

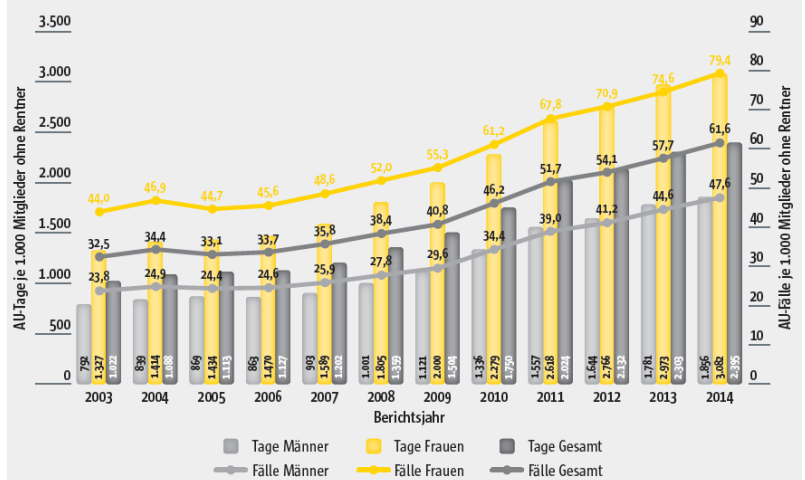
Faktenblatt

BKK Gesundheitsatlas 2015 – Blickpunkt Psyche

Zunahme der psychischen Erkrankungen?

Bei über 30% der BKK Versicherten wurde im Jahr 2013 psychische Erkrankungen diagnostiziert – bei Frauen häufiger als bei Männern, bei Arbeitslosen häufiger als bei Beschäftigten. Bei den Letztgenannten sind 15% aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) psychisch bedingt. Zudem weisen psychische Erkrankungen mit durchschnittlich ca. 40 Tagen je Fall die mit Abstand längsten Ausfallzeiten auf. Über die letzten 10 Jahre ist eine deutliche Zunahme der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen zu verzeichnen (>>> Diagramm 1.12).

Diagramm 1.12 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zeitverlauf 2003–2014 für psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Geschlecht



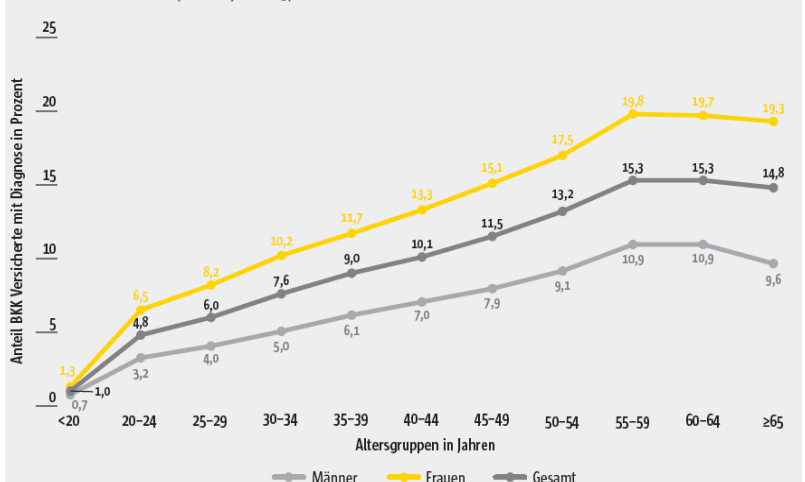
Anders als solche administrativen Daten, zeigen empirische Studien keine wesentliche Zunahme von psychischen Störungen: Im Vergleich zweier großer deutscher Studien des RKI (BGS98 und DEGS1-MH) im Abstand von etwa 14 Jahren liegt die 1-Jahres-Prävalenz gleichbleibend bei ca. 30%.

Beispiel Depressionen und Burn-out: Wer sind die Betroffenen?

→ *Geschlecht, Alter, Versichertengruppen, Branchen*

Bei 9,5% der BKK Versicherten wurde eine depressive Episode und bei 2,6% eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Ein Burn-out-Syndrom wurde bei 1,2% der Versicherten festgestellt. Frauen weisen durchweg höhere Prävalenzen als Männer auf und sind zudem häufiger, aber nicht länger krankgeschrieben.

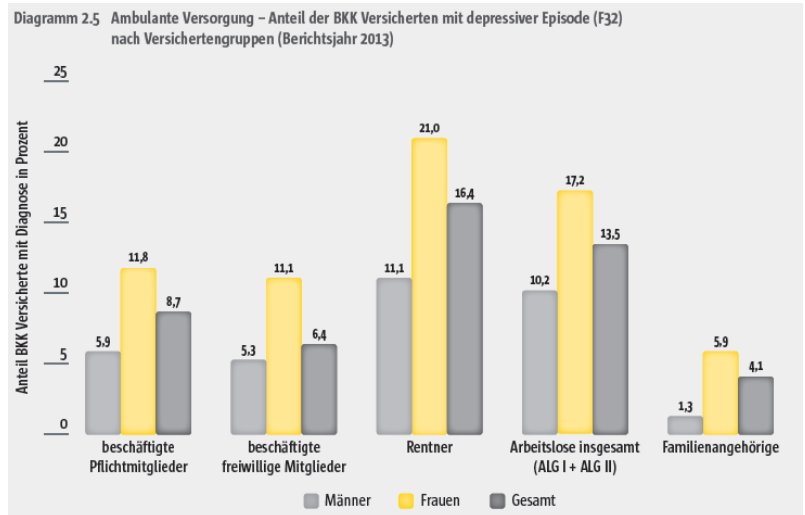
Diagramm 2.2 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit depressiver Episode (F32) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



Die Depressionsdiagnosen wurden am häufigsten bei den 55-59-Jährigen gestellt (>>> Diagramm 2.2).

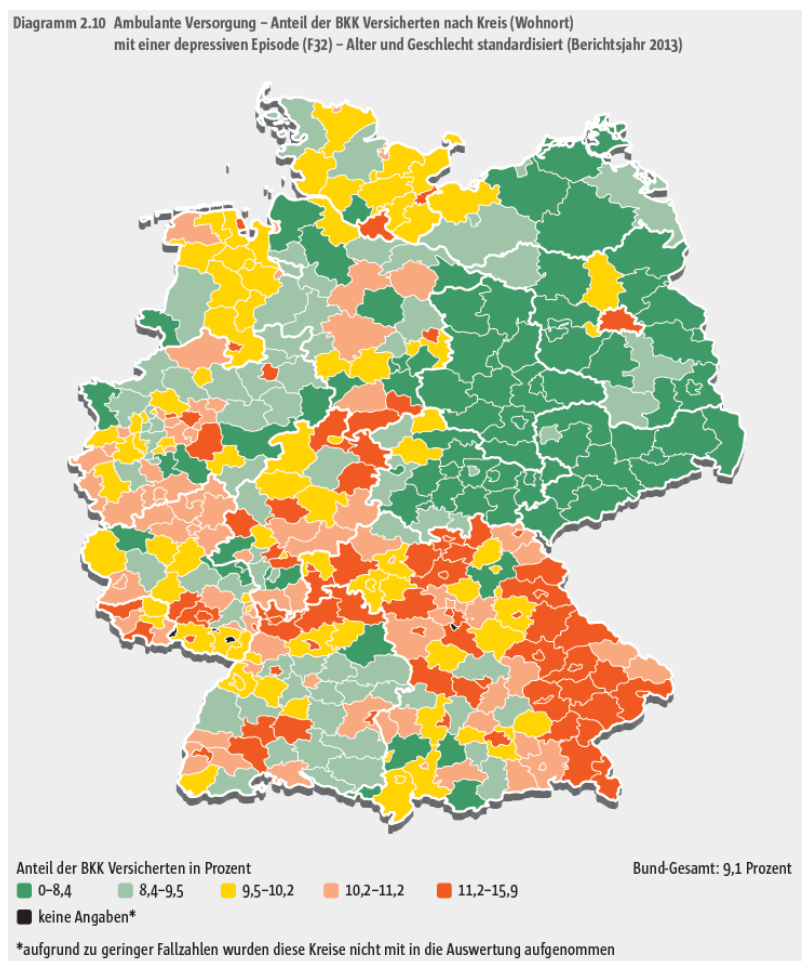
Beim Burn-out-Syndrom sind hingegen die Diagnosehäufigkeiten zwischen 30 und 59 Jahren annähernd gleichbleibend. Die Altersgruppen kurz vor dem Renteneintrittsalter sind für alle betrachteten Diagnosen am häufigsten und längsten krankgeschrieben.

- Die Depressionsdiagnosen werden am häufigsten bei der Versichertengruppe der Rentner gestellt. Ebenfalls hohe Anteile sind hierbei auch bei Arbeitslosen zu finden. Burn-out wird am häufigsten bei Beschäftigten (Pflicht- und freiwillige Mitglieder) diagnostiziert (>>> Diagramm 2.5).
- Arbeitslose weisen die mit Abstand höchsten AU-Fehlzeiten auf, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern.
- Im Dienstleistungsbereich kommen die Diagnosen Depressionen und Burn-out und die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit deutlich häufiger vor als im verarbeitenden Gewerbe.



Die Region macht den Unterschied

- Depressionen und Burn-out kommen im städtischen Bereich häufiger vor, insbesondere Großstädte wie Hamburg und Berlin weisen hohe Diagnoseraten auf. In den ostdeutschen Bundesländern werden Depressionen durchweg selten diagnostiziert, starke Häufungen der Diagnosen sind hingegen vor allem im Süden, insbesondere in Bayern, zu beobachten (>>> Diagramm 2.10). Auch werden im Osten weniger Antidepressiva verordnet als im Westen (besonders in Ost-Bayern, Saarland, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen). Die Mengenunterschiede sind groß, so werden in Straubing (Bayern) im Vergleich zu Meißen (Sachsen) etwa mehr als 2,5mal so häufig Antidepressiva verordnet.

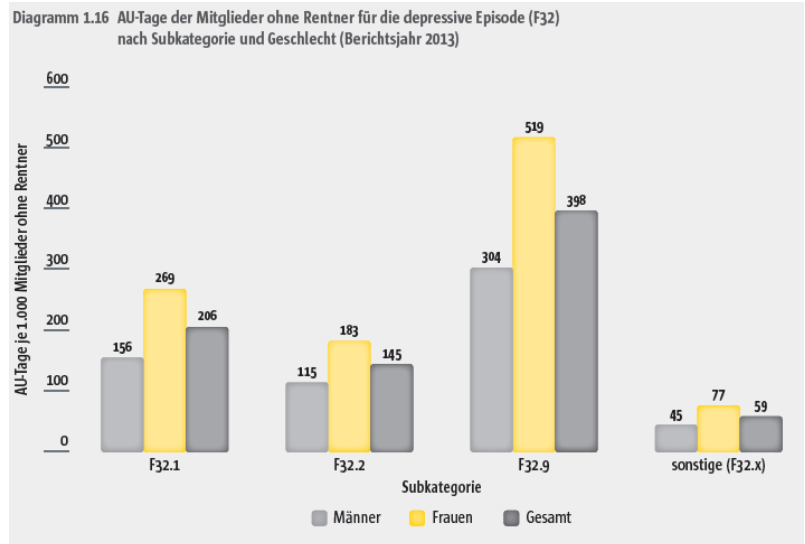


- Bei der Anzahl AU-Tage sind im Bundesländervergleich vor allem in Hamburg sowie Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen die Fehlzeiten aufgrund von Depressionen bzw. Burn-out

besonders hoch. Auf Kreisebene ist Bayern das Bundesland der Gegensätze: Dort sind die Kreise am häufigsten sowohl mit den wenigsten als auch mit den meisten AU-Tagen zu finden.

Diagnosestellung und Versorgungsstrukturen: Immer und überall gut versorgt?

- Bezüglich der Diagnose einer depressiven Episode (ICD-10-Schlüssel: F32) kommen die meisten AU-Tage aufgrund einer unspezifischen Diagnosestellung zustande (>>> Diagramm 1.16), während für die rezidivierende depressive Störung die Majorität bei den mittelgradig und schwer ausgeprägten Fällen zu finden ist.
- In Regionen mit besonders vielen Krankentagen bzw. Krankenfällen aufgrund von Depressionen ist auch eine überdurchschnittlich hohe



Arztdichte zu verzeichnen. Auf Kreisebene lassen sich vor allem mit dem Anteil der Hausärzte, Nervenärzte und Psychotherapeuten Zusammenhänge aufzeigen. Dies gilt insbesondere für die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung. Für das Burn-out-Syndrom finden sich hingegen kaum Zusammenhänge. Ähnliche Zusammenhangsmuster zeigen sich ebenfalls, wenn man die Diagnosen in der ambulanten Versorgung sowie die Antidepressiva-Verordnung untersucht.

Fazit:

- ✓ In den letzten Jahren gab es **aufgrund von psychischen Störungen eine enorme Zunahme** der AU-Meldungen, des Anteils von Betroffenen und der Verschreibungen von Antidepressiva - **in den Versicherten-Daten** der Betriebskrankenkassen. Dagegen ist **in empirischen Studien keine relevante Zunahme** in den letzten Jahren für das Auftreten von psychischen Störungen zu verzeichnen.
- ✓ Es zeigen sich bei der Analyse der Krankenkassendaten für Depressionen und Burn-out **deutliche Unterschiede zwischen den Regionen**. In einzelnen Kreisen sind die Zahlen für Arbeitsunfähigkeit, Diagnosehäufigkeit und der Verordnung von Antidepressiva um ein Vielfaches höher als in anderen Kreisen. Empirische Studiendaten zeigen dagegen nur ein geringes regionales Gefälle - lediglich in Großstädten ist ein marginal höheres Krankheitsaufkommen erkennbar.
- ✓ Diese **hohe regionale Schwankungsbreite** ist also nicht durch unterschiedliche tatsächliche Erkrankungshäufigkeiten zu erklären. Vielmehr ist ein **Zusammenhang mit Regionalindikatoren wie z.B.: Ärztedichte** (Nervenarzt, Hausarzt, Psychiater / Psychotherapeut) nachweisbar.
- ✓ Für eine regional bedarfsgerechte Versorgung von psychischen Störungen bzw. im Speziellen von Depressionen und Burn-out besteht Optimierungsbedarf – insbesondere das Stadt-Land- bzw. Ost-West-Gefälle zeigt im Kontext neuester Forschungsdaten eine Fehlversorgung auf. Inwieweit das Versorgungsstärkungsgesetz hier Abhilfe schaffen wird, bleibt abzuwarten. Für eine realistische Bedarfsplanung ist unter anderem eine regionale evidenzbasierte Morbiditätsschätzung notwendig.