

Daten und Trends zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts im Spiegel der ambulanten und stationären Versorgung sowie in der gesetzlichen Rentenversicherung

Thomas Hering¹, Sophie Kreuzburg², Reinhard Nehring¹, Goetz Wahl³

¹ Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt

² Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Fakultät für Humanwissenschaften

³ Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Fachbereich Hygiene

INHALTSVERZEICHNIS

1. Inhaltsverzeichnis	7
2. Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis	8
3. Einleitung	10
4. Methodische Anmerkungen zur Interpretation der Ergebnisse	12
4.1 Was dieser Bericht kann	12
4.2 Was dieser Bericht nicht kann	13
5. Der Einfluss von Arbeitsbedingungen auf die psychische Gesundheit – Eine Literaturübersicht	13
5.1 Methode	13
5.2 Ergebnis der Literaturrecherche	14
5.3 Studiendesigns	14
5.4 Kategorisierung der ausgewählten Studien	15
5.4.1 Besondere Anforderungs- und Belastungskonstellationen in - bestimmten Berufsgruppen	15
5.4.2 Stressoren am Arbeitsplatz	16
5.4.3 Interventionsprogramme	18
5.5 Zusammenfassung	18
6. Psychische Störungen – Daten aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie der gesetzlichen Rentenversicherung	19
6.1 Häufige psychiatrische Krankenhaus-Diagnosen in Sachsen-Anhalt	19
6.2 Fallzahl psychischer Störungen in der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt	22
6.3 Psychische Störungen in der ambulanten Versorgung in Sachsen-Anhalt	29
6.4 Vorzeitige Verrentungen aufgrund psychischer Störungen	33
6.5 Zusammenfassung	38
7. Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung im Kontext psychischer Störungen in Sachsen-Anhalt	39
7.1 Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen in Sachsen-Anhalt	39
7.2 Die ambulante psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt	41
7.2.1 Versorgungsgrad in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt	41
7.2.2 Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Sachsen-Anhalt	41
7.2.3 Ambulante Behandlungsfälle von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Sachsen-Anhalt	42
7.3 Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen in Sachsen-Anhalt	42
7.4 Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren	43
7.5 Die stationäre psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt	44
7.6 Zusammenfassung	44
8. Schlussfolgerungen und erkennbare Handlungsfelder	45
8.1 Arbeit (Freizeit) und Gesundheit	45
8.2 Psychische Störungen in der arbeitsfähigen Bevölkerung	45
8.3 Gesundheitsförderung und Prävention	47
8.4 Psychiatrische Versorgung	47
8.5 Datenlage	48
9. Literaturverzeichnis	49

TABELLEN- UND ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Schlüsselbegriffe der Literaturrecherche	14
Tabelle 2:	Kategorien, zugeordnete Studien und Herkunftsland der Untersuchung	15
Tabelle 3:	Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland	19
Tabelle 4:	Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland	20
Tabelle 5:	Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland	21
Tabelle 6:	Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland	22
Tabelle 7:	Menschen, die aufgrund psychischer Störungen ambulant behandelt wurden	31
Tabelle 8:	Menschen, die aufgrund psychischer Störungen ambulant behandelt wurden	32
Tabelle 9:	Entwicklung der Anzahl praktizierender Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Deutschland und Sachsen-Anhalt	43
Abbildung 1:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	23
Abbildung 2:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F10-F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	24
Abbildung 3:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	25
Abbildung 4:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F30-F39 „Affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	25
Abbildung 5:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F31 „Bipolare affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	26
Abbildung 6:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F32 „Depressive Episode“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	27
Abbildung 7:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F33 „Rezidivierende depressive Störung“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	27
Abbildung 8:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F40-F48 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	28
Abbildung 9:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	28
Abbildung 10:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 aktiv Versicherte in den Diagnosegruppen F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	33

Abbildung 11:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in den Diagnosegruppen F10-F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	34
Abbildung 12:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	35
Abbildung 13:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in den Diagnosegruppen F30-F39 „Affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	35
Abbildung 14:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F31 „Bipolare Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	36
Abbildung 15:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F32 „Depressive Episode“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	36
Abbildung 16:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F33 „Rezidivierende depressive Störung“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	37
Abbildung 17:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 aktiv Versicherte in den Diagnosegruppen F40-F48 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	38
Abbildung 18:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F43 „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	38
Abbildung 19:	Zunahme der Fallzahlen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von 2009 (100%) bis 2011	42
Abbildung 20:	Krankenhausbetten in der Psychiatrie nach Fachbereichen in Deutschland und Sachsen-Anhalt (Betten auf 100.000 Einwohner)	44

EINLEITUNG

Die psychische Gesundheit ist nach wie vor Gegenstand der öffentlichen Diskussion und Wahrnehmung. Oft prägen dabei Meldungen über dramatische Zunahmen der Erkrankungszahlen und über immer mehr Betroffene das Medienbild. Auf wissenschaftlicher Ebene findet sich eine große Zahl an Arbeiten, in denen beispielsweise Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit in bestimmten Lebensphasen untersucht werden. Aber auch Arbeiten, in denen Maßnahmen analysiert werden, die psychische Gesundheit zu fördern, werden zahlreicher. Durch die Sozialversicherungsträger, überwiegend Krankenkassen, werden regelmäßig Berichte über die gesundheitliche Lage und auch zur psychischen Gesundheit ihrer Versicherten veröffentlicht (aktuell Barmer GEK, Bitzer, Grobe & Schwartz, 2013; Techniker Krankenkasse, Grobe, 2013). Die Länder und der Bund (Robert-Koch-Institut) erarbeiten darüber hinaus im Rahmen ihrer gesetzlichen Pflichten Gesundheitsberichte, die z.T. ebenfalls einen Schwerpunkt auf die psychische Gesundheit legen. Nicht zuletzt beziehen sich Meldungen zahlreicher Medien auf das Thema psychische Gesundheit und psychische Störungen. Auch in Sachsen-Anhalt wurde 2011 vom Statistischen Landesamt ein Sonderbericht zur psychischen Gesundheit vorgelegt (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2011). Tatsächlich weisen langfristig verfügbare Datenquellen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, zur ambulanten und zur stationären Versorgung im Zeitverlauf auf eine Zunahme der Diagnose- und Behandlungszahlen hin.

Die Arbeitswelt wird immer stärker auch in der Diskussion um die Förderung der psychischen Gesundheit, die Prävention und Früherkennung psychischer Störungen berücksichtigt. Jüngst wies die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) in ihrem Magazin „Arbeit und Gesundheit“ darauf hin, dass es im Kontext psychischer Belastungen und Belastungsfolgen keinen Anlass zur Entwarnung gäbe. Nach wie vor seien die Anforderungen an die Beschäftigten (sehr/zu?) hoch (Becker, 2013). Dabei spielen gestern wie heute ständige Erreichbarkeit, eine hohe Arbeitsdichte, Überstunden, aber eben auch mangelnde Handlungsspielräume, wenig Rückmeldung, Intransparenz in der Führung und unzureichende Kommunikation entscheidende Rollen. Allerdings haben sich die Arbeitsbedingungen in vielen Branchen in den letzten Jahrzehnten auch verbessert. Arbeitspsychologische und arbeitsmedizinische Erkenntnisse sind in die Praxis eingeflossen. Fließband- und Akkordarbeit werden zumindest in Westeuropa immer weiter zugunsten vollständiger Arbeitsanforderungen zurückgedrängt. Die Arbeitsschutzgesetzgebung steckt zudem einen rechtlichen Rahmen für nicht gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen ab.

Mehr Fälle = mehr psychisch Kranke?

Ob sich hinter der Zunahme der Behandlungszahlen auch eine Zunahme der tatsächlichen Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung verbirgt, wird kontrovers diskutiert. Jacobi (2009) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass hinter den steigenden Fall- und Diagnosezahlen bessere Rahmenbedingungen in der Versorgung und mehr psychiatrische Versorgungsangebote stehen könnten, die immer stärker in der Lage sind, den wahren, aber insgesamt über den Zeitverlauf relativ konstanten Bedarf an psychiatrischen Behandlungsleistungen zu decken. Nach dieser Interpretation wären heute nicht mehr Menschen psychisch krank als noch vor Jahren. Vielmehr scheint die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen gesunken zu sein und weiter zu sinken. Menschen fühlen sich möglicherweise immer weniger stigmatisiert, wenn sie Angebote der psychiatrischen Versorgung in Anspruch nehmen. Zudem stieg die gesellschaftliche Akzeptanz für psychische Störungen in den letzten 20 Jahren kontinuierlich. In den von Jacobi (2009) näher betrachteten methodisch anspruchsvollen Übersichtsarbeiten, also Studien, die ein und dieselbe repräsentative Stichprobe über einen längeren Zeitraum mit den selben Fragen und unter Berücksichtigung und Kontrolle möglicher Störeinflüsse untersuchten, konnte im Zeitverlauf insgesamt keine stark zunehmende Prävalenz psychischer Störungen festgestellt werden. Das Bild einer zunehmenden Krankheitslast bei psychischen Störungen wird wohl auch deshalb gezeichnet, weil die psychiatrische Versorgung immer weiter dem tatsächlichen Bedarf entsprechend ausgebaut wurde (s. dazu 7.). Ausbaubedarf scheint weiter zu bestehen, da Jacobi (2009) zufolge sowohl das Angebot an ärztlichen und psychologischen Behandlungsangeboten als auch das Inanspruchnahmeverhalten dem tatsächlichen Bedarf (noch) nicht entsprechen.

Datenlage in Deutschland

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS-Studie) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI), in denen fortlaufend und auf methodisch hohem Niveau Gesundheitsdaten auf Grundlage einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland gewonnen werden, liegen für Deutschland mittlerweile aussagekräftige epidemiologische Daten auch zur psychischen Gesundheit vor. Mit diesen Daten lässt sich die tatsächliche Verbreitung psychischer Störungen genauer abschätzen als mit den üblicherweise für die Gesundheitsberichterstattung verwendeten Daten aus der Krankenhausstatistik, in die lediglich Fälle eingehen, bei denen psychische Störungen stationär, also in der Klinik, diagnostiziert wurden.

Im Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (KiGGS-Studie) wurde mit der „Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“ (BELLA-Studie) ein eigenes Studienmodul zur Erhebung vertiefender Informationen zur psychischen Gesundheit aufgenommen, mit der bereits in der Studie erfasste Eckdaten ergänzt werden konnten (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). Etwas mehr als ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen sind danach mit einiger Wahrscheinlichkeit von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Auch in der jüngst veröffentlichten ersten Welle der DEGS-Studie wurden Indikatoren der psychischen Gesundheit aufgenommen. Eingang fanden u.a. depressive Beeinträchtigungen (Busch, Maske, Ryl, Schalck & Hapke, 2013), Schlafprobleme (Schlack, Hapke, Maske, Busch & Cohrs, 2013), chronischer Stress (Hapke, Maske, Scheidt-Nave, Bode, Schlack & Busch 2013) und riskanter Alkoholkonsum (Hapke, v. der Lippe & Gaertner, 2013). Allerdings (leider) liegen aus beiden Untersuchungen keine repräsentativen Ergebnisse für das Land Sachsen-Anhalt vor.

Arbeit und psychische Gesundheit

Die zunehmende Sensibilisierung für sogenannte „weiche“, psychische Komponenten hat die Arbeitswelt seit langem erreicht. Das Engagement, die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Unternehmen findet immer stärker Eingang in Gesundheitsstrategien von Unternehmen und wird zunehmend im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements berücksichtigt. Das Arbeitsprogramm 2013 bis 2018 der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) weist als Schwerpunkt zudem den Schutz und die Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen aus (GDA, 2012). Im Arbeitsschutzgesetz wird zu den Arbeitgeberpflichten neben dem Schutz gegenüber stofflichen Gefahren auch die Gestaltung menschengerechter Arbeit gezählt (§ 2 Abs. 1 Arbeitsschutzgesetz). Psychische Belastungen sollen zukünftig in den Arbeitsplatz-Gefährdungsanalysen berücksichtigt werden.

Gleichwohl haben bei der Entstehung psychischer Störungen eine Reihe weitere Faktoren Einfluss. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang die genetische Prädisposition, Faktoren aus der sozialen Umwelt, besondere Entwicklungsphasen und Umbruchsituationen im Lebenslauf, Verlusterfahrungen, seelische Belastungen und einige mehr. Eine Erklärung psychischer Störungen kann aus einer neurobiologischen Perspektive (Betonung genetisch-biologischer Faktoren), einer psychodynamischen Perspektive (Betonung intrapsychischer, unbewusster Prozesse), einer kognitiv behavioralen Perspektive (Betonung von gelernten Reaktions- und Verhaltensmustern) und/oder integrativ erfolgen (Betonung komplexer Anfälligkeits-Stress-Interaktionen) (Wittchen & Hoyer, 2006, S. 11). Aus einer salutogenetischen Perspektive heraus wird darüber hinaus versucht zu erklären, warum Menschen trotz hoher psychischer Belastungen bzw. biologischer Prädisposition gesund und schwingungsfähig bleiben (Antonovsky, 1997). Im Kontext der psychischen Gesundheit wird unter dem Begriff „Resilienz“ die psychische Widerstandsfähigkeit subsumiert. Dazu zählen mit Selbstwirksamkeitserwartung, Hardiness, Optimismus u.a. Faktoren, die eine erfolgreiche Belastungs- und Spannungsbewältigung unterstützen und psychische Gesundheit stabilisieren können (zum aktuellen Stand der Resilienzforschung s. Bengel & Lyssenko, 2012).

Der Bericht konzentriert sich auf die arbeitsfähige Bevölkerung und legt den Schwerpunkt in der theoretischen Einführung auf psychisch relevante Einflussfaktoren, Erlebens- und Verhaltensmuster sowie Störungen, die aus der Arbeitswelt resultieren. Die betrachtete Lebensaltersspanne zwischen 18 und 65

kann einige störungsrelevante Einflüsse außerhalb der Arbeitswelt beinhalten und ebenso Faktoren, die selbst bei extremen beruflichen Belastungen die Stressbewältigung unterstützen und die psychische Widerstandskraft stärken können. Auch hier bietet das Spektrum der Modelle psychischer Gesundheit und Störungen Erklärungsansätze, die dieser Bericht nicht vertieft. Wenn also im Anschluss zunächst Studien zu Belastungen und Ressourcen in der Arbeitswelt angeführt werden, wird damit eine einflussreiche Lebenswelt von Menschen zwischen 18 und 65 Jahren betont, unter Anerkennung relevanter Einflüsse weiterer (Lebenswelt-)Faktoren.

Dieser Bericht:

- weist zunächst auf die methodisch begründeten Grenzen bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse hin (s. 4),
- gibt einen Überblick über die jüngste fachwissenschaftliche Diskussion zu Arbeitsbelastungen und psychischen Beeinträchtigungen (s. 5),
- gibt bezogen auf die Bevölkerung Sachsen-Anhalts einen Überblick über das psychiatrische Fallgeschehen in der stationären Versorgung seit 2000 und vergleicht sie mit bundesweiten Trends (s. 6),
- berücksichtigt erstmals auch die Daten aus der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt (s. 6.3),
- vergleicht die Entwicklung zur vorzeitigen Verrentung aufgrund psychischer Störungen (s. 6.4) und
- gibt einen Überblick über die Entwicklung und die aktuelle Situation in Gesundheitsförderung, Prävention, ambulanter und stationärer psychiatrischer Versorgung in Sachsen-Anhalt (s. 7).

4. Methodische Anmerkungen zur Interpretation der Ergebnisse

Basis dieses Berichts zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts sind ambulante sowie stationäre Behandlungszahlen und Daten zur vorzeitigen Verrentung. **Ein Rückschluss auf die tatsächliche psychiatrische Krankheitslast in Sachsen-Anhalt und insbesondere auf epidemiologische Trends ist auf dieser Grundlage nicht möglich.** Die vorliegenden Daten spiegeln *erstens* das ambulante Versorgungsgeschehen auf Basis von *Personen*, die im Rahmen der ambulanten Versorgung eine „F-Diagnose“ erhielten und *zweitens* die stationäre Versorgungssituation auf der Basis von *Fällen*, die in Kliniken mit einer psychiatrischen Diagnose aufgenommen und behandelt wurden. Beide Informationen unterscheiden sich: Die verwendeten Daten aus der ambulanten Versorgung *zählen Personen mit einer psychiatrischen Diagnose*. Es ist bei den ambulanten Versorgungsdaten also unerheblich, wie oft eine Person im Jahr in der ambulanten Versorgung eine psychiatrische Diagnose erhielt. Bei den stationären Daten werden *die Behandlungsfälle gezählt*. Es ist wahrscheinlich, dass *ein und dieselbe Person mit einer psychiatrischen Diagnose mehrfach stationär behandelt wurde und somit auch mehrfach als Fall in die Statistik eingeht*.

Der Bericht wertet Daten zu Indikatoren der psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren aus. Bei den stationären Versorgungsdaten aus der Krankenhausstatistik liegen aussagekräftige, altersstandardisierte Daten für die Altersgruppe 25 bis 65 vor, die im folgenden Bericht betrachtet wird. Aus der ambulanten Versorgung und der vorzeitigen Rentenstatistik liegen keine altersstandardisierten Daten vor. Alle Ergebnisse werden bezogen auf eine Einwohnerkonstante (Fälle/100.000 Einwohner) dargestellt, so wird eine Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlich bevölkerungsstarken Regionen (z.B. Bundesländern) ermöglicht.

4.1 Was dieser Bericht kann

Die Datenbasis der vorliegenden Analyse ermöglicht Rückschlüsse auf die Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen sowie die vorzeitigen Verrentungen in Sachsen-Anhalt, zum Teil im Vergleich mit der Situation in der Bundesrepublik Deutschland. Es ist möglich, einen Trend der Inanspruchnahme des Versorgungssystems aufgrund psychischer Störungen zu zeichnen.

4.2 Was dieser Bericht nicht kann

Belastbare Aussagen zur tatsächlichen Verteilung psychischer Störungen in der Bevölkerung Sachsen-Anhalts lassen sich dagegen nicht treffen. Dazu bedürfte es einer repräsentativen bevölkerungsweiten Längsschnittstudie, die in ähnlicher Weise wie die Bevölkerungsstudien des RKI Daten erhebt und analysiert.

Aussagen zur psychiatrischen Versorgung der arbeitstätigen Bevölkerung sind ebenfalls nicht möglich. Der Bericht betrachtet die Situation der arbeitsfähigen Bevölkerung in der Altersgruppe zwischen 18 und 65 Jahren, unabhängig davon, ob sie tatsächlich einer haupt- oder nebenberuflichen Tätigkeit nachgehen. Eine differenzierte Betrachtung der Gruppen mit unterschiedlichem Beschäftigten- und Sozialstatus kann nicht erfolgen. Diese Informationen werden aus Datenschutzgründen in der Routineerfassung nicht mit erhoben bzw. gespeichert. Auch hier könnten epidemiologische Studien genaueren Aufschluss geben.

Mit den vorliegenden Daten können zudem keine potenziellen Einflüsse von Arbeitsbelastungen auf psychische Beeinträchtigungen untersucht werden. Es werden die häufigsten psychischen Störungen in Sachsen-Anhalt näher betrachtet. Dazu zählen alkoholbedingte psychische Störungen, bipolare affektive Störungen (u.a. Depressionen) sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen. Zum Teil konnten enge Zusammenhänge zwischen belastenden Rahmenbedingungen der Arbeit und psychiatrischen Symptomen, wie Depressionen und Belastungsstörungen, in verschiedenen Studien gezeigt werden (s. 5). Dieser Bericht arbeitet mit Routinedaten der Landes-Gesundheitsberichterstattung und anonymisierten ambulanten Versorgungsdaten, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Verfügung gestellt wurden. Informationen zur individuellen Belastungskonstellation in Beruf und Privatleben sind in diesen Datenquellen nicht enthalten. Daher ist es auf Grundlage dieses Berichts nicht möglich, Rückschlüsse auf berufliche (und private) Belastungssituationen zu ziehen, auch wenn die fachwissenschaftliche Diskussion beispielsweise die Verbindung zwischen besonderen beruflichen Belastungskonstellationen in der beruflichen Einstiegsphase und häufigeren stationären Fallzahlen aufgrund von Belastungs- und Anpassungsstörungen plausibel erscheinen lassen.

5. Der Einfluss von Arbeitsbedingungen auf die psychische Gesundheit – Eine Literaturübersicht

Psychische Belastungen in der Arbeitswelt haben in der fachwissenschaftlichen Auseinandersetzung im Kontext psychischer Gesundheit, Engagement, Arbeitszufriedenheit und psychischen Beeinträchtigungen nach wie vor Konjunktur. Die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz spielt eine wichtige Rolle, wenn es um krankheitsbedingte Fehlzeiten, um Leistungs- und Innovationsfähigkeit von Unternehmen sowie um individuelle berufliche Entwicklungen geht. Globalisierung und die rasche technische Entwicklung fordern von Arbeitnehmern immer mehr Flexibilität. Arbeitszeiten, Arbeitsinhalte, Doppel- und Mehrfachanforderungen und der Arbeitsort können Veränderungen unterworfen sein und stellen nicht selten erhebliche Anforderungen an die Beschäftigten.

Die folgende Zusammenfassung der aktuellen Literatur systematisiert die aktuellen (arbeits- und organisationspsychologischen) Diskussionslinien. Sie knüpft an jüngere (Übersichts-) Arbeiten zu diesem Thema an, die u.a. die Bedeutung von Organisationsklima für Stress, Stresserleben und Gesundheit untersuchten (u.a. Hering, Beerlage & Kleiber, 2010 auf Basis von Hering 2009). Das folgende Review fasst die Ergebnisse von (Übersichts-) Arbeiten zur Bedeutung von Arbeitsbedingungen für die psychische Gesundheit aus den Jahren 2007 bis 2013 zusammen.

5.1 Methode

Im Juli und August 2013 wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PsychINFO und PubMed durchgeführt, die durch eine Handsuche in deutschsprachigen Fachzeitschriften ergänzt wurde. Ausgewählt wurden Studien, die zwischen Januar 2007 und März 2013 veröffentlicht wurden. Als **Studientypen** wurden prospektive Längsschnittstudien, Querschnittstudien, qualitative Studien sowie systematische

Reviews und Metaanalysen in der Recherche berücksichtigt. Es kamen sowohl Studien in Frage, welche **Maßnahmen** untersuchen, um Stress und psychischen Belastungsfolgen zu begegnen bzw. Vorsorge zu treffen, aber auch Studien, in denen die mentale Gesundheit von Arbeitnehmern/innen im Zusammenhang mit ihrem Beruf und ihren Arbeitsbedingungen untersucht wurden. **Zielgruppe** dieser Recherche waren Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr. Die Recherche erfolgte mit den Suchtermen „work“ „job stress“, „outcome“, „psych*“, „posttraumatic stress“, „major depression“ und „mental disorders“. Nicht berücksichtigt wurden Studien, die „cancer“, „pregnancy“, „war“, „soldiers“ und „veterans“ als Schlagworte, in den Titeln oder Abstracts enthielten. In den deutschen Fachzeitschriften wurde mit den Begriffen „Job“ und „Gesundheit“ recherchiert. Insgesamt ergab die Recherche in PsychINFO 611 und die in PubMed 163 Treffer.

Die Einschätzung der Relevanz der Studien für die Fragestellung dieses Reviews erfolgte anhand des Titels, des Abstracts und abschließend unter Zugriff auf die Volltexte, sofern die Studien anhand des Titels und Abstracts relevant waren. Tabelle 1 zeigt das Vorgehen bei der Literaturrecherche.

Tabelle 1: Schlüsselbegriffe der Literaturrecherche

Begriffe	spezifische Begriffe	Studiendesign	Ausschluss von
work, job, stress	posttraumatic stress	longitudinal study	cancer
psych*	depression	treatment	pregnancy
outcome	mental disorder	prospective study	war
		cross sectional study	soldiers
		qualitative study	veterans

Anmerkung: Die Schlüsselbegriffe innerhalb der Spalten wurden mit „UND“ verknüpft und die ausgesonderten Begriffe mit „NICHT“.

5.2 Ergebnis der Literaturrecherche

18 Studien der Rechercheergebnisse waren relevant. Ausgeschlossen wurden Arbeiten, die sich auf psychische Belastungen und Beeinträchtigungen außerhalb der Arbeitswelt und im Kontext militärischer Einsätze bezogen. Fünf der 18 Studien lassen sich in die Kategorie Berufe mit besonderen Anforderungen (z.B. Pflegekräfte) einordnen. Untersucht wurden hier die besonderen Belastungskonstellationen und ihre Folgen z.B. in Pflegeberufen. Zwei Studien untersuchen Gesundheits- oder Interventionsprogramme im Kontext psychischer Gesundheit. Die restlichen elf Studien betrachteten den Einfluss von Rahmenbedingungen der Arbeit auf die mentale Gesundheit. Theoretische Basis der betrachteten Studien sind Annahmen des transaktionalen Stressmodells (Lazarus & Launier, 1981) und seinen Erweiterungen für die Arbeitswelt: dem Job Demand Controll (Support) Model“ (Karasek & Theorell, 1990), der Job Demand Resources Theory (Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001) sowie dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 2000). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Kategorien, die zugeordneten Studien und die Staaten, in denen die Untersuchungen durchgeführt wurden. Die berücksichtigten Studien wurden hauptsächlich in Ländern des westlichen Kulturkreises durchgeführt.

5.3 Studiendesigns

Die Studien untersuchten zwischen 195 und 3735 Teilnehmer/innen. Vier Studien waren prospektive Längsschnittstudien, also Studien, die eine Diskussion von Ursache-Wirkungsbeziehungen zulassen. Jeweils sieben Studien waren Querschnittsuntersuchungen sowie systematische Reviews und Übersichtsarbeiten.

Tabelle 2: Kategorien, zugeordnete Studien und Herkunftsland der Untersuchung

Studie und Studienkategorie	Land
Besonderer Anforderungs- und Belastungskonstellationen in bestimmten Berufsgruppen:	
Mausbach et al. (2012) (Längsschnittstudie)	USA
Nienhaus et al. (2012) (Review)	Deutschland
Platt et al. (2012) (Review)	UK
Mealer et al. (2009) (Querschnittstudie)	USA
Jenuß-Schiefer et al. (2007) (Querschnittstudie)	Österreich
Arbeitsstress, -belastungen und ihre Folgen:	
Schütte et al. (2013) (Review)	Deutschland
Bhui et al. (2012) (Review)	UK
Balducci et al. (2011) (Querschnittstudie)	Italien
Henderson et al. (2011) (Review)	UK
Schneider et al. (2011) (Querschnittstudie)	Deutschland
Smith et al. (2011) (Längsschnittstudie)	Kanada
Kendall et al. (2009) (Querschnittstudie)	Australien
Rospenda et al. (2009) (Querschnittstudie)	USA
Simmons et al. (2009) (Querschnittstudie)	USA
Sanderson et al. (2008) (Längsschnittstudie)	Australien
Siegrist et al. (2008) (Review)	Deutschland
Interventionsprogramme:	
Czabala et al. (2011) (Review)	Polen
Bergström et al. (2008) (Längsschnittstudie)	Schweden

5.4 Kategorisierung der ausgewählten Studien

5.4.1 Besondere Anforderungs- und Belastungskonstellationen in bestimmten Berufsgruppen

Fünf Publikationen beziehen sich auf besondere Anforderungskonstellationen in bestimmten Berufsgruppen (insbesondere in Pflegeberufen). Die Ergebnisse der Untersuchungen weisen auf einen engen Zusammenhang zwischen den spezifischen Arbeitsbelastungen und der psychischen Gesundheit hin. In einer Längsschnittstudie bei 116 Betreuern/innen von Alzheimerpatienten/innen untersuchten Mausbach, Chattillion, Roepke, Ziegler, Milic, Känel, Dimsdale, Mills, Patterson, Allison, Ancolilrael und Grant (2012) eine Verbindung zwischen Stress, depressiven Symptomen, der Zufriedenheit in der Freizeit und kardiovaskulären Risiken (Indikator: Endothelfunktion einer Armarterie, die Hinweise auf arteriosklerotische Veränderungen geben kann). Erwartungsgemäß sind kardiovaskuläre Risiken größer, wenn langfristig Stress erlebt wird. Entgegen den Erwartungen beeinflussen Stressfolgen, wie z.B. Depressionen, das kardiovaskuläre Risiko kaum. Eine hohe Lebenszufriedenheit ist mit geringeren kardiovaskulären Risiken verbunden.

Kardiovaskulären Stressfolgen könnte durch Aktivitäten zur Steigerung der Lebenszufriedenheit entgegen gewirkt werden.

Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum und Moss (2009) untersuchen das Auftreten von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und Burnout bei Pflegekräften. 332 Pflegekräfte wurden befragt. Bei 59 Pflegekräften fanden sich sowohl Symptome einer PTBS als auch von Burnout. 217 Krankenschwestern zeigten Zeichen von Burnout, ohne PTBS Symptome. Bei nur 46 Pflegekräften fanden sich weder PTBS noch Burnout-Symptome. PTBS und Burnout hatten erwartungsgemäß ungünstige Auswirkungen auf das Arbeits- und Privatleben.

Zwei weitere Studien untersuchten Altenpflegekräfte. Nienhaus, Westermann und Kuhnert (2012) gingen in ihrem Review Risikofaktoren für Burnout und für die Leistungsfähigkeit in der stationären Altenpflege nach. Zeitdruck, Unzufriedenheit mit der hierarchischen Struktur des Unternehmens, eine intransparente Kommunikation mit den Vorgesetzten, wenig Anerkennung, geringe Handlungsspielräume, Rollenkonflikte waren dabei die entscheidenden Burnouttrisiken. Es wurde zudem deutlich, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit mit mehr Leistungsfähigkeit verbunden ist. Einen schwachen Einfluss auf Burnout und Leistungsfähigkeit hatten dagegen Einkommen, Schichtarbeit oder außerberufliche Aktivitäten.

Jenull-Schiefer, Brunner, Ofner und Mayring (2007) untersuchten in einer Querschnittstudie berufliche Belastungen von Pflegekräften aus verschiedenen Ländern und Kontinenten. 195 examinierte Pflegekräfte wurden befragt. Die Pflegekräfte wurden hinsichtlich ihrer Nationalität, den Modellen ihrer Ausbildung und anhand verschiedener Belastungsschwerpunkte, sowie ihrem Gesundheitsverhalten und ihrem Umgang mit starken Belastungen verglichen. Lange Arbeitszeiten, der Mangel an Personal, ungenügende Zeit für pflegerische Tätigkeiten und die regelmäßige Konfrontation mit menschlichem Leid, hängen unabhängig von der Herkunft zusammen mit weniger psychischer Gesundheit bei Pflegekräften. Belastete Pflegekräfte ernähren sich zudem seltener vollwertig, sind weniger körperlich aktiv, rauchen häufiger und trinken mehr Kaffee.

5.4.2 Stressoren am Arbeitsplatz

Insgesamt elf Publikationen befassten sich mit der Bedeutung von arbeitsbezogenem Stress für die psychische Gesundheit. Als Einflussfaktoren wurden u.a. sexuelle Belästigung, Monotonie, Mobbing am Arbeitsplatz und eine belastende psychosoziale Arbeitsumgebung betrachtet.

Schneider, Grebner, Schnabel, Hampel, Georgi und Seidler (2011) beschäftigten sich mit dem Einfluss von Arbeitsbedingungen auf das Suizidrisiko. 559 Teilnehmer/innen wurden mit teilstrukturierten Interviews befragt. Die Studienteilnehmer waren arbeitslos, frühverrentet, Hausfrauen oder in einer unbefriedigenden Tätigkeit. Die Ergebnisse weisen auf einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, (Früh)-Pensionierung, dem Hausfrauenstatus und einem höheren Suizidrisiko hin. Belastende psychosoziale Arbeitsbedingungen, monotone Arbeit, hohe Verantwortung und enger Kundenkontakt standen ebenfalls in Verbindung mit einem höheren Suizidrisiko. Unterstützende Arbeitsbedingungen sind dagegen mit einem geringen Suizidrisiko verbunden.

Die Untersuchung von Sanderson, Nicholson, Graves, Tilse und Oldenburg (2008) befasst sich mit dem Einfluss von Funktionseinschränkungen (nach Internationaler Klassifikation von Funktionsstörungen, Behinderung und Gesundheit – ICF) auf Zusammenhänge zwischen dem psychosozialen Arbeitsumfeld, Depressionen, Angstzuständen, der körperlichen Aktivität und der krankheitsbedingten Fehlzeiten. In der Längsschnittstudie wurden 204 Mitarbeiter zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von sechs Monaten befragt. Krankschreibungen und eine belastende Arbeitsumgebung stehen in Verbindung mit Depressionen oder Angstzuständen nach sechs Monaten. Einschränkungen der Funktionsfähigkeit nach ICF waren mit Depressionen und Angst assoziiert, stellten im Arbeitskontext allerdings keinen relevanten Risikofaktor dar für psychische Beeinträchtigungen.

Smith und Bielecky (2011) untersuchten bei 3735 kanadischen Arbeitnehmern/innen Risiken von Veränderungen in der psychosozialen Arbeitsumgebung für die Entstehung von Depression. Die Ergebnisse der

Längsschnittstudie zeigen, dass Veränderungen von Anforderungen und Handlungsspielräumen einen weniger großen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben als Veränderungen im psychosozialen Umfeld.

Eine weitere Studie von Kendall und Muenchberger (2009) untersuchte gesundheitliche Auswirkungen von Stress und sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz bei 630 Studienteilnehmern/innen. 60 Teilnehmer/innen fühlten sich stark durch Stress am Arbeitsplatz belastet und 570 waren gering belastet. Deutlich wurde, dass gestresste Arbeiter weniger soziale Unterstützung erlebten und zudem weniger psychisch gesund waren als Befragte mit geringer Stressbelastung. Durch Maßnahmen zur Förderung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz konnte Stress reduziert und die psychische Gesundheit stabilisiert werden.

Den Auswirkungen des Wandels der Arbeitswelt gingen Schütte und Köper (2013) nach. Depressionen, Burnout, Ermüdung, Sättigung, Monotonie, erhöhter Drogenkonsum, Rauchen und erhöhter Alkoholkonsum werden als Folgen dieses Wandels diskutiert. Hingewiesen wird zudem auf die zunehmende Bedeutung affektiver Störungen am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, insbesondere von Depressionen.

Psychosoziale Stressfaktoren am Arbeitsplatz und ihr Einfluss auf Angstzustände, depressive Störungen und Suizid untersuchten ebenfalls Dinos, Stansfeld und White (2012). Anhand ihres Reviews (499 Primärstudien, 11 Metaanalysen, 23 systematische Reviews und 12 narrative Berichte) gingen sie auch der Frage nach der Wirksamkeit von Interventionen nach. Durch eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung und das Ermöglichen körperlicher Aktivität konnten Fehlzeiten reduzieren und die psychische Gesundheit verbessert werden.

Henderson, Harvey, Overland, Hotopf und Mykletun (2011) gingen in ihrem Review Zusammenhängen zwischen psychischer Gesundheit, Fehlzeiten und Produktivität nach. Sie weisen auf das hohe Risiko vorzeitiger Verrentung durch psychische Störungen hin. Strategien zur Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Störungen werden beschrieben. Es wird deutlich, dass mit einer effektiven Eingliederung die Fehlzeitenquote und das Risiko für Depressionen gesenkt werden konnten.

Die psychosoziale Arbeitsumgebung und das Risiko für depressive Symptome zwischen Arbeitern im Niedriglohnsektor und Arbeitern mit einem hohen Verdienst verglichen Simmons und Swanberg (2009). Zudem interessierte der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit, psychischen Anforderungen und der psychischen Gesundheit. Die Ergebnisse weisen auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und depressiven Symptomen bei Niedriglohnarbeitern/innen hin. Arbeitnehmer mit höherem Einkommen hatten dann depressive Symptome, wenn sie mit hohen psychischen Arbeitsanforderungen konfrontiert waren und sie keine oder unzureichende Rückmeldung zu ihrer Arbeit bekamen.

Auch Siegrist und Dragano (2008) betrachteten die Auswirkungen psychosozialer Belastungen und Erkrankungsrisiken u.a. von prekär Beschäftigten. Danach ist das Risiko für stressassoziierte und kardiovaskuläre Erkrankungen bei großen Arbeitsbelastungen erhöht. Chronische Stressreaktionen resultieren u.a. aus Arbeitsplatzunsicherheit, Leih und Zeitarbeit, neuer Selbstständigkeit, befristeten Arbeitsverträgen, geringen Entscheidungsspielräumen, Fließbandarbeit und geringer sozialer Unterstützung.

Die Studie von Balducci, Fraccaroli und Schaufeli (2011) ging bei 609 Beschäftigten dem Zusammenhang zwischen Mobbing und PTBS-Symptomen nach. Mobbing in Organisationen kann über einen längeren Zeitraum danach offenbar schwere psychische Beeinträchtigungen begünstigen. Es konnte gezeigt werden, dass Mobbing den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und PTBS vermittelt. Werden Ressourcen der Arbeit, wie kollegiale Unterstützung und Entscheidungsspielräume wahrgenommen, war der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Mobbing weniger eng.

Die psychischen Auswirkungen sexueller Belästigungen und Diskriminierungen am Arbeitsplatz untersuchten Rospenda, Shannon und Richman (2009) in ihrer Studie bei 2151 Arbeitnehmer/innen. Frauen berichteten häufiger als Männer von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz. Arbeitnehmer/innen mit schwarzer Hautfarbe erlebten häufiger Diskriminierung als ihre weißen Kollegen/innen. Auch diese Studie weist auf Verbindungen zwischen Arbeitsbedingungen, Diskriminierung und Belästigung mit Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und vermehrten Alkoholkonsum hin.

Die Ergebnisse der jüngeren Studien zeigen Zusammenhänge zwischen den Rahmenbedingungen der Arbeit und der psychischen Gesundheit von Beschäftigten auf. Immer häufiger finden sich Längsschnittstudien, u.a. auch zur Überprüfung der Wirksamkeit von arbeitsweltbezogenen Interventionen, die eine Verbesserung der psychischen Gesundheit zum Ziel haben. Depressionen, Burnout und Alkoholkonsum sind demnach neben Posttraumatischen Belastungsstörungen häufig betrachtete Belastungsfolgen in der jüngeren Forschung.

5.4.3 Interventionsprogramme

Zwei Veröffentlichungen betrachten Interventionsprogramme zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt. Bergström, Björklunda, Fried, Lisspers, Nathell, Helander und Bodin (2008) untersuchten in ihrer Längsschnittstudie die Wirksamkeit eines umfassenden arbeitsbezogenen Gesundheitsprogramms bei Mitarbeiter/innen in vier schwedischen Unternehmen. Das Programm zielt ab auf die Senkung der Raucherquote, Förderung eines gesundheitsförderlichen Bewegungsverhaltens, mehr Lebensqualität und Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten. Positive Effekte fanden sich nicht in allen Unternehmen, am ehesten gelang die Senkung der Raucherquote und die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Eine Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten konnte dagegen nur in einem Unternehmen erreicht werden.

In einem systematischen Review gingen Czabala, Charzynska und Mroziak (2011) der Frage nach der Effektivität und der Wirkung von Interventionsprogrammen in der Arbeitswelt zur Stressbewältigung, Steigerung der Arbeitszufriedenheit, Stärkung der psychischen Gesundheit und der Reduktion von Fehlzeiten nach. Betrachtet wurden 99 Outcome-Variablen. Anhand methodisch anspruchsvoller und aussagekräftiger Studien konnte ein positiver Effekt der zahlreichen untersuchten Interventionsprogramme auf etwa die Hälfte der untersuchten gesundheitlichen Faktoren gefunden werden.

5.5 Zusammenfassung

Rahmenbedingungen der Arbeit haben erwartungsgemäß Einfluss auf die psychische Gesundheit von Beschäftigten. Welche Bedeutung bestimmte Rahmenbedingungen der Arbeit haben und welche psychischen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Arbeit diskutiert werden, wurde anhand des aktuellen Forschungsstands skizziert. Dazu wurden im Juli und August 2013 Literaturrecherchen in den Fachdatenbanken PubMed und PsychInfo, ergänzt von Handsuchen in deutschsprachigen Fachzeitschriften, durchgeführt. Berücksichtigt wurden Veröffentlichungen zwischen 2007 und 2013. Insgesamt waren 18 Publikationen relevant. In der Mehrzahl handelt es sich um Querschnittsstudien (7), die keine Ursache-Wirkungsdiskussion zulassen. Vier Studien waren prospektive Untersuchungen, die Ursache-Wirkungsaussagen zulassen. Berücksichtigt wurden ebenso sieben systematische Reviews zum Themenfeld. Die ausgewählten Studien lassen sich nach folgenden Kategorien zuordnen: Zwei Studien beziehen sich auf gesundheitsfördernde Programme und Interventionen, zur Reduktion psychischer Belastungen in der Arbeitswelt. Weitere fünf Untersuchungen befassten sich mit Berufen, die besonderen Anforderungen an ihre Mitarbeiter stellen (z.B. Pflegeberufe). Elf Studien untersuchen unterschiedliche Stressoren am Arbeitsplatz. Die Studien basieren auf dem relationalen Stressmodell (Lazarus & Launier, 1981) und seinen arbeitsweltbezogenen Ergänzungen (Job-Demand-Control-(Support)-Model, Karasek & Theorell, 1990; Gratifikationskrisenmodell, Siegrist, 2000; Job-Demands-Resources-Theory, Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001).

In den Ergebnissen zeigt sich, welches Risiko von Belastungen und Stress in der Arbeitswelt insbesondere für die Entwicklung von Burnout, Depression, Posttraumatische Belastungsstörungen und zum Teil auch für schädlichen Alkoholkonsum (s. Rospenda, Shannon & Richman, 2009; Schütte & Köper, 2013) ausgeht. Diese Krankheitsbilder werden in der weiteren Analyse in dieser Arbeit näher betrachtet. Anhand der Studien wird entsprechend der arbeitspsychologischen und -medizinischen Diskussion ein Zusammenhang zwischen den Rahmenbedingungen der Arbeit und der psychischen Gesundheit erkennbar.

Bei der Entstehung psychischer Störungen sind nicht nur Einflüsse der Arbeitswelt relevant. Mit dem Blick auf den jüngeren Forschungsstand zu Arbeit und Gesundheit wurden daher lediglich ein Ausschnitt und

eine der bedeutenden Lebenswelten im Erwachsenenalter betrachtet. Gleichwohl spielt Arbeit eine besondere Rolle, weil sie identitäts- und sinnstiftend ist, die Existenz sichern sollte, ein wesentliches Feld der sozialen Integration darstellt und nicht zuletzt eine bedeutende Tages-Strukturkomponente ist. Dennoch wurde eingangs bereits darauf hingewiesen, dass die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Störungen ein multifaktorieller Prozess ist, der auch von der Arbeitswelt, aber gleichfalls von der individuellen Biografie, neurobiologischen Aspekten sozialen Umfeldfaktoren, von Privatleben und Familie beeinflusst wird. Das heißt, ob jemand psychisch krank wird oder trotz Belastungen gesund bleibt entscheidet sich nicht allein, aber auch in der Arbeitswelt.

6. Psychische Störungen – Daten aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie der gesetzlichen Rentenversicherung


6.1 Häufige psychiatrische Krankenhaus-Diagnosen in Sachsen-Anhalt


Sieben der zehn häufigsten psychiatrischen Diagnosen bei 25-45-jährigen Männern in Sachsen-Anhalt stehen mit einem gesundheitsschädlichen Konsum von Alkohol in Verbindung. Verglichen mit Gesamtdeutschland ist die stationäre Fallzahl in Sachsen-Anhalt bei Männern in dieser Altersgruppe teilweise deutlich höher. Beachtlich ist insbesondere die vergleichsweise hohe stationäre Fallzahl in der Diagnosegruppe F10.4 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir), die auf ein erhebliches Alkoholabhängigkeitsgeschehen in Sachsen-Anhalt hinweist. Auch verglichen mit der männlichen Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren sind in der betrachteten Altersgruppe auf eine Einwohnerkonstante deutlich mehr Fälle in dieser Diagnosegruppe zu verzeichnen.

Tabelle 3: Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland (Krankenhausfälle 2011, männlich, 25-45-jährige, Fälle auf 100.000 Einwohner, altersstandardisiert)

Rang		Sachsen-Anhalt	Deutschland
1	F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	369	331 (1)
2	F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	324	212 (2)
3	F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	198	136 (4)
4	F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	60	140 (3)
5	F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom	42	121 (5)
6	F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	39	86 (6)
7	F10.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	32	17 (11)
8	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	28	65 (7)
9	F19.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	22	20 (10)
10	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	17	9 (16)

Quelle: gbe-bund.de, Krankenhausstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungstands, Statistisches Bundesamt

 >10% über Bundesdurchschnitt

 >10% unter Bundesdurchschnitt

Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (F19.2) oder Opioide (F11.2) sind zwar unter den zehn häufigsten psychiatrischen Krankenhausdiagnosen, aber bei weitem nicht so verbreitet, wie im Bundesdurchschnitt. Depressionen sind in Sachsen-Anhalt ebenfalls unter den zehn häufigsten Krankenhausdiagnosen bei Männern zwischen 25 und 45, haben aber bezogen auf 100.000 Einwohner nicht die selbe Bedeutung wie bei Männern der Altersgruppe in Deutschland insgesamt (Tabelle 3).

Tabelle 4: Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland (Krankenhausfälle 2011, **weiblich, 25-45-jährige**, Fälle auf 100.000 Einwohner, altersstandardisiert)

Rang		Sachsen-Anhalt	Deutschland
1	F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	96	111 (2)
2	F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	93	81 (4)
3	F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	52	41 (5)
4	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	52	119 (1)
5	F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	51	109 (3)
6	O99.3 Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	36	26 (8)
7	F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	15	38 (7)
8	T43 Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	13	19 (9)
9	F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	11	10 (10)
10	F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	10	39 (6)

Quelle: gbe-bund.de, Krankenhausstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt
 >10% über Bundesdurchschnitt >10% unter Bundesdurchschnitt

Auch bei Frauen zwischen 25 und 45 sind psychische Störungen aufgrund von Alkohol- und Substanzmissbrauch in Sachsen-Anhalt häufig. Sechs von zehn der häufigsten psychischen Störungen sind bei Betrachtung der Krankenhausfälle auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen. Dabei sind im Vergleich mit Zahlen aus Gesamtdeutschland insbesondere Störungen aufgrund eines akuten Rauschs und wegen Entzugerscheinungen in Sachsen-Anhalt häufiger. Zudem sind in Sachsen-Anhalt psychische Störungen, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkomplizieren, bei Frauen zwischen 25 und 45 häufiger als dies bundesweit der Fall ist. Depressionen finden sich zwar unter den zehn häufigsten Krankenhausdiagnosen, allerdings in geringerem Ausmaß als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 4).


In der Gruppe der 45 bis 65-jährigen Männer stehen 5 der 10 häufigsten psychiatrischen Diagnosen im Krankenhaus in Sachsen-Anhalt mit einem gesundheitsschädlichen Konsum von Alkohol in Verbindung. Verglichen mit dem Bundesdurchschnitt sind die Zahlen in Sachsen-Anhalt deutlich höher. Drogenkonsum spielt bei Männern dieser Altersgruppe beim psychiatrischen Krankenhausfällen in Sachsen-Anhalt eine geringere Rolle und ist nicht unter den zehn häufigsten Fällen zu finden (in Deutschland mit 23 Fälle psychische Störungen durch multiplen Substanzmissbrauch (F19.2) bzw. durch den Konsum von Opioiden (F11.2) auf 100.000 Einwohner). Depressive Störungen finden sich zwar unter den zehn häufigsten Diag-


nosen, sie sind aber verglichen mit den Zahlen aus Gesamtdeutschland deutlich seltener in dieser Altersgruppe.

Tabelle 5: Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland (Krankenhausfälle 2011, **männlich, 45-65-jährige**, Fälle auf 100.000 Einwohner, altersstandardisiert)

Rang		Sachsen-Anhalt	Deutschland
1	F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	515	482 (1)
2	F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	433	236 (2)
3	F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	321	221 (3)
4	F10.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	66	39 (6)
5	F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	46	99 (5)
6	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	43	106 (4)
7	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	37	26 (7)
8	F10.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	28	13 (10)
9	F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	10	11 (13)
10	F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	10	10 (15)

Quelle: gbe-bund.de, Krankenhausstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt



 >10% über Bundesdurchschnitt

 >10% unter Bundesdurchschnitt

Auch bei Frauen zwischen 45 und 65 Jahren sind vier psychiatrische Diagnosen in Verbindung mit Alkoholmissbrauch bzw. den Missbrauch psychotroper Substanzen unter den zehn häufigsten psychiatrischen Diagnosen in Sachsen-Anhalt. Dennoch zeigt sich verglichen mit den auf Gesamtdeutschland bezogenen Zahlen eine geringere Fallhäufigkeit bei der Mehrzahl der häufigen Krankenhausdiagnosen in Sachsen-Anhalt bezogen auf 100.000 Einwohner.

Tabelle 6: Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland (Krankenhausfälle 2011, weiblich, 45-65-jährige, Fälle auf 100.000 Einwohner, altersstandardisiert)

Rang		Sachsen-Anhalt	Deutschland
1	F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	118	175 (1)
2	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	89	166 (2)
3	F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	83	80 (4)
4	F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	69	114 (3)
5	F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	65	68 (5)
6	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	21	18 (7)
7	F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	14	20 (6)
8	F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	13	14 (10)
9	F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	10	16 (8)
10	T43 Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	10	15 (9)

Quelle: gbe-bund.de, Krankenhausstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt
 >10% über Bundesdurchschnitt  >10% unter Bundesdurchschnitt

6.2 Fallzahl psychischer Störungen in der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt

Ausgehend von der Krankenhausstatistik erfolgt eine Betrachtung der Fallzahlen in der stationären Versorgung bei psychischen Störungen. Dabei werden Vergleiche zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesdurchschnitt, zwischen den Altersgruppen 25 bis 45 sowie 45 bis 65 und zwischen Männern und Frauen vorgenommen. Basis sind nicht die absoluten Fallzahlen, sondern altersstandardisierte Zahlen bezogen auf eine Einwohnerkonstante (Fälle auf 100.000 Einwohner, s. 4). Dies ermöglicht erstens einen Vergleich zwischen Regionen mit unterschiedlichen Einwohnerzahlen. Denn nachvollziehbarer Weise ist die absolute Erkrankungszahl in einer 80 Millionen Menschen umfassenden Bevölkerungsgruppe (Deutschland) deutlich größer als in einer Region mit etwas über 2 Millionen Menschen (Sachsen-Anhalt). Zweitens sind die Risiken für Krankheiten in den unterschiedlichen Altersgruppen unterschiedlich verteilt. Fallzahlvergleiche zwischen unterschiedlich „alten“ Regionen würden daher zu falschen Schlüssen führen. Zunächst erfolgt die Gesamtbetrachtung der Fallzahlentwicklung aller psychischen Störungen in der stationären Versorgung. Im Anschluss werden ausgehend davon ausgewählte psychische Störungen betrachtet, die entweder in enger Verbindung mit der Berufstätigkeit diskutiert werden (Depressionen, Anpassungs- und Belastungsstörungen) bzw. die in der Altersgruppe der arbeitsfähigen Bevölkerung erfahrungsgemäß eine große Bedeutung haben (psychische Störungen aufgrund von Alkoholmissbrauch, dem Missbrauch psychotroper Substanzen und von Opiaten).

Stationäre Fallzahlen in den ICD-10 Diagnosegruppen F00 bis F99 (Psychische und Verhaltensstörungen). Bundesweit stiegen die Fallzahlen psychischer Störungen in der stationären Versorgung in der Gesamtbetrachtung der ICD-10 Diagnosegruppe F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ im Zeitraum von 2000 bis 2011 kontinuierlich an. In der Gruppe der 45 bis 65-jährigen ist der Anstieg ausgeprägter als in

der jüngeren Altersgruppe der 25 bis 45-jährigen. Bei Männern zwischen 25 und 45 in Sachsen-Anhalt stagnieren die Zahlen seit 2005 auf nahezu unverändert hohem Niveau von etwas über 2.000 Fällen auf 100.000 Einwohner, vergleichbar hoch, wie auf Bundesebene. In der gesamten Diagnosegruppe liegen die stationären Fallzahlen bei den Männern sowohl auf Bundesebene als auch in Sachsen-Anhalt, deutlich über denen der Frauen (s. aber 6.3, Tabelle 7). Ein Grund dafür sind die sehr hohen Fallzahlen bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und psychotrope Substanzen, die gut drei Viertel der psychiatrischen Krankenhausfälle bei Männern sowohl bundesweit als auch in Sachsen-Anhalt ausmachen. Ein weiterer Trend wird beim Vergleich der Geschlechter deutlich: Während die stationären Fallzahlen bei psychischen Störungen bei Männern aus Sachsen-Anhalt in den beiden betrachteten Altersgruppen im gesamten Zeitverlauf über dem deutschen Durchschnitt lagen, liegen die Zahlen der Frauen aus Sachsen-Anhalt im selben Zeitraum stets etwas unter dem Bundesdurchschnitt, wobei sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt die Fallzahlen auch bei den Frauen kontinuierlich steigen (Abbildung 1).

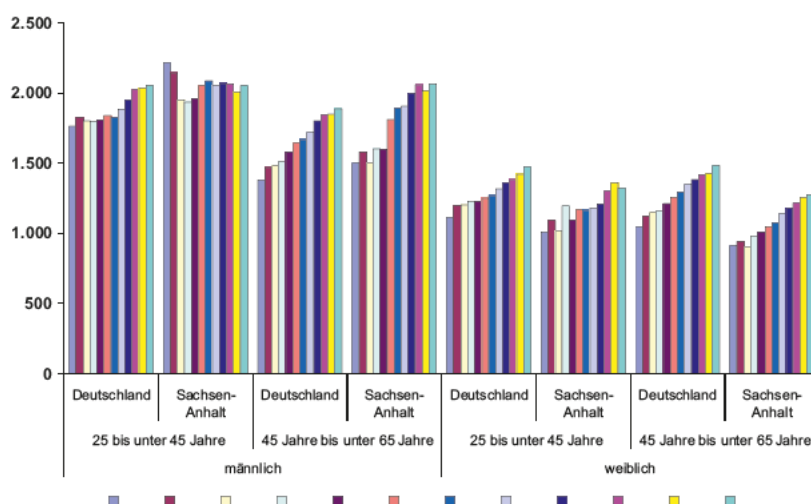


Abbildung 1: Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

Stationäre Fallzahlen in den ICD-10 Diagnosegruppen F10 bis F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen). Männer beider betrachteten Altersgruppen dominieren in dieser Diagnosegruppe die stationären Fälle. Bundesweit hat die stationäre Fallzahl in den betrachteten Altersgruppen leicht zugenommen. Der Anstieg bei Männern zwischen 45 und 65 Jahren ist dabei besonders ausgeprägt. Sachsen-Anhalt nimmt seit Jahren eine Spitzenposition bei den psychischen Störungen aufgrund psychotroper Substanzen bei den Männern ein. Insbesondere die alkoholbedingten psychischen Störungen dominieren in dieser Diagnosegruppe. Sachsen-Anhalt hat auch aus diesem Grund ein Gesundheitsziel formuliert, das auch auf eine Senkung der alkoholbedingten Gesundheitsschäden fokussiert. In der Altersgruppe der 25 bis 45-jährigen Männer kann gegen den Bundestrend seit 2000 ein leichter Rückgang bzw. eine Stagnation bei den stationären Fallzahlen in der betrachteten Diagnosegruppe beobachtet werden. Dagegen hat die stationäre Fallzahl in der Gruppe der 45-65-jährigen Männer in der betrachteten Diagnosegruppe sehr viel deutlicher zugenommen als im Bundesdurchschnitt. Männer zwischen 45 und 65 werden zudem in Sachsen-Anhalt weitaus häufiger als im gesamtdeutschen Schnitt aufgrund von psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen im Krankenhaus behandelt. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um alkoholbedingte Störungen (s. dazu Abbildung 3). Frauen erhalten in der stationären Versorgung dagegen deutlich seltener als Männer die Diagnose psychische Störungen durch psychotrope Substanzen. Verglichen mit den Zahlen auf Bundesebene sind Frauen zwischen 25 und 65 in Sachsen-Anhalt etwas seltener wegen Störungen durch psychotrope Substanzen in stationärer Behandlung. Allerdings ist in den beiden betrachteten Altersgruppen in Sachsen-Anhalt eine stärkere Fallzahlzunahme zu beobachten als im bundesweiten Vergleich.

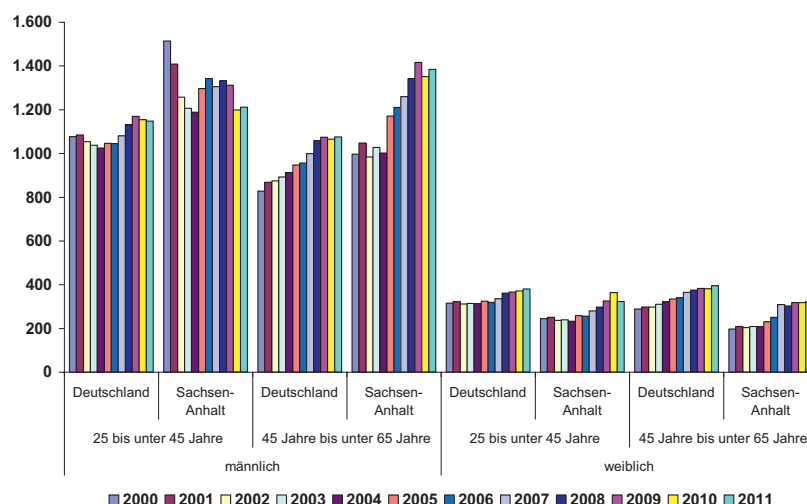


Abbildung 2: Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F10-F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

Stationäre Fallzahlen in der ICD-10 Diagnosegruppe F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol). Das Krankheitsgeschehen in der Diagnosegruppe F10 bis F19 ist geprägt von psychischen Störungen durch Alkohol. Bei der Entwicklung der stationären Fallzahlen in dieser Diagnosegruppe fällt ein Unterschied zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen auf. Bei den 25 bis 45-jährigen Männer stagniert die stationäre Fallzahl in Deutschland auf hohem Niveau. Zugleich wird ein Rückgang der Fallzahlen in Sachsen-Anhalt sichtbar, wenn auch hier 2011 noch deutlich mehr Männer aufgrund von psychischen Störungen durch Alkohol stationär behandelt wurden (2011 Bund: 733; 2011 ST: 991 jeweils Fälle/100.000 Einwohner). Dagegen steigen die Fallzahlen bei Männern über 45 Jahren in dieser Diagnosegruppe deutschlandweit kontinuierlich an. Noch viel deutlicher ist diese Zunahme in Sachsen-Anhalt ausgeprägt (2000 ST: 974; 2011 ST: 1.361; 2000 Bund: 791; 2011 Bund: 1004 jeweils Fälle/100.000 Einwohner). Möglicherweise hat sich der kritische Alkoholkonsum in jüngeren Jahren nun als massive Sucht etabliert. Eventuell erreichten die eingeleiteten Präventionsbemühungen zur Senkung alkoholbedingter Krankheits- und Sterbefälle jüngere Männer eher als die über 45-jährigen bzw. könnten sie bei den unter 45-jährigen wirksamer sein.

Frauen werden dagegen deutlich seltener aufgrund psychischer Störungen durch Alkohol stationär behandelt. Eine kontinuierliche Zunahme der Fallzahlen betrifft aber auch bei den Frauen insbesondere die Gruppe der 45 bis 65-jährigen (2000 Bund: 260; 2011 Bund: 345; 2000 ST: 184; 2011 ST: 293). Auch hier ist der Anstieg der Fallzahlen in Sachsen-Anhalt ausgeprägter als auf Bundesebene, wenngleich auch 45-65-jährige Frauen in Sachsen-Anhalt noch insgesamt seltener aufgrund einer F10-Diagnose stationär behandelt werden als in Deutschland insgesamt (Abbildung 3).

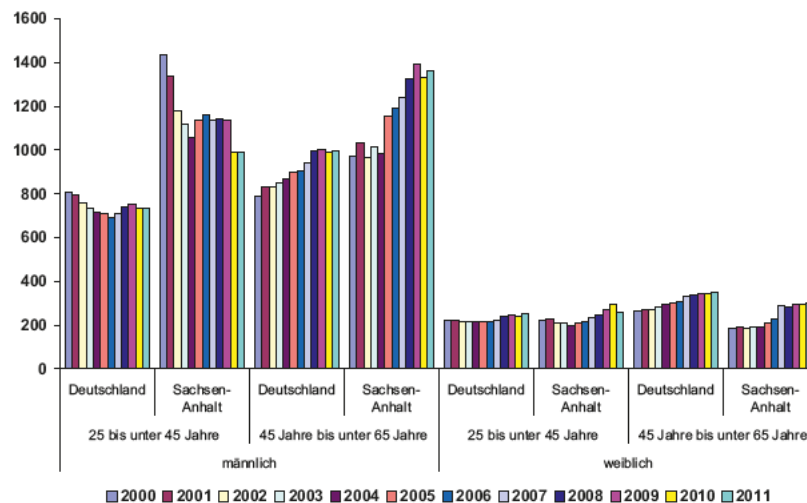
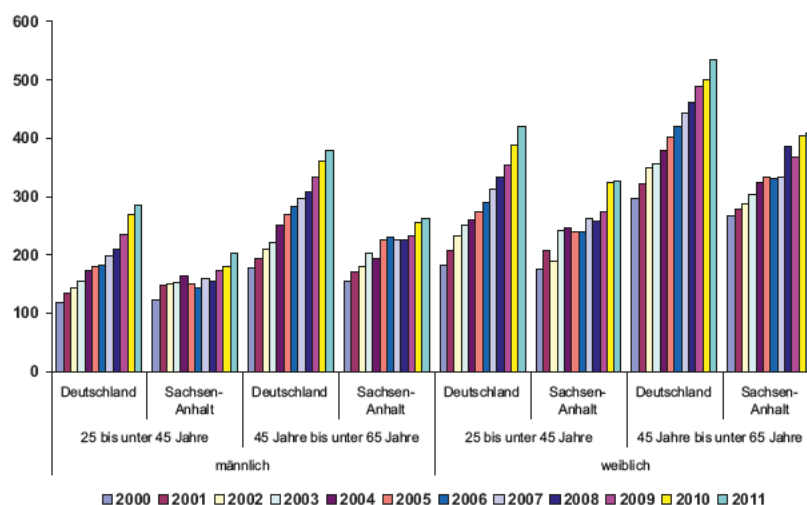


Abbildung 3: Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

Stationäre Fallzahlen in den ICD-10 Diagnosegruppen F30-F39 insgesamt (Affektive Störungen). Affektive Störungen, zu denen u.a. auch Depressionen zählen, weisen den höchsten Zuwachs bei den stationären Fallzahlen zwischen 2000 und 2011 auf. Betrachtet man die deutschlandweiten Zahlen haben sich die stationären Fälle bei Männern zwischen 25 und 65 sowie bei den Frauen zwischen 25 und 45 verdoppelt (Männer 25-45 2000 Bund: 117; 2011 Bund: 285; Männer 45-65 2000 Bund: 178; 2011 Bund: 379; Frauen 25-45 2000 Bund: 183; 2011 Bund: 421 jeweils Fälle auf 100.000 Einwohner). Auch in Sachsen-Anhalt wachsen die Fallzahlen aufgrund affektiver Störungen in den Kliniken, allerdings nicht so ausgeprägt, wie in Deutschland insgesamt. In allen Altersgruppen beider Geschlechter werden in Sachsen-Anhalt zudem weniger Fälle in dieser Diagnosegruppe in Krankenhäusern behandelt als bundesweit (Abbildung 4).

Abbildung 4: Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F30-F39 „Affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)



Stationäre Fallzahlen in den ICD-10 Diagnosegruppen F31 (bipolare, affektive Störungen), F32 (depressive Episode), F33 (rezidivierende depressive Störung). In allen betrachteten Diagnosegruppen weist Sachsen-Anhalt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern geringere stationäre Fallzahlen als Deutschland insgesamt auf. In Deutschland nahm die Fallzahl in den vergangenen Jahren kontinuierlich zu. In allen Altersgruppen sind zudem mehr Frauen als Männer betroffen. Besonders deutlich fällt bundesweit die

Zunahme rezidivierender depressiver Störungen (F33, Abbildung 7) bei beiden Geschlechtern und allen Altersgruppen auf. Hier hat sich die Fallzahl zwischen 2000 und 2011 nahezu verdreifacht (25-45, Männer D 2000: 24; 2011: 108; ST 2000: 23; 2011: 64; 25-45, Frauen D 2000: 47; 2011: 197; ST 2000: 42; 2011: 126; 45-65, Männer D 2000: 47, 2011: 166; ST 2000: 30; 2011: 98; 45-65, Frauen D 2000: 94; 2011: 272; ST 2000: 77; 2011: 19, jeweils Fälle/100.000 Einwohner).

Etwas differenzierter stellt sich die Entwicklung in Sachsen-Anhalt dar. Kontinuierliche Zunahmen sind bei den bipolaren affektiven Störungen (F31) zu verzeichnen, mit Ausnahme der Männer zwischen 45 und 65. Nach einer deutlichen Fallzahlzunahme zwischen 2000 und 2005, die deutlicher ausfiel als im Bundesdurchschnitt, stagniert die Fallzahl auf relativ hohem Niveau und geht seit 2006 entgegen dem Bundestrend leicht zurück. Zugenommen haben, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß wie im Bundestrend, ferner die Behandlungszahlen aufgrund rezidivierender depressiver Störungen. Dabei sind Männer beider Altersgruppen seltener stationär wegen dieser Störungen behandelt worden als Frauen. In der Altersgruppe zwischen 45 und 65 ist die stationäre Fallzahl wie im Bundestrend höher als in den jüngeren Altersgruppen (Abbildung 5, Abbildung 6, Abbildung 7).

Insgesamt liegen die stationären Behandlungszahlen aufgrund von bipolaren Störungen und Depressionen in Sachsen-Anhalt unter denen in Deutschland insgesamt. Ob die geringeren stationären Fallzahlen bei Depressionen eine insgesamt geringere Prävalenz dieser Störungen in Sachsen-Anhalt widerspiegeln, kann anhand der vorliegenden Daten nicht zweifelsfrei geklärt werden. Dazu müssten Daten im Rahmen epidemiologischer Studien gewonnen und analysiert werden. In Deutschland können beispielsweise die Ergebnisse der jüngst abgeschlossenen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) herangezogen werden, die Hinweise auf die Verbreitung von Depressionen und bipolaren affektiven Störungen liefern kann (www.degs-studie.de). Länderbezogene Auswertungen liegen dazu (noch) nicht vor.

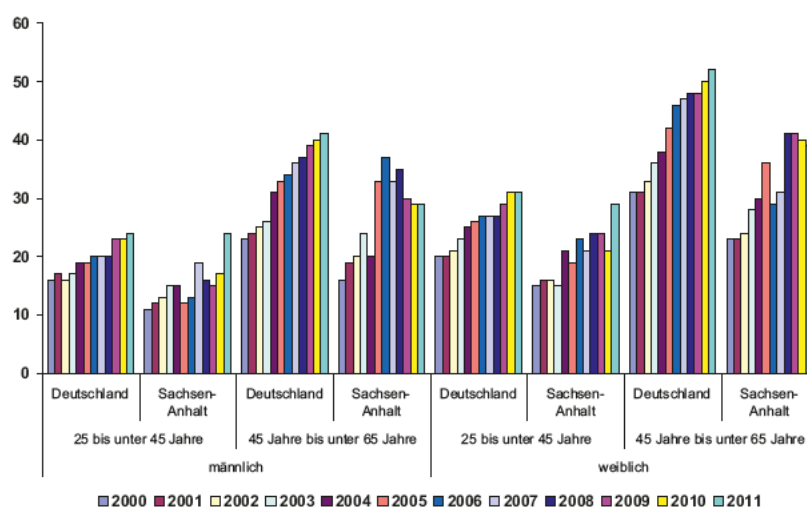


Abbildung 5: Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F31 „Bipolare affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungszustands, Statistisches Bundesamt)

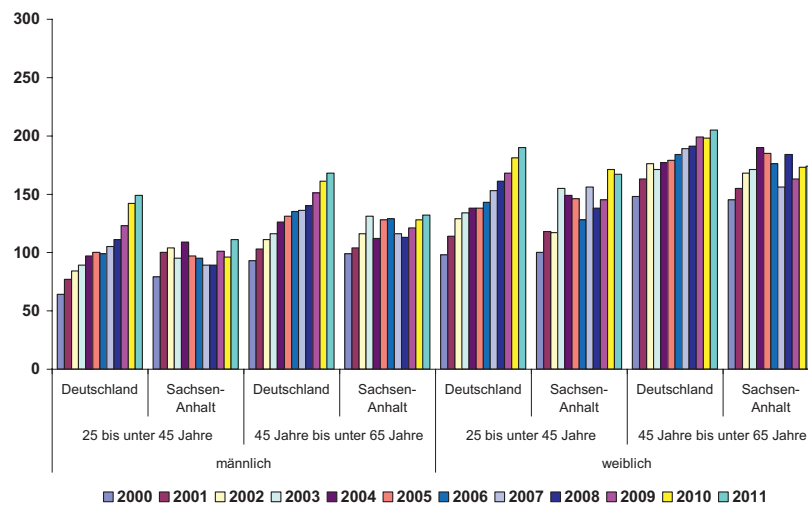


Abbildung 6: Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F32 „Depressive Episode“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

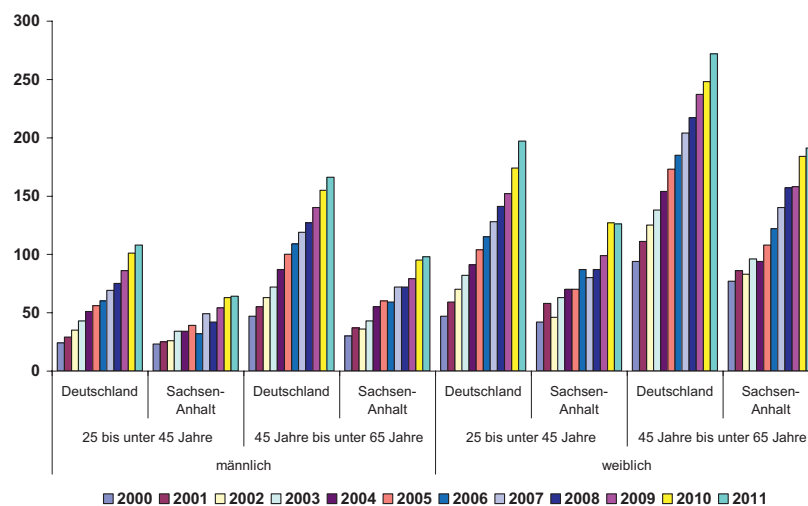


Abbildung 7: Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F33 „Rezidivierende depressive Störung“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

Stationäre Fallzahlen in den ICD-10 Diagnosegruppen F40-F48 (Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen). Nach einem leichten Anstieg zu Beginn der 2000-er Jahre veränderte sich die stationäre Fallzahl in dieser Diagnosegruppe bei den Männern in Deutschland und in Sachsen-Anhalt nur leicht. Bei den Frauen lässt sich dagegen eine stetige Zunahme stationärer Behandlungen aufgrund von neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen verzeichnen. In Sachsen-Anhalt werden in der Altersgruppe 25 bis 45 mehr Frauen wegen neurotischer Belastungsstörungen stationär behandelt als bundesweit (D 2011: 277; ST: 321). Stationäre Behandlungen mit einer Diagnose in der ICD-10-Gruppe F40 bis F48 erfolgen bei beiden Geschlechtern häufiger in den jüngeren Altersgruppen zwischen 25 und 45 als bei den älteren Jahrgängen (Abbildung 8).

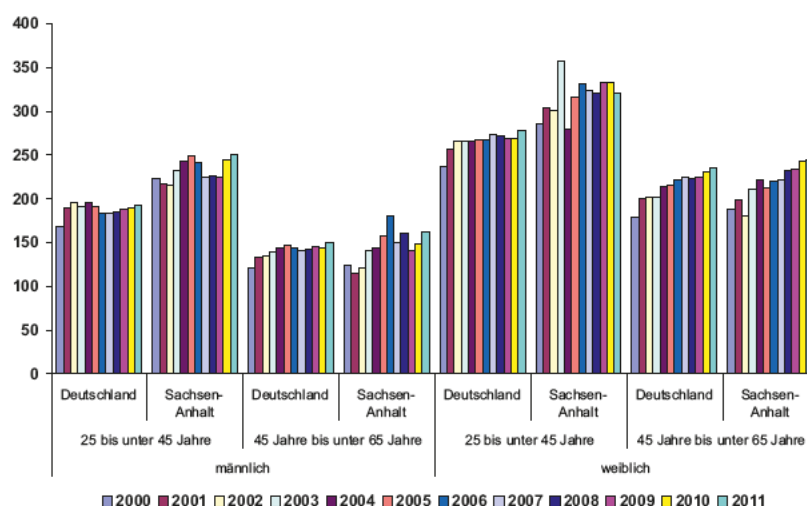


Abbildung 8: Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F40-F48 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

Stationäre Fallzahlen in der ICD-10 Diagnosegruppe F43 (Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen). Bundesweit zeigen sich im Zeitverlauf seit 2000 keine wesentlichen Änderungen bei den stationären Fallzahlen in dieser Diagnosegruppe. Bezogen auf das Land Sachsen-Anhalt muss jedoch sowohl bei Männern als auch bei Frauen unabhängig von der Altersgruppe eine kontinuierliche Zunahme der Fallzahlen seit 2000 konstatiert werden. Mit der Diagnose „Reaktion auf schwere Belastungen“ werden häufiger die jüngeren Altersgruppen stationär behandelt (etwa doppelt so häufig, wie in der Altersgruppe 45 bis 65). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind dagegen gering. Schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen sind offenbar ein größeres Problem im jüngeren Lebensabschnitt, wobei entgegen der Trends bei den übrigen im Rahmen dieses Berichts betrachteten psychiatrischen Diagnosen in der stationären Versorgung kein unterschiedliches Muster zwischen den Geschlechtern beobachtet werden kann.

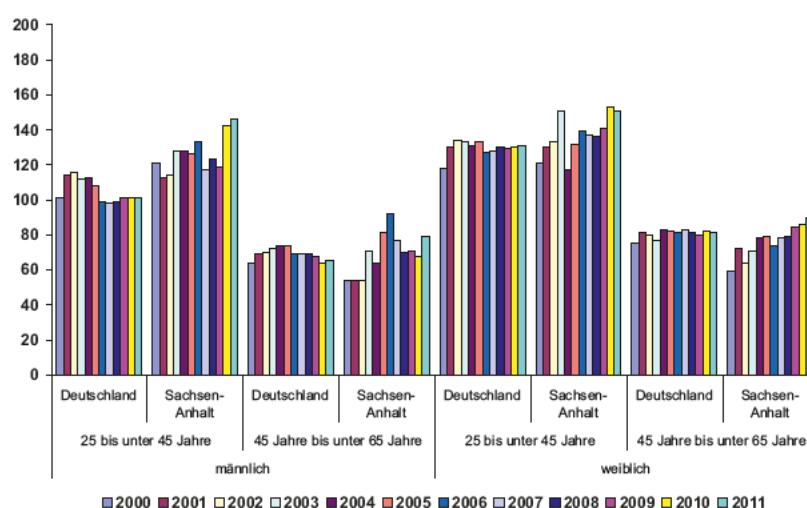


Abbildung 9: Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

6.3 Psychische Störungen in der ambulanten Versorgung in Sachsen-Anhalt

Im Unterschied zu den Daten aus der stationären Versorgung handelt es sich bei den Diagnosezahlen aus der ambulanten Versorgung nicht um Fälle, sondern um Personen, bei denen innerhalb der ambulanten Versorgung mindestens einmal im Jahr eine psychiatrische Störung diagnostiziert wurde (zur Unterscheidung s. 4). Die Daten wurden für die Jahre 2010 und 2012 von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereitgestellt. Ähnlich wie bei den stationären Fallzahlen erfolgt eine Darstellung nicht anhand von absoluten Zahlen, sondern in Bezug auf 100.000 gesetzlich Versicherte. Eine Altersstandardisierung erfolgte nicht. Betrachtet werden auch bei den ambulanten Versorgungsdaten die Altersgruppen zwischen 25 und 45 sowie 45 bis 65, jeweils in der Gesamtbetrachtung und nach Geschlecht.

Im Jahr 2012 erhielten insgesamt 27,7% der 25 bis 45-jährigen und etwa 34,5% der 45 bis 65-jährigen eine Diagnose aus der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) in der ambulanten Versorgung (Tabelle 7 und Tabelle 8). Vergleichszahlen liegen von der Barmer GEK vor (Bitzer, Grobe & Schwartz, 2013): Laut Barmer GEK Arztreport 2013 waren 2011 32,6% der Barmer GEK-Versicherten mit einer psychiatrischen Diagnose in ambulanter ärztlicher Behandlung. In diese Zahl sind Informationen aller Altersgruppen eingeflossen. Im Trend und mit aller gebotenen Vorsicht bei der Interpretation der Daten aufgrund der unter 4 skizzierten methodischen Einschränkungen (z.B. keine Altersstandardisierung der Daten aus Sachsen-Anhalt, was erhebliche Verzerrungen verursachen kann), scheint sich das psychiatrische Krankheitsgeschehen im Spiegel ambulanter Versorgungsdaten in Sachsen-Anhalt insgesamt nicht von dem bundesweiter Vergleichspopulationen zu unterscheiden. Einschränkend ist jedoch festzuhalten, dass es sich dabei um Diagnosen handelt, die grundsätzlich von *jedem Arzt* gestellt werden konnten und nicht zwangsläufig von *ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten*. Diese Zahlen bedeuten demnach auch nicht, dass knapp ein Drittel der gesetzlich Versicherten tatsächlich wegen einer psychiatrischen Diagnose Psychotherapie erhalten hat. In 7.2 wird die Fallzahlentwicklung innerhalb der ambulanten (psychiatrischen) Versorgung näher betrachtet. Es werden steigende Behandlungszahlen erkennbar. Mit den vorliegenden Daten kann jedoch keine Aussage getroffen werden, wie viele von den 28-35% Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose in der ambulanten Versorgung tatsächlich psychotherapeutisch behandelt wurden. Für die Interpretation ist problematisch, dass sich hinter den unter 7.2 aufgeschlüsselten Informationen *keine Personen* verbergen, die behandelt wurden, *sondern wiederum Abrechnungsfälle*. Ein Abrechnungsfall ist definiert als Patient, der bei einem Arzt in einem Quartal behandelt wurde. Dies bedeutet, hinter einem Patienten können sich mehrere Abrechnungs- bzw. Behandlungsfälle verbergen, wenn:

- er mit einer Diagnose innerhalb eines Quartals bei mehr als einem Arzt behandelt wird,
- er mit einer Diagnose in mehreren Quartale bei einem oder mehreren Ärzten in Behandlung ist und
- er mit mehreren Diagnosen bei einem oder mehreren Ärzten innerhalb eines Quartals oder in mehreren Quartalen in Behandlung ist.

Bei der näheren Betrachtung der Zahlen aus der ambulanten Versorgung fallen folgende Trends auf (>10% Veränderung zwischen 2010 und 2012) (s. Tabelle 7 und Tabelle 8):

- In der Altersgruppe von 25 bis 45 ging die Zahl von Männern und Frauen mit einer alkoholassoziierten psychiatrischen Diagnose deutlich zurück (F10). Diese Entwicklung wurde in vergleichbarer Weise bereits bei der Betrachtung der stationären Fallzahlen deutlich (s. Abbildung 3, S. 23).
- Zugleich nahm der Anteil der Männer zwischen 25 und 45 Jahren mit depressiven Episoden (F32) und rezidivierenden depressiven Störungen (F33) zwischen 2010 und 2012 deutlich zu. Diese Entwicklung wurde für die rezidivierenden Depressionen (F33) auch bei den stationären Fallzahlen erkennbar. Dagegen haben die stationären Fallzahlen aufgrund depressiver Episoden (F32) in dieser Gruppe nicht zugenommen (s. Abbildung 6, S. 25 und Abbildung 7, S. 25).
- Zugenommen hat auch die Zahl von Männern und Frauen zwischen 25 und 45 Jahren mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Auch hier waren innerhalb der stationären Versorgung insbesondere Fälle jüngerer Menschen in Behandlung (s. Abbildung 9, S. 26).
- Frauen zwischen 45 und 65 Jahren wurden verglichen mit 2010 im Jahr 2012 häufiger aufgrund von psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) ambulant behandelt, die Bedeutung alkoholbedingter Störungen nahm hier jedoch entgegen dem Trend bei den stationären Fallzahlen ab (s. Abbildung 3, S. 23).

- Entgegen dem Trend in der stationären Versorgung (s. Abbildung 3, S. 23) fielen ebenfalls bei den 45 bis 65-jährigen etwas weniger Männer mit alkoholassozierten psychischen Störungen in der ambulanten Versorgung auf.
- Zugenommen hat die Zahl der Männer und Frauen beider betrachteter Altersgruppen in der ambulanten Versorgung mit schweren Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F40-F48). Auch hier folgt der Trend in der ambulanten Versorgung dem in der stationären Versorgung (s. Abbildung 9, S. 26).

Die Mehrzahl der Patienten mit alkoholbedingten psychischen Störungen wird ambulant versorgt. Gleichwohl ist der *Anteil* an Patienten/Fällen mit alkoholassozierten psychischen Störungen in der ambulanten Versorgung geringer als in der stationären Versorgung. Bezogen auf alle Krankenhausfälle überwiegen hier anteilig alkoholbedingte psychiatrische Diagnosen. In diesem Zusammenhang muss allerdings auch auf die Probleme bei der Vergleichbarkeit zwischen *stationären Fällen* und *ambulant behandelten Personen* verwiesen werden. Möglich ist, dass Menschen mit alkoholassozierten psychischen Störungen häufiger, also u.U. mehrmals im Jahr, stationär behandelt werden und somit bei jeder Krankenhausaufnahme jeweils einen neuen Fall generieren. Bei den hier verwendeten ambulanten Versorgungsdaten wurden *Personen* betrachtet, unabhängig davon, wie oft sie in einem Jahr einen Arzt aufgesucht haben (s.o.).

Auffällig ist bei den 25 bis 45-jährigen die zwischen 2010 und 2012 gesunkene Zahl von Menschen, die wegen alkoholbedingten psychischen Störungen ambulant versorgt wurden – im Trend vergleichbar mit der Entwicklung im stationären Bereich. Zugleich nahm jedoch insbesondere bei den 25-45-jährigen Männern der Anteil mit depressiven Störungen (insbesondere F32 und F33) zu.

Bei den 25 bis 45-jährigen fallen innerhalb der ambulanten Versorgung insbesondere Menschen mit neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) auf. Auch depressive Episoden (F32) und rezidivierende Depressionen (F33) haben zunehmende Bedeutung in dieser Altersgruppe im Rahmen der ambulanten Versorgung. Dies trifft in ähnlicher Weise auch für Menschen zwischen 45 und 65 Jahren zu.

Tabelle 7: Menschen, die aufgrund psychischer Störungen ambulant behandelt wurden
(25-45-jährige nach Geschlecht bezogen auf 100.000 gesetzlich Versicherte (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt))

	gesamt		männlich		weiblich	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (gesamt)	26.778	27.720	18.262	18.893	35.653	37.017
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gesamt)	5.573	5.668	6.054	5.961	5.072	5.359
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.713	1.489	2.664	2.316	721	617
F30-F39 Affektive Störungen (gesamt)	7.279	7.939	4.283	4.707	10.401	11.343
F31 Bipolare Störungen	138	132	121	123	157	152
F32 Depressive Episode	6.300	6.903	3.634	4.005	9.078	9.954
F33 Rezidivierende depressive Störung	1.316	1.496	745	866	1.911	2.159
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (gesamt)	17.055	18.049	9.115	9.731	25.328	26.810
F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5.175	6.068	2.809	3.403	7.641	8.876

 Zunahme >10%
 Rückgang >10%

Tabelle 8: Menschen, die aufgrund psychischer Störungen ambulant behandelt wurden
(45-65-jährige nach Geschlecht bezogen auf 100.000 gesetzlich Versicherte (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt))

	gesamt		männlich		weiblich	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (gesamt)	33.370	34.539	28.184	28.533	39.329	40.148
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gesamt)	8.256	8.773	11.300	11.737	5.415	6.004
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3.766	3.613	6.193	5.907	1.502	1.470
F30-F39 Affektive Störungen (gesamt)	11.593	12.179	7.001	7.406	15.879	16.637
F31 Bipolare Störungen	256	260	197	199	311	318
F32 Depressive Episode	10.039	10.511	5.972	6.309	13.835	14.436
F33 Rezidivierende depressive Störung	2.361	2.770	1.339	1.565	3.315	3.895
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (gesamt)	19.176	19.781	11.481	11.820	26.357	27.216
F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.701	5.438	2.654	3.036	6.611	7.680



Zunahme >10%



Rückgang >10%

6.4 Vorzeitige Verrentungen aufgrund psychischer Störungen

Von der Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung werden im Rahmen der Rentenstatistik auch Daten über Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit erfasst und gespeichert. Dabei werden Vergleiche zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesdurchschnitt sowie zwischen Männern und Frauen vorgenommen. Basis sind auch hier nicht die absoluten Fallzahlen, sondern Fallzahlen bezogen auf eine Versichertenkonstante (Fälle auf 100.000 aktiv Versicherte). Dies ermöglicht einen Vergleich zwischen Regionen mit unterschiedlichen Einwohnerzahlen. Zunächst erfolgt die Gesamtbetrachtung der Entwicklung des vorzeitigen Verrentungsgeschehens bei psychischen Störungen. Im Anschluss werden ausgehend davon ausgewählte psychische Störungen näher betrachtet, die entweder in enger Verbindung mit der Berufstätigkeit diskutiert werden (Depressionen, Anpassungs- und Belastungsstörungen) bzw. die in der Altersgruppe der arbeitsfähigen Bevölkerung erfahrungsgemäß eine große Bedeutung haben (psychische Störungen aufgrund von Alkoholmissbrauch, dem Missbrauch psychotroper Substanzen und von Opiaten).

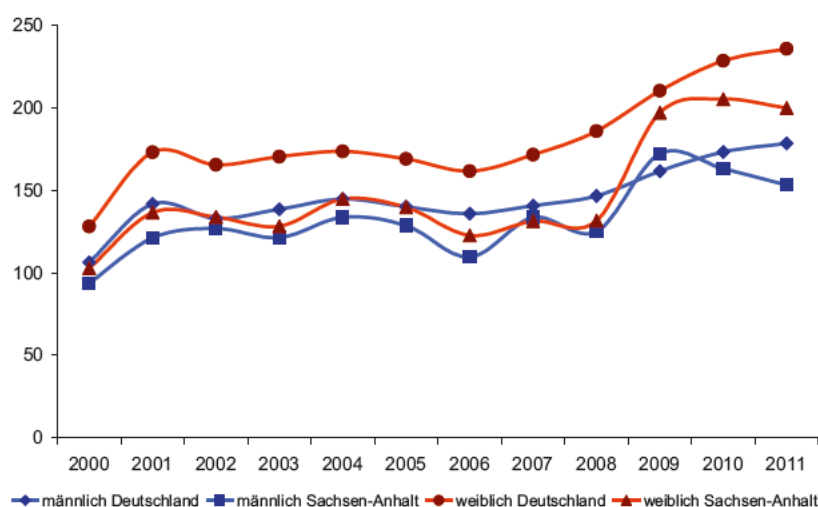


Abbildung 10: Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 aktiv Versicherte in den Diagnosegruppen F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in den ICD-10 Diagnosegruppen F00-F99 (Psychische und Verhaltensstörungen). Die Zahl vorzeitiger Verrentungen aufgrund psychischer Störungen nahm im Zeitraum zwischen 2000 und 2011 sowohl in Deutschland insgesamt als auch in Sachsen-Anhalt kontinuierlich zu. Bei den Männern geht die Zahl vorzeitiger Verrentungen aufgrund psychischer Störungen langsam zurück, bei Frauen im Land ist der Anstieg moderat. Insgesamt gingen in Sachsen-Anhalt 2011 bezogen auf 100.000 aktiv Versicherte weniger Menschen vorzeitig in den Ruhestand als im Bundesdurchschnitt (D: 206; ST: 175). Wie auf Bundesebene auch sind in Sachsen-Anhalt Frauen stärker von vorzeitiger Verrentung wegen psychischer Störungen betroffen als Männer (2011 Männer: 153; Frauen: 200, jeweils auf 100.000 aktiv Versicherte) (Abbildung 10).

Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in der ICD-10 Diagnosegruppen F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen sind in Sachsen-Anhalt der mit Abstand häufigste Grund für vorzeitige Verrentung bei Männern. Über den gesamten betrachteten Zeitraum hinweg sind Männer in Sachsen-Anhalt deutlich häufiger wegen psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen vorzeitig verrentet worden als im Bundesdurchschnitt. Nach einem Höhepunkt 2009 (ST 2009: 72 auf 100.000 aktiv Versicherte) geht die Zahl neuer Erwerbsminderungsrenten in dieser Diagnosegruppe bei den Männern in Sachsen-Anhalt zurück. Sie liegt mit 55 auf 100.000 aktiv Versicherte allerdings immer noch weit über der gesamtdeutschen Zahl (D 2011: 36). Auch Frauen werden in Sachsen-Anhalt verglichen mit den gesamtdeutschen Zahlen häufiger aufgrund von Erwerbsminderungen bei alkoholassoziierten psychischen Störungen vorzeitig verrentet.

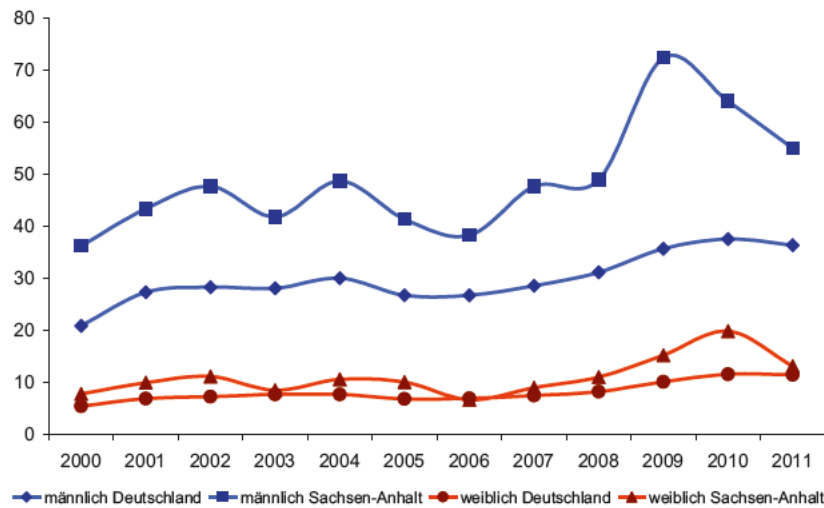


Abbildung 11: Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in den Diagnosegruppen F10-F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in der ICD-10 Diagnosegruppe F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol). Alkohol ist im psychiatrischen Krankheitsgeschehen die bedeutendste Ursache für vorzeitige Verrentung sowohl in Sachsen-Anhalt als auch bundesweit. Männer sind bundesweit etwa dreimal häufiger betroffen als Frauen (D 2011: Männer: 31; Frauen: 9 jeweils Fälle auf 100.000 aktiv Versicherte). In Sachsen-Anhalt ist der Unterschied noch gravierender, etwa fünf Mal mehr Männer als Frauen werden hier vorzeitig aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol vorzeitig verrentet (ST 2011 Männer: 52; Frauen: 12, jeweils Fälle auf 100.000 aktiv Versicherte). Verglichen mit den Quoten bundesweit werden Männer in Sachsen-Anhalt fast doppelt so häufig wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch alkoholbedingte psychische Störungen verrentet (D 2011: 31; ST: 52, jeweils auf 100.000 aktiv Versicherte). Bei den Frauen ist der Unterschied zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesdurchschnitt bei weitem nicht so gravierend, wenn auch Frauen in Sachsen-Anhalt häufiger als im Bundesdurchschnitt wegen alkoholbedingten psychischen Störungen vorzeitig in Rente gehen müssen (D 2011: 9; ST: 12, jeweils auf 100.000 aktiv Versicherte). Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang allerdings auch der substantiell deutliche Rückgang der erwerbsminderungsbedingten Rentenzugangszahlen bei den Männern in Sachsen-Anhalt wegen alkoholbedingten psychischen Störungen seit 2009, entgegen dem Bundestrend (Abbildung 12). Ob dieser Trend anhält bleibt abzuwarten, die deutliche Zunahme der stationären Fallzahlen aufgrund alkoholassoziierter psychischer Störungen bei Männern zwischen 45 und 65 in den zurückliegenden Jahren könnte diesen erkennbaren Rückgang möglicherweise verlangsamen (s. 6.2, Abbildung 3, S. 23).

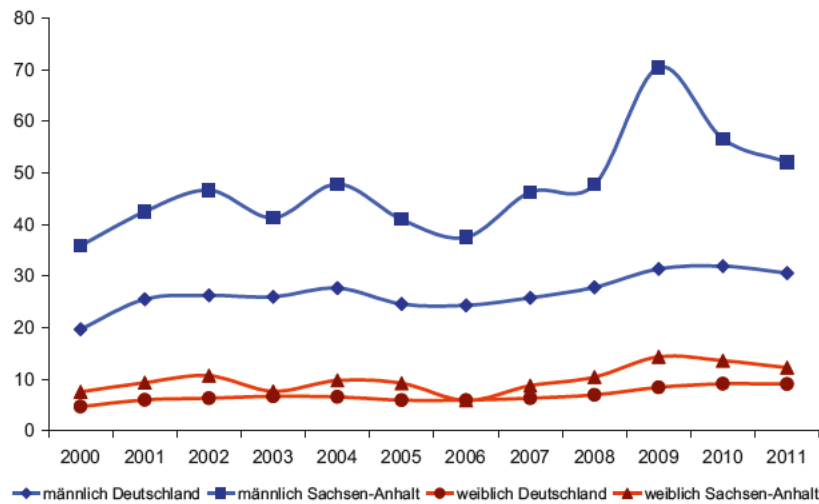


Abbildung 12: Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in den ICD-10 Diagnosegruppen F30-F39 (Affektive Störungen). Bundesweit und in Sachsen-Anhalt sind bei den affektiven Störungen, zu denen auch Depressionen zählen, die deutlichsten Steigerungsraten bei den vorzeitigen Verrentungen aufgrund von Erwerbsminderung bei psychischen Störungen zu verzeichnen. Seit 2000 haben sich die Fälle insgesamt nahezu verdoppelt. Dabei wird erkennbar, dass in Sachsen-Anhalt deutlich weniger Männer und Frauen als im Bundesdurchschnitt aufgrund von Erwerbsminderungen durch affektive Störungen vorzeitig in Rente gehen müssen. Bundesweit sind fast doppelt so viele Männer aufgrund affektiver Störungen vorzeitig verrentet worden als in Sachsen-Anhalt (D 2011: 58; ST: 32, jeweils auf 100.000 aktiv Versicherte). Frauen sind sowohl im Bundesdurchschnitt als auch bezogen auf das Land Sachsen-Anhalt deutlich häufiger durch affektive Störungen erwerbsgemindert und somit vorzeitig verrentet als Männer (D 2011: 113; ST: 85, jeweils auf 100.000 aktiv Versicherte).

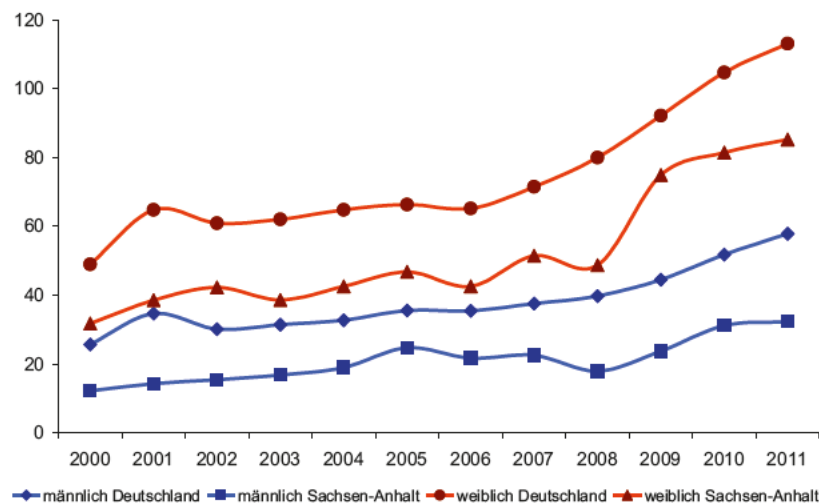


Abbildung 13: Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in den Diagnosegruppen F30-F39 „Affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

Mehr als die Hälfte der vorzeitigen Verrentungen in dieser Diagnosegruppe ist auf rezidivierende psychische Störungen zurückzuführen (F33, Abbildung 16). Frauen sind in besonderem Maß betroffen, bundesweit stärker als in Sachsen-Anhalt (Frauen D 2011: 58; D: 42; Männer D 2011: 26; ST: 12, jeweils auf

100.000 aktiv Versicherte). Die Zunahme bei vorzeitigen Verrentungsfällen aufgrund rezidivierender depressiver Störungen ist nicht so deutlich, wie in der stationären Versorgung, wo 2011 je nach Geschlecht und Altersgruppe drei Mal mehr Fälle behandelt wurden als 2000 (s. 6.2).

Auch die vorzeitige Verrentung aufgrund von bipolaren affektiven Störungen (F31) und depressiver Episoden (F32) haben in den Jahren seit 2000 sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland insgesamt zugenommen. Das Muster der Entwicklung ist vergleichbar mit dem rezidivierender depressiver Störungen: Mehr Frauen als Männer sind betroffen und die vorzeitige Verrentungsquote ist in Sachsen-Anhalt geringer als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 14, Abbildung 15).

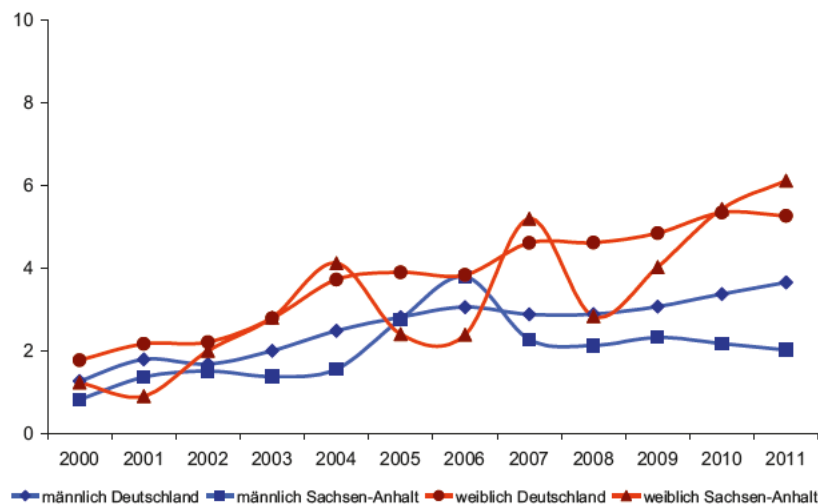


Abbildung 14: Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F31 „Bipolare Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

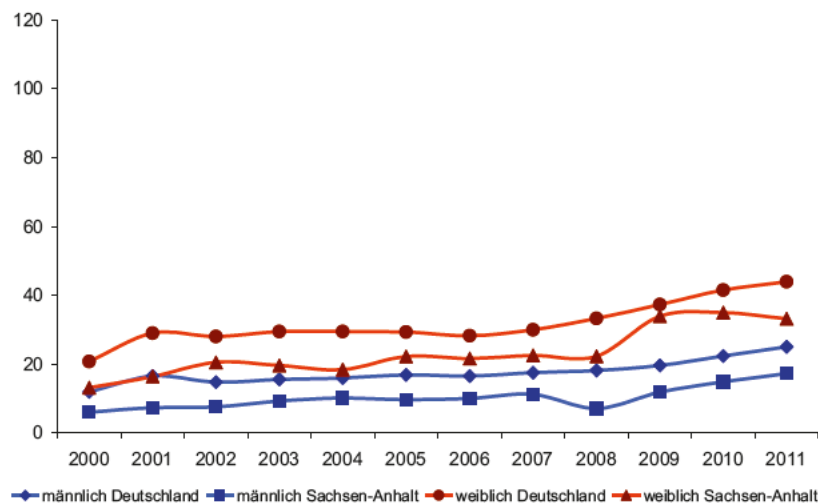


Abbildung 15: Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F32 „Depressive Episode“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

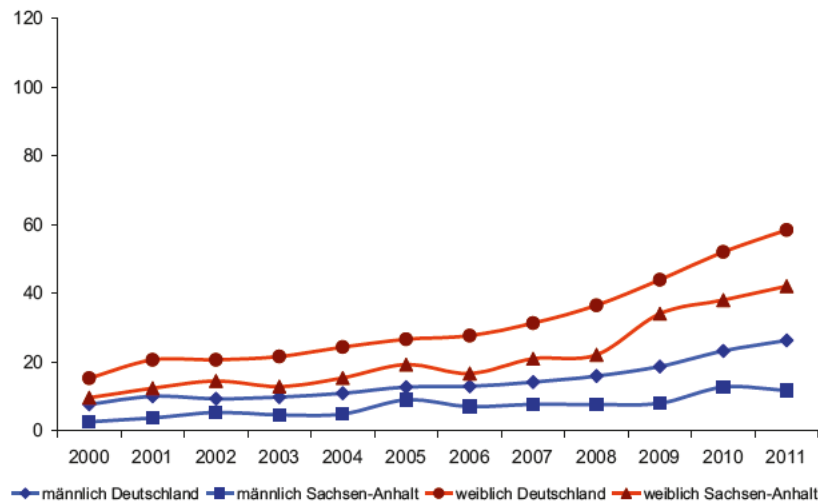


Abbildung 16: Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F33 „Rezidivierende depressive Störung“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in den ICD-10 Diagnosegruppen F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen). Bundesweit werden, abgesehen vom Anstieg zwischen 2000 und 2001, sowohl bei Männern als auch bei Frauen nur leichte Zunahmen bei vorzeitigen Verrentungen im Zeitverlauf erkennbar. Deutlicher ist die Steigerung der Fallzahlen bei vorzeitigen Verrentungen aufgrund von neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen bundesweit bei den Frauen ausgeprägt (D 2001 Frauen: 55; 2011:60; D 2001 Männer: 27; 2011: 28, jeweils Neuzugänge auf 100.000 aktiv Versicherte). Um einiges deutlicher stiegen die vorzeitigen Verrentungen in dieser Diagnosegruppe bei den Frauen in Sachsen-Anhalt (ST 2001: 39; 2011: 55), wobei insbesondere zwischen 2008 und 2009 eine sprunghafte Zunahme der vorzeitigen Verrentungen erkennbar ist. Zwischen 2008 und 2009 wurden Frauen in Sachsen-Anhalt insbesondere aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (ST 2008: 7; 2009: 11, Neuzugänge auf 100.000 aktiv Versicherte) und somatoformen Störungen vorzeitig verrentet (ST 2008:9; 2009: 15, Neuzugänge auf 100.000 aktiv Versicherte). Bei den Männern in Sachsen-Anhalt fallen bei den Rentenzugängen zwischen 2001 und 2011 zwar leichte Schwankungen auf, eine deutliche Zunahme der Verrentungen durch neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen wird nicht erkennbar.

Am gesamten vorzeitigen Verrentungsgeschehen innerhalb der ICD-10 Diagnosegruppe F40-F48 haben Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen etwa einen Anteil von einem Drittel. Als mögliche Ursachen werden neben extremen beruflichen private Belastungserfahrungen diskutiert. Welchen Anteil die einzelnen Belastungsfelder am Frühverrentungsgeschehen haben, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht sagen.

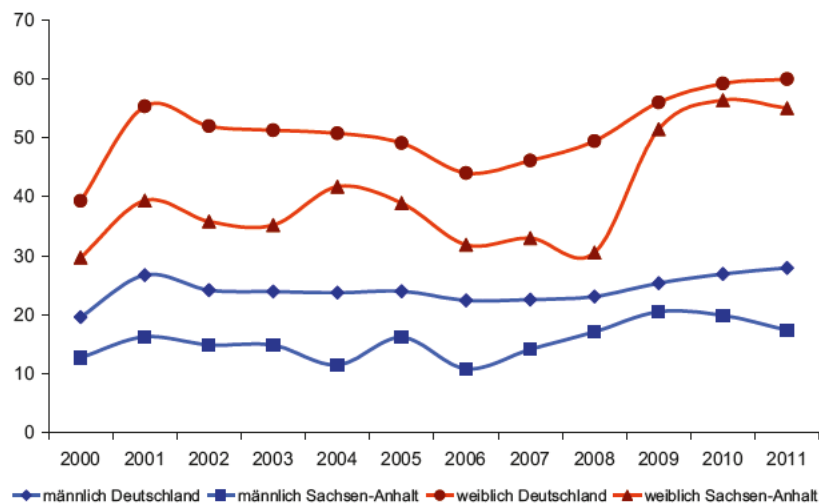


Abbildung 17: Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 aktiv Versicherte in den Diagnosegruppen F40-F48 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

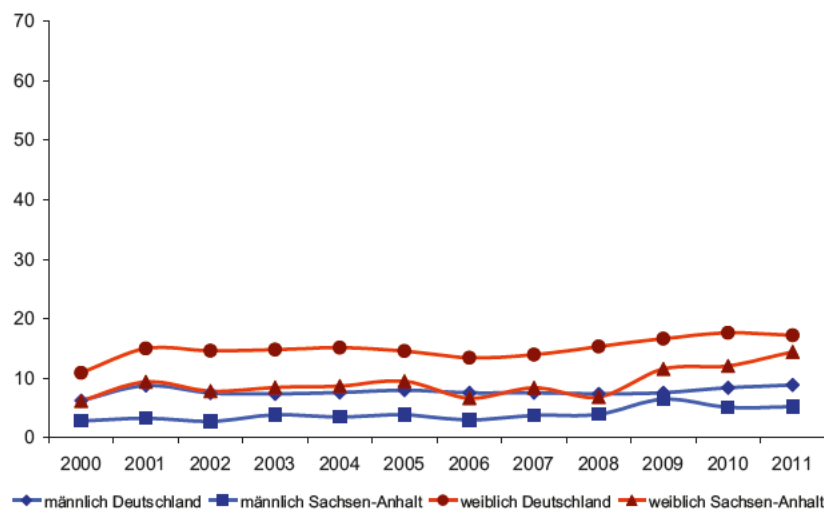


Abbildung 18: Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F43 „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

6.5 Zusammenfassung

Psychische Beeinträchtigungen haben in Sachsen-Anhalt ausgehend von den aktuellen Fallzahlen in der stationären Versorgung eine vergleichbare Bedeutung wie in Deutschland insgesamt. Bei einer detaillierten Betrachtung der Diagnosen fallen alkoholassoziierte Störungen in Sachsen-Anhalt stärker ins Gewicht als bundesweit. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, insbesondere durch Alkohol, machen gut drei Viertel aller psychiatrischen Fälle in der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt und bundesweit aus. Insbesondere jüngere Männer werden in Sachsen-Anhalt überproportional häufig mit alkoholassoziierten psychiatrischen Störungen stationär behandelt, obwohl die Fallzahl (wie auch bundesweit bei jungen Männern) seit 2000 zurückgeht. Überproportional zugenommen hat in Sachsen-Anhalt dagegen die Fallzahl alkoholassoziierten psychiatrischer Störungen bei den Männern zwischen 45 und 65 Jahren.

In der ambulanten Versorgung sank binnen Jahresfrist zwischen 2010 und 2012 die Zahl der jüngeren Männer mit einer alkoholassoziierten psychischen Störung zudem deutlich. Dafür stieg die Zahl der Männer zwischen 25 und 45, die mit depressiven Störungen ambulant versorgt wurden. Das Thema Alkoholmissbrauch bei jungen Menschen ist Gegenstand zahlreicher Kampagnen auf Bundesebene (BZgA: „Alkohol? Kenn dein Limit!) und Bestandteil der Gesundheitsziele in Sachsen-Anhalt. Daneben haben in dieser Altersgruppe vermutlich auch Präventionskampagnen eine Wirkung erzielt, auch wenn sich dies mit den vorliegenden Daten nicht belegen lässt. Vor dem Hintergrund der Fallzahlentwicklung, insbesondere bei den Männern zwischen 45 und 65 scheint eine Ausweitung der Initiativen zur Prävention und frühzeitigen Behandlung von alkoholbedingten psychischen Störungen auf Landes- und Bundesebene auf diese Altersgruppe angezeigt. Bei den jungen Frauen stieg die stationäre Fallzahl bei psychischen Störungen wegen Alkohol in Sachsen-Anhalt zwar leicht an, liegt aber insgesamt unter den Zahlen auf Bundesebene.

Nahezu verdreifacht hat sich in Sachsen-Anhalt die stationäre Behandlungszahl bei den rezidivierenden depressiven Störungen. Die Fallzahlzunahme ist deutschlandweit sogar noch deutlicher. Der Anstieg ist in allen betrachteten Altersgruppen sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich. Eine Ausnahme bilden hier lediglich die Männer zwischen 25 und 45 in Sachsen-Anhalt. Hier ist zwar eine Fallzahlzunahme bei den rezidivierenden Depressionen zu verzeichnen, allerdings bei weitem nicht so ausgeprägt wie bundesweit bei Männern dieser Altersgruppe. Dagegen nahm der Anteil jüngerer Männer zwischen 25 und 45 mit depressiven Störungen in der ambulanten Versorgung deutlich zu. Auch bei der Betrachtung der ambulanten Versorgungsdaten sowie bei den vorzeitigen Verrentungen sind depressive Störungen auf dem Vormarsch. Die in Sachsen-Anhalt gerade gestarteten Initiativen, z.B. des Bündnis gegen Depressionen, sind somit folgerichtig. Depressive Störungen zu verhindern, rechtzeitig zu erkennen und frühzeitig zu behandeln sind auch Schwerpunktbereiche des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Die Förderung der psychischen Gesundheit wird in Sachsen-Anhalt nicht als eigenes Gesundheitsziel verfolgt, findet aber im Rahmen einer übergreifenden Gesamtstrategie Eingang in alle Landesgesundheitsziele. Hier wäre zukünftig eine stärkere Berücksichtigung abgestimmter Strategien im Themenfeld Depression sinnvoll.

Auffällig ist zudem die Zunahme von Behandlungen aufgrund von neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48). Insbesondere jüngere Menschen zwischen 25 und 45 Jahren fallen mit entsprechenden Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung auf. Eine bedeutende Rolle spielen dabei auch Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), die offensichtlich in jüngeren Jahren häufiger zu Problemen führen als in der Gruppe der älteren Menschen. Wie stark der Einfluss der Arbeit oder des Privatlebens in diesem Zusammenhang ist, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht beantworten. Die Entwicklung der Erkrankungszahlen in dieser Diagnosegruppe könnte zudem den Impuls für einen Ausbau von Maßnahmen der Psychosozialen Notfallversorgung in der Arbeitswelt geben, also eine frühzeitige Einflussnahme nach schweren Belastungen ermöglichen.

7. Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung im Kontext psychischer Störungen in Sachsen-Anhalt

7.1 Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen in Sachsen-Anhalt

Ausgehend vom Sonderbericht psychische Gesundheit des Statistischen Landesamts Sachsen-Anhalt (2012) und sensibilisiert durch die zahlreichen Informationen zur Entwicklung der Erkrankungszahlen bei psychischen Störungen formulierte der Landtag in Sachsen-Anhalt am 19. Januar 2012 in seinem Beschluss die Aufgabe an die Landesregierung, die Förderung der psychischen Gesundheit als übergreifendes strategisches Ziel zu implementieren (Landtag von Sachsen-Anhalt, Drucksache 6/764). In dem seit den 1990er Jahren laufenden Gesundheitszieleprozess im Land wird psychische Gesundheit bislang nicht als einzelner Zielbereich berücksichtigt, sondern als neuer Schwerpunkt in die Arbeitskreistätigkeit zu den existierenden Gesundheitsziele aufgenommen. Insbesondere innerhalb der Zielbereiche Bewegung, Ernährung und Sucht wurde psychische Gesundheit als übergreifendes Themenfeld aufgegriffen. Ausgehend von dem

Auftrag des Landtags wurden eine Reihe administrativer und konzeptioneller Schritte hin zu einer effektiveren Förderung der psychischen Gesundheit unternommen und die Zusammenarbeit mit den im Land tätigen Akteuren intensiviert. Im Einzelnen wurden die folgenden Maßnahmen zur Implementierung des Feldes psychische Gesundheit in Gesundheitsförderung und Prävention angestoßen:

- Der übergreifende Zielbereich „Förderung der psychischen Gesundheit“ ist auf den offiziellen Webauftritten auf Landes- und Bundesebene sichtbar gemacht worden
- (Sachsen-Anhalt: <http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/gesund.php>, D: http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_in_den_bl_sachsen-anhalt)
- Die Berücksichtigung der psychischen Gesundheit als übergreifendes Ziel und die dabei geplanten Schritte wurden in einer Fachveröffentlichung im Ärzteblatt im September 2012 thematisiert (Hering, Nehring & Theren, 2012). Es wurde die Notwendigkeit einer stärkeren Berücksichtigung der psychischen Gesundheit im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, aber auch in der ambulanten und stationären Versorgung anhand konkreter Zahlen für Sachsen-Anhalt hervorgehoben. Unter anderem sollen Ärzte stärker für psychische Beeinträchtigungen sensibilisiert werden, damit Patienten/innen bei Verdacht auf psychische Beeinträchtigungen adäquat versorgt werden können.
- Das Ministerium für Arbeit und Soziales ist zudem in die Arbeit des Bündnisses gegen Depression eingebunden, das in Sachsen-Anhalt durch die Arbeiterwohlfahrt getragen wird.
- Auf dem 7. Erfahrungsaustausch auf Leitungsebene zwischen der Staatlichen Arbeitsschutzverwaltung des Landes Sachsen-Anhalt und den im Land Sachsen-Anhalt tätigen Unfallversicherungsträgern am 4. Juni 2012 wurde eine Podiumsdiskussion zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt moderiert. Zukünftig sollen Gefährdungsbeurteilungen von Arbeitsplätzen um Aspekte psychischer Belastungen ergänzt werden. Die Diskussion knüpfte an Vorträge von Experten im Bereich gesunder Arbeitsbedingungen an. Es wurden neben den Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Ergänzung in die neue Gefährdungsbeurteilung auch konkrete nächste Schritte für Sachsen-Anhalt initiiert und die relevanten kritischen Faktoren für die psychische Gesundheit von Arbeitnehmern/innen herausgearbeitet. Zwischen dem Ministerium für Arbeit und Soziales und der Arbeitsschutzverwaltung des Landes Sachsen-Anhalt erfolgt auch im Rahmen der Fachaufsicht ein enger Austausch zum Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Zukünftig sollen insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen, die keinen eigenen Arbeitspsychologen bzw. betrieblichen Gesundheitsförderer beschäftigen können, stärker als bisher unterstützt werden.
- Anhand einer Bestandsaufnahme des Ministeriums für Arbeit und Soziales im Jahr 2013 zur Bedeutung von Prävention psychischer Störungen und Beeinträchtigungen in der Arbeitswelt wurden Dachorganisationen, Kammern und exemplarisch eine Krankenkasse befragt, die das Spektrum an Beschäftigten und Aktivitäten im Feld der Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt abbilden: Handwerks- sowie Industrie- und Handelskammer, Ärztekammer, Deutscher Berufsverband für Krankenpflegeberufe (DBfK), Deutscher Gewerkschaftsbund, Aus- und Fortbildungsinstitut des Landes (AFI), Landesinstitut für Schulqualität und Lehrerbildung (LISA) und die AOK Sachsen-Anhalt. Vertreter der Institutionen wurden leitfadengestützt telefonisch oder face-to-face interviewt. Schwerpunkt der Befragung lag auf bereits initiierten bzw. bekannten Maßnahmen für Mitgliedsbetriebe und Beschäftigte. Es wurde hier deutlich, dass (wenn überhaupt) hauptsächlich verhaltensbezogene Maßnahmen in den Unternehmen durchgeführt werden, wie z.B. Stressbewältigungs- und Entspannungstrainings. Umfassende Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung werden bislang allenfalls geplant. Die befragten Akteure sehen Beratungsbedarf, insbesondere bei den organisationsbezogenen Maßnahmen.

Für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen wird der Bedarf zukünftig eher steigen.

7.2 Die ambulante psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt

7.2.1 Versorgungsgrad in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt

Seit der Umsetzung der Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2013 sind in Sachsen-Anhalt in nahezu allen Planungsregionen Neuzulassungen von Psychotherapeuten möglich. Die Bedarfsplanungsrichtlinie sieht Zulassungsmöglichkeiten bis zu bei einem Versorgungsgrad von 110% vor. Wird dieser Versorgungsgrad in einer Planungsregion (Landkreis) überschritten, dürfen keine Neuzulassungen vorgenommen werden, es sei denn, es würden Ausnahmetatbestände greifen (wie z.B. bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf). In Sachsen-Anhalt lag der Versorgungsgrad mit Stand März 2013 mit Psychotherapeuten und Psychiatern bei durchschnittlich 64% (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013). Allerdings sind ebenfalls mit Stand März 2013 regional große Unterschiede erkennbar. In den Landkreisen Wittenberg, Stendal und Mansfeld Südharz lag der Versorgungsgrad Anfang 2013 ausgehend von den tatsächlich tätigen Psychotherapeuten unter 50 Prozent. Recht gut versorgt sind die Großstädte Halle und Magdeburg sowie der Salzlandkreis. Dennoch werden auch hier weitere Neuzulassungen vorgenommen. Allerdings liegt nach mündlicher Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung (Stand 25. September 2013) eine Reihe von Zulassungsanträgen vor, so dass der nach Bedarfsplanungsrichtlinie „optimale Versorgungsgrad“ in den meisten Planungsregionen zeitnah erreicht sein wird.

7.2.2 Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Sachsen-Anhalt

Die durchschnittliche Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch ist ein Indikator für die Leistungsfähigkeit des ambulanten psychiatrischen Versorgungsbereichs und lässt damit Rückschlüsse auf die Bedarfsgerechtigkeit der vorgehaltenen Struktur zu. In Sachsen-Anhalt lag die Wartezeit für ein psychotherapeutisches Erstgespräch 2011 bei durchschnittlich knapp 17 Wochen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011). Im Börde-, Burgenland-, Saale- und Salzlandkreis war dabei mit durchschnittlich acht Wochen eine im Landesvergleich relativ kurze Wartezeit zu verzeichnen. Durchschnittlich 20,8 Wochen und damit im Landesvergleich am längsten, warteten Patienten im Altmarkkreis Salzwedel, Dessau-Roßlau, Stadt/Anhalt-Bitterfeld, der Harz, Mansfeld-Südharz, Stendal und Wittenberg auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Anhand von Daten der Bundespsychotherapeutenkammer (2011) beträgt die Wartezeit bundesweit in Kernstädten 9,3 Wochen, in hochverdichteten Kreisen 14,7 und in ländlichen Regionen 15,3 Wochen, also weniger als im Durchschnitt in Sachsen-Anhalt. Lediglich in der Sonderplanungsregion Ruhrgebiet warteten Patientinnen und Patienten durchschnittlich genau so lange auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch, wie in Sachsen-Anhalt.

Mit der Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie sind in allen Planungsbereichen Neuzulassungen von Psychotherapeuten möglich (s. 7.2.1).

7.2.3 Ambulante Behandlungsfälle von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Sachsen-Anhalt

Zwischen 2009 und 2011 stieg die Zahl der Behandlungsfälle in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von knapp 61.000 auf über 67.000. Die meisten Patienten nahmen dabei Leistungen ambulant tätiger psychologischer Psychotherapeuten in Anspruch (2009: 57.484; 2011: 62.319 Fälle). Auch bei den ambulant tätigen ärztlichen Psychotherapeuten/innen stieg die jährliche Behandlungszahl von 3.419 in 2009 auf 4.832 Fälle im Jahr 2011. Sehr deutliche Fallzahlsteigerungen verzeichneten die ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/innen (2009: 3.843; 2011: 7.755 Fälle) (s. Abbildung 19).

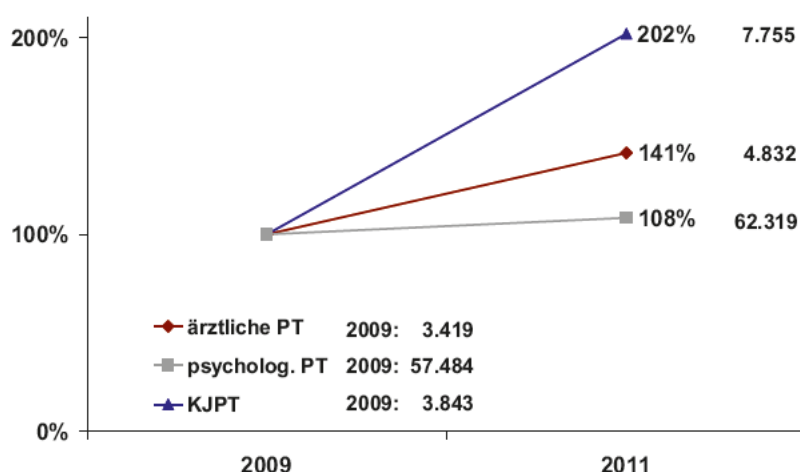


Abbildung 19: Zunahme der Fallzahlen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von 2009 (100%) bis 2011 (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Ärztestatistik)

7.3 Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen in Sachsen-Anhalt

Zwischen 2000 und 2011 nahm die Zahl der in Sachsen-Anhalt praktizierenden ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten/innen kontinuierlich zu. Besonders deutlich stieg die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten von insgesamt 93 im Jahr 2000 auf 382 in 2011. Mehr als zwei Drittel der psychologischen Psychotherapeuten/innen war dabei ausschließlich im ambulanten Bereich tätig, knapp 30% arbeitet in stationären und teilstationären Einrichtungen. Eine Zunahme, wenn auch nicht in gleichem Maß, ist auch bei den ärztlichen Psychotherapeuten zu verzeichnen. Im Zeitraum von 2000 bis 2011 wuchs ihre Zahl von 160 auf 252, wobei in dieser Gruppe 2011 mehr als die Hälfte (59,1%) in stationären und teilstationären Einrichtungen tätig war und nur etwa 40% im ambulanten Bereich. Im Vergleich mit Deutschland insgesamt sind in Sachsen-Anhalt auf 100.000 Einwohner nach wie vor weniger ärztliche Psychotherapeuten tätig (2011 D: 18,15; ST: 8,91 ärztliche Psychotherapeuten/100.000 Einwohner, ambulant und stationär).

Die Zahl der ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nahm von 9 in 2000 leicht auf 11 in 2011 zu. Dies ist verglichen mit der relativen Verdopplung der Zahl ambulanter Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Deutschland insgesamt (2000: 450, 2011: 906) eine sehr schwache Zunahme. Auch der Versorgungsgrad auf 100.000 Einwohner stagniert in diesem Fachgebiet in Sachsen-Anhalt auf sehr niedrigem Niveau verglichen mit den Zahlen aus Gesamtdeutschland (ST 2000: 0,34, 2011: 0,48, D 2000: 0,55, 2011: 1,11 jeweils ambulant niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/100.000 Einwohner). Die im Vergleich sehr geringe Angebotsdichte in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie wird in Sachsen-Anhalt offensichtlich nach wie vor durch einen im Bundesvergleich sehr hohen Versorgungsgrad in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie kompensiert (Tabelle 9, s. 7.5).

Tabelle 9: Entwicklung der Anzahl praktizierender Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Deutschland und Sachsen-Anhalt (ambulant/stationär, gesamt und auf 100.000 Einwohner)

absolut				
	Deutschland		Sachsen-Anhalt	
Jahr	ambulant	stationär	ambulant	stationär
2000	450	507	9	18
2004	558	598	7	20
2008	749	673	11	25
2010	854	745	12	29
2011	906	813	11	29
auf 100.000 Einwohner				
2000	0,55	0,62	0,34	0,69
2004	0,68	0,72	0,28	0,80
2008	0,91	0,82	0,46	1,05
2010	1,04	0,91	0,51	1,24
2011	1,11	0,99	0,48	1,25

(Quelle: gbe-bund.de, Ärztestatistik der Bundesärztekammer)

7.4 Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren

Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen und Sozialpädiatrische Zentren sind Bestandteil der regulären psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt.

Die im Land Sachsen-Anhalt aktiven Hochschulambulanzen (§ 117, SGB V) bieten psychiatrische Versorgungsleistungen an, die im Rahmen von Forschung und Lehre notwendig sind und beispielsweise in Form sogenannter Lehrtherapien im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung erfolgen. Als Hochschulambulanzen können Hochschulkliniken (§ 117 Abs. 1 SGB V) aber auch Ambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten als Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz (§ 117 Abs. 2 SGB V) zugelassen werden. Seit 2000 blieb die Zahl der Hochschulambulanzen nahezu konstant, mit einem leichten Rückgang bei den Ambulanzen in Hochschulkliniken und einer Zunahme in psychologischen Universitätsinstituten, die Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz sind. Insgesamt 8 Hochschulambulanzen waren 2011 in Sachsen-Anhalt zugelassen.

Psychiatrische Institutsambulanzen können in psychiatrischen Kliniken, Universitätskliniken sowie psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern auf Grundlage des §118 des Fünften Sozialgesetzbuchs für die ambulante psychiatrische Versorgung zugelassen werden. Eine Festlegung auf bestimmte Krankheitsbilder kann dabei für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vorgenommen werden (§ 118 Abs. 2 SGB V). Die Vergütung erfolgt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung direkt durch die Kassen. Die Zahl der psychiatrischen Institutsambulanzen an Psychiatrischen Kliniken und in Psychiatrischen Universitätskliniken blieb seit 2000 nahezu konstant. Dagegen nahm die Zahl psychiatrischer Institutsambulanzen in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern deutlich von 2 im Jahr 2000 auf 9 im Jahr 2011 zu.

Sozialpädiatrische Zentren sind interdisziplinäre ambulante Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche mit geistigen und körperlichen Entwicklungsstörungen behandelt werden. Grundlage ist §119 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Diese Einrichtungen stehen unter ärztlicher Leitung. Die interdisziplinären Teams setzen sich zusammen aus Ärzten/innen, Psychologen/innen, Logopäden/innen, Physiotherapeuten/in-

nen und Ergotherapeuten/innen. Seit 2000 arbeiten konstant zwei Sozialpädiatrische Zentren in Sachsen-Anhalt. Insgesamt nahm die Zahl ambulanter Versorgungsangebote in stationären Einrichtungen in Sachsen-Anhalt seit 2000 deutlich zu.

7.5 Die stationäre psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt

Der Bestand an Krankenhausbetten in der Psychotherapeutischen Medizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie als auch in Psychiatrie und Psychotherapie bezogen auf 100.000 Einwohner hat seit 2000 in Sachsen-Anhalt deutlich zugenommen. In der Psychiatrie und Psychotherapie sowie in der psychotherapeutischen Medizin nähert sich die Bettenzahl auf 100.000 Einwohner dem Bundesdurchschnitt an (Psychiatrie und Psychotherapie, ST: 67,8 Betten, Bundesdurchschnitt: 65,9 Betten auf 100.000 Einwohner; Psychotherapeutische Medizin, ST: 8,3 Betten, Bundesdurchschnitt: 10,2 Betten auf 100.000 Einwohner). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden in Sachsen-Anhalt 2011 auf 100.000 Einwohner mehr als doppelt so viele Betten vorgehalten wie im Bundesdurchschnitt (ST 2011: 14,2, Bund 2011: 6,9). Dem steht ein im Bundesvergleich deutlich geringerer Versorgungsgrad in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gegenüber (s. 7.3).

Bezogen auf die Bevölkerungszahl ist die Anzahl der Krankenhausbetten in Sachsen-Anhalt gestiegen. Die Zunahme folgt abgesehen von der Kinder- und Jugendpsychiatrie dem Bundestrend. Ein Grund für die insgesamt höhere Bettenzahl in der Psychiatrie in Sachsen-Anhalt verglichen mit den Zahlen auf Bundesebene ist die deutlich höhere Zahl an Krankenhausbetten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verglichen mit der Situation in Deutschland insgesamt (s. Abbildung 20).

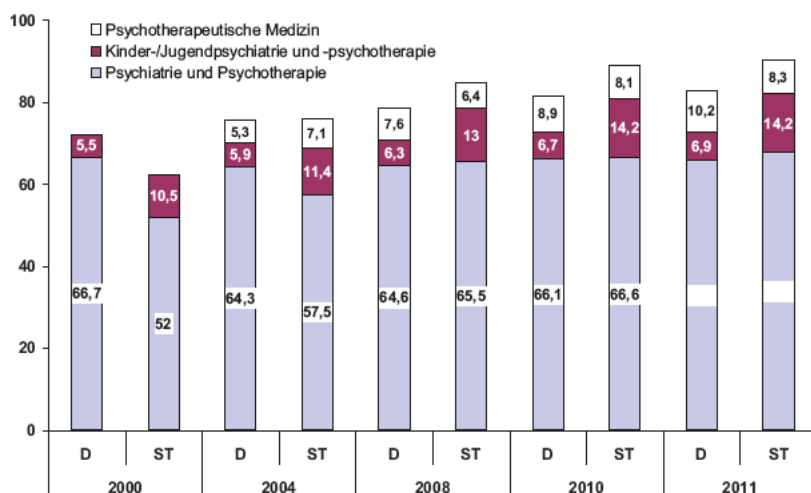


Abbildung 20: Krankenhausbetten in der Psychiatrie nach Fachbereichen in Deutschland und Sachsen-Anhalt (Betten auf 100.000 Einwohner) (Quelle gbe-bund.de, Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts, Stand 2013).

7.6 Zusammenfassung

Die Entwicklung einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung bleibt Ziel und wesentlicher Aufgabenschwerpunkt in Sachsen-Anhalt. In der stationären Versorgung konnte Sachsen-Anhalt ausgehend von der Bettenzahl auf 100.000 Einwohner Anschluss an die Versorgungssituation in Deutschland insgesamt finden. In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie werden einwohnerbezogen in Sachsen-Anhalt sogar fast doppelt so viele Betten vorgehalten, wie im Bundesdurchschnitt. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte die, verglichen mit den Zahlen aus Gesamtdeutschland, sehr geringe Anzahl ambulant tätiger Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sein. Insgesamt ist die ambulante Versorgungssituation im Landesdurchschnitt derzeit nicht zufriedenstellend, der durchschnittliche Versorgungsgrad in der ambulanten Versorgung liegt mit Stand März 2013 bei knapp 65 Prozent – nach Bedarfsplanungsrichtlinie würde ein Zulassungsstop bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent erfolgen. Insbesondere ländliche Regionen

weisen eine besonders niedrige Versorgungsrate auf, die sich in einer sehr langen Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch von bis zu 20 Wochen widerspiegelt. Auch in den beiden Großstädten ist noch keine „optimale Versorgung“ im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie erreicht, wenn auch hier die Versorgungssituation deutlich günstiger ist als in den ländlichen Regionen. In allen Planungsregionen des Landes sind daher Neuzulassungen im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie möglich. Mit Stand September 2013 teilte die für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung zuständige Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt mit, dass zahlreiche Zulassungsanträge zur Niederlassung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung vorlägen. Somit wird sich die Versorgungslage in allen Planungsregionen in Sachsen-Anhalt zeitnah verbessern. Bei der Zahl der im Land tätigen Psychotherapeuten/innen ist in den letzten Jahren ein beständiger Aufwärtstrend zu verzeichnen. So ist die Zahl der ambulant und stationär tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten/innen deutlich gestiegen, mit Ausnahme der ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/innen. Ihre Zahl stagniert seit Jahren und reicht bei weitem nicht an den Bundesdurchschnitt heran. Ausgehend von den skizzierten Trends bleibt die Entwicklung einer bedarfsgerechten ambulanten psychiatrischen Versorgungsstruktur ein zukünftiger Aufgabenschwerpunkt. Das Hauptaugenmerk muss sich dabei auf die Ausbildung von Psychotherapeuten/innen, insbesondere im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich richten und auf die langfristige Sicherstellung in derzeit noch nicht optimal versorgten Regionen.

8 Schlussfolgerungen und erkennbare Handlungsfelder

8.1 Arbeit (Freizeit) und Gesundheit

Dieser Bericht stellt anhand von Routinedaten Informationen zur psychischen Gesundheit von Menschen im arbeitsfähigen Alter in Sachsen-Anhalt dar. Eine wesentliche und einflussreiche Lebenswelt von Menschen zwischen 18 und 65 ist der Arbeitsplatz, sind Kollegen, Vorgesetzte und Arbeitsstätten. Daher wurde der Blick zunächst auf die Bedeutung der Arbeitswelt, mögliche Risiken und Potenziale für die psychische Gesundheit gerichtet. Auf der Basis einer Literaturanalyse über den Zeitraum von 2007 bis 2013 wurde der aktuelle Stand der Forschung in diesem Bereich dargestellt. Verglichen mit älteren Übersichtsarbeiten lässt sich ein Trend zu mehr aussagekräftigen Längsschnittstudien und zu Interventionsstudien erkennen. Geringe Handlungsspielräume, hohe Arbeitsanforderungen, wenig Rückmeldung, fehlende soziale Unterstützung von Vorgesetzten und Kollegen stehen in engem Zusammenhang mit psychischen Beeinträchtigungen.

Die Mehrzahl der Untersuchungen betrachtete als Belastungsfolgen Burnout, Depressionen aber auch Posttraumatische Belastungsstörungen und Sucht. Interventionen zur Entwicklung gesundheitsfördernder Organisationen könnten danach helfen, Risiken für psychische Beeinträchtigungen zu reduzieren und Ressourcen für die Bewältigung psychischer Belastungen zu erweitern.

Die anschließend näher analysierten Informationen zur gesundheitlichen Lage der arbeitsfähigen Bevölkerung erlauben keinen Rückschluss auf Risiken und Ressourcen der Arbeitswelt. Mit der einleitenden Darstellung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit soll auf den Einfluss, den die Arbeitswelt zweifelsohne auf die Gesundheit von Beschäftigten hat, hingewiesen werden. Für die Entstehung psychischer Störungen in der arbeitsfähigen Bevölkerung zwischen 18 und 65 sind über Einflüsse der Arbeitswelt hinaus jedoch noch weitere Faktoren von Bedeutung. Auch der Einfluss dieser Faktoren (soziale, neurobiologische, intrapsychische) kann anhand der vorliegenden Routinedaten nicht untersucht werden. Um die Bedeutung unterschiedlicher Einflussfaktoren bei der Entstehung psychischer Störungen herausarbeiten zu können, wären Daten aus Längsschnittstudien erforderlich, in denen Studienteilnehmer/innen sowohl zu Einflussfaktoren als auch zu gesundheitlichen Folgen befragt und untersucht werden (s. 8.5).

8.2 Psychische Störungen in der arbeitsfähigen Bevölkerung

In Sachsen-Anhalt werden im Durchschnitt nicht mehr Menschen aufgrund psychischer Störungen in der stationären Versorgung behandelt als im bundesdeutschen Durchschnitt in der Altersgruppe zwischen 25

und 65. Aufgrund von Erwerbsminderungen bei psychischen und Verhaltensstörungen werden in Sachsen-Anhalt zudem weniger Menschen vorzeitig verrentet als dies in Deutschland durchschnittlich der Fall ist. Bei detaillierter Betrachtung fallen allerdings Trends auf, die durchaus auf Handlungsbedarf hinweisen. Insbesondere Männer in der betrachteten Altersgruppe werden verglichen mit ihren Geschlechtsgenossen in Deutschland häufiger aufgrund psychischer Störungen stationär behandelt. Der Grund dafür sind die verglichen mit den gesamtdeutschen Daten sehr hohen Fallzahlen bei alkoholbedingten psychischen Störungen in der stationären Versorgung. Zwar zeigt sich insbesondere bei den jungen Männern bis 45 Jahren eine Stabilisierung der Fallzahlen auf sehr hohem Niveau – in den letzten Jahren sogar ein leichter Rückgang – dennoch werden in Sachsen-Anhalt in der Altersgruppe zwischen 25 und 45 noch weitaus mehr Männer mit alkoholassozierten psychischen Störungen im Krankenhaus behandelt als im Bundesdurchschnitt. In dieser Altersgruppe erhielten verglichen mit 2010, im Jahr 2012 weniger Männer in der ambulanten Versorgung eine alkoholassozierte psychiatrische Diagnose (gestiegen ist dagegen die Zahl der jüngeren Männer mit Depressionen in der ambulanten Versorgung). Bei den Männern zwischen 45 und 65 nehmen dagegen die Fallzahlen bei alkoholassozierten psychischen Störungen seit Jahren deutlich zu – sogar stärker als im gesamtdeutschen Durchschnitt. Diese Entwicklung weist auf einen Handlungsbedarf im Kontext Alkohol, insbesondere bei Männern zwischen 45 und 65 Jahren hin.

Das Bild psychisch Kranker in der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt wird ausgehend von den ausgewerteten stationären Fallzahlen stark geprägt von Männern mit Alkoholproblemen.

Affektive Störungen kristallisieren sich als weiteres relevantes Problemfeld in der Gruppe der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt heraus. Zwar bewegen sich die stationären Fallzahlen bei allen betrachteten Geschlechts- und Altersgruppen in Sachsen-Anhalt unterhalb des deutschen Durchschnittsniveaus. Allerdings ist in Sachsen-Anhalt, wie auch deutschlandweit, insbesondere bei den rezidivierenden Depressionen eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen. Auch in der ambulanten Versorgung, aus der zunächst die Zahlen aus den Jahren 2010 und 2012 vorliegen, nahm die Zahl der Menschen beider Geschlechter und aller betrachteter Altersgruppen teils deutlich zu. Ein Trend steigender erwerbsminderungsbedingter vorzeitiger Verrentungen aufgrund affektiver Störungen zeichnet sich ebenso ab, auch wenn bei zunehmender Tendenz die Zahlen in Sachsen-Anhalt hinter den Bundeszahlen liegen. Affektive Störungen und Depressionen sind dennoch auch in Sachsen-Anhalt weit verbreitet.

Die deutliche Fallzahlzunahme bei affektiven Störungen, insbesondere rezidivierender depressiver Störungen in der ambulanten und stationären Versorgung sind eine weitere wesentliche Herausforderung für Gesundheitsförderung, Prävention, ambulante und stationäre Versorgung in Sachsen-Anhalt.

Nicht zuletzt wird ein Trend steigender Behandlungszahlen wegen psychischer Belastungs- und Anpassungsstörungen in der Altersgruppe zwischen 25 und 45 erkennbar (F43). Diese Altersgruppe erhält unabhängig vom Geschlecht auch deutlich häufiger eine entsprechende Diagnose als die Gruppe der 45 bis 65-jährigen – übrigens auch verglichen mit den bundesweit vorhandenen Zahlen. Der Zeitraum zwischen 25 und 45 Jahren ist geprägt von Umbruch- und Entwicklungssituationen, die als Herausforderung bewältigt, aber ebenso auch als unlösbare Probleme bewertet werden können. Höheren Behandlungszahlen (nur diese wurden in der vorliegenden Untersuchung verwendet) aufgrund von Belastungs- und Anpassungsstörungen scheinen daher in der jüngeren Altersgruppe zunächst auch plausibel. Anhand vorliegender Daten aus epidemiologischen Studien zeigt sich in der jüngeren Altersgruppe jedoch eine signifikant geringere Rate (Posttraumatischer) Belastungsstörungen als bei älteren Menschen (u.a. Ditlevsen & Elklit, 2010; Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008). Belastungsstörungen treten häufig gemeinsam mit weiteren psychischen Störungen auf – u.a. auf Basis bereits vorhandener psychischer Störungen oder als Prädiktor für weitere psychische Störungen (im Überblick Boos & Müller, 2006; Cavalcanti-Ribeiro, Andrade-Nascimento, Morais-de-Jesus, de Medeiros et al., 2012). Vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen der Versorgungsforschung geprüft werden, ob Menschen ab 45 mit (Posttraumatischen) Belastungs- und Anpassungsstörungen ggf. nicht adäquat bzw. mit einer anderen Hauptdiagnose behandelt werden.

Die höheren ambulanten und stationären Behandlungszahlen aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) weisen auf die Notwendigkeit hin, stärker auch spezifische

traumapsychiatrische Angebote in Sachsen-Anhalt zu etablieren. Zudem wird auch Bedarf an niedrigschwelligen Unterstützungs-, Beratungs- und Kriseninterventionsangeboten erkennbar. Psychische Extrembelastungen sollten auch stärker als bisher bei sensiblen Berufsgruppen z.B. durch den Ausbau und Institutionalisierung der Psychosozialen Notfallversorgung Berücksichtigung finden, wie es beispielsweise in Polizei und Feuerwehr bereits begonnen wurde.

8.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Alkoholassoziierte psychische Störungen fallen in Sachsen-Anhalt innerhalb der psychiatrischen Versorgung stärker ins Gewicht als bundesweit. Sie werden zahlenmäßig überwiegend ambulant versorgt machen aber auch gut drei Viertel aller psychiatrischen Fälle in der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt aus. Insbesondere jüngere Männer werden in Sachsen-Anhalt überproportional häufig mit alkoholassoziierten psychischen Störungen stationär behandelt, obwohl die Fallzahl (wie auch bundesweit bei jungen Männern) seit 2000 zurückgeht. Überproportional zugenommen hat in Sachsen-Anhalt dagegen die Fallzahl alkoholassoziierten psychiatrischer Störungen bei den Männern zwischen 45 und 65 Jahren. Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses in Sachsen-Anhalt wird die Senkung der alkoholassoziierten Sterbehäufigkeit auf Bundesdurchschnitt in einem eigenen Gesundheitsziel verfolgt. Der tendenzielle Rückgang alkoholassoziierten psychischer Störungen bei jüngeren Männern in der ambulanten und stationären Versorgung kann möglicherweise mit den Aktivitäten im Gesundheitszieleprozess in Sachsen-Anhalt, den zahlreichen Kampagnen auf Bundesebene (u.a. BZgA: „Alkohol? Kenn dein Limit!) und den bestehenden gesetzlichen Regelungen zum Jugendschutz verbunden sein, auch wenn sich dies mit den vorliegenden Daten nicht belegen lässt.

Vor dem Hintergrund der Fallzahlentwicklung insbesondere bei den Männern zwischen 45 und 65 ist eine verstärkte Berücksichtigung dieser Altersgruppe in Präventionsinitiativen zu alkoholbedingten psychischen Störungen und Alkoholmissbrauch auf Landes- und Bundesebene angezeigt.

Nahezu verdreifacht hat sich in Sachsen-Anhalt die stationäre Behandlungszahl bei den rezidivierenden depressiven Störungen. Die Fallzahlzunahme ist deutschlandweit sogar noch ausgeprägter. Der Anstieg ist in allen betrachteten Altersgruppen sowohl bei Männern als auch bei Frauen vergleichsweise stark. Eine Ausnahme bilden hier lediglich Männer zwischen 25 und 45 in Sachsen-Anhalt (s. 6.2). Hier ist zwar eine Fallzahlzunahme bei den rezidivierenden Depressionen zu verzeichnen, allerdings bei weitem nicht so deutlich, wie bundesweit bei Männern dieser Altersgruppe. Richtig sind daher die jüngst in Sachsen-Anhalt gestarteten Initiativen, z.B. das Bündnis gegen Depressionen. Die nationalen Gesundheitsziele berücksichtigen das Verhindern, das rechtzeitige Erkennen und die frühzeitige Behandlung depressiver Störungen in einem eigenen Zielbereich. Die Förderung der psychischen Gesundheit wird in Sachsen-Anhalt dagegen nicht als eigenes Gesundheitsziel verfolgt, findet aber im Rahmen einer übergreifenden Gesamtstrategie Eingang in alle Landesgesundheitsziele.

Es wäre sinnvoll, die Prävention depressiver Störungen auch in Sachsen-Anhalt ggf. in einem eigenen Zielbereich im Landesgesundheitszieleprozess mit konkreten abgestimmten Maßnahmen zu verfolgen.

8.4 Psychiatrische Versorgung

In Sachsen-Anhalt werden derzeit ausgehend von der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie Neuzulassungen im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung vorbereitet. In allen Planungsregionen im Land Sachsen-Anhalt waren noch Anfang 2013 Neuzulassungen von Psychotherapeuten/innen in der ambulanten Versorgung möglich. Der Kassenärztlichen Vereinigung liegen entsprechende Zulassungsanträge vor, die eine Entspannung der Situation in der ambulanten psychiatrischen Versorgung erwarten lassen. Entsprechend der Bedarfsplanungsrichtlinie erreichte das Land Anfang 2013 im Durchschnitt einen Versorgungsgrad von nur 64% in der ambulanten psychiatrischen Versorgung – mit regionalen Disparitäten. Ein Neuzulassungsstop erfolgt bei einem Versorgungsgrad von 110%. Die rechnerische Unterversorgung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung spiegelte sich in der hohen Wartezeit von landesweit

durchschnittlich 17 Wochen (Range 8-20 Wochen) wider, die größer ist als im bundesdeutschen Schnitt (9,3 bis 15,3 Wochen). Insgesamt nahm die Zahl ambulant praktizierender ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten aber in vergangenen Jahren auch in Sachsen-Anhalt zu. Im Vergleich mit deutschlandweiten Daten sind in Sachsen-Anhalt jedoch bezogen auf 100.000 Einwohner nur knapp halb so viele Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ambulant tätig bei gleichbleibender Tendenz. Diese rechnerisch doch erhebliche Unterversorgung wird nach wie vor durch eine vergleichsweise hohe Bettenvorhaltung in der stationären Kinder- und Jugendpsychotherapie kompensiert.

Weiterhin sollte das Ziel, einen bedarfsgerechten ambulant-psychiatrische Versorgungsgrad zu erreichen, insbesondere, aber nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, engagiert weiter verfolgt werden.

8.5 Datenlage

Die Grundlage dieser Arbeit zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts sind Daten aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie Informationen zur vorzeitigen Verrentung. Diese Daten werden in erster Linie zu Abrechnungszwecken, weniger zu Analyse- und nicht zu Forschungszwecken erhoben, gespeichert und verarbeitet. Sie ermöglichen weder einen Rückschluss auf die tatsächliche psychiatrische Krankheitslast in Sachsen-Anhalt, noch auf epidemiologische Trends und Zusammenhänge zwischen (potenziellen) Risikofaktoren für die psychische Gesundheit. Hinzu kommt die sehr heterogene Datenqualität. So beziehen sich die vorliegenden Daten aus der ambulanten Versorgung auf Personen, die im ambulanten Bereich eine „F-Diagnose“ erhielten. Die Daten aus der stationären Versorgung zeigen Fälle, die in Kliniken mit einer psychiatrischen Diagnose aufgenommen und behandelt wurden. Beide Informationen unterscheiden sich: Bei den ambulanten Versorgungsdaten ist es unerheblich, wie oft eine Person im Jahr in der ambulanten Versorgung eine psychiatrische Diagnose erhielt, sie zählt einmal als „Person mit psychiatrischer Diagnose“. Die stationären Daten zählen Behandlungsfälle. Es ist hier wahrscheinlich, dass ein und dieselbe Person mit einer psychiatrischen Diagnose mehrfach stationär behandelt wurde und somit auch mehrfach als Fall in die Statistik eingeht. Die vorliegenden Daten sind nicht in der Lage das tatsächliche psychiatrische Krankheitsgeschehen abzubilden. Jacobi (2009) hebt in diesem Zusammenhang auf der Grundlage vorliegender Ergebnisse epidemiologischer Kohortenlängsschnittstudien hervor, dass eine Zunahme der Krankheitslast bei psychischen Störungen wenig wahrscheinlich ist – zumindest nicht so deutlich erfolgt ist, wie die Versorgungsdaten annehmen lassen. Er hebt aber auch hervor, dass die Versorgungssituation derzeit noch nicht den potenziellen tatsächlichen Bedarf deckt. Als Zwischenfazit kann somit festgehalten werden:

Die zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz psychischer Störungen, die breite öffentliche Diskussion dieses Themas, die zurückgehende Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und der Ausbau des Versorgungsnetzes tragen dazu bei, dass immer mehr Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Hilfe suchen und diese auch in Anspruch nehmen.

Offene Fragen bleiben – insbesondere danach, wie hoch der tatsächliche Bedarf an psychiatrischer Versorgung im Land ist. Diese Fragen können im Übrigen für Deutschland insgesamt derzeit ebenfalls nicht beantwortet werden. An mehreren Stellen dieser Arbeit konnten somit lediglich Vermutungen zum Hintergrund der aufgezeigten Entwicklungen, allenfalls theoretische Brücken aufgezeigt werden. Die Formulierung „...kann nicht mit den vorliegenden Daten untersucht werden...“ findet sich häufiger. Damit zukünftig Kostenträger und Leistungserbringer auf Risikoprofile und valide Bedarfsschätzungen Zugriff erhalten, wäre eine koordinierte epidemiologische und Versorgungsforschung – nicht nur in Sachsen-Anhalt – sinnvoll. Ein erster Schritt zur Beantwortung der Fragen nach Risiko- und Schutzfaktoren für die „großen Volkskrankheiten“ wurde mit dem Start der „Nationalen Kohorte“ gegangen. Damit wird 2014 eine deutschlandweit repräsentative Kohortenlängsschnittstudie bei über 200.000 Menschen im Alter zwischen 20 und 69 Jahren starten. Im Rahmen dieser Studie werden medizinische und Blutuntersuchungen bei den Teilnehmern/innen vorgenommen. Zudem werden Fragen nach Lebensgewohnheiten (z.B. körperliche Aktivität, Rauchen, Ernährung, Beruf) gestellt. Die Teilnehmer/innen werden über einen Zeitraum von 10-20 Jahren beobachtet und untersucht. Im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen können auf der so gebildeten Datenlage nicht nur die Verbreitung bestimmter Krankheiten in der Bevölkerung

aufgezeigt, sondern auch Aussagen zu Ursache-Wirkungsbeziehungen getroffen werden, beispielsweise zum Einfluss genetischer, sozialer, Umwelt- und Lebensstilfaktoren auf die Gesundheit. Zudem kann mit diesen Daten die tatsächliche Verbreitung bestimmter Krankheiten in der Bevölkerung genauer geschätzt werden. Mit dem Studienzentrum Halle (Saale), in dem das Institut für Klinische Epidemiologie sowie das Institut für Medizinische Epidemiologie, Biostatistik und Informatik (IMEBI) eingebunden sind, werden auch in Sachsen-Anhalt entsprechende Daten erhoben. Finanziert wird diese Studie durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (Wichmann, Kaaks, Hoffmann, Jöckel, Greiser & Linseisen, 2012).

9. Literaturverzeichnis

Antonovsky, A (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke.) Tübingen: dgvt.

Balducci, C., Fraccaroli, F. & Schaufeli, W. B. (2011). Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: An integrated model. *Anxiety, Stress & Coping*, 24, 499-513.

Becker, M. (2013). Nicht nur was Gefühltes. *DGUV Arbeit & Gesundheit*, 2013 (9/10), 8-13.

Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* Band 43. Köln: BZgA.

Bergström, G., Björklunda, C., Fried, I., Lisspers, J., Nathell, L., Helander, A. & Bodin, L. (2008). A comprehensive workplace intervention and its outcome with regard to lifestyle, health and sick leave: The AHA study. *Work*, 31, 167-180.

Bitzer, E. M., Grobe, T.G. & Schwartz, F.W. (2013). Barmer GEK Arztreport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 18. Berlin: Asgard-Verlagsservice GmbH, 1-272.

Boos, A. & Müller, J. (2006) Posttraumatische Belastungsstörungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, (S. 821-839). Heidelberg: Springer.

Busch, M. A., Maske, U.E., 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*, 2013. Band 56 (5/6), 733-739.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2011). BPtK-Hintergrund. Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie. In: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf (Zugriff am 13. September 2013, 11:45).

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013). Daten zur psychotherapeutischen Versorgung vor dem Hintergrund der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie. Sachsen-Anhalt. In: www.opk-info.de/red_tools/download_dokument.php?id=682 (Zugriff am 13. September 2013, 11:40).

Cavalcanti-Ribeiro, P., Andrade-Nascimento, M., Morais-de-Jesus, M., de Medeiros, GM., Daltro-Oliveira, R., Conceição, JO., Rocha, MF., Miranda-Scippa, Â., Koenen, KC. & Quarantini, LC. (2012). Posttraumatic stress disorders as a comorbidity: impact on disease outcomes. *Expert review of Neurotherapeutics* 12 (8): 1023-1037.

Czabala, C., Charzynska, K. & Mroziak, B., (2011). Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview. *Health Promotion International*, 26, 70-84.

- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 8, 499-512.
- Dinos, S., Stansfeld, S.A. & White, P.D. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *Journal of Environmental and Public Health*, 21, 1-21.
- Ditlevsen, DN. & Elklit, A. (2010). The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution oft he disorder? *Annals of General Psychiatry*, 2010 (9): 32. (doi:10.1186/1744-859X-9-32)
- Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) (2012). Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) (2012). Arbeitsschutzziele 2013 – 2018. GDA-Faltblatt.
- Grobe, T. (2013). Gesundheitsreport 2013. Berufstätigkeit, Ausbildung und Gesundheit. TK-Gesundheitsreport 2013 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, 2013.Hamburg: Schipplack + Winkler Printmedien GmbH.
- Hapke, U., Maske, U.E., Scheidt-Nave, C., Bode, L., Schlack, R. & Busch., M.A. (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 2013. Band 56 (5/6), 749-754.
- Hapke, U., v. der Lippe, E. & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 2013. Band 56 (5/6), 809-813.
- Henderson, M., Harvey, S.B., Overland, S., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 198-207.
- Hering, T. (2009). *Gesunde Organisationen im Rettungsdienst*. Marburg: Tectum.
- Hering, T., Beerlage, I. & Kleiber, D. (2010). Organisationsklima und Gesundheit – Handlungsebenen zur Burnoutprävention und Förderung des Engagements im Rettungsdienst. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5 (2): 64-74.
- Hering, T., Nehring, R. & Theren, G. (2012). Psychische Gesundheit in Sachsen-Anhalt. Aktuelle Entwicklungen und zukünftige Handlungsfelder in Versorgung und Prävention. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt*, 23 (9): 16-18.
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *reportpsychologie* 34 (1), 16-28.
- Jenull-Schiefer, B., Brunner, E., Ofner, M. & Mayring, P. (2007). Stressbelastung von Wiener Altenpflegerinnen aus Österreich, Osteuropa und Asien. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15, 78-82.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: John Wiley & Sons.
- Kendall, E. & Muenchberger, H. (2009). Stressors and supports across work and non-work domains: The impact on mental health and the workplace. *Work*, 32, 27-37.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: JR. Nitsch (Hrsg.). *Stress – Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-260). Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.
- Mausbach, B.T., Chattillion, E., Roepke, S.K., Ziegler, M.G., Milic, M., Von Känel, R., Dimsdale, J.E., Mills, P.J., Patterson, T.L., Allison, M.A., Ancoli-Israel, S. & Grant, I. (2012). A longitudinal analysis of the relations

- among stress, depressive symptoms, leisure satisfaction, and endothelial function in caregivers. *Health Psychology*, 31, 433-440.
- Maercker, A., Fortsmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 79 (5): 577-586.
- Mealer, M., Burnham, E.L., Goode, C.J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2009). *Depression and Anxiety*, 26, 118-126.
- Nienhaus, A., Westermann, C. & Kuhnert, S. (2012). Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 211-222.
- Platt, B., Mellanby, R.J., Simkin, S. & Hawton, K. (2012). Suicidal behaviour and psychosocial problems in veterinary surgeons: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 223-240.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 2007. Band 50 (5/6), 871-878
- Rospenda, K.M., Shannon, C.A. & Richman, J.A. (2009). Prevalence and mental health correlates of harassment and discrimination in the workplace: results from a national study. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 819-843.
- Sanderson, K., Nicholson, J., Graves, N., Tilse, E. & Oldenburg, B. (2008). Mental health in the workplace: Using the ICF to model the prospective associations between symptoms, activities, participation and environmental factors. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1289-1297.
- Schlack, R., Hapke, U., Maske, U., Busch, M.A. & Cohrs, S. (2013). Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 2013. Band 56 (5/6), 740-748
- Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi, K. & Seidler, A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research*, 190, 265-270.
- Schütte, M. & Köper, B. (2013). Veränderung der Arbeit. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 422-429.
- Siegrist, J. (2000). Adverse Health Effects of Effort-Reward Imbalance at Work: Theory, Empirical Support, and Implications for Prevention. In: C.L. Cooper (Hrsg.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 190-204). Oxford: Oxford University Press.
- Siegrist, J. & Dragano, N., (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt*, 51, 305-312.
- Simmons, L.A & Swanberg, J.E. (2009). Psychosocial work environment and depressive symptoms among US workers: comparing working poor and working non-poor. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 628-635.
- Smith, P. & Bielecky, A. (2011). The impact of changes in job strain and its components on the risk of depression. *American Journal of Public Health*, 102, 352-358.
- Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (2011). Sonderheft Psychische Gesundheit. Halle: Eigenverlag.
- Wichmann, H.-E., Kaaks, R. Hoffmann, W. Jöckel, K.-H., Greiser, K.-H. & Linseisen, J. (2012). Die Nationale Kohorte. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55: 781-789. DOI 10.1007/s00103-012-1499-y
- Wittchen. H.-U. & Hoyer, J. (2006). Was ist klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, (S. 3-24). Heidelberg: Springer.