeitraum von etwa fünf Jahren mitzuführen, um zu überprüfen, ob der jeweilige Krankheitsfall tatsächlich ein neuer „Patientenfall“ oder lediglich ein erneuter Erkrankungsfall einer bestimmten identischen Person innerhalb des Beobachtungszeitraumes ist.

Es kann doch nicht sein, dass jeder AU-Fall z. B. innerhalb eines Jahres als neuer „Patientenkrankheitsfall“ gewertet wird, obwohl ein betreffender Versicherter möglicherweise zweimal oder gar dreimal wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig wurde. Tatsächlich werden in den Krankheitsartenstatistiken in einer solchen Konstellation drei Krankheitsfälle konstatiert!

Jeder, der einmal solche über mehrere Jahre führenden Krankheitsartenstatistiken identischer Personen untersucht hat, wird allein auf der Basis der dabei zu beobachtenden „Schwundquoten“ infolge eines Wechsels im Versicherungsstatus einer bestimmten Person, infolge von Kassenwechsel oder Auflösung des Versicherungsverhältnisses und nicht zuletzt infolge der Mortalität in der Untersuchungsgruppe zu dem Schluss kommen, dass ohne Mitnahme der jeweiligen Versicherungsnummern Fehlschlüsse bei den Krankheitsartenstatistiken an der Tagesordnung sind.

Dass man bezüglich der Abnahme bzw. Zunahme bestimmter Krankheitsbilder die von dem jeweiligen Krankheitsrisiko betroffene demographische Entwicklung mit berücksichtigen muss, soll hier lediglich als weiterer differenzierender Gesichtspunkt erwähnt

Jahr	Erwerbstätige	Veränderungen
2005	38,540 Mio	
2012	41,500 Mio	+ 4,196 Mio
2013	42,200 Mio	+ 10,88%
2015	42,736 Mio	
2011	41,084 Mio	
2012	41,500 Mio	+1,652 Mio
2013	42,200 Mio	+4,02%
2015	42,736 Mio	

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012/2013/2014/2015

Tabelle 22

Erwerbstätige mit Wohnort in Deutschland (Inländerkonzept) im Verlauf von 2005 bis 2015

werden, ebenso wie die Anzahl der Erwerbstätigen in den interessierenden Beobachtungszeiträumen überhaupt.

Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer (2014). BPTK-Studie zu psychischen Erkrankungen und Frührente. Pressemeldung vom Jan. 2014 und Newsletter 1/2014.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2012). BKK Gesundheitsreport 2012. Eigen- druck.
- Busch, M., Hapke, U., Mensink, G.B.M. (2011). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. GBE Kompakt, 2 (7), Robert Koch Institut Berlin.
- Busch, M., Maske, U., Ryl, L., Schlack, R., Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, 56, 733-739. Springer, Heidelberg.
- Deutsche Angestellten Krankenkasse DAK (2015). DAK-Gesundheitsreport 2015. Hamburg, Eigen- druck.
- Melchior, H., Schulz, H., Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit Depression. Bertelsmann-Stiftung.
- Kliner, K., Rennert, D., Richter, M. (Hrsg.) (2015). BKK Gesundheitsatlas 2015: Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. MWV Berlin.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J., Ferrie, J.E. (2000). Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: a longitudinal cohort study. British Medical Journal, 320, 971-975.
- Richter, D., Berger, K., Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Psychiatrische Praxis, 35, 321-330.

- Richter, D., Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis*, 40, 176-182.
- Statistisches Bundesamt (2012/2013/2014/2015). www.destatis.de/DE/Zahlen/Fakten
- Techniker Krankenkasse (2014). Gesundheitsreport 2014 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Band 29.
- Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, Glahn, E.M., Völkle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A., Ruprecht, T. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wittchen, H.U. (2015). Psychische Störungen in Deutschland: Ausmaß und Größe des Problems. In 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2015 in Augsburg „Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation“ DRV-Schriften Bd. 107.
- Zielke, M. (1993). Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. *Psychologie Verlags Union*, Weinheim.
- Zielke, M. (2007). Alkoholassoziertes Krankheitsgeschehen nach Entgiftungen im Akutkrankenhaus und nach stationären Entwöhnungsbehandlungen unter einer altersbezogenen Perspektive. *Sucht aktuell*, 2, 18-25.
- Zielke, M. (2013). Inzidenzraten psychischer Erkrankungen auf der Basis von Krankheitsartenstatistiken der Krankenkasse: Fehleinschätzungen mit fatalen Folgen. In Lutz, W., Bergmann-Warnecke, K. (Hrsg.), 8. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Trier. Abstractband, Universität Trier, S. 221-222.
- Zielke, M. (2014). Epidemiologische Forschung zu psychischen Erkrankungen – Fehleinschätzungen mit fatalen Folgen. *Psychotherapeut*, 59, 399-406.
- Zielke, M., Borgart, E. J., Carls, W., Herder, F., Lebenhagen, J., Leidig, S., Limbacher, K., Meeremann, R., Reschenberg, I., Schwickerath, J. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Zielke, M., Leidig, S. (2006). KoBeLA: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Kompetenzen und Belastungen am Arbeitsplatz. In Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, T., Karoff, M. (Hrsg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (193-206)*. Pabst Science Publishers, Lengerich.

Ankündigung

8. Fachtagung Traumanetz Seelische Gesundheit „Trauma und Justiz: Opferzeugen, Berufszeugen, Augenzeugen“

12. und 13. November 2015

Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Tagungsort:

Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Lingnerplatz 1

01069 Dresden

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. univ. Julia Schellong

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik

Fetscherstraße 74

01307 Dresden

E-Mail: julia.schellong@uniklinikum-dresden.de

Veranstaltungsorganisation:

Mandy Weber

E-Mail: mandy.weber@uniklinikum-dresden.de

Telefon: +49152 - 58 10 68 42

Fax: +49351 - 458 57 13

Interessenkonflikt

Es bestehen keine Interessenkonflikte der Autoren hinsichtlich der untersuchten Thematiken.

Prof. Dr. phil. Manfred Zielke, Dipl.-Psych.

Approbierter Psychotherapeut

Professor für Klinische Psychologie

Baltic Bay Clinical Consulting

Lange Koppel 10

24248 Mönkeberg

E-Mail:

zielke@baltic-bay-clinical-consulting.de

Dipl.-Psych. Dr. Matthias Stapel

Deutsche Rentenversicherung

Rheinland-Pfalz

Evaluation und Begleitforschung

Eichendorfstrasse 4-6

67346 Speyer

E-Mail: matthias.stapel@drv-rlp.de