

Krankenhausaufenthalte, Erwerbsminderungsrenten und Arbeitsunfähigkeitsfehltage infolge *Psychischer und Verhaltensstörungen* – auch eine Frage des Geschlechts

1. Hintergrund und Intention des Schlaglichts

Laut der großen epidemiologischen Studien des Robert Koch-Institutes ist in den letzten 25 Jahren keine generelle Zunahme der psychischen Störungen in Deutschland festzustellen: Demnach erkrankt weiterhin ungefähr jeder dritte Erwachsene innerhalb eines Jahres an einem seelischen Leiden (Bundes-Gesundheitssurvey 1998 ¹: 31,1%, DEGS1 2012 ²: 30,1%). Dennoch haben sich im gleichen Zeitraum Berichte über deutlich steigende psychisch bedingte Behandlungszahlen und Arbeitsausfälle in Deutschland und auch in Sachsen-Anhalt gemehrt ^{3,4}. Daher wird in Sachsen-Anhalt schon seit 2012 die Förderung der psychischen Gesundheit als übergreifende Zieldimension in allen landesspezifischen Gesundheitszielen berücksichtigt. Auf der 6. Landesgesundheitskonferenz im Jahr 2013 waren die quer durch alle Altersgruppen wachsenden psychischen Belastungen ein Schwerpunktthema. Im vorliegenden Schlaglicht wird die aktuelle Entwicklung der Diagnosehäufigkeit ausgewählter psychischer Erkrankungen im Versorgungssystem in Sachsen-Anhalt geschlechtsspezifisch und bezogen auf bestimmte Altersgruppen untersucht. In der Diskussion werden Erklärungsversuche für den Widerspruch zwischen steigender Häufigkeit psychischer Diagnosen im Versorgungssystem und gleichbleibender selbstberichteter psychischer Erkrankungshäufigkeit in epidemiologischen Studien gegeben.

2. Methodische Hinweise

Aufgrund der Fülle der Auswertungsergebnisse kann im Rahmen dieses Schlaglichts nur eine Auswahl der Daten in Form von Diagrammen dargestellt werden. Die restlichen Auswertungsergebnisse sind nur im Text erwähnt und dann jeweils mit dem Vermerk „*Daten nicht gezeigt*“ versehen.

3. Ergebnisse

3.1 Diagnosedaten der Krankenhäuser

Die altersstandardisierten Krankenhausfallquoten infolge F00–F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) weisen sowohl in Deutschland als auch in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2000 sowohl bei Frauen als auch bei Männern stetig steigende Werte auf; die Werte der Männer liegen dabei über denen der Frauen (*Daten nicht gezeigt*).

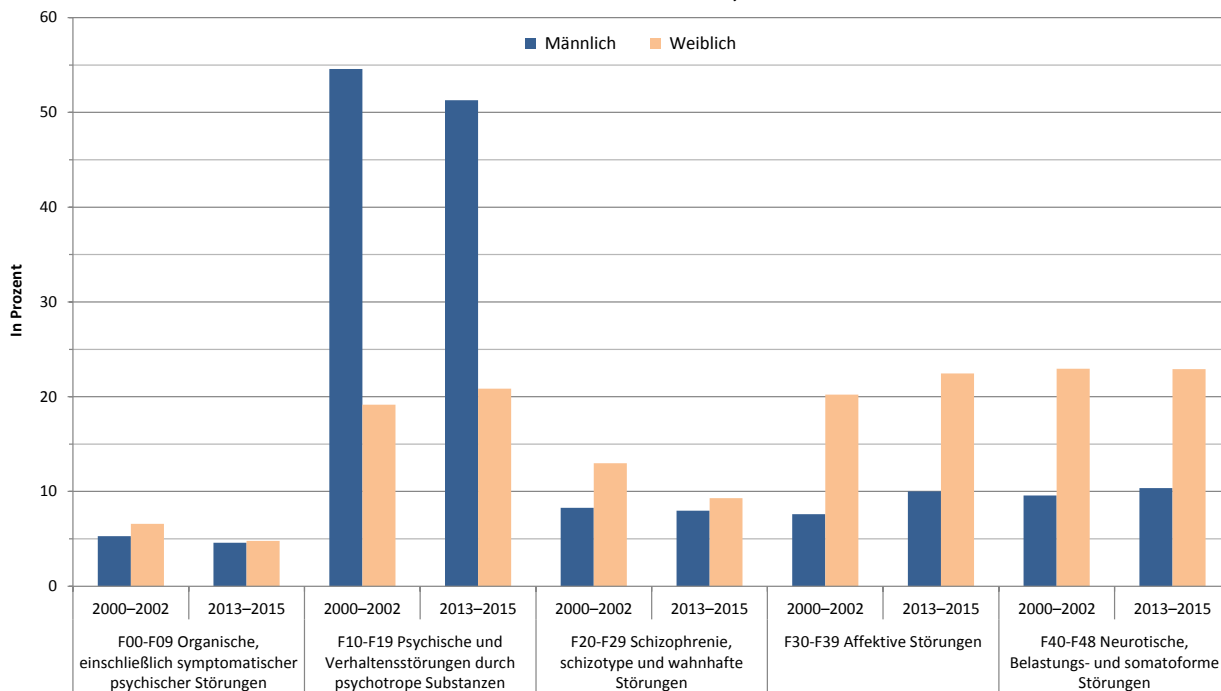
In der Gruppe F10–F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) weisen die Männer in Deutschland und Sachsen-Anhalt wesentlich höhere Krankenhausfallquoten als die Frauen auf, die Männer in Sachsen-Anhalt haben dabei deutlich höhere Werte als im Bundesdurchschnitt (*Daten nicht gezeigt*). Der Anteil dieser Diagnosegruppe an der Gesamtgruppe der psychischen Erkrankungen (**Abb. 1**) ist bei Männern ungleich viel höher (>50%) als bei Frauen (etwa 20%). Er ist bei Männern allerdings leicht fallend, bei Frauen hingegen leicht steigend. Innerhalb der Gruppe F10–F19 spielt bei beiden Geschlechtern die Diagnose F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) die zentrale Rolle. Der Anteil von F10 ist zwar – aufgrund zunehmenden Konsums illegaler Drogen – leicht gesunken, beträgt in Sachsen-Anhalt aber immer noch 72% (Frauen) bis 79% (Männer) aller Krankenhausfälle infolge psychotroper Substanzen (**Abb. 2**).

Die Quote von Krankenhausfällen wegen affektiver Störungen (F30–F39) zeigt seit 2000 in Deutschland und in Sachsen-Anhalt bei beiden Geschlechtern einen starken Anstieg; die Werte der Frauen liegen hier – anders als bei den substanzbezogenen Störungen – deutlich über denen der Männer und in beiden Geschlechtern sind die Werte geringer als im Bundesdurchschnitt (*Daten nicht gezeigt*). Der Anteil der Diagnosegruppe F30–F39 an der Gesamtgruppe der psychischen Erkrankungen (**Abb. 1**) ist in Sachsen-Anhalt in den letzten Jahren gestiegen und ist aktuell bei Frauen deutlich höher (>20%) als bei Männern (10%). Innerhalb der Gruppe F30–F39 besonders häufig sind bei beiden Geschlechtern F32 (Depressive Episode) und F33 (Rezidivierende depressive Störung), die zusammen mehr als 85% aller Fälle der Gruppe ausmachen (**Abb. 2**). Auffallend ist dabei, dass sich zwischen 2000–2002 und 2013–2015 das Diagnoseverhältnis zwischen episodischer (vereinzelter) und rezidivierender (wiederkehrender) Depression deutlich hin zu mehr Diagnosen bezüglich rezidivierender Depression verschoben hat. Die Diagnosehäufigkeit von Rezidivierender Depression ist bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern (*Daten nicht gezeigt*).

Die Gruppe F40–F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) zeigt besonders bei den Frauen in Sachsen-Anhalt einen Anstieg der Krankenhausfallquoten; bei beiden Geschlechtern sind die Werte höher als im Bundesdurchschnitt (*Daten nicht gezeigt*). Der Anteil der Gruppe F40–F48 an der Gesamtgruppe der psychischen Erkrankungen (**Abb. 1**) ist bei Frauen gleichbleibend deutlich höher (>20%) als bei Männern (10%). Innerhalb dieser Gruppe besonders auffällig bei beiden Geschlechtern sind F41

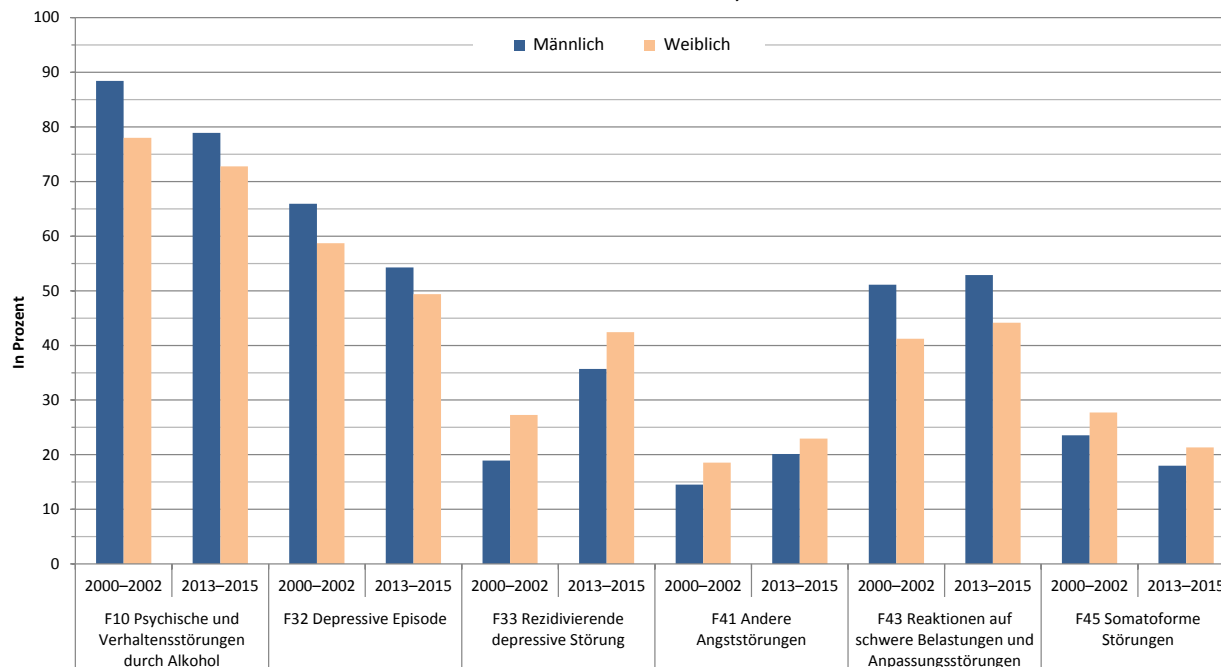
(Andere Angststörungen), F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) sowie F45 (Somatoforme Störungen), die zusammen über 85% aller Fälle in dieser Gruppe ausmachen (**Abb. 2**). Bei Angststörungen (F41) und somatoformen Störungen (F45) liegen die Anteile an der Gruppe bei Frauen höher als bei Männern, bei Reaktionen auf schwere Belastungen (F43) ist es umgekehrt.

Abb. 1 Krankenhausfälle – Anteil der jeweiligen ICD-Gruppe an der Hauptgruppe F00–F99, Mittelwerte 2000–2002 und 2013–2015, Sachsen-Anhalt



Datenquelle/Copyright: Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de

Abb. 2 Krankenhausfälle – Anteil der ICD-3-Steller an der jeweiligen Gruppe, Mittelwerte 2000–2002 und 2013–2015, Sachsen-Anhalt



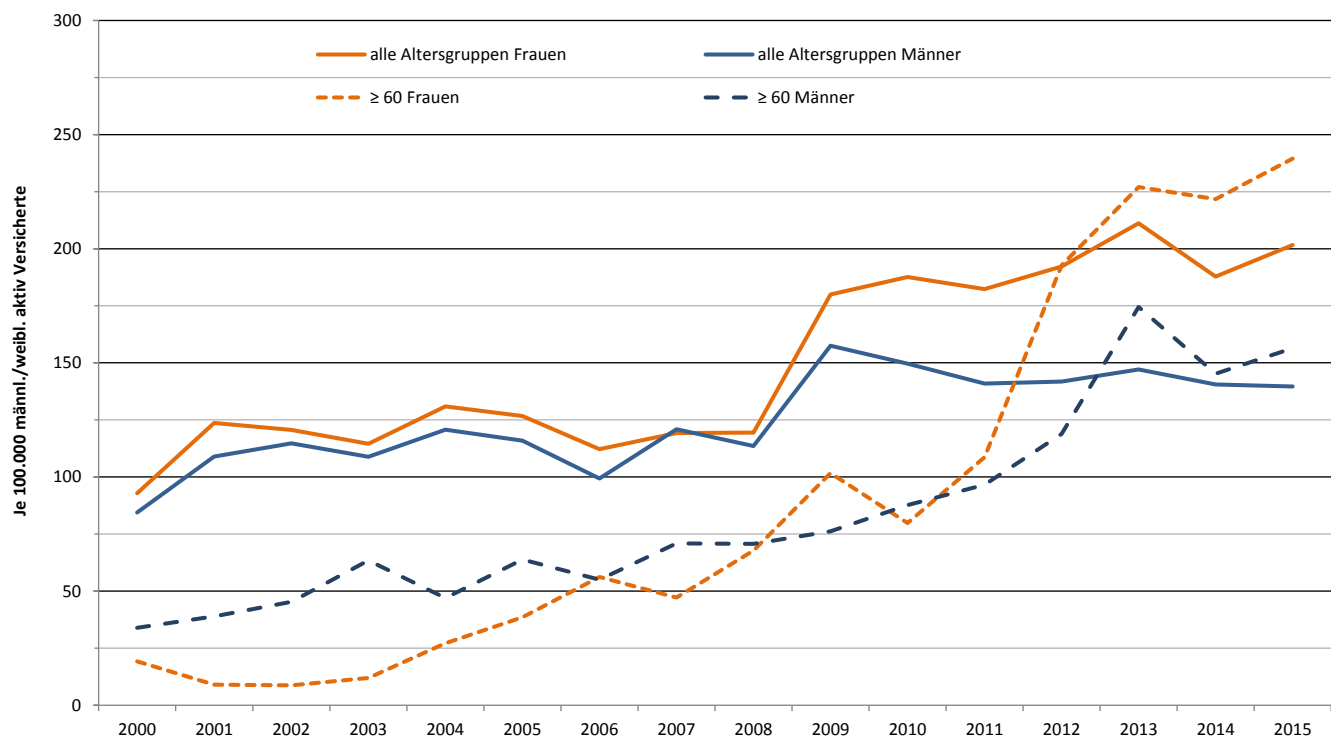
Datenquelle/Copyright: Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de

3.2 Daten der gesetzlichen Rentenversicherung für Sachsen-Anhalt

Insgesamt (bezüglich aller Diagnosen und aller Altersgruppen) sind die Erwerbsminderungs[EM]-Verrentungsquoten („Frühverrentungen“) in Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2000–2015 sowohl bei Frauen als auch bei Männern relativ konstant (*Daten nicht gezeigt*).

Dies gilt jedoch nicht für die ICD-10-Hauptgruppe F00–F99 (Psychische und Verhaltensstörungen), wo seit mindestens 15 Jahren in Sachsen-Anhalt bei beiden Geschlechtern ein stetiger Anstieg psychisch bedingter Frühverrentungen zu verzeichnen ist (**Abb. 3**). Dieser Anstieg ist in der Altersgruppe der ≥ 60 -Jährigen seit dem Jahr 2012 besonders dramatisch. Bei Frauen ist der Anstieg der psychisch bedingten Frühverrentungen seit etwa 2009 viel stärker als bei Männern, sodass die Quoten inzwischen deutlich höher sind als bei den Männern. Der Anstieg der Quoten zwischen 2000/02 und 2013/15 betrug bei den Männern 38,7%, bei den Frauen sogar 78,2% (**Abb. 3**). Die Zunahme der psychisch bedingten Frühverrentungen in Sachsen-Anhalt ist stärker als im Bundesdurchschnitt (*Daten nicht gezeigt*).

Abb. 3 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge F00–F99, alle Altersgruppen insgesamt und Altersgruppe 60 Jahre und älter, 2000–2015, Sachsen-Anhalt

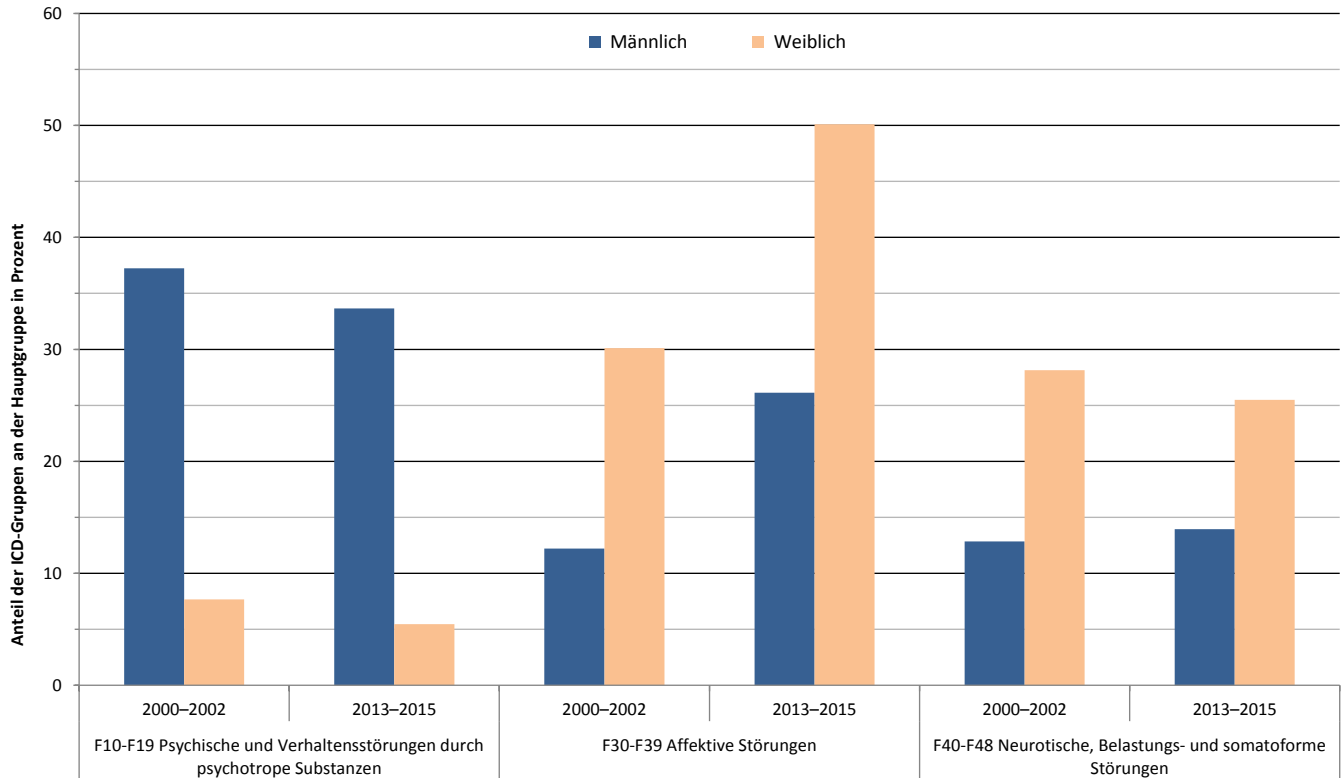


Datenquelle/Copyright: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

Der Anteil der psychisch bedingten EM-Renten (F00–F99) an den gesamten EM-Renten stieg zwischen 2000/02 und 2013/15 bei den Männern von 18,6% auf 26,3%, bei den Frauen von 27,5% auf 41,5% (*Daten nicht gezeigt*).

Auch bei den psychisch bedingten Frühverrentungen spielen die drei oben genannten Diagnosegruppen (F10–F19, F32–F39 und F40–F48) die wichtigste Rolle: Sie waren in den Jahren 2013–2015 zusammen für etwa 75% (Männer) bis 85% (Frauen) aller psychisch bedingten EM-Renten verantwortlich (**Abb. 4**). Besonders auffällig ist dabei die Steigerung in der Untergruppe F30–F39 (Affektive Störungen) bei beiden Geschlechtern: Hier haben sich die Quoten je 100.000 Versicherte im Vergleich 2000/02 vs. 2013/15 bei Männern und Frauen fast verdreifacht (*Daten nicht gezeigt*) und der Anteil an der Hauptgruppe F00–F99 ist bei Frauen von 30% auf 50% und bei Männern von 12% auf 26% gestiegen (**Abb. 4**).

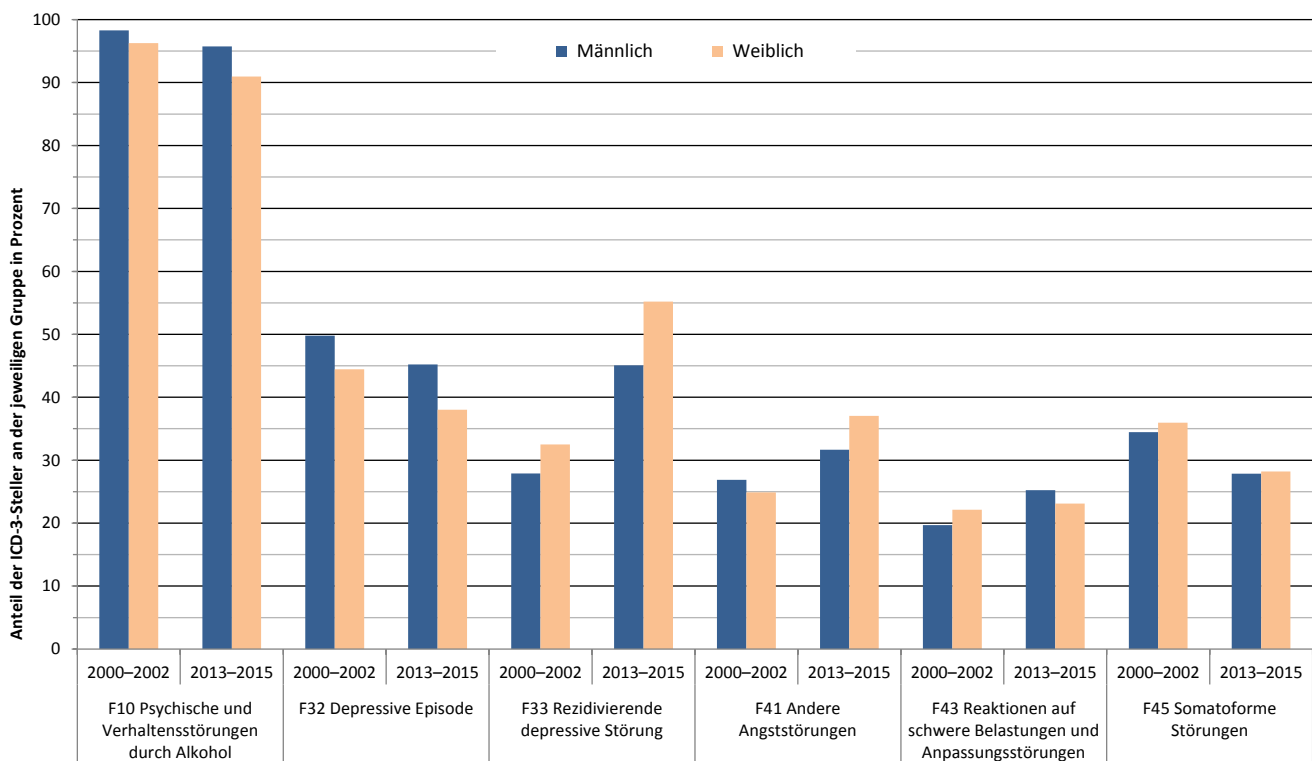
Abb. 4 Frühverrentung, nach Geschlecht, Mittelwerte 2000–2002 und 2013–2015, Sachsen-Anhalt



Datenquelle/Copyright: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

Die häufigsten Einzeldiagnosen, ihr Anteil an der jeweiligen Untergruppe sowie die Veränderungen 2000/2002 im Vergleich zu 2013/2015 sind in **Abb. 5** gezeigt: Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind die Einzeldiagnose F10 und die Einzeldiagnosesummen F32+F33 bzw. F41+F43+F45 für jeweils etwa 90% aller Fälle in ihren jeweiligen Diagnosegruppen F10–F19 bzw. F32–F39 bzw. F40–F48 verantwortlich.

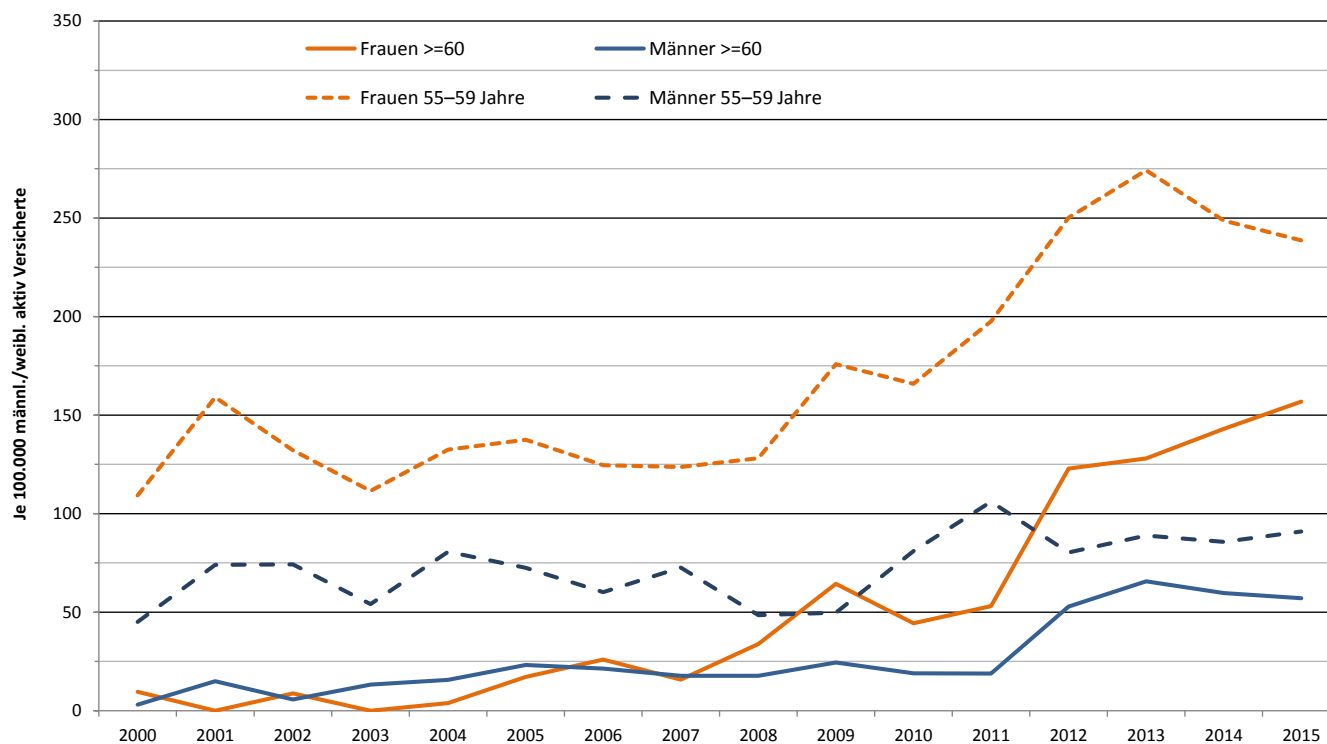
Abb. 5 Frühverrentung, nach Geschlecht, Mittelwerte 2000–2002 und 2013–2015, Sachsen-Anhalt



Datenquelle/Copyright: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

Im Folgenden werden die Auswertungsergebnisse bezüglich Frühverrentungsquoten (je 100.000 Versicherte) besprochen: F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen unverändert die mit Abstand häufigste Einzeldiagnose bei psychisch bedingten EM-Renten. Die F10-Frühverrentungsquote ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen zwischen 2000/02 und 2013/15 um etwa 20% gestiegen und ist bei Männern nach wie vor um ein Mehrfaches höher als bei Frauen (Daten nicht gezeigt). Bezüglich Versicherter aller Altersgruppen finden sich bei den Frauen die höchsten Werte und Steigerungsraten bei den ICD-10-Codes F32 (Depressive Episode [Anstieg 154%]), F33 (Rezidivierende depressive Störung [Anstieg 404%]) und F41 (Andere Angststörungen [Anstieg 141%]); bei den Männern sind ähnlich hohe Steigerungen festzustellen, allerdings bei wesentlich geringeren Quoten (Daten nicht gezeigt). Die deutlichsten und teilweise rasanten Anstiege der Frühverrentungsquoten infolge affektiver Störungen (F30–F39) zeigen sich seit 2008 in den Altersgruppen der 55- bis 59-Jährigen und ≥60-Jährigen auf (Abb. 6).

Abb. 6 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge F30–F39, Altersgruppen 55–59 Jahre und 60 Jahre und älter, 2000–2015, Sachsen-Anhalt



Datenquelle/Copyright: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

3.3 Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage)

Die Daten der gesetzlichen Krankenkassen belegen auch in diesem Bereich die steigende Relevanz psychischer Erkrankungen. Aufgrund der unterschiedlichen Versichertenpopulationen sind die Resultate der verschiedenen Versicherungen zwar leicht unterschiedlich, zeigen aber die gleichen Tendenzen auf. Seit Jahren ist die Zahl der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen bundesweit und in Sachsen-Anhalt deutlich angestiegen. Bei insgesamt relativ konstanten Krankenständen wächst der Anteil psychischer Erkrankungen am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und kletterte in Sachsen-Anhalt in den vergangenen Jahren auf 15,1% im Jahr 2015 (Barmer GEK 2016), das ist Rang 3 hinter Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (22,1%) und des Atmungssystems (15,9%). Die durch psychische Krankheiten ausgelösten Krankheitstage haben sich in diesem Zeitraum verfünffacht. Während psychische Erkrankungen vor 20 Jahren noch nahezu bedeutungslos waren, sind sie heute dritthäufigste Diagnosegruppe bei Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen (BKK Gesundheitsreport 2016). Besondere Bedeutung und Brisanz erhalten psychische Erkrankungen auch durch die Krankheitsdauer: Die durchschnittliche Dauer psychisch bedingter Krankheitsfälle ist mit 26 Tagen mehr als doppelt so hoch wie bei anderen Erkrankungen mit 12 Tagen (AOK Fehlzeitenreport 2017; TK Fehlzeitenreport 2017).

Im Ländervergleich und alle Diagnosen (A00–T98) betreffend hat Sachsen-Anhalt mit Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen die meisten AU-Fehlitage, wobei die Werte der Frauen deutlich über

denen der Männer liegen (TK Gesundheitsreport Preview Fehlzeiten 2017; AOK Fehlzeitenreport 2017; DAK-Gesundheit 2017; BKK Dachverband AU-Kennzahlen 2016).

Wurden bei diesen insgesamt (A00–T98) verhältnismäßig hohen Krankenständen in Sachsen-Anhalt bis 2015 Fehlzeiten mit „Psychischen Störungen“ (F00–F99) in etwas geringerem Umfang als nach bundesweiten Auswertungsergebnissen erfasst, so ist nun auch seit 2016 in diesem Bereich der Bundesdurchschnitt überschritten (TK Fehlzeitenreport 2017). Im Vergleich zum Jahr 2000 kam es zu einer Verdreifachung der Werte (Barmer GEK Gesundheitsreport 2016). In allen Altersgruppen werden in Sachsen-Anhalt aktuell die deutschlandweiten Ergebnisse überschritten, besonders große Differenzen zeigen sich bei Frauen aller Altersgruppen und bei Männern jüngeren Alters. Mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen vermehren sich die Fehlzeiten. Bei Frauen findet dieser altersabhängige Anstieg auf einem deutlich höheren Niveau als bei den Männern statt (Barmer GEK).

Die aktuellen Fehlzeitenreporte der gesetzlichen Krankenkassen zeigen eine deutliche Entwicklung auf: Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen sind in den letzten 10 Jahren überproportional stark gestiegen (Zunahme um fast 80 Prozent) und liegen somit neben Muskel-Skelett-Erkrankungen an der Spitze. Psychische Erkrankungen führen außerdem zu langen Ausfallzeiten. Gestiegen sind sowohl die Zahl der psychisch Erkrankten als auch die Ausfallzeit je Patient (AU-Fälle + AU-Tage).

Unter den Top-10-Diagnosen, die die AU-Tage verursachen, sind 5 Diagnosen aus dem Bereich der Psychischen und Verhaltensstörungen: F32, F33, F43, F45 und F48.

Bei den AU-Fehltagen sind die Karenztage (1 bis 3 Tage Krankmeldungen ohne ärztliche Bescheinigung bzw. Diagnose) nicht berücksichtigt. Die Dunkelziffer der AU-Fehltag infolge psychischer Erkrankungen dürfte somit wesentlich höher liegen.

4. Diskussion

4.1 Zunahme der Behandlungen, AU-Tage und Frühverrentungen infolge psychischer Erkrankungen: real oder Artefakt?

Bei dem teilweise rasanten Anstieg der F-Diagnosen stellt sich die Frage, ob es sich um eine tatsächliche Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung handelt oder aber ob hier andere, eher „methodisch-strukturell“ bedingte Ursachen vorliegen.

Einerseits wird diskutiert, dass es sich um eine geänderte und verbesserte Diagnostik handele und z. B. ein nicht unerheblicher Teil der Rückenleiden keine somatischen Leiden, sondern eher psychischer Natur seien – und mittlerweile auch als solche diagnostiziert würden. Früher wurden häufig nicht die psychischen Erkrankungen diagnostiziert, sondern erst die körperlichen Spätfolgen, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Magengeschwüre, Migräne und Rückenleiden. Andererseits wird diskutiert, dass sich im Laufe der Jahre eine größere Sensibilität bzw. größere gesellschaftliche Akzeptanz entwickelt habe: Auch über psychische Erkrankungen darf gesprochen werden bzw. man darf sie haben – ohne sofortige Stigmatisierung befürchten zu müssen. Zuletzt diskutieren viele Experten, dass die Häufigkeit psychischer Diagnosen im ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich einfach deshalb gestiegen sei, weil sich das Angebot psychotherapeutisch-psychiatrischer Versorgung und Diagnostik in den letzten 20 Jahren deutlich verbessert hat.

Dennoch wird vom überwiegenden Teil der Experten angenommen, dass die Zunahme psychischer Diagnosen im Versorgungssystem auch oder überwiegend auf eine tatsächliche Zunahme der psychischen Erkrankungen zurückgehe. Dies sei vor allem durch die Beschleunigung, Verdichtung, Komplexität und Globalisierung der Arbeitswelt und des „modernen“ Lebens verursacht. Dadurch steige insgesamt das Risiko, psychisch zu erkranken, psychisch bedingte AU-Tage nähmen zu und es komme schließlich häufiger zu schweren psychischen Erkrankungen und psychisch bedingten EM-Renten.

Die Annahme einer „tatsächlichen“ (krankheitsbedingten) Zunahme psychischer Erkrankungen steht im Widerspruch zu den Ergebnissen einiger großer epidemiologischer Studien, welche auf der Selbstauskunft von Probanden basieren (siehe Einleitung). Eine mögliche Auflösung des Widerspruchs könnte sich ergeben, wenn man annimmt, dass der Anteil der Menschen mit einer **Disposition** zu einer psychischen Erkrankung nicht höher ist als vor 20 Jahren, die Menschen heute allerdings über weniger Kompensationsmöglichkeiten verfügen: Da wo früher der Einzelne z. B. noch von der Familie und im kollegialen Arbeitsteam aufgefangen wurde – wobei die Veranlagung z. B. zu einer Neurose durchaus vorhanden war, aber nicht akut wurde –, da setzen sich immer mehr Vereinsamung, Ellenbogenmentalität und Druck jeglicher Art im Arbeitsumfeld durch. Diese Faktoren treiben viele Beschäftigte in die psychische Erschöpfung und Erkrankung. Hinweis darauf ist die dramatische Zunahme der affektiven Störungen (F30–F39) bei Frauen und Männern (Krankenhausaufenthalte, AU-Tage, EM-Renten) jeweils in den Altersgruppen ab 50 Jahren und besonders in der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen. Die Gruppe der ≥60-Jährigen galt bisher als die psychisch stabilste. Wer bis 60 Jahre und darüber im Berufsleben stand, hatte i. d. R. bis zur Altersrente kaum mehr mit psychischen Problemen zu rechnen. Nach der jahrelangen Frühverrentungspolitik in Deutschland

stellt die Verlängerung der Lebensarbeitszeit einen Paradigmenwechsel dar. Vor dem Hintergrund der schrittweisen Anhebung der Altersgrenze für die Regelaltersrente auf 67 Jahre (evtl. schon bald auf 70 Jahre?) richtet sich bereits zunehmend die Aufmerksamkeit auf die EM-Rente, die nicht an Altersgrenzen gebunden ist. Eine vermutlich wachsende Zahl von Beschäftigten wird vor Erreichen der gestiegenen Regelaltersgrenze nicht mehr leistungsfähig und/oder von Arbeitslosigkeit bedroht sein. Die deutlich steigende Quote der Frühberentungen – vor allem wegen psychischer Erkrankungen – innerhalb der Gruppe der über 60-Jährigen weist schon darauf hin, dass ältere (und länger arbeiten müssende) Beschäftigte auch häufiger irreversibel erkranken.

Psychisch gesund bleiben wohl am ehesten – unabhängig vom Alter – die Erwerbstätigen, die noch echten Einfluss auf ihre Tätigkeitsabläufe und das Ergebnis ihrer Arbeit haben und deren Arbeitseinsatz durch angemessene Wertschätzung und Vergütung honoriert wird (dazu schon 1996 Siegrist J „Gratifikationskrisen“⁸).

4.2 Ausblick

Obwohl einige große Bevölkerungsstudien keine Hinweise für eine Zunahme psychischer Erkrankungen ergeben, so bleibt doch die erschreckende Erkenntnis, dass sich immer mehr Menschen in stationäre Behandlung infolge einer psychischen Erkrankung begeben müssen. In Sachsen-Anhalt ist die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung für diesen Bedarf derzeit noch zu gering⁵. Vor allem zählen mittlerweile psychische Erkrankungen zu den häufigsten Ursachen für EM-Renten und Arbeitsunfähigkeitstage – mit überproportional steigender Tendenz. Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für eine frühzeitige Erwerbsunfähigkeit. Und somit steigt auch die Relevanz für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem. In Verbindung mit der demografischen Entwicklung des Landes Sachsen-Anhalt⁶ werden psychische Erkrankungen mehr und mehr zum gesamtgesellschaftlichen Brennpunktthema⁷. Die Folgen für die betroffenen Personen und ihre Familien, aber auch für die Unternehmen und die Volkswirtschaft sind beträchtlich. Die Unternehmen und auch der Öffentliche Dienst müssen sich vermehrt um die physische und psychische Gesundheit ihrer älteren Beschäftigten sorgen, um diese arbeitsfähig zu halten. Der Fokus ist vor allem auf die Prävention und die Bewältigung von berufsbedingten psychischen Krisen zu richten (betriebliches Gesundheitsmanagement).

Die WHO definiert Gesundheit als Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht als bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen. Doch wenn unser Körper Grundbedürfnisse hat, die erfüllt werden müssen, könnte unsere Seele dann nicht auch welche haben?

5. Zusammenfassung (vgl. Tab. 1)

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19), Affektive Störungen (F30–F39) und Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48) sind in Deutschland und Sachsen-Anhalt die mit Abstand häufigsten Diagnosegruppen psychischer Störungen. In allen drei Diagnosegruppen fand in Deutschland und in Sachsen-Anhalt in den letzten Jahren sowohl bei stationären Behandlungen als auch bei Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühverrentungen ein dramatischer Anstieg der Diagnosehäufigkeit statt. Diese Anstiege waren in Sachsen-Anhalt in vielen Bereichen stärker als im Bundesdurchschnitt, sodass die aktuellen Häufigkeiten psychischer Diagnosen in Sachsen-Anhalt (meist bei beiden Geschlechtern) über dem Bundesdurchschnitt liegen. Die Zunahme psychisch bedingter Inanspruchnahme des Versorgungssystems war in der älteren Bevölkerung (ab 55 Jahre) am stärksten. Während substanz-/suchtbezogene psychische Störungen (F10–F19) und Belastungsstörungen (F43) in Deutschland und Sachsen-Anhalt bei Männern häufiger sind als bei Frauen, ist es bei affektiven Störungen (F30–F39), Angststörungen (F41) und somatoformen Störungen (F45) umgekehrt. Die dramatische Zunahme psychischer Diagnosen im Versorgungssystem in Deutschland steht im krassen Gegensatz zu Berichten über eine eigentlich unveränderte psychisch bedingte Erkrankungsrate in der Bevölkerung. Eine mögliche Erklärung/Auflösung dieses Widerspruchs besteht darin, dass der dramatische Anstieg der Diagnosehäufigkeiten andere, nicht erkrankungsbedingte Ursachen hat und dass eine psychisch labile Disposition sich heute mangels ausreichender Kompensationsmöglichkeiten häufiger als früher zu einer manifesten psychischen Erkrankung entwickelt.

Tab. 1 Zusammenfassung: Krankenhausfälle und Frühverrentungen bzgl. der wichtigsten Diagnosegruppen von psychischen Erkrankungen in Sachsen-Anhalt

	Krankenhausfälle				Frühverrentungen			
	Zeittrends		Aktuelle Häufigkeit		Zeittrends		Aktuelle Häufigkeit	
	Frauen	Männer	im Vgl. der Geschlechter	im Vgl. mit Bundesdurchschnitt	Frauen	Männer	im Vgl. der Geschlechter	im Vgl. mit Bundesdurchschnitt
F10–F19	↑	↓	M	ST	↑	↑	M	ST
F30–F39	↑	↑	W	D	↑	↑	W	D
F40–F48	↑	↑	W	ST	↑	↑	W	ST

M = häufiger im männl. Geschlecht, W = häufiger im weibl. Geschlecht, D = häufiger im Bundesdurchschnitt, ST = häufiger in Sachsen-Anhalt

↑ = Häufigkeit steigend, ↓ = Häufigkeit fallend

Anmerkungen

¹ Robert Koch-Institut (Hrsg) (1998): Bundes-Gesundheitssurvey (<https://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/bgs98.html>).

² Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012): DEGS1 – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland.

(<https://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/degs1.html>).

³ Hering T et al. (2013). Daten und Trends zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts im Spiegel der ambulanten und stationären Versorgung sowie in der gesetzlichen Rentenversicherung.

In: Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2013). Gesundheit der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt.

⁴ Barmer GEK (Hrsg) (2016). Gesundheitsreport 2016 Sachsen-Anhalt. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

AOK Fehlzeiten-Report 2017 (Pressekonferenz zum Fehlzeiten-Report 2017: Wissenschaftliches Institut der AOK [WiDO] und AOK-Bundesverband 14. September 2017, Berlin / www.aok-bv.de und www.wido.de).

Techniker-Krankenkasse (Hrsg) (2017). Gesundheitsreport 2017 – Preview Fehlzeiten.

DAK-Gesundheit (Hrsg) (2017). Gesundheitsreport 2017 – Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten.

BKK Dachverband (Hrsg) (2016). AU-Kennzahlen nach Wirtschaftsgruppen, Bundesländern, Altersgruppen, Berufsgruppen und Diagnosehauptgruppen.

⁵ Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt 01/2015 (https://verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/LAV_Verbraucherschutz/service/gbe/schlaglichter/Schlaglicht_01_2015.pdf).

⁶ vgl. GBE-Indikator 2.12 (<https://verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/hygiene/gesundheitsberichterstattung/gbe-indikatoren-sachsen-anhalt/>).

⁷ Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016). Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

⁸ Siegrist J (1996). Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. In: Journal of occupational Health Psychology, 1, 27–41; vgl. ders. (2015): Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen.

Herausgeber: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt
Große Steinernetischstraße 4, 39104 Magdeburg

Autoren: Matthias Julien und Dr. rer. nat. Goetz Wahl
E-Mail: Matthias.Julien@lav.ms.sachsen-anhalt.de

© Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, alle Rechte vorbehalten