

Psychische Erkrankungen im Fokus der Krankenkassen – eine Analyse der Gesundheitsreporte seit 2000

Arbeitnehmer sind in Deutschland immer häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen arbeitsunfähig. Knapp 11 Prozent aller Fehltage gingen 2008 auf psychische Erkrankungen zurück. Seit 1990 haben sich diese Krankschreibungen fast verdoppelt. Psychische Erkrankungen verursachen überdurchschnittlich lange Fehlzeiten in den Betrieben: bei AOK-Versicherten durchschnittlich ca. drei Wochen, bei DAK-Versicherten vier Wochen und bei BARMER-Versicherten sogar rund fünfeinhalb Wochen pro Krankschreibung. Depressionen sind vor allem aufgrund einer besonders langen Krankschreibungsdauer die wichtigste psychische Erkrankung im AU-Geschehen. Arbeitspsychologische Metaanalysen belegen den Einfluss von Arbeitsbedingungen auf die Entwicklung von Depressionen. Dabei wird neben dem Einfluss objektiv ungünstiger Arbeitsbedingungen auch auf die Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung eigener Einflussmöglichkeiten auf den Arbeitsprozess hingewiesen. Vor diesem Hintergrund sollten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung verstärkt gezielte Resilienztrainings angeboten werden, um das psychische Potenzial der Arbeitnehmer zu stärken und ihnen die gesunde Bewältigung von belastenden Situationen zu ermöglichen. Betriebliche Gesundheitsförderung allein greift vor dem Hintergrund der multikausalen Genese psychischer Erkrankungen zu kurz. Es geht um einen niedrigschwelligen Zugang zu einer leitlinienbasierten Versorgung.

■ Thomas Bär, Christina Tophoven

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 Schwerpunktheft 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 die Gesundheitsreporte der gesetzlichen Krankenkassen ausgewertet und wissenschaftliche Studien gesichtet, die untersuchen, welche Faktoren in der modernen Arbeitswelt zu einer Erhöhung des Anteils psychischer Erkrankung beitragen können. Da mit der verbindlichen Einführung des ICD-10-Systems zum 01.01.2000 eine kontinuierlich einheitliche Datenbasis zur Verfügung steht, beginnt der folgende Überblick über die Ergebnisse der Reporte mit dem Jahr 2000.

2 Zum methodischen Vorgehen

Die publizierten bzw. im Internet verfügbaren Gesundheitsreporte der Krankenkassen wurden hinsichtlich der Tage, Fälle und Dauer analysiert.¹ Fehlende Angaben

Dr. Thomas Bär, Wissenschaftlicher Referent, Bundespsychotherapeutenkammer

Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin, Bundespsychotherapeutenkammer

wurden teilweise mit Excel nachberechnet, z. T. haben die Krankenkassen Angaben nachgereicht.²

2.1 Daten der Gesundheitsreporte nur mit Einschränkungen vergleichbar

Die Angaben der Krankenkassen sind untereinander mit Einschränkungen vergleichbar, da unterschiedliche Analysemethoden bzw. Referenzpopulationen zugrunde gelegt werden. Die meisten Ersatzkassen (DAK, BARMER, TK) beziehen sich in ihrer Analyse auf Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Arbeitslose). Eine Ausnahme bildet die GEK, die Angaben nur für Erwerbstätige macht. Die Ersatzkassen unterscheiden nicht zwischen Pflicht- und freiwillig Versicherten. Die BKK berichtet ihre AU-Daten größtenteils unter Ausschluss freiwillig versicherter Mitglieder, da es bei diesen hohe Fluktuationsraten gibt. Im Folgenden werden bezüglich der BKK nachstehend nur die AU-Angaben der Pflichtmitglieder erfasst. Die AOK bezieht sich ausschließlich auf Zahlen der erwerbstätigen Mitglieder (ohne Arbeitslose). Ihre Analyse umfasst auch Mehrfachdiagnosen, was höhere Prävalenzen in den diagnosespezifischen Auswertungen zur Folge haben kann. Alle anderen Krankenkassen beziehen sich auf Primärdiagnosen.

In der Regel werden die Rohdaten nach Alter und Geschlecht auf eine Standarderwerbstätigenpopulation vom Mai 1992 angepasst. Aber auch hier existieren Ausnahmen, beispielsweise greift die BKK regelmäßig auf aktuellere Statistiken zurück. Die GEK verwendete bei der Analyse Daten des Jahres 2008 (BARMER-GEK Report 2010) und je nach Daten- und Auswertungstyp unterschiedliche Referenzpopulationen.

3 Ergebnisse

Die Gesamtzahl aller AU-Tage liegt 2008 bei ca. der Hälfte des Niveaus der 1970er oder 1980er Jahre. Die Gesamtzahl aller AU-Tage bewegt sich derzeit also auf einem relativ niedrigen Niveau.

3.1 Kontinuierlicher Anstieg der AU-Tage durch psychische Erkrankungen

Bei allen gesetzlichen Krankenkassen steigt der Anteil der AU-Tage durch psychische Erkrankungen kontinuierlich³ seit der Einführung des ICD-10 im Jahr 2000 (siehe Abbildung 1). Psychische Erkrankungen sind für die Krankenkassen 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).

Auch bei den AU-Fällen nimmt der Anteil durch psychische Erkrankungen zu. Der leichte Rückgang der AU-Fälle im Jahr 2005 aufgrund psychischer Erkrankungen lässt sich auf die Einführung des ALG II zurückführen, da nur noch bei ALG I ein Anspruch auf Krankengeld besteht (und damit auch die Verpflichtung der Vorlage von AU-Bescheinigungen bei der Krankenkasse).

3.2 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, 2006). Bei der BARMER ist ein deutlicher Trend zu längeren Krankschreibungen zu erkennen.

Wie im Methodenteil beschrieben, ist der Vergleich der Krankenkassen untereinander nur mit Einschränkungen durchführbar. Festhalten kann man aber: Die Unterschiede bei der Dauer der Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen lassen sich nicht auf ein unterschiedliches Profil psychischer Erkrankungen zurückführen (siehe 3.3). Neben der Auswertungsmethodik kommen unterschiedliche Anteile von Mitgliedern bezüglich soziodemografischen Variablen oder Branchenzugehörigkeit (siehe 3.4) als Ursache in Betracht.

Abbildung 1: Psychische Erkrankungen im AU-Geschehen

Abbildung 1a) Anteil der AU-Tage durch psychische Erkrankungen

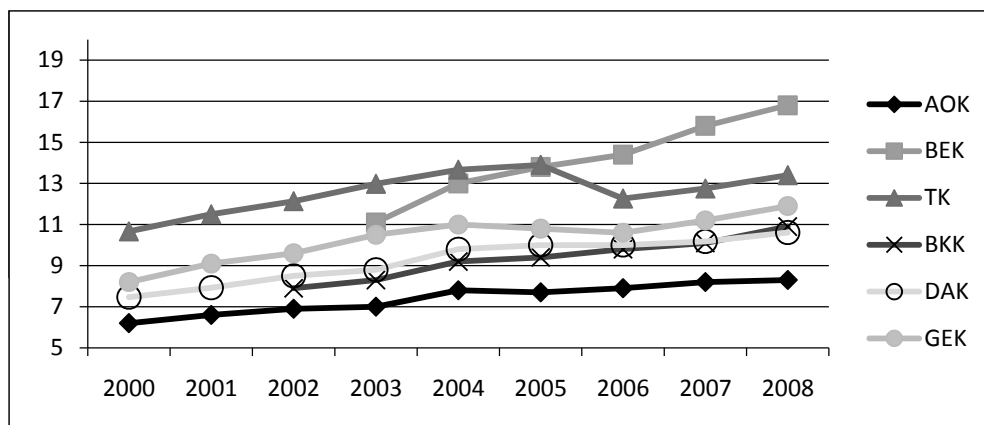


Abbildung 1b) Anteil der AU-Fälle durch psychische Erkrankungen an allen Erkrankungen

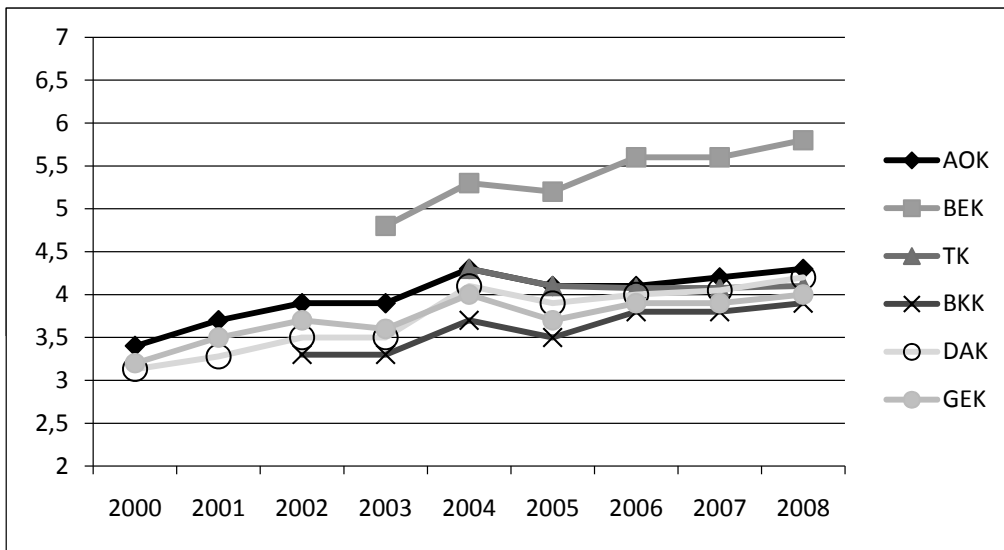
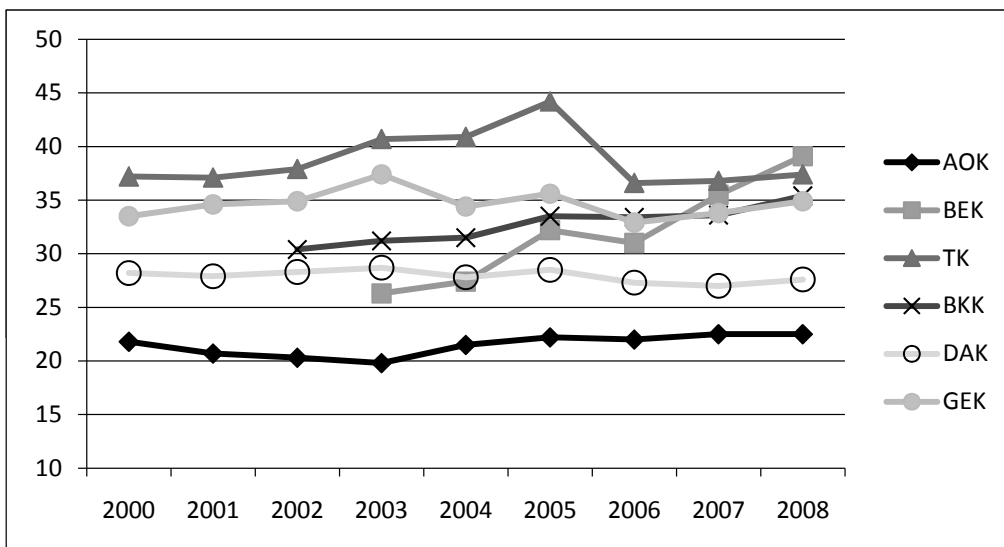
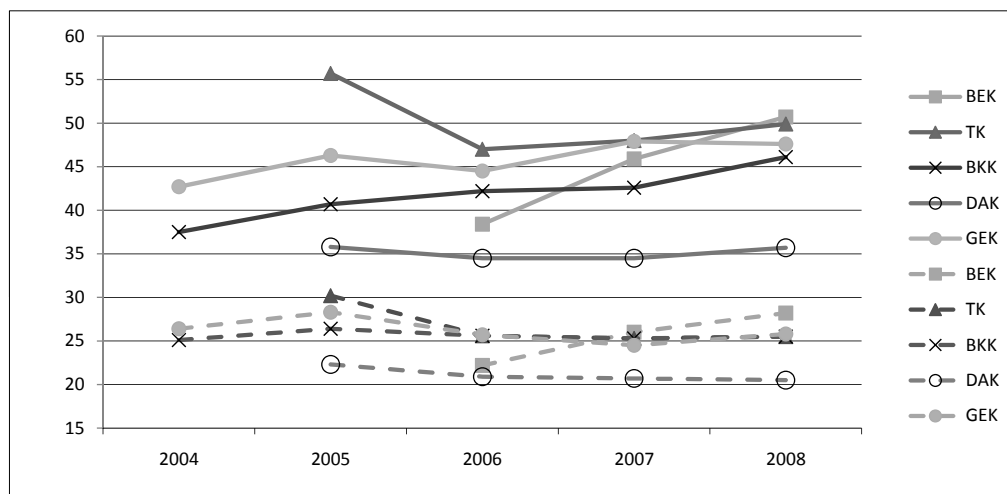


Abbildung 1c) Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen



Legende zu den Abbildungen 1: Angegeben sind prozentuale Anteile an allen Fehltagen oder Krankschreibungs-fällen/Versicherten sowie die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen. BEK: BARMER Ersatzkasse; TK: Techniker Krankenkasse; GEK: Gmünder Ersatzkasse; DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse; BKK: Betriebskrankenkassen (Bund); AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse. 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.

Abbildung 2: Dauer einer Krankschreibung aufgrund von Depressionen und Anpassungsstörungen



Legende zur Abbildung 2: 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; TK: Techniker Krankenkasse; GEK: Gmünder Ersatzkasse; DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse; BKK: Betriebskrankenkassen (Bund). Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Zeitraum, die aufgeführten Daten von 2008 wurden in den 2009er Reporten 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.

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 in erster Linie 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.

3.3 Depressive Episoden und Belastungsreaktionen dominieren

Aufgrund der unterschiedlichen Mitgliederstrukturen der Krankenkassen könnte man erwarten, dass jeweils unterschiedliche psychische Diagnosegruppen das AU-Geschehen der Kassen prägen. Die Betrachtung der häufigsten dreistelligen Diagnoseziffern zeigt aber, dass diese bei allen Kassen in vergleichbarer Reihenfolge auftreten. Dabei sind depressive Erkrankungen (ICD-10: 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, zeigt sich die Erhöhung der Fallzahlen im AU-Geschehen gleichmäßig bei allen Störungsbildern und ist somit nicht auf die Zunahme eines spezifischen Krankheitsbilds im Speziellen zurückzuführen.

Eine Analyse der beiden häufigsten psychischen Erkrankungsbilder, depressive Episoden und Belastungsreaktionen/Anpassungsstörungen, zeigt einen kontinuierlichen Trend einer Zunahme der daraus resultierenden AU-Tage. Bei der Dauer der dargestellten Erkrankungen ist – ähnlich wie bei der Gesamtgruppe der psychischen Erkrankungen – kein einheitlicher Trend einer Zu- oder Abnahme zu erkennen. Der im Verlauf gestiegene Anteil der beiden Erkrankungsgruppen kann eher auf die gestiegene Fallzahl zurückgeführt werden. Die durchschnittliche AU-Dauer einer depressiven Erkrankung (durchgehende Linien, Abbildung 2) ist bei allen Krankenkassen deutlich länger als bei einer Belastungsreaktion/Anpassungsstörung (gestrichelte Linien). Demnach ist die besondere Bedeutung von Depressionen im AU-Geschehen vor allem auf die lange Dauer der jeweiligen Krankschreibungen zurückzuführen. Auch beim Anteil der Depressionen an den AU-Tagen zeigen sich Unterschiede zwischen den Krankenkassen. Depressive Episoden hatten 2008 einen Anteil von 2,3 Prozent (AOK) bis 5,9 Prozent (BARMER) an allen AU-Tagen. Durch Anpassungsstörungen/Belastungsreaktionen wurden 2008 1,3 Prozent (AOK) bis 2,8 Prozent (BARMER) aller Fehltag verursacht.

3.4 Erhöhte Krankschreibungen im Dienstleistungssektor

Die Gesundheitsreporte von AOK und BKK sowie einige Schwerpunktheft zu psychischen Erkrankungen,

beispielsweise von BARMER (2009), TK (2008) und DAK (2002), weisen Angaben zum Anteil psychischer Erkrankungen in unterschiedlichen Branchen auf. Dabei zeigt sich 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 verglichen mit dem Bundesdurchschnitt (265 vs. 134 AU-Tage/100 VJ). Die AOK-Fehlzeiten-Reporte 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 Krankheitsausfälle durch psychische Erkrankungen eindeutig im Dienstleistungsbereich liegt“, ohne dass hierzu ein vergleichbares Kategoriensystem verwendet wird. Kassenübergreifend zeigen sich Befunde zu erhöhten Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen in der Telekommunikation sowie im Erziehungs- und Unterrichtswesen. Unterdurchschnittliche Zahlen verzeichnen die Reporte in klassischen Arbeiterbranchen. Die Fehltagelänge 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-Fehlzeiten-Report 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 (siehe 4.3.2.1).

Analysen von psychischen Erkrankungen auf dreistelliger Diagnoseebene in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern würden weiterführende Erkenntnisse in diesem Bereich ermöglichen. Wie hilfreich so detaillierte Analysen sein könnten, zeigt der Gesundheitsreport der BARMER 2009. Hieraus geht hervor, 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.

3.5 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). 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 massive Häufung von Krankenhausaufenthalten zwischen 2000 und 2003 aufgrund von alkoholassoziierten Störungen bei Arbeitslosen. Hierzu ist noch anzufügen, dass eine isolierte Analyse von Krankenhausaufenthalten aufgrund psychischer Erkrankungen der DAK 2008 er-

Tabelle 1: Fehltagelänge aufgrund psychischer Erkrankungen nach Berufsgruppen

	Sozialarbeiter/ innen	Krankenpflege- personal	Verkäufer/innen	Bürokräfte	Bankfachleute
Depressionen	53,5	50,7	51,4	44,3	40,8
Anpassungsstörungen/Belastungsreaktionen	31,2	28	27,1	23,6	23,1
Störungen durch Alkohol	36,1	53,3	k. A.	37,3	29,2

Quelle: BARMER Gesundheitsreport 2009

Angegeben ist die durchschnittliche Krankschreibungsdauer in Tagen

gab, 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.

3.6 Erhebliche regionale Unterschiede bei AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen

Die Gesundheitsreporte von AOK, BKK, DAK und TK präsentieren bundesweite und länderspezifische Auswer-

Abbildung 3a) Unterschiede in den Bundesländern in der Prävalenz von AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen (Angaben in prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt)

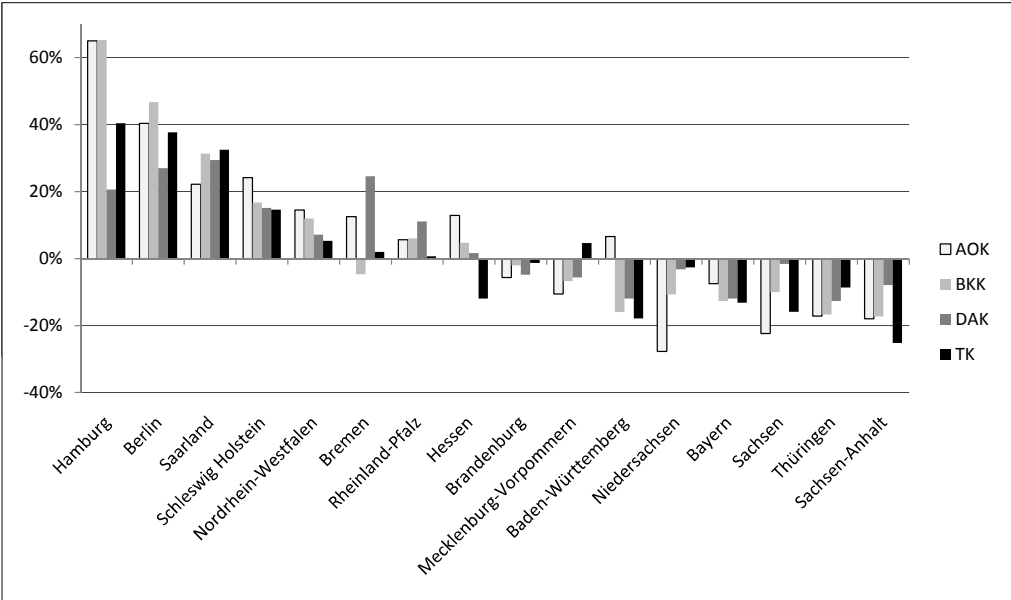
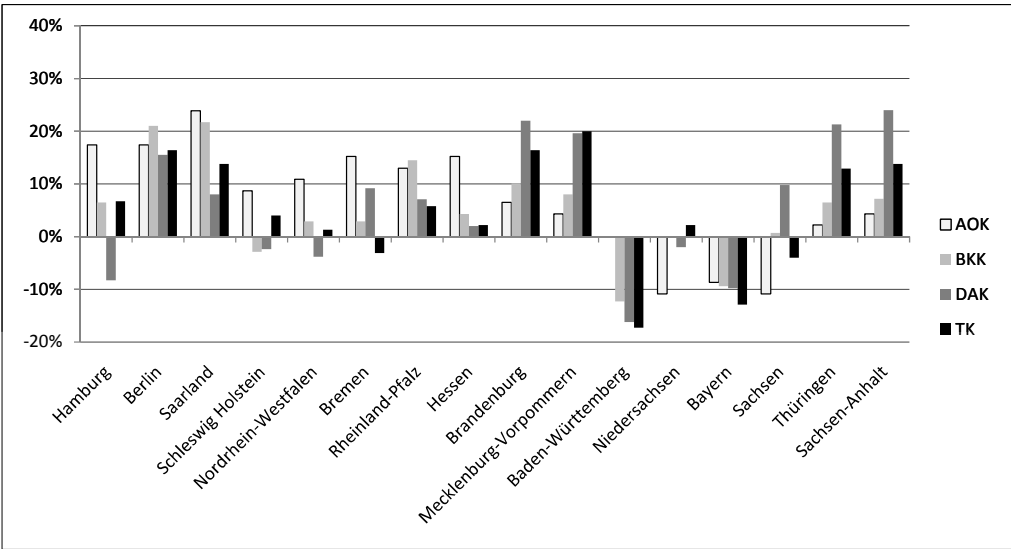


Abbildung 3b) Unterschiede in den Bundesländern in der Prävalenz von AU-Tagen (Angaben in prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt)



Legende zu den Abbildungen 3: Angegeben ist die durchschnittliche Abweichung der gemittelten AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen (3a) oder aller AU-Tage (3b) pro Bundesland vom Bundesdurchschnitt im Jahr 2008. AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse; TK: Techniker Krankenkasse; DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse; BKK: Betriebskrankenkassen (Bund). Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Zeitraum, die aufgeführten Daten von 2008 wurden in den 2009er Reporten der Kassen analysiert. Die Anteile wurden mit Excel berechnet.

tungen. In der Abbildung 3 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. In Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen fallen die AU-Zeiten durchgängig unterdurchschnittlich aus.

Bemerkenswert ist, dass es sich dabei vor allem in Thüringen und Sachsen-Anhalt um selektive Phänomene handelt, da dort der allgemeine Krankenstand im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zum Teil erheblich erhöht ist. Starke Differenzen in ähnlicher Richtung zeigen sich auch in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

4 Diskussion

Wie bereits im Methodenteil (siehe 2.1) beschrieben, können querschnittliche Unterschiede zwischen den Krankenkassen zum Teil auf unterschiedliche Analysemethoden zurückgehen. Bei der längsschnittlichen Veränderung der Angaben sollte dies jedoch keine Rolle spielen, da grundlegende Analysemethoden innerhalb einer Krankenkasse nach unserem Kenntnisstand nicht wesentlich variieren. Insgesamt kann man davon ausgehen, dass auf der Basis der AU-Daten wichtige Erkenntnisse zur Verbreitung psychischer Krankheiten mit Blick auf das Diagnosespektrum sowie regionale und branchentypische Verteilungen möglich sind.

Einige Fakten sprechen, dafür, dass die Bedeutung psychischer Erkrankungen nach der Analyse der AU-Daten eher noch unterschätzt wird. So werden nur die Erkrankungen berücksichtigt, die zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen. Auch das häufig diskutierte Phänomen des Präsentismus kann in diese Richtung interpretiert werden. Darüber hinaus existiert ein substanzieller Teil unspezifischer Diagnosen außerhalb des Kapitels V im ICD-10 (z. B. „Burnout“, ICD-10 Z73) oder weitere unter „somatischen Erkrankungen“ kodierte Beschwerden (z. B. Rückenschmerzen), bei denen psychische Anteile in Entstehung und Aufrechterhaltung von zentraler Bedeutung sind. Dies relativiert sich etwas anhand der Tatsache, dass der Anteil der Kurzzeiterkrankungen (bis drei Tage) unterschätzt wird, da hier oft keine Meldung an die Krankenkasse erfolgt. Hier sind psychische Erkrankungen sehr selten.

4.1 Präzision der Diagnosen verbesserungswürdig

Die Daten zu den AU-Diagnosen weisen nicht die gleichen Gütekriterien wie wissenschaftlich-epidemiologische Untersuchungen auf. Die AU-Diagnosen haben oft „unspezifische“ Kodierungen an der 4. Diagnoseziffer des ICD-10 (z. B. F32.9: „depressive Episode, nicht näher bezeichnet“). Aus dieser Sicht ist die Präzision der Diagnostik nicht

mit Diagnosen aus wissenschaftlichen Untersuchungen vergleichbar, bei denen strukturierte Diagnoseinstrumente eingesetzt werden (z. B. Wittchen & Jacobi, 2001). Andererseits wird bei den AU-Daten auf eine erheblich größere Datenmenge zurückgegriffen. Daher sind Verzerrungen durch selektive Teilnahme von Probanden unwahrscheinlicher. Für die Validität der Daten spricht im Übrigen die Vergleichbarkeit der Befunde mit wissenschaftlich-epidemiologischen Untersuchungen, wie z. B. das deutliche Überwiegen der psychischen Erkrankungen bei Frauen oder die Häufung bei Arbeitslosen (siehe 3.5).

Ein Blick auf die Einzeldiagnosen zeigt aber auch Einschränkungen der Validität. In allen Reporten werden nach depressiven Episoden Störungen aus den Kapiteln F43 („Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen“) und F48 („andere neurotische Störungen“) des ICD-10 als häufigste psychische Diagnosen berichtet. Beide Störungskategorien werden in wissenschaftlich-epidemiologischen Untersuchungen aktuell kaum verwendet. Speziell die Kategorie F48 ist umstritten. Hier werden wahrscheinlich Störungsbilder zusammengefasst, die sich unter anderen Diagnoseziffern (vor allem Depressionen, auch spezifizierte Angststörungen oder somatoforme Störungen) reliabler diagnostizieren lassen (Kleinman, 1982; Rief, 2003). Problematisch an den F48-Diagnosen ist zudem, dass es hierzu kaum Forschung und spezifizierte Therapieoptionen gibt. Der recht hohe Anteil dieser Diagnosegruppe ist ein weiterer Hinweis für das eher unspezifische Diagnoseverhalten der Ärzte.

4.2 Lange Krankschreibungsdauer bei Depressionen

Depressionen sind neben der relativen Häufigkeit vor allem aufgrund der langen Krankschreibungsdauer von Bedeutung. Dies stimmt damit überein, dass Depressionen im Schweregrad typischerweise stärker ausgeprägt sind als Anpassungsstörungen (die aus dem Bereich der F43-Diagnosen vermutlich am häufigsten diagnostiziert wurden). Studien und klinische Erfahrungen bestätigen, dass eine depressive Episode mit deutlichen Funktionseinschränkungen (eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit und Flexibilität der Denkprozesse) assoziiert ist, was die lange Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erklärt (Adler et al. 2006). Die Ursachen und aufrechterhaltenden Faktoren bei Depressionen sind oft vielschichtiger als die einer Anpassungsstörung, bei der typischerweise die Kombination aus „nur“ einem belastenden Umgebungsfaktor und dem Umgang der Person mit diesen Umständen für die Entstehung und Aufrechterhaltung prägend ist. Diese Unterschiede weisen weiterführend auf die Bedeutung einer differenzierten Betrachtungsweise psychischer Störungen im AUGeschehen hin. Darüber hinaus ist zu vermuten, dass der Mittelwert der Dauer einer Krankschreibung wegen einer Depression stark durch Extremwerte beeinflusst wird. Aufschlussreicher als ein Mittelwert wäre an dieser Stelle z. B. der prozentuale Anteil der Langzeitkrankschreibungen (> zehn Wochen).

4.3 Ursachen der Zunahme der psychischen Erkrankungen im AU-Geschehen

4.3.1 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 zurückgeht, lässt sich nach dem Stand der Wissenschaft nicht präzise 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 Schwankungen aufgrund gesellschaftlicher Trends. Auch diese sind jedoch für AU-Tage von eher nachgeordneter Bedeutung (siehe 3.3). 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. Die Datenlage in Deutschland ist speziell für den hier untersuchten Zeitraum dünn. Abhilfe werden erst die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS; www.rki.de) schaffen, die eine Fortsetzung des mittlerweile über zehn Jahre alten Bundesgesundheits surveys darstellt.

Oft wird neben der Zunahme der „wahren“ Prävalenz psychischer Erkrankungen auch eine Veränderung des ärztlichen Diagnoseverhaltens als Hintergrund des Anstiegs der psychischen Erkrankungen im AU-Wesen 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 vor allem auf eine verbesserte ärztliche Diagnostik zurückzuführen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass beispielsweise der Anteil von 1 bis 1,6 Prozent der AU-Fälle durch Depressionen im Vergleich zu einer Jahresprävalenz von 8,8 Prozent der Bevölkerung (Wittchen & Jacobi, 2001) noch moderat ausfällt.

Auch ein Wechsel der diagnostischen Zuordnung der Patientenbeschwerden ist denkbar. Der Anstieg der psychi-

schen 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. 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, denn für den betroffenen Menschen resultiert daraus eine prognostisch zielführendere Behandlung.

Letztlich wird oft thematisiert, 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).

4.3.2 Bedeutung psychologischer und soziokultureller Einflüsse auf Arbeitsunfähigkeit

4.3.2.1 Arbeitsbedingungen beeinflussen psychische Gesundheit

Um diejenigen Arbeitsbedingungen zu erfassen, die vor allem psychisch belastend sind, haben sich zwei theoretische Modelle empirisch behauptet. Das Anforderungskontroll-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 beider Modelle auf die Entwicklung psychosomatischer Beschwerden nachweisen. Dabei zeigen einige Studien auch einen signifikanten

Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Entwicklung von depressiven Erkrankungen zu einem späteren Zeitpunkt. An den Studien wurde kritisiert, dass keine objektivierbaren Parameter der psychischen Arbeitsbelastung verwendet werden, wobei dies im Bereich der Arbeitspsychologie kontrovers diskutiert wird (Spector et al. 2000).

In einer von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geförderten Studie (Rau et al. 2010) konnte gezeigt werden, dass eine objektiv höhere Arbeitsintensität (z. B. Zeitdruck, Störungen des Arbeitsablaufs, wenig Möglichkeiten, Aufgaben an andere zu delegieren) mit einem höheren Risiko einer Depression bzw. Depressivität einhergeht. Nicht der objektiv festgestellte Entscheidungsspielraum der Angestellten, sondern die subjektive Wahrnehmung des Entscheidungsspielraumes spielte zusätzlich eine Rolle. 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, der objektive Entscheidungsspielraum einer Person jedoch nicht. Darüber hinaus werden in anderen Studien Einflüsse mangelnder sozialer Unterstützung im Team, Diskrepanzen zwischen Arbeitsanforderungen und Fertigkeiten der Arbeiter oder organisationale Ungerechtigkeiten mit der Entwicklung von Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht. Die Forschung ist in diesem Bereich noch kleinteilig, sodass diese Effekte oft nicht repliziert wurden bzw. nur mit Einschränkungen gültig sind.

Ulich (2008) argumentiert wie viele andere Autoren, dass die Veränderungen der Arbeitswelt in den letzten Jahren in Richtung wissensintensiver Dienstleistungsberufe mit einer Erhöhung von Zeitdruck und Komplexität der Aufgaben und einer parallel erfolgenden Abnahme von Arbeitsplatzsicherheit zumindest teilweise die Häufung von Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen in den im Ergebnisteil (siehe 3.4) aufgeführten Berufssparten erklären könnten. So sind beispielsweise Angestellte im Gesundheitswesen, Wächter/Aufseher, Kontrolleure oder Telefonisten im Sinne der beiden beschriebenen Modelle vergleichsweise hohen psychischen Beanspruchungen ausgesetzt. Demnach würde eine Zunahme des Anteils psychischer Erkrankungen im AU-Geschehen zumindest teilweise eine reale Zunahme psychischer Erkrankungen abbilden.

Dabei ist es jedoch schwer, Größe und Tragweite des Einflusses der Arbeitsbedingungen auf die Entstehung psychischer Erkrankungen abzuschätzen. In wissenschaftlichen Kreisen wird aktuell davon ausgegangen, dass der Einfluss gesellschaftlicher Trends auf die Prävalenzen einzelner psychischer Erkrankungen bei den meisten Erkrankungen kaum nachweisbar ist (Jacobi, 2009). Die gängigen Ätiologiemodelle psychischer Erkrankungen gehen allgemein von einem „biopsychosozialen“ Modell aus. Das heißt, dass die Wechselwirkung aus biologischen (z. B. genetischen) Phänomenen, psychischen (Persönlichkeitsstile, habituelle Muster der Beziehungsgestaltung, Attributionsstile, soziale Kompetenzen usw.) und sozialen Faktoren (d. h. gesellschaftliche oder kulturelle Einflüsse,

wie beispielsweise familiäre oder berufliche Konstellationen) von Bedeutung ist. Dies relativiert den Einfluss der Arbeit. Dafür sprechen auch die eher schwachen Effekte in den o. a. Metaanalysen. In der Studie von Waldenström et al. (2008) spielten neben Arbeitsbelastungen auch finanzielle Schwierigkeiten, kritische Lebensereignisse oder vorangehende psychische Erkrankungen bei der Entwicklung von Depressionen eine Rolle. Ähnliches zeigt auch die Studie von Rau et al. (2010). Die Stärke des Einflusses der Arbeitsbedingungen auf psychische Erkrankungen könnte allerdings genauso gut unterschätzt werden, da kritische Lebensereignisse (z. B. Scheidung) oft mit beruflichen Belastungsfaktoren zusammenhängen. Vor diesem Hintergrund müsste der Einfluss der Arbeitsbedingungen angesichts der deutlichen Veränderungen der Arbeitswelt in den letzten Jahren so stark ausfallen, dass dadurch eine zumindest leicht ansteigende Prävalenz von Depressionen in der deutschen Bevölkerung in epidemiologischen Studien nachzuweisen wäre. Eine abschließende Klärung dieser Frage ist jedoch erst mit den Ergebnissen des DEGS (siehe 4.3.1) möglich.

4.3.2.2 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 Metaanalyse von Paul & Moser (2006) verweist auf die zusätzliche Bedeutung von „Inkongruenzerleben“ bei Arbeitslosen. Die meisten arbeitslosen Menschen zeigen demnach in ihrem persönlichen Wertesystem ein ähnlich hohes Commitment bezüglich einer Arbeitstätigkeit wie Erwerbstätige. Aus klinisch-psychologischer Forschung ist bekannt, dass solche „Inkongruenzen“ auf Dauer zu psychischen Beeinträchtigungen führen können (Grawe, 2000).

4.4 Differenzierte Betrachtung der regionalen Unterschiede erforderlich

In Stadtstaaten besteht im Vergleich zu Flächenstaaten ein höherer Anteil an Dienstleistungen, bei denen ein

erhöhter Krankenstand durch psychische Erkrankungen diskutiert wird. Zudem dürften unterschiedliche Arbeitslosigkeitsanteile einen Effekt haben. Das vergleichsweise geringe Ausmaß psychischer Erkrankungen in Bayern oder Baden-Württemberg kann als Ausdruck eines generell niedrigen Krankenstandes interpretiert werden, ebenso wie das hohe Ausmaß psychischer Erkrankungen bei AOK-Versicherten im Saarland vor dem Hintergrund eines generell erhöhten Krankenstandes zu sehen ist.

Darüber hinaus gibt es Hinweise aus dem Bundesgesundheitssurvey (Wittchen & Jacobi, 2001), dass in den neuen Bundesländern psychische Erkrankungen tatsächlich seltener auftreten als in den alten. Letztlich spielen wahrscheinlich 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 Regionen. Außerdem liegt die Überlegung nahe, dass das AU-Geschehen von der regionalen Versorgungsdichte beeinflusst wird, denn in den Stadtstaaten geht eine hohe Versorgungsdichte mit überdurchschnittlich hohen AU-Zeiten einher. Mit dieser Argumentation nicht konform geht jedoch 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 jedoch nicht die Befugnis erteilt, AU-Bescheinigungen auszustellen, kann hier bestenfalls ein indirekter Zusammenhang vermutet werden – vielleicht in Richtung eines Klimas geringerer Stigmatisierung oder Tabuisierung psychischer Erkrankungen.

5 Implikationen

5.1 Detailanalysen notwendig

Die Vielfalt psychischer Erkrankungen macht eine Analyse der unterschiedlichen Erkrankungsgruppen unverzichtbar. Die im Ergebnisteil beschriebenen erheblichen regionalen und branchen-/berufsspezifischen Differenzen könnten zusätzlich wesentliche Ansatzpunkte für spezifische Versorgungskonzepte oder Prävention bieten. Ein weiterführender Abgleich der Krankenkassendaten mit standardisierten epidemiologischen Angaben ist zudem sinnvoll.

Einheitliche Standards in der Darstellung der Daten würden den Erkenntnisgewinn verbessern. Dies betrifft als erstes die Grundpopulation. Beispielsweise könnte als verbindlicher Standard festgelegt werden, in den Reporten die Angaben zu allen Erwerbspersonen und z. B. 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 zu beziehen. Besonders erschwert ist der kassenübergreifende Vergleich unterschiedlicher Branchen und Berufsgruppen. Wenn sich die Daten kassenartenübergreifend analysieren ließen, würde dies zu versorgungspolitisch relevanten Informationen führen.

5.2 Verbesserung der Diagnostik möglich

Defizite in der Präzision der AU-Diagnosen sind unter 4.1 beschrieben worden. 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 eine Anpassung des ärztlichen Diagnosesystems an wissenschaftliche Standards erwogen werden. Dies wäre bei der geplanten Einführung des ICD-11 möglich.

5.3 Ansatzpunkte für Versorgungspolitik erkennbar

Die kassenübergreifende Auswertung der Gesundheitsreporte zeigt, dass der Anstieg der AU-Tage bei psychischen Krankheiten insgesamt auf einen Anstieg der AU-Fälle zurückzuführen ist. Dabei ist das Krankheitspanorama kassenübergreifend ähnlich. Es dominieren depressive Episoden und Anpassungsstörungen. Die Dauer der Krankschreibung ist branchenspezifisch höchst unterschiedlich. Festzuhalten bleibt aber auch, dass bei Arbeitslosigkeit der Anteil der psychischen Erkrankungen dramatisch erhöht ist und deutlich über dem Anteil aller Branchen liegt. Dokumentiert werden außerdem regionale Unterschiede bei AU-Tagen durch psychische Erkrankungen, wobei multikausale Erklärungsansätze ein differenziertes Bild ermöglichen, aber noch keine eindeutigen Handlungsoptionen aufzeigen. Insgesamt bieten die Ergebnisse der Gesundheitsreporte Ansatzpunkte für Initiativen von Krankenkassen, die sich explizit als „Versorgerkassen“ verstehen wollen.

Die arbeitspsychologischen Modelle bieten in Kombination mit den empirischen Befunden zunächst einen guten theoretischen Rahmen für die Optimierung der objektiven Arbeitsbedingungen. Aus den Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen leiten sich darauf aufbauend auch Möglichkeiten zur Prävention psychischer Erkrankungen in den Betrieben ab. Darüber hinaus bieten sich Ansatzpunkte für gezielte individuelle Maßnahmen bei Personen mit entsprechenden Vulnerabilitäten. Diese sollten verstärkt über die allgemeinen Angebote „Entspannung“ oder „Stressbewältigung“ hinausgehen. Nach dem Modell von Siegrist (2002) beispielsweise könnte eine hohe persönliche Disposition zu beruflicher „Verausgabung“ zur Entwicklung psychischer Erkrankungen führen. Gezielte Resilienztrainings in diesbezüglichen „Hochrisikobranchen“ oder Angebots, die es den Mitarbeitern ermöglichen, subjektive Handlungsspielräume zu erweitern, könnten zu einer Verringerung des Krankenstands beitragen.

Das Engagement für betriebliche Gesundheitsförderung gehört somit in das Angebotsportfolio einer „Versorger-

kasse“. 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 Pilotprojekt, 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 Konflikterschulung im beruflichen Kontext und störungsspezifischer Psychotherapie.

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 akut drohen bzw. eingetreten sind. Die aktuellen Maßnahmen für Arbeitslose sollten aus den o. a. Befunden Konsequenzen ziehen. Notwendig sind neben den üblichen Angeboten (v. a. Bewerbungstrainings) auch psychologische Inhalte, die auf eine Bearbeitung der Zeitstruktur, der Sozialkontakte, Tagesaktivitäten oder Sinnfindung abzielen, vor allem bei Langzeitarbeitslosen. 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 justiert werden, da damit implizit das Commitment für eine Erwerbstätigkeit gestärkt wird und sich dadurch die Inkongruenz mit der aktuellen Arbeitslosigkeit mit den bekannten psychischen Folgen verstärkt.

In Zeiten eines verstärkten Wettbewerbs der Krankenkassen – auch um die Marke „Versorgerkasse“ – ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen 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 diese überprüfen können, inwieweit Versorgungsangebote ihrer Krankenkasse unter Evidenzgesichtspunkten empfehlenswert sind.

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:

Adler D.A., McLaughlin T.J., Rogers W.H., Chang H., Lapitsky L. & Lerner D. (2006). Job Performance Deficits Due to Depression. *Am J Psychiatry* 16, 1569–76.
Angermeyer M.C., 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* 24, 225–32.
Grawe K. (2000). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Härter M., Bermejo I., Schneider F., Gaebel W., Niebling W. & Berger M. (2003). Umfassendes ambulant Qualitätsmanagement in der Versorgung depressiver Patienten. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 97, Suppl 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, 651–8.
Jacobi F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie* 34, 16–28.
Jahoda M. (1982). Employment and unemployment: A social-psychological analysis. Cambridge, England: Cambridge University Press.
Karasek R.A. & Theorell T. (1990). Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books, New York.
Katon W.J., Unutzer J. et al. (2004). Treatment of depression in primary care: where we are, where we can go. *Medical Care* 42, 1153–7.
Kleinman A. (1982). Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Cult Med Psychiatry* 6, 117–90.
Kratz S., Härter 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 K.I. & Moser K. (2006). Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. *J Occupat Organiz Psychol* 79, 595–621.
Paul K.I. & Moser K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Voc Behav* 74 264–82.
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 Stress*, 24, 1–18.
Richter D., Berger K. & Reker T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Prax* 35: 318–320.
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* 258 Suppl 5, 115–119.
Spector P.E., Zapf D., Chen P.Y. & 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* 65:90–97.
Wittchen H.U., Schuster P., Pfister H., Gander F. & Müller N. (1999). Warum werden Depressionen häufig nicht erkannt und selten behandelt. *Nervenheilkunde* 18, 210–217.
Wittchen H.U. & Jacobi F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 44:993–1000.

Fußnoten:

- 1 Die Angaben der IKK wurden nicht berücksichtigt, da in diesem Zeitraum nur drei Gesundheitsreporte erstellt wurden.
- 2 An dieser Stelle sei allen Krankenkassenmitarbeitern/innen für die konstruktive Zusammenarbeit gedankt.
- 3 Weitere Analysen bestätigen neben der prozentualen Zunahme auch einen Anstieg der absoluten Zahl der AU-Tage/100 Versicherungsjahre durch psychische Erkrankungen. Dies ist an dieser Stelle nicht getrennt aufgeführt, da diese Angaben nicht von allen Krankenkassen in einer vergleichbaren Vollständigkeit verfügbar waren.