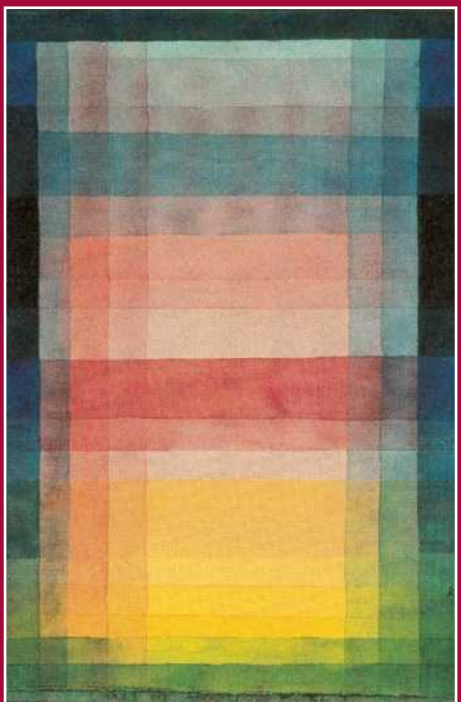
Heuft ▪ Freyberger ▪ Schepker



Ärztliche Psychotherapie – Vier-Ebenen-Modell einer Personalisierten Medizin

Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht von Patienten und Ärzten

Schattauer

Heuft ■ Freyberger ■ Schepker

Ärztliche Psychotherapie – Vier-Ebenen-Modell einer Personalisierten Medizin

This page intentionally left blank

Gereon Heuft
Harald Freyberger
Renate Schepker

Ärztliche Psychotherapie – Vier-Ebenen-Modell einer Personalisierten Medizin

Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht von Patienten und Ärzten

Unter Mitarbeit von
Dipl.-Psych. Svenja Engbrink
Dr. med. Jana Frühauf
cand. med. Jessica Gmeiner

Mit 28 Abbildungen und 44 Tabellen

Schattauer

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Besonderer Hinweis:
Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.
In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.
Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2014 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de
Internet: www.schattauer.de
Printed in Germany

Lektorat: Dr. med. Julia Fiedler, Stuttgart
Umschlagabbildung: Paul Klee, Architektur der Ebene (1923)
Satz: abavo GmbH, Buchloe
Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten/Allgäu

Auch als E-Book erhältlich:
ISBN 978-3-7945-6864-2

ISBN 978-3-7945-3060-1

Anschriften der Autoren

Prof. Dr. med. Gereon Heuft
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 22
48149 Münster
Tel.: 02 51/83-5 29 02
Fax: 02 51/83-5 29 03
E-mail: heuftge@ukmuenster.de

Prof. Dr. med. Harald Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universitätsmedizin Greifswald
am HELIOS Hanse-Klinikum Stralsund
Rostocker Chaussee 70
18437 Stralsund
Tel.: 0 38 31/45 21 00
Fax: 0 38 31/45 21 05
E-mail: freyberg@uni-greifswald.de

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Weingartshofer Str. 2
88214 Ravensburg
Tel.: 07 51/7 60 1-27 89
Fax: 07 51/76 01-21 21
E-mail: renate.schepker@zfp-zentrum.de

Verzeichnis der Abkürzungen

AÄGP	Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie e. V.
ADM	Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.
AG	Arbeitsgruppe
ÄKWL	Ärztekammer Westfalen-Lippe
ÄP	Ärztliche Psychotherapeuten / Ärztliche Psychotherapie
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BÄK	Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
BDI	Beck Depression Inventory (Beck et al. 1961)
BKK	Betriebskrankenkasse
BPM	Berufsverband für Psychosomatische Medizin
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DDG	Deutsche Diabetes-Gesellschaft
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DGK	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Informatik und Datenverarbeitung
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DMKG	Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EU	Europäische Union
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

KBT	Konzentrative Bewegungstherapie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KJPsychTh-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
KV	Kassenärztliche Vereinigung (im jeweiligen Kammerbezirk)
LB	Leistungsbedarf
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MWBO	Musterweiterbildungsordnung
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V
PKV	Private Krankenversicherung
PP	Psychologische Psychotherapeuten / Psychologische Psychotherapie
PsychPV	Personalverordnung Psychiatrie
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch
SPV	Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
TK	Techniker Krankenkasse
UEMS	Union Européenne des Médicins Spécialistes / European Union of Medical Specialists
UN	United Nations
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie – Bundesärztekammer/Bundespsychotherapeutenkammer

Mit dem Ziel einer besseren Lesbarkeit wird nur bei den Textstellen, bei denen das Herausstellen einer Gender-Differenzierung notwendig oder sinnvoll ist, sowohl das männliche als auch das weibliche Geschlecht benannt. Ansonsten wird das generische Maskulinum verwandt. Wir hoffen auf Verständnis.

Inhalt

Anschriften der Autoren V

Verzeichnis der Abkürzungen VI

1 Einleitung – Auftrag und Ziele der Expertise 1

1.1 Wissenschaftlicher Beirat der Expertise 3

2 Epidemiologischer und gesundheitspolitischer Rahmen 6

3 Geschichtliche Aspekte der Ärztlichen Psychotherapie 15

3.1 Geschichte der Ärztlichen Psychotherapie in der Psychiatrie 16

3.2 Die Entwicklung der Ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 19

3.3 20 Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 25

4 Zur psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zugelassene Gruppen in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung 33

4.1 Die Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung 34

4.2 Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie 34

4.3 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Nervenärzte 35

4.4 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 42

4.5 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 42

4.6 Bereichsbezeichnung Psychoanalyse 44

4.7 Psychologische Psychotherapeuten 44

4.8 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 45

4.9 Weitere Berufsgruppen 46

4.10 Die aktuelle ambulante psychotherapeutische Versorgungslandschaft 48

5 Bevölkerungsbasierte Erhebung bezüglich des Bekanntheitsgrades psychotherapeutisch Tätiger und deren Aufgabenbereiche 54

5.1 Auswahl der zu befragenden Zielpersonen 54

5.2 Durchführung der Befragung 55

5.3 Soziodemographische Daten der Befragten 56

5.3.1 Geschlecht, Alter und Nationalität der Befragten 56

5.3.2 Familienstand und Lebenssituation der Befragten 59

5.3.3 Bildungsniveau und Erwerbstätigkeit der Befragten 60

5.3.4 Konfession 62

5.4 Fragebogen 62

5.5 Ergebnisse der Befragung 64

5.5.1 Bisherige Psychotherapieerfahrung 64

5.5.2 Präferenzen hinsichtlich des Grundberufes 68

5.5.3 Ansprechpartner bei diversen Beschwerdebildern 69

Ansprechpartner bei Depressionen 71
Ansprechpartner bei starken Ängsten 71
Ansprechpartner bei Essstörungen 72
Ansprechpartner bei Schmerzen ohne organische Ursache 73
Ansprechpartner bei psychischer Krise nach beruflicher Überlastung 74
Ansprechpartner bei körperlichen Erkrankungen mit seelischer Krise 74
Ansprechpartner bei psychosomatischen Beschwerden 75
Unentschlossenheit bezüglich Ansprechpartner 77

5.5.4 Ansprechpartner bei psychischer Erkrankung (allgemein) 79

5.5.5 Einschätzung der Wirksamkeit von Psychotherapie 80

5.5.6 Kenntnisse bezüglich Kostenübernahme 82

5.5.7 Kenntnisse über psychotherapeutische Angebote 83

5.5.8 Einschätzung der Kompetenz 84

5.5.9 Ansprechpartner bei psychischen Problemen eines Kindes 86

6 Stellenwert der Ärztlichen Psychotherapie aus der Sicht niedergelassener Ärztlicher, Psychologischer sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sowie von Krankenhausärzten und Fachgesellschaften 88

6.1 Befragung Niedergelassener 88

6.1.1 Fragebogen und Durchführung der Befragung 89

6.1.2 Durchführung der Befragung bei Niedergelassenen 90

Münsterland 91

Ravensburg/Ulm 92

6.1.3 Rücklauf der Fragebögen – Niedergelassene 92

Münsterland 92

Ravensburg/Ulm 93

6.1.4 Befragungsergebnis 93

Münsterland 93

Ravensburg/Ulm 94

Auswertung der Umfrage bei Niedergelassenen 95

6.2 Befragung Klinikärzte 120

6.2.1 Fragebogen für Klinikärzte/-ärztinnen 120

6.2.2 Durchführung der Befragung bei Klinikärztinnen und -ärzten 123

Münsterland 123

Ravensburg/Ulm 123

6.2.3 Rücklauf der Fragebögen – Klinikärzte/-ärztinnen 123

Münsterland 123

Ravensburg/Ulm 124

6.2.4 Ergebnisse der Befragung – Klinikärzte/-ärztinnen 124

Einstellung zur Ärztlichen Psychotherapie allgemein 124

Ärztliche Psychotherapie für bestimmte Patientengruppen 126

Einschätzung der Zuständigkeit für Patienten mit speziellen Beschwerdebildern 127

Vermittlung von Patienten an ärztliche oder psychologische Kollegen des Klinikums 127

Vermittlung von Patienten an niedergelassene ärztliche oder psychologische Kollegen 128

6.3 Befragung somatischer Fachgesellschaften 129
6.3.1 Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) [A. Straube] 130
6.3.2 Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) [J. Schellong und I. Schäfer] 131
Diagnostik und Differentialdiagnostik 131
Behandlung 131
Systemaspekte 132
Gesundheitspolitik 133
6.3.3 Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) [C. Albus] 134
6.3.4 Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) – AG Psychoonkologie [S. Singer] 134

7 Expertise zur Rolle der Ärztlichen Psychotherapie 136

7.1 Problemaufriss 136
7.1.1 Die Folgen der ökonomischen Überformung der Medizin für die Ärztliche Psychotherapie 137
7.1.2 Die fehlende institutionelle Verankerung der Ärztlichen Psychotherapie 137
7.1.3 Die Infragestellung der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenz von außen 138
7.1.4 Die drohende Ausgliederung des Psychischen durch die Medizin selber 139
7.1.5 Ärztliche Psychotherapie ist im Kern „Personalisierte Medizin" 140

7.2 Vier-Ebenen-Modell ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenzen 141
7.2.1 Der Erwerb psychotherapeutischer Kompetenzen während des Medizinstudiums (1. Ebene) 141

7.2.2 Die Bedeutung der Psychosomatischen Grundversorgung (2. Ebene) 144
Verankerung der curricularen Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung 146
Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung am Beispiel des Curriculums der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) 147
Der inhaltliche Aufbau des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung 148
7.2.3 Die fachgebundene Psychotherapie (3. Ebene) 149
7.2.4 Die fachärztliche Psychotherapie (4. Ebene) 155
Die ambulante fachärztliche Psychotherapie 157
Die stationäre fachärztliche Psychotherapie 162
Die konsiliar-fachärztliche Psychotherapie im DRG-System 164
Ärztliche Psychotherapie in der Rehabilitation 164

8 To Do-Empfehlungen für die zukünftige Entwicklung 167

8.1 Ärztliche Ausbildung (1. Ebene der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenz) 167

8.2 Psychosomatische Grundversorgung in allen ärztlichen Fachgebieten mit Krankenversorgung (2. Ebene der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenz) 168

8.3 Fachgebundene Psychotherapie in allen ärztlichen Fachgebieten mit Krankenversorgung (3. Ebene der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenz) 170

8.4 Fachärztliche Psychotherapie (4. Ebene der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenz) 171

8.5 Vernetztes Arbeiten von Ärzten über alle Ebenen Ärztlicher Psychotherapie 173

8.6 Besondere Patientengruppen 174

8.7 Sorgfältige Verwendung des Begriffs „Personalisierte Medizin" 175

8.8 Diskussion bezüglich der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten 176

8.9 Hinweise auf die Erfordernis einer aktiven Vertretung der Ärztlichen Psychotherapie auf der Ebene der verfassten Institutionen 176

9 Literatur 178

Anhang 190

Tabellen und Abbildungen zu den Kapiteln 190

Ergänzungen zu Kapitel 4 190

Ergänzungen zu Kapitel 5 196

Ergänzungen zu Kapitel 6 217

Ergänzungen zu Kapitel 7 229

Curriculum der Psychosomatischen Grundversorgung 229

1 Einleitung – Auftrag und Ziele der Expertise

Im Januar 2011 schrieb die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern – die Bundesärztekammer (BÄK) – im Rahmen ihrer Förderinitiative zur Versorgungsforschung ein Typ-III-Projekt im Sinne einer Expertise zum Thema „Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie" aus. Anträge waren bis zum 21.02.2011 an die Bundesärztekammer zu richten.

Die drei Autoren bewarben sich um die Förderinitiative bewusst als Individuen mit ihrer klinischen und wissenschaftlichen Expertise – und nicht als Repräsentanten von Fachgesellschaften. Alle drei Autoren sind Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Der federführende (1.) Autor ist darüber hinaus Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, Träger der Bereichsbezeichnungen Psychotherapie, Psychoanalyse und Klinische Geriatrie. Er ist u. a. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DKPM) sowie nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) ausgebildeter Psychoanalytiker und Lehr- und Kontrollanalytiker der DGPT. Darüber hinaus ist der Erstautor Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP), berufen von der Bundesärztekammer zusammen mit der Bundespsychotherapeutenkammer.

Der (2.) Autor ist u. a. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und leitet hier gemeinsam mit Prof. Dr. M. Linden (Berlin) das Referat Psychotherapie sowie Mitglied des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM). Er ist ebenfalls Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP). Außerdem war er Mitglied der Arbeitsgruppe, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) 2010 das „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten" vorgelegt hat.

Die (3.) Autorin ist u. a. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Sie ist Psychoana-

lytikerin und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) und hat den Supervisoren-Status für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sie ist ebenfalls Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP).

Genannt werden hier bewusst nur die Mitgliedschaften in den deutschen Psych-Fachgesellschaften, da die geplante Expertise schwerpunktmäßig auf die spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie (ÄP) in Deutschland fokussiert. Zugleich wurde bewusst seitens der Autoren darauf verzichtet, die AWMF-Fachgesellschaften, mit denen sie sich schwerpunktmäßig hinsichtlich ihrer professionellen Identität verbunden fühlen, als Mitantragsteller zu benennen, da offizielle Stellungnahmen der Fachgesellschaften grundsätzlich der Gremien- und Vorstandsbeschlüsse bedürfen. Ziel der Autoren war, eine möglichst berufspolitisch unbelastete Gesamtperspektive der Spezifika Ärztlicher Psychotherapie herauszuarbeiten. Zur Wahrung der wissenschaftlichen Unabhängigkeit wurden jenseits der geringfügigen finanziellen Förderung durch die BÄK auch keinerlei weitere finanziellen Mittel eingeworben. Die emprischen Erhebungen, auf denen die Expertise maßgeblich fußt, wurden aus eigenen Mitteln bestritten.

Auf die Einordnung der Expertise in einen **epidemiologischen und gesundheitspolitischen Rahmen (Kap. 2)** folgt **ein kurzer historischer Abriss zur Entwicklung der Psychotherapie in den drei Psych-Fachgebieten (Kap. 3),** bevor **die zur psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zugelassenen Gruppen in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung charakterisiert werden (Kap. 4).**

Anschließend kann die Autorengruppe auf Daten einer **eigenen bevölkerungsbasierten Erhebung bezüglich des Bekanntheitsgrades psychotherapeutisch Tätiger und deren Aufgabenbereiche (Kap. 5)** sowie auf **Selbstauskünfte niedergelassener Ärztlicher und Psychologischer Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, von Krankenhausärzten und Fachgesellschaften (Kap. 6)** zurückgreifen.

Die Rolle der Ärztlichen Psychotherapie (Kap. 7) wird auf der Basis der empirisch fundierenden Kapitel 2 bis 6 nach einem differenzierenden Problemaufriss in einem „Vier-Ebenen-Modell ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenzen" vorgestellt mit dem Ziel, das ganze Spektrum Ärztlicher Psychotherapie in seiner Bedeutung für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung in den Blick zu nehmen.

Zusammenfassend werden in Kap. 8 die berichteten Befunde und Ergebnisse mit relevanten Handlungsfeldern und Aufgaben verknüpft. Diese Perspektiven treffen sich mit den Entschließungen des 115. Deutschen Ärztetages 2012 und unterstützen den dort eingeschlagenen Weg. Wie eine „Checkliste" soll Kapitel 8 den Verantwortung Tragenden sowie der gesamten Ärzteschaft ermöglichen, den Erfolg der aus dieser Expertise abgeleiteten Handlungsoptionen zu überprüfen.

Da sich die Aktualisierung von Verordnungen und die Gesetzgebung im Feld der Gesundheitspolitik in einem permanenten Prozess befindet (z. B. das neue Patientenrechtegesetz), kann es sein, dass sich hinsichtlich einzelner Aspekte der Expertise in der Zeit bis zur Drucklegung des Buches Veränderungen ergeben, die nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Dafür bitten wir um Verständnis.

Wir danken unseren Mitarbeiterinnen, Dipl.-Psych. Svenja Engbrink und Frau Dr. med. Jana Frühauf (Münster) sowie cand. med. Jessica Gmeiner (Ravensburg/Ulm) für ihr vielfältiges Engagement bei der Datenerhebung und Auswertung sowie bei der Texterstellung.

Das Format einer solchen Expertise hat aus verlegerischer Sicht notwendiger Weise etwas „Sperriges“ Daher danken die Autoren dem Schattauer-Verlag dafür, die Aussagen als so bedeutsam anzusehen, dass Herr Wulf Betram dennoch das verlegerische Wagnis eingegangen ist.

Ausdrücklich danken möchten die Autoren auch den nachfolgend genannten Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirates der Expertise für ihre sehr engagierten und teilweise kritischen Kommentare, die im Sinne eines peer-review-Verfahrens zur Verbesserung der Qualität beigetragen haben.

1.1 Wissenschaftlicher Beirat der Expertise

Prof. Dr. med. Thomas Becker
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2
89321 Günzburg
Tel.: 08221/96-2002
E-Mail: t.becker@uni-ulm.de

Prof. Dr. rer. biol. hum. habil. Elmar Brähler
Abt. f. Med. Psychologie und Med. Soziologie
Universität Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
Tel.: 0341/9718801
E-Mail: elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Eckert
c/o Geschäftstelle des IfP
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg
Tel.: 040/42838-5366
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstr. 5
89075 Ulm
Tel.: 0731/500-61600
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog
Med. Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
Tel.: 06221/56-8649
E-Mail: wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de

Frau Prof. Dr. phil. Marianne Leuzinger-Bohleber
Campus Bockenheim der Goethe-Universität
Jügelhaus (Hauptgebäude)
Mertonstraße 17/Hauspostfach 55
60325 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69/7 98-2 55 09
E-Mail: m.leuzinger-bohleber@sigmund-freud-institut.de

Prof. Dr. med. Michael Linden
Reha-Zentrum Seehof der DRV Bund
Lichtenfelder Allee 55
14513 Teltow/Berlin
Tel.: 033/2834-5678
E-Mail: michael.linden@drv-bund.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Strauss
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Stoystrasse 3
07740 Jena
Tel.: 03641/936501 (93 67 00)
Fax: 03641/936546
E-Mail: bernhard.strauss@med.uni-jena.de

Frau Prof. Dr. phil. Kirsten von Sydow
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Tel.: 030-209166-201; -230
Fax: 030-209 166-17
E-Mail: kirsten.von.sydow@psychologische-hochschule.de

2 Epidemiologischer und gesundheitspolitischer Rahmen

Die epidemiologische Bedeutung psychischer Störungen tritt zunehmend ins öffentliche Bewusstsein. Der Bundes-Gesundheitssurvey vor gut 10 Jahren hat gezeigt, dass die 1-Jahresprävalenz für mindestens eine psychische Störung für die erwachsene Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren bei 31 % liegt (Jacobi u. Wittchen 2001). In der EU fanden Wittchen et al (2011) eine Jahresprävalenz von 38,2 % über alle Altersstufen. Diese sei seit 2005 mit der Ausnahme ansteigender Demenzerkrankungen unverändert. Diese Krankheitslast hat nicht nur enorme Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeitszeiten und vorzeitige Berentungen, sondern verringert auch die Lebensqualität bei somatischen Krankheiten (wie z. B. bei Diabetes mellitus oder bei koronaren Herzerkrankungen) und erhöht deren Folgekosten und die Mortalität (Friedrich et al. 2002; Zipfel et al. 2002; Jünger et al. 2005; Hochlehnert et al. 2007; Beutel u. Schulz 2011). So wiesen Rozanski et al. (2005) nach, dass das Ausmaß der Depressivität, gemessen mit dem Beck Depression Inventory (BDI; Hautzinger et al. 1994), das Überleben nach einem Herzinfarkt wesentlich mitbestimmt (Abb. 2-1).

In die gleiche Richtung geht die Aufklärung des Zusammenhangs von Überlebensraten bei Menschen mit und ohne Diabetes mellitus in Abhängigkeit von einer komorbiden Depression (Egede et al. 2005) (Abb. 2-2).

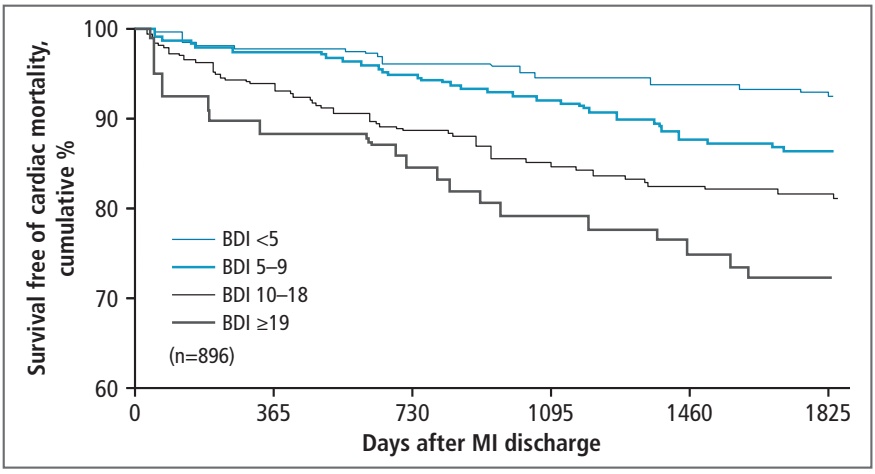


Abb. 2-1 Einfluss depressiver Symptomatik auf das Überleben nach Herzinfarkt. Quelle: J Am Coll Cardiol 45: 637–651

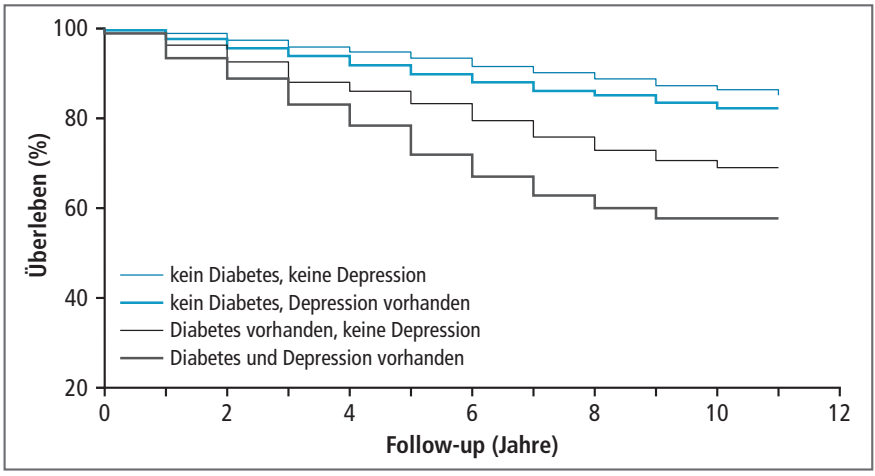


Abb. 2-2 Depression und Überlebensrate bei Menschen mit und ohne Diabetes. Quelle: Egede et al. (2005) Diabetes Care 28 (6), S. 1342

Eine sehr gute Übersicht gibt die „Evidenzbasierte Leitlinie – Psychosoziales und Diabetes mellitus", die gemeinsam von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) und dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) herausgegeben wurde (Herpertz et al., Diabetes Stoffwechsel 2003, 12, S. 35–58).

Nach den Gesundheitsreports verschiedener Krankenkassen (Deutsche Angestellten-Krankenkasse [DAK], Betriebskrankenkasse [BKK], Techniker Krankenkasse [TK]) für das Jahr 2011 nehmen psychische Erkrankungen innerhalb der Bevölkerung Deutschlands weiter zu. Übereinstimmend beschreiben sämtliche Reports steigende Arbeitsunfähigkeitszeiten der jeweiligen Krankenkassenmitglieder und damit einen weiter zunehmenden Anteil am Gesamtkrankenstand. Beispielhaft sei die Entwicklung erläutert unter Bezug auf die Daten der DAK (www.dak.de, Gesundheitsreport 2011).

Die DAK, die aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in typischen Frauenberufen (Gesundheitswesen; Handel; Verwaltung) versichert, zählte 2010 insgesamt 2,6 Mio. aktiv erwerbstätige Mitglieder. Zu 60 % handelt es sich dabei um Frauen. In nahezu allen Altersgruppen ist der Anteil der Frauen größer als der der Männer (Abb. 2-3).

Der Krankenstand, also der Anteil an Erwerbstätigen, die durchschnittlich an einem Kalendertag arbeitsunfähig erkrankt waren, lag 2010 bei 3,4 % und war gegenüber dem Vorjahr unverändert. Das bedeutet in Arbeitsunfähigkeitstagen ausgedrückt 12,5 Tage/Jahr pro Versichertem, die dieser durchschnittlich ausfiel. Tatsächlich betroffen waren allerdings mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung lediglich 46,3 % der Mitglieder. Das bedeutet, dass 53,7 % das ganze Jahr 2010 über gar nicht erkrankt waren. Die Betroffenenquote ist damit im Vergleich zum Vorjahr um 2,7 % gesunken. – Die Fallhäufigkeit je 100

erwerbstätigen versicherter Mitgliedern lag bei 111,1. Demzufolge sind die erwerbstätigen Mitglieder durchschnittlich mehr als einmal pro Jahr arbeitsunfähig.

Zu beachten ist bei diesen Daten allerdings, dass jeweils nur die Erkrankungen in die Berechnungen einbezogen werden können, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen. Nicht bei jeder Erkrankung erfolgt eine Krankschreibung, sondern üblicherweise erst ab dem vierten Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Außerdem werden nicht alle vorhandenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen eingereicht. Es ist daher davon auszugehen, dass sowohl die Anzahl der Tage von Arbeitsunfähigkeiten als auch die Zahl der Betroffenen

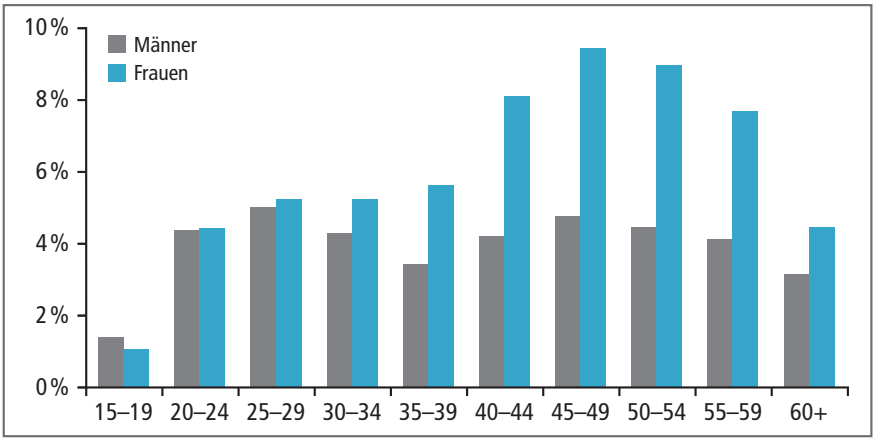


Abb. 2-3 Zusammensetzung der DAK-Mitglieder nach Geschlecht und Alter.
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2011

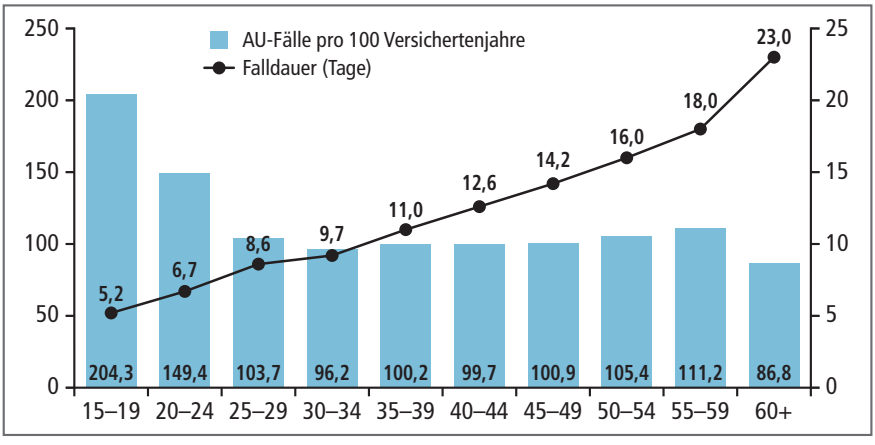


Abb. 2-4 Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen nach Altersgruppen.
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2011

und auch die Fallzahl um einiges höher liegen als im Report angegeben. Geschätzt wird, dass der tatsächliche Krankenstand statt bei 3,4 % bei 3,6 % lag.

Tendenziell nehmen die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherter nach einem Plateau im mittleren Erwachsenenalter mit zunehmendem Alter ab, wobei die durchschnittliche Falldauer der einzelnen Fälle zunimmt (Abb. 2-4).

Gründe dafür sind ein höheres Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Menschen im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten und häufigere geringfügige Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfektionen) für kürzere Zeit. Jüngere sind also in der Regel häufiger, aber nur wenige Tage arbeitsunfähig. Bei älteren Menschen steigt die Anzahl der Langzeitarbeitsunfähigkeiten (z. B. in Folge von Carcinomerkrankungen) von mehr als 6 Wochen Dauer. Bei den über 60-Jährigen werden ca. 62 % des Krankenstandes durch Erkrankungen von mehr als sechs Wochen Dauer verursacht, bei den 15–19-Jährigen dagegen nur 13,4 %.

Die zehn häufigsten Erkrankungsarten sind in den Abbildungen 2-5 und 2-6 aufgeführt, wobei in Abb. 2-5 der jeweilige Anteil an AU-Tagen und in Abb. 2-6 der Anteil der AU-„Fälle" dargestellt wird. Die für die vorliegende Expertise bedeutsamste Erkrankungsart ist die psychische, die mit 12,1 % den viertgrößten Anteil an AU-Tagen einnimmt. Im Vergleich zum Vorjahr ist ihr Anteil um 1,3 % gestiegen. Den höchsten Anteil an den AU-Tagen haben die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (21,7 %), darunter insbesondere die Rückenschmerzen mit allein 7,1 %. Es kann an dieser Stelle nur darauf hingewiesen werden, dass in dieser Gruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit auch noch ein weiterer Anteil somatoformer (Schmerz-)Störungen enthalten ist und unter den Menschen mit Unfallfolgen bzw. anderen schweren Erkrankungen viele einer

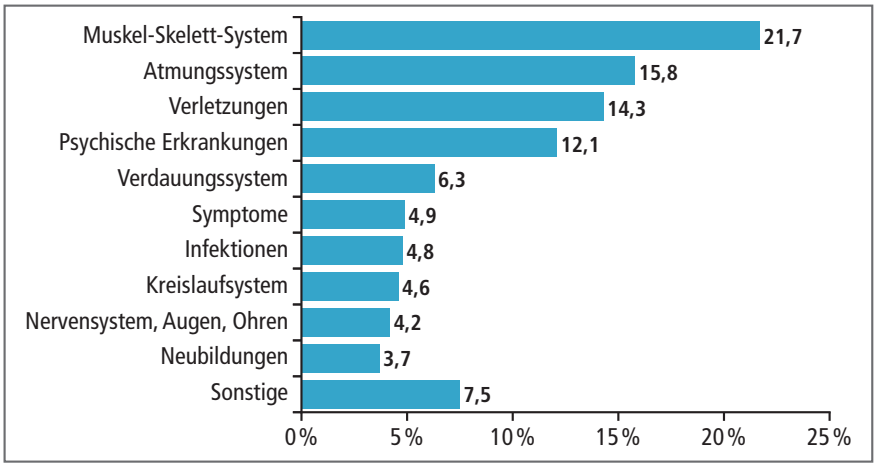


Abb. 2-5 Anteile der wichtigsten Erkrankungsarten am Krankenstand.
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2011 *(Anmerkung: „Symptome" = Krankheitssymptome oder [Labor-]Befunde, deren Ursache [bisher] nicht festgestellt werden konnte)*

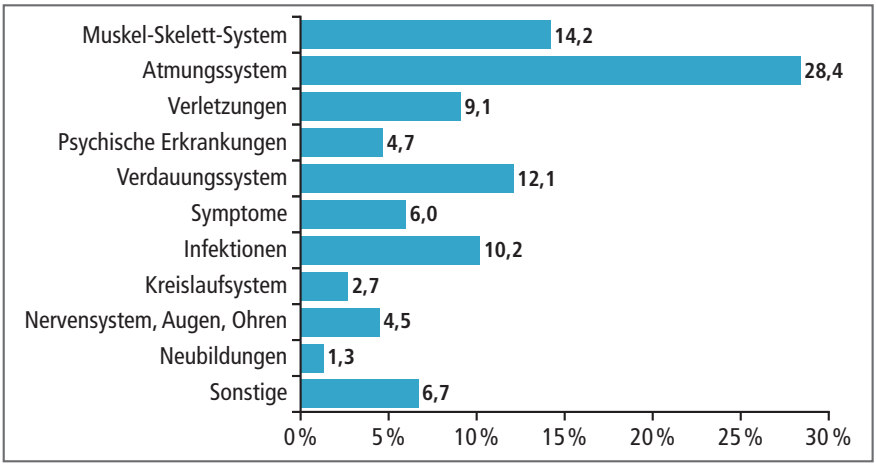


Abb. 2-6 Anteile der wichtigsten Erkrankungsarten an den AU-Fällen.
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2011

zusätzlichen psychotraumatologischen, psychoonkologischen etc. (Mit-) Behandlung bedürfen, ohne dass dieses an der Hauptdiagnose erkennbar wäre.

Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den AU-Fällen (Abb. 2-6) liegt bei 4,7 % und damit lediglich an achter Stelle der Auflistung. Jedoch liegt die durchschnittliche Dauer einer Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung bei 28,9 Tagen und damit um 0,9 Tage höher als 2009. Psychisch begründete Arbeitsunfähigkeitszeiten dauern also vergleichsweise länger als z. B. solche bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit durchschnittlich 17,2 Tagen und bei den meisten Erkrankungen des Atmungs-Systems mit 6,3 Tagen. Während also andere Erkrankungsarten deutlich häufiger vorkommen, sind psychische Erkrankungen mit einer meist längeren Arbeitsunfähigkeit verbunden.

Die wichtigsten Diagnosen sind bei den psychischen Erkrankungen die Anpassungsstörungen (Anteil AU-Tage 2,3 %; Anteil AU-Fälle 1,2 %), depressive Episoden (Anteil AU-Tage 3,9 %; Anteil AU-Fälle 1,1 %) und andere Störungen aus dem Diagnose-Bereich F48 (Anteil AU-Tage 1,3 %; Anteil AU-Fälle 0,7 %).

Bemerkenswert im Hinblick auf diese Expertise ist, dass im Vergleich zu den anderen drei wichtigsten Erkrankungsarten (Muskel-Skelett-System, Atmungssystem, Verletzungen allgemeiner Art), deren Anteil am Gesamtkrankenstand in den vergangenen 10 Jahren nur geringfügigen Schwankungen unterlag, der Anteil von psychischen Erkrankungen jedoch stetig anstieg (Tab. 2-1).

Zum einen ist dieser kontinuierliche Anstieg sicherlich damit zu erklären, dass psychische Erkrankungen heute in der ärztlichen Praxis häufiger diagnostiziert und behandelt werden (können) als vor einigen Jahren. Darüber hinaus werden viele weitere Ursachen diskutiert wie der Verlust stabiler familiärer Bindungen, die heutigen Arbeitsverhältnisse (Anforderungen an Mobilität; Flexi-

Tab. 2-1 Anteile verschiedener Erkrankungsarten am Gesamtkrankenstand. Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2001–2010

Anteil der Erkrankungsart am Gesamtkrankenstand in %				
Jahr	**Muskel- und Skelett-System**	**Atmungs-System**	**Verletzungen**	**psychische Erkrankungen**
2001	23,2	16,6	13,7	7,9
2002	23,4	16,2	14,2	8,5
2003	22,4	17,0	14,4	8,8
2004	22,6	15,5	14,4	9,8
2005	21,4	18,0	14,4	10,0
2006	22,0	15,7	15,1	10,0
2007	21,9	16,8	14,3	10,2
2008	21,7	16,7	14,1	10,6
2009	20,8	19,0	13,6	10,8
2010	21,7	15,8	14,3	12,1

bilität; zeitliche Befristungen etc.) bei steigenden Leistungsanforderungen und weit verbreiteten Sorgen um den eigenen Arbeitsplatz (siehe hier auch DAK-Expertise).

Auch in den Gesundheitsberichten anderer Krankenkassen nehmen die psychischen Erkrankungen eine wichtige Position ein.

So zeigt sich im Report der Betriebskrankenkassen (www.bkk.de, Gesundheitsreport 2011) in Bezug auf die häufigsten Erkrankungsarten dieselbe Reihenfolge wie bei der DAK. Bei 5,01 Mio. erwerbstätigen pflichtversicherten Mitgliedern und einem Krankenstand von 4,1 % machen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems 26,6 % des Krankenstandes aus, Erkrankungen des Atmungssystems 14,4 % und Verletzungen/Vergiftungen 13,6 %. An vierter Stelle stehen auch hier die psychischen Störungen mit 12,0 %. Dieser Wert ist im Vergleich zu 2009 um 1,3 Prozentpunkte gestiegen. Den Verlauf der AU-Tage über die Jahre 1976 bis 2010, insbesondere den kontinuierlichen Anstieg bei den psychischen Erkrankungen veranschaulicht Abb. 2-7.

Im Report der Techniker Krankenkasse (www.tk.de, Gesundheitsreport 2011) werden unter den Krankheitshäufigkeiten die psychischen Erkrankungen von 3,51 Mio. erwerbstätigen Mitgliedern sogar an dritter Stelle aufgeführt. Der Anteil psychischer Erkrankungen an den AU-Tagen liegt mit 14,8 % nur knapp hinter den Erkrankungen des Atmungssystems mit 15,1 %. An erster Stelle stehen auch hier die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 19,6 %. Verletzungen/Vergiftungen, die in anderen Gesundheitsreporten vor den psychischen Erkrankungen aufgeführt werden, liegen hier bei 13,4 %. Über die Jahre 2000