

Wissenschaft und Forschung



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

REPORT PSYCHOTHERAPIE 2020

REPORT PSYCHOTHERAPIE 2020

Impressum

Report Psychotherapie 2020

1. Auflage März 2020 / Stand: Februar 2020

Herausgeber:

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Tel. 030 235009-0
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Bundesvorsitzender Gebhard Hentschel

Vereinsregister: VR 25849 B
Amtsgericht Charlottenburg
Umsatzsteuer-ID: DE252547846

Autoren:

Dr. Cornelia Rabe-Menssen, Dipl.-Psych.
Anne Dazer, B.Sc.
Dr. Enno Maaß, Dipl.-Psych.

Gestaltung:

Jacqueline Gensch, M.A.

Druck:

primeline print berlin GmbH
Marienburger Str. 16
10405 Berlin

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Report das generische Maskulinum verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in dieser Publikation verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Vorwort

Wie viele Menschen leiden in Deutschland an einer psychischen Erkrankung? Wer ist in welcher Region häufiger betroffen – Jung oder Alt, Mann oder Frau? Wie werden die Betroffenen versorgt? Welche Finanzmittel werden für die Behandlung eingesetzt?

Wer die Versorgung psychisch kranker Menschen langfristig verbessern möchte, braucht belastbare Daten. Nur wer die Fakten kennt, kann mit ihnen argumentieren. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) als größter Berufsverband der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland trägt mit dem „Report Psychotherapie“ zur Versachlichung und Transparenz in der Auseinandersetzung mit dem Thema Psychotherapie bei. Als hilfreiches Nachschlagewerk soll der kompakte Report das Wissen über psychische Erkrankungen stets „griffbereit“ halten.

Die erste Ausgabe gibt einen Rundumblick zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen, zur Inanspruchnahme fachspezifischer Behandlung sowie zu den direkten und indirekten Kosten psychischer Erkrankungen. Für die Zusammenstellung des Reports analysierten die Autoren zahlreiche wissenschaftliche Studien und aktuelle statistische Berichte der Gesetzlichen Krankenversicherungen, des Bundesgesundheitsministeriums, der Deutschen Rentenversicherung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vieler anderer Institutionen.

Das Ergebnis ist ein umfassendes Kompendium zur Situation psychischer Erkrankungen in Deutschland, das spannende Details bereithält.

Wir wünschen Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre.

Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel

Bundvorsitzender DPtV

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | Psychische Erkrankungen in Deutschland | 10 |
| 1.1 | Psychische Erkrankungen bei Erwachsenen..... | 10 |
| 1.1.1 | Epidemiologische Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen | 12 |
| 1.1.2 | Diagnoseprävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen | 15 |
| 1.2 | Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen..... | 16 |
| 1.2.1 | Epidemiologische Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen..... | 17 |
| 1.2.2 | Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen | 18 |
| 1.3 | Entwicklung der Prävalenz | 18 |
| 1.4 | Chronifizierung und Transition..... | 20 |
| 1.5 | Komorbidität | 21 |
| 1.5.1 | Komorbidität mit psychischen Erkrankungen | 21 |
| 1.5.2 | Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen..... | 22 |
| 1.6 | Mortalität..... | 23 |
| 1.7 | Suizid..... | 24 |
| 2. | Inanspruchnahme von Psychotherapie | 26 |
| 2.1 | Inanspruchnahme bei Erwachsenen | 26 |
| 2.1.1 | Inanspruchnahme in der erwachsenen Gesamtbevölkerung | 26 |
| 2.1.2 | Inanspruchnahme bei psychisch kranken Erwachsenen | 27 |
| 2.2 | Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen | 30 |
| 2.2.1 | Inanspruchnahme bei allen Kindern und Jugendlichen in der Bevölkerung..... | 30 |
| 2.2.2 | Inanspruchnahme bei psychisch kranken Kindern | 30 |
| 3. | Krankheitskosten psychischer Erkrankungen | 32 |
| 3.1 | Direkte Krankheitskosten | 33 |
| 3.1.1 | Direkte Krankheitskosten psychischer Erkrankungen insgesamt | 33 |
| 3.1.2 | Direkte Krankheitskosten psychischer Erkrankungen pro Einwohner/Patient | 35 |
| 3.1.3 | Ambulante und stationäre Behandlungskosten..... | 36 |
| 3.1.4 | Kosten ambulanter Psychotherapie | 38 |
| 3.1.5 | Krankengeld | 39 |
| 3.1.6 | Rehabilitationsleistungen..... | 40 |
| 3.1.7 | Kosten medikamentöser Behandlungen | 41 |
| 3.2 | Indirekte Krankheitskosten..... | 42 |
| 3.2.1 | Produktionsausfallkosten durch Arbeitsunfähigkeit | 42 |
| 3.2.2 | Arbeitsunfähigkeitszeiten durch psychische Erkrankungen insgesamt | 43 |
| 3.2.3 | Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Einzeldiagnosen | 44 |
| 3.2.4 | Frühzeitige Berentungen wegen Erwerbsunfähigkeit | 45 |
| 3.2.5 | Berufsunfähigkeit..... | 46 |
| 3.2.6 | Krankheitslast psychischer Erkrankungen (DALYs) | 47 |
| 3.3 | Einordnung der Kosten ambulanter Psychotherapie | 48 |
| | Abbildungsverzeichnis | 52 |
| | Tabellenverzeichnis | 53 |
| | Literaturverzeichnis..... | 54 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|---|
| ADHS | Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, englische Bezeichnung: ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) |
| ÄP | Ärztlicher Psychotherapeut |
| APA | American Psychiatric Association/Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft |
| AU | Arbeitsunfähigkeit |
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften |
| BAuA | Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin |
| BELLA | Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| BMI | Body-Mass-Index |
| DALYs | Disability-Adjusted Life Years |
| DEGS-MH | Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Modul Mental Health |
| DRV | Deutsche Rentenversicherung |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| EHIS | European Health Interview Survey |
| EU | Europäische Union |
| GBE | Gesundheitsberichterstattung |
| GDV | Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft |
| GHS-MH | German Health Interview and Examination Survey – Module Mental Health |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| HKS | Hyperkinetische Störung |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, deutsche Version: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KiGGS | Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland |
| KJP | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |

| | |
|----------|--|
| Mio. | Million/en |
| Mrd. | Milliarde/n |
| MW | Mittelwert |
| NAKO | NAKO-Gesundheitsstudie, ehemals Nationale Kohorte |
| OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development/ Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung |
| OR | Odds-Ratio |
| PIA | Psychiatrische Institutsambulanz |
| PP | Psychologischer Psychotherapeut |
| PsychVVG | Gesetz zur Weiterentwicklung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen |
| RKI | Robert Koch-Institut |
| ROI | Return-on-Investment |
| RPK | Reha-Einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SMI | Severe Mental Illness/schwere psychische Störungen |
| SVR | Sachverständigenrat |
| TK | Techniker Krankenkasse |
| VdEK | Verband der Ersatzkassen |
| WHO | World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation |
| Zi | Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland |

Report Psychotherapie 2020

Einleitung

Immer mehr Menschen nehmen aufgrund psychischer Probleme oder einer psychischen Erkrankung professionelle Hilfe und Therapie in Anspruch. Psychische Erkrankungen beeinträchtigen die Lebensqualität der betroffenen Menschen in hohem Maße. Gleichzeitig betreffen die Folgen dieser Erkrankungen auch die gesamte Gesellschaft. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeitstage und sind oft mit langen Ausfallzeiten verbunden. Sie stellen auch die häufigste Ursache für vorzeitige Berentungen in Deutschland dar und stehen z.T. in Wechselwirkung mit verschiedenen chronischen und körperlichen Erkrankungen.

Trotz ihres häufigen Auftretens und ihrer teils schwerwiegenden Auswirkungen werden psychische Erkrankungen oft zu spät erkannt und nur unzureichend behandelt. Über frühzeitige fachgerechte Behandlung lassen sich eine Chronifizierung und wiederholte stationäre Aufenthalte unter Umständen verhindern. Mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im April 2017 wurden neue Behandlungselemente in die ambulante Psychotherapie eingeführt. Die Erreichbarkeit der Psychotherapeuten wurde verbessert, die Psychotherapeutische Sprechstunde und Psychotherapeutische Akutbehandlung sowie eine Rezidivprophylaxe etabliert. Auch erhalten Psychotherapeuten schrittweise die sozialrechtlichen Befugnisse, die für eine Versorgung in vernetzten Strukturen unerlässlich sind: Verordnung von Sozio- und Ergotherapie (ab 9/2020), Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege (ab 9/2020) und Einweisung in die stationäre Einrichtung. Zur Evaluation des verbesserten Versorgungsangebotes liegen noch keine bundesweiten Daten vor. In späteren Ausgaben des Reports soll auch hierzu informiert werden.

Die ambulante Psychotherapie ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems und verursacht im Vergleich zu den Gesamtausgaben für ärztliche Behandlungen nur geringe Kosten. Der gesundheitsökonomische Blick auf die Bedeutung psychischer Erkrankungen für die gesamte Gesellschaft wurde in einer Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) verdeutlicht. Aufgrund dieser Bedeutung werden laut OECD auch europaweit höhere Investitionen in die frühzeitige Diagnostik und Behandlung psychisch erkrankter Menschen gefordert. Neben der direkten Hilfe für Betroffene würden sich dadurch auch die Wirtschaftsleistung und die Beschäftigungsquote der Länder deutlich erhöhen.

1. Psychische Erkrankungen in Deutschland

Im Folgenden wird ein Überblick über die Verbreitung psychischer Erkrankungen in Deutschland gegeben. Dazu werden Prävalenzraten beschrieben. Die Prävalenz ist eine Kennzahl für die Krankheitshäufigkeit in einem bestimmten Zeitraum.

Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen anhand von bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen (epidemiologische Prävalenz, Kap. 1.1.1 Erwachsene und Kap. 1.2.1 Kinder/Jugendliche) und Daten zu Diagnoseraten, die anhand von Abrechnungsdaten der Vertragspsychotherapeuten und Vertragsärzte für alle gesetzlich Krankenversicherten gewonnen werden (administrative Prävalenz/Diagnoseprävalenz, Kap. 1.1.2 Erwachsene und Kap. 1.2.2 Kinder/Jugendliche). Zur umfassenden Darstellung psychischer Erkrankungen gehören auch Informationen zur Entwicklung der Prävalenzen über die vergangenen Jahre (Kap. 1.3), zur Chronifizierung (Kap. 1.4), zur Komorbidität (Kap. 1.5) sowie zur Mortalität (Kap. 1.6) und zum Suizid (Kap. 1.7). Da nur ein Teil der erkrankten Menschen professionelle Hilfe suchen und in Anspruch nehmen (Kap. 2), können die epidemiologischen Prävalenzraten und die Diagnoseprävalenzraten erheblich voneinander abweichen.

1.1 Psychische Erkrankungen bei Erwachsenen

Als Basis für die folgenden Angaben dienen epidemiologische Studien und administrative Analysen zur Ermittlung der Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung.

Angesichts der großen Unterschiede der in diesen Studien angewendeten diagnostischen Verfahren und der Stichprobenauswahl ist die Vergleichbarkeit teilweise eingeschränkt. Die Daten beziehen sich zudem auf unterschiedliche Jahre. Es wurden nur Erhebungen eingeschlossen, die repräsentative Daten der Be-

Prävalenz: Anteil der Personen in einer definierten Population (z.B. Bevölkerung, Versicherungengruppe), der zu einem definierten Zeitpunkt bzw. innerhalb einer definierten Zeitspanne die Zielgröße (z.B. eine bestimmte Krankheit) aufzeigt.

12-Monats-Prävalenz: Anteil der Personen mit einer psychischen Störung im Laufe eines Jahres

Lebenszeitprävalenz: Anteil der Personen, die bis zum Erhebungszeitpunkt mindestens einmal in ihrem Leben eine psychische Erkrankung aufgewiesen haben

Inzidenz: Anzahl der Neuerkrankungen, also alle neu aufgetretenen Fälle in der definierten Population während eines bestimmten Zeitraums (z.B. Anzahl der Neuerkrankungen 100.000 Personen pro Jahr)

völkerung beinhalten. Nicht für alle psychischen Erkrankungen liegen in der wissenschaftlichen Literatur entsprechende Ergebnisse vor.

Tabelle 1 bietet einen Gesamtüberblick über die verschiedenen Prävalenzarten psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen. Aufgrund der hohen Komorbidität bei psychischen Erkrankungen ergeben sich die Prävalenzwerte von Störungsgruppen nicht durch Aufsummierung der Prävalenz einzelner Diagnosen. Es wurde eine übersichtliche und vergleichende Darstellung aktueller Daten aus den relevanten wissenschaftlichen Studien angestrebt. Zu allen 4 Prävalenzformen (s. Spalten) finden sich ausführliche Erläuterungen in den folgenden Textabschnitten. Bei Studien zur Verbreitung psychischer Erkrankungen wird meistens die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zugrunde gelegt. Es handelt sich bei diesem System um das in Deutschland wichtigste und weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird. Aktuell gültig ist die Ausgabe ICD-10. In manchen Studien wird auch anhand des von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) herausgegebenen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) diagnostiziert.

Tabelle 1: Prävalenz- und Inzidenzraten psychischer Erkrankungen

| Störungsgruppe (ICD-10-Code) | Epidemiologische Daten | | Diagnosedaten | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------|
| | 12-Monats-Prävalenz ¹ | Lebenszeit-Prävalenz ² | 12-Monats-Diagnoseprävalenz ³ | Inzidenz ⁴ |
| Störungen durch Substanzgebrauch (F10-F16, F18, F19, ohne Nikotinabhängigkeit) | 5,7 | 9,9 | | 0,54 |
| • Alkoholmissbrauch | 1,8 | | | |
| • Alkoholabhängigkeit | 3,0 | | | |
| • Medikamentenmissbrauch | 1,6 | | | |
| • Medikamentenabhängigkeit | 0,5 | | | |
| Psychotische Störungen (F20-F29) | 2,6 | | 1,25 | 0,06 |
| Affektive Störungen (F30-F39) | 9,8 | 18,6 | | 2,38 |
| • Bipolare Störung | 1,5 | 1,0 | 0,29 | |
| • Unipolare Depression | 8,2 | 17,1 | | |
| ◦ schwere unipolare Depression/ Major Depression | 6,8 | | 2,01 | |
| • Dysthyme Störung | 1,7 | | | |
| Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) | | | | 6,7 |
| • Angststörungen | 15,4 | | | 0,89 |
| ◦ Panikstörung | 2,0 | 3,9 | | |
| ◦ Agoraphobie | 4,0 | | | |
| ◦ Soziale Phobie | 2,8 | | | |
| ◦ Generalisierte Angststörung | 2,3 | | | |
| ◦ Spezifische Phobien | 10,3 | | | |
| • Zwangsstörung | 3,6 | | | |
| • Posttraumatische Belastungsstörung | 2,3 | | | |
| • Somatoforme Störung | 3,5 | 16,2 | | |
| Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59) | | | | 0,77 |
| • Essstörung | 0,9 | 0,8 | | |
| ◦ Anorexia nervosa | 0,8 | | | |
| ◦ Bulimia nervosa | 0,2 | | | |
| ◦ Binge-eating-Störung | 0,1 | | | |
| Irgendeine psychische Störung (alle F-Diagnosen ohne Nikotinabhängigkeit) | 27,8 | 42,6 | | 11,01 |

Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Angegeben sind jeweils die Diagnoseprävalenz der bedeutsamsten Diagnosekategorien und einzelne, besonders wichtige Unterkategorien. Da nicht für alle Einzeldiagnosen Prävalenzwerte vorliegen, sind unter den Störungsgruppen nicht alle zugehörigen Einzeldiagnosen aufgeführt. Quellen: ¹Epidemiologische Prävalenzen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2016); ²Epidemiologische Prävalenzen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2004); ³Administrative Prävalenzen bei schweren psychischen Störungen (Schneider et al., 2019); ⁴Administrative Inzidenz (Gerdau-Heitmann et al., 2017).

1.1.1 Epidemiologische Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen

12-Monats-Prävalenz

Jedes Jahr leidet mindestens jeder vierte deutsche Erwachsene an einer psychischen Erkrankung, also sind jedes Jahr fast 18 Mio. Erwachsene in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen

Aus der derzeit aktuellsten bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie zur psychischen Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH-Studie)¹ ergibt sich, dass jährlich etwa 27,8 % aller Erwachsenen in Deutschland von psychischen Erkrankungen betroffen sind (s. Tab. 1). Dies entspricht einem absoluten Wert von 17,8 Mio. Betroffenen² (Jacobi et al., 2016).

Betrachtet man Gruppen von psychischen Erkrankungen, wie sie im ICD-10 (Kapitel F)³ eingeteilt sind, so stellen Angststörungen (z. B. spezifische Phobien, Agoraphobie u.a.) mit einer 12-Monats-Prävalenz von insgesamt 15,4 % die größte Störungsgruppe dar, gefolgt von affektiven Störungen (Depressionen, bipolare Störungen u.a.) mit 9,8 %. Der Anteil an betroffenen Menschen liegt für fast alle Störungsgruppen im Bereich von mehreren Millionen (s. Abb. 1).

Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen und affektive Störungen: Jährlich leidet mindestens jeder sechste deutsche Erwachsene an einer Angststörung und mindestens jeder Zehnte an einer affektiven Störung

Psychisch erkrankte Menschen in Deutschland

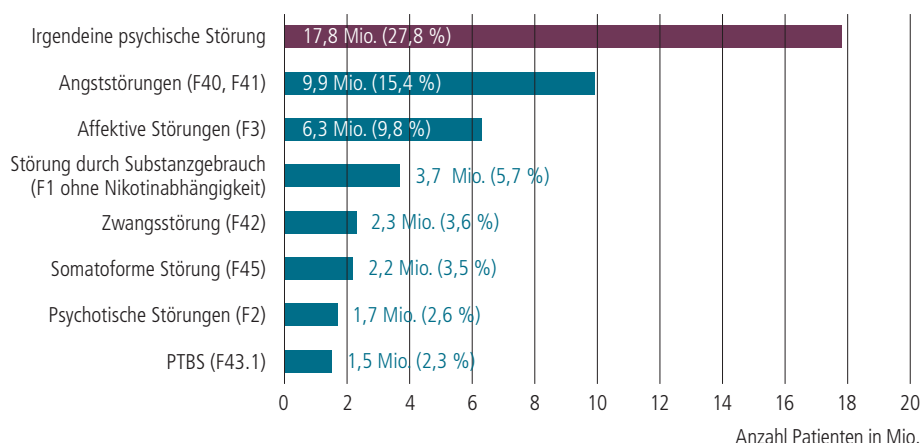


Abbildung 1: Anzahl der jährlich von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen in Mio., in Klammern die 12-Monats-Prävalenzen. Darstellung der wichtigsten Diagnosegruppen und einiger Einzeldiagnosen psychischer Erkrankungen, Bezugsgröße: 64,1 Mio. Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren. Quelle: Jacobi et al. (2016).

Auf der Ebene einzelner psychischer Erkrankungen liegen die spezifischen Phobien bei Erwachsenen in Deutschland mit einer Prävalenz von 10,3 % an erster Stelle, gefolgt von der unipolaren Depression mit einer Prävalenz von 8,2 %. Aber auch somatoforme Störungen und Zwangsstörungen betreffen jährlich immerhin etwa 3,5 % bis 3,6 % der Deutschen.

Lebenszeitprävalenz

4 von 10 Deutschen erkranken irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Erkrankung

Verlässliche Daten zur Lebenszeitprävalenz stammen aus dem German Health Interview and Examination Survey (GHS-MH) mit Datenerhebungen von 1998-1999 und sind damit etwa 10 Jahre älter als die oben beschriebenen 12-Monats-Prävalenzen aus der DEGS1-Studie. Beides sind National Health Surveys mit ähnlicher Erhebungsmethodik. Im vorliegenden Report werden aufgrund der besseren Vergleichbarkeit und umfassenderen Erhebungssystematik daher die Angaben zur Lebenszeitprävalenz von Jacobi et al. (2004) für Vergleiche verwendet. Es zeigen sich ähnliche 12-Monats-Prävalenzen beim Vergleich der Daten GHS-MH und DEGS1-MH (s. Abb. 6), was auf eine Stabilität der epidemiologischen Zahlen hinweist und ebenso für die Vergleichbarkeit der Prävalenzen in Tabelle 1 spricht.

Die Lebenszeitprävalenz für das Auftreten irgendeiner psychischen Störung liegt für Erwachsene in Deutschland bei 42,6 % (Jacobi et al., 2004).

Fast jeder fünfte Deutsche erkrankt im Laufe seines Lebens an einer affektiven Störung

18,6 % erkranken irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer affektiven Störung. Davon machen unipolare Depressionen 17,1 % aus. Für somatoforme Störungen beträgt die Lebenszeitprävalenz 16,2 %, für Essstörungen beträgt sie 0,8 %. Im Jahr 2014 liegt die 12-Monats-Prävalenz für Essstörungen mit 0,9 %

¹ Diese Daten stammen aus dem Zusatz-Modul DEGS1-MH zur psychischen Gesundheit (Mental Health, durchgeführt 2009-2012) der DEGS1 „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (1. Erhebungswelle durchgeführt 2008-2011) des Robert Koch-Instituts. Die teilnehmenden Personen (Erwachsene zwischen 18 und 79 Jahren) wurden hierfür mittels eines standardisierten klinisch-diagnostischen Interviews zu psychischen Beeinträchtigungen befragt.

² Bezugsgröße sind hier 64,1 Mio. Deutsche zwischen 18 und 79 Jahren zum 31.12.2010.

³ Im ICD-10 steht der Buchstabe F für eine psychische Störung. Zusätzliche Ziffern machen dann genauere Angaben zur Art der psychischen oder Verhaltensstörung.

höher als die Lebenszeitprävalenz ca. 10 Jahre zuvor, hierfür kommen verschiedene Erklärungen in Frage (z. B. erhöhte Sensibilität beim Thema Essstörung, epidemiologische Entwicklung).

In der Forschungsliteratur finden sich zum Teil unterschiedliche Ergebnisse zur Lebenszeitprävalenz. So zeigt eine Studie aus dem Jahr 2009 (Kessler et al., 2009), die die Prävalenzen psychischer Erkrankungen⁴ in verschiedenen Ländern weltweit vergleicht, deutlich niedrigere Prävalenzraten psychischer Erkrankungen. Es ergibt sich für Deutschland eine Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen insgesamt von 25,2 % sowie für Angststörungen von 14,6 % und für affektive Störungen von 9,9 %.

Angesichts der Unterschiede in der Methodik und der zugrundeliegenden Stichprobe können diese Prävalenzangaben nicht zuverlässig in Bezug zu den vorliegenden 12-Monats-Prävalenzen und weiteren Forschungsergebnissen gesetzt werden.

Im Bereich psychischer Erkrankungen sind dringend weitere epidemiologische Forschungsarbeiten notwendig, die zum einen die beschriebenen Diskrepanzen untersuchen und zum anderen den wechselnden Lebens- und Arbeitsbedingungen in Bezug auf psychische Erkrankungen Rechnung tragen.

Grundsätzlich zu beachten ist, dass diskutiert wird, ob Angaben zur Lebenszeitprävalenz die tatsächliche Verbreitung der Erkrankungen unterschätzen. In vielen Studien werden die Teilnehmer nur einmalig nach ihren bisherigen Erkrankungen befragt. Werden über einen längeren Zeitraum mehrere Befragungen durchgeführt, spricht man von kumulativen Erhebungen. Studienergebnisse zeigen, dass gerade psychische Erkrankungen im jungen und mittleren Erwachsenenalter – anders als körperliche Erkrankungen – in späteren Befragungen nicht mehr berichtet werden (Takayanagi et al., 2014).

Soziodemographische Unterschiede

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen unterscheidet sich je nach Geschlecht, Alter, sozialem Status und Region.

Etwa jede dritte Frau (33,5 %) und etwa jeder vierte bis fünfte Mann (22,1 %) erfüllt innerhalb eines Jahres die Kriterien für mindestens eine Diagnose einer psychischen Erkrankung (Jacobi et al., 2016).

Jüngere Menschen zwischen 18 und 34 Jahren leiden häufiger (36,7 %) und Ältere zwischen 65 und 79 Jahren seltener (20,3 %) an psychischen Erkrankungen (s. Abb. 2). Die beiden mittleren Altersgruppen (35-39 Jahre und 50-64 Jahre) sind etwa in gleichem Maße von psychischen Erkrankungen betroffen (Jacobi et al., 2014).

Frauen sind häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als Männer

Jüngere Menschen sind besonders häufig von psychischen Erkrankungen betroffen. Aber auch jeder fünfte Deutsche über 65 Jahren leidet an einer psychischen Erkrankung

12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen nach Alter und sozioökonomischem Status

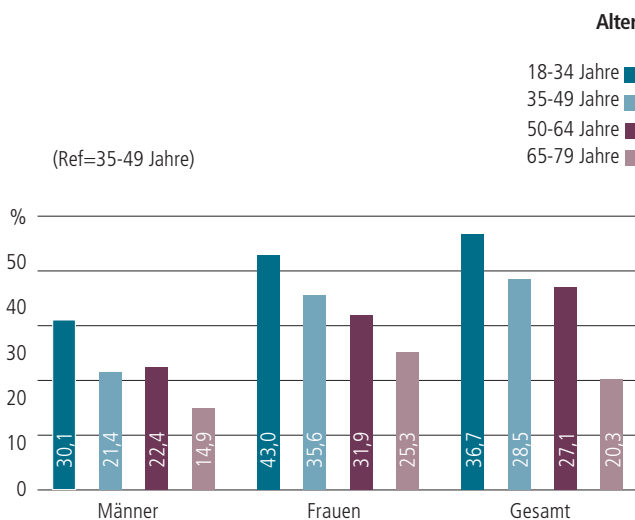


Abbildung 2: 12-Monats-Prävalenzen irgendeiner psychischen Störung, stratifiziert⁵ nach Alter und Geschlecht, in Prozent. Entnommen aus: Jacobi et al. (2014).

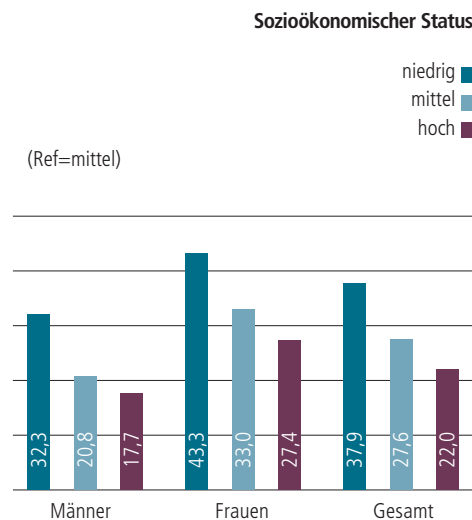


Abbildung 3: 12-Monats-Prävalenzen irgendeiner psychischen Störung, stratifiziert nach sozioökonomischem Status und Geschlecht, in Prozent. Entnommen aus: Jacobi et al. (2014).

⁴ Ermittelt wurden diese Prävalenzen über an der DSM-Klassifizierung orientierte, strukturierte Interviews.

⁵ Stratifiziert bezieht sich auf die Stichprobe. Eine Stratifizierung ist ein Verfahren, um eine Grundgesamtheit in kleinere und homogene Untergruppen einzuteilen (sogenannte Strata), die meist im Verhältnis zu der Grundgesamtheit stehen.

Odds-Ratio: eine statistische Maßzahl, die ein „Chancenverhältnis“ beschreibt. Das Chancenverhältnis ist ein Maß dafür, um wie viel größer die Wahrscheinlichkeit in der Gruppe mit Risikofaktor (z.B. Arbeitslosigkeit) ist zu erkranken, verglichen mit der Wahrscheinlichkeit in der Gruppe ohne Risikofaktor. Die Maßzahl nimmt Werte zwischen 0 und ∞ an. Ist die Maßzahl größer als 1, kann man davon ausgehen, dass es einen Zusammenhang zwischen 2 Merkmalen gibt. Beispiel: Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung.

Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status⁶ weisen häufiger (37,9 %) psychische Erkrankungen auf als Personen mit mittlerem und hohem Status. Frauen sind überall deutlich häufiger betroffen als Männer mit vergleichbarem sozioökonomischem Status (s.Abb. 3).

Die festgestellten soziodemographischen Unterschiede in der Prävalenz psychischer Erkrankungen finden sich in Analysen von Risikofaktoren für psychische Erkrankungen wieder. In einer Darstellung der Bertelsmann-Stiftung (2017) werden die Risikofaktoren Geschlecht, Alter, Schulabschluss, Arbeitslosigkeit und Siedlungsdichte als soziodemographische Einflussfaktoren auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen quantifiziert (s.Abb. 4). Das Risiko wird über Odds-Ratios (OR) dargestellt.

Die jüngste Altersgruppe (18-34 Jahre) hat im Vergleich zu den über 65-Jährigen ein mehr als doppelt so hohes Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken. Menschen ohne Schulabschluss haben ein 2,3-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Erkrankung im Vergleich zu Menschen mit Abitur; Arbeitslose haben sogar ein 2,6-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung im Vergleich zu Berufstätigen (Bertelsmann Stiftung, 2017).

Risikofaktoren für psychische Störungen

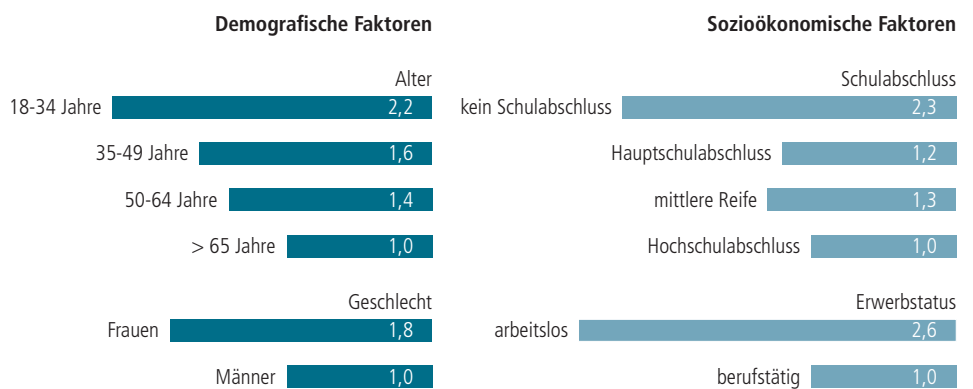


Abbildung 4: Angaben in der Einheit Odds-Ratio. Entnommen aus: Bertelsmann Stiftung (2017).

Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher Risikofaktor für psychische Erkrankungen

Keine Ost-West-Unterschiede in den epidemiologischen Prävalenzraten

Kein statistischer Nachweis für mehr psychische Erkrankungen in Großstädten

Dennoch ist das Vorkommen psychischer Störungen regional unterschiedlich ausgeprägt

Regionale Unterschiede

Ein Ost-West-Vergleich ergibt keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Prävalenzraten psychischer Erkrankungen in den alten und den neuen Bundesländern inklusive Berlins (Jacobi et al., 2014).

Es ergibt sich nur ein Trend, aber kein statistisch signifikanter Nachweis für eine höhere Rate an psychotischen und affektiven Störungen in Großstädten über 500.000 Einwohnern (Jacobi et al., 2014). Für andere psychische Störungsbilder ergibt sich kein solcher Trend.

Auch auf Kreisebene⁷ ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in der Prävalenz. Für die einzelnen Plankreise werden durchschnittliche (geschätzte) 12-Monats-Prävalenzen zwischen 23,4 % und 31,8 % festgestellt. Dennoch zeigt sich bei einer Betrachtung des gesamten Landes die Verteilung psychischer Erkrankungen in Deutschland unsystematisch unterschiedlich. Sowohl in Ballungsgebieten als auch außerhalb gibt es Regionen mit höherer Prävalenz psychischer Erkrankungen. Dies ergibt sich aus einer Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES Institut, 2016)⁸.

Bisher können diese regionalen Unterschiede nicht ausreichend differenziert erklärt werden. Weitere Forschung ist notwendig um herauszufinden, auf welche weiteren Einflussfaktoren die regionalen Unterschiede in der Prävalenz zurückzuführen sind.

⁶ Der sozioökonomische Status wird über Bildungsstand, berufliche Position und Einkommenssituation des Haushalts definiert (Jacobi et al., 2014).

⁷ Hier wird Bezug genommen auf die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss unter §12 Abs. 3 festgelegten Kreistypen. Es handelt sich dabei um raumordnungsspezifische Planungskategorien.

⁸ Erhebung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und der Bundespsychotherapeutenkammer. Erfasst wurden die regionalen Unterschiede in der Prävalenz psychischer Erkrankungen auf der Basis einer an soziodemographischen Risikofaktoren adjustierten Analyse epidemiologischer Daten aus dem Gesundheitssurvey DEGS1-MH.

Internationaler Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland mit der Prävalenz psychischer Erkrankungen im Mittelfeld. Auf Basis vergleichbarer Angaben wird die 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Erwachsenenbevölkerung europaweit auf 27 % geschätzt (Wittchen & Jacobi, 2005), was ziemlich genau der für Deutschland (mehrere Jahre später) festgestellten Prävalenz von 27,8 % entspricht (s.Tab.1). Die Ergebnisse der DEGS1-MH-Studie stimmen somit mit denen international vergleichbarer Studien gut überein. In einer neueren Übersichtsarbeit ergibt sich ein höherer 12-Monats-Prävalenzwert für die EU von 38 % (Wittchen et al., 2011). Dies ist darauf zurückzuführen, dass das Diagnosespektrum erweitert und das Altersspektrum um Kinder, Jugendliche und alte Menschen ergänzt wurde. Dadurch sind diese neueren Ergebnisse mit den o.g. deutschlandweiten Prävalenzwerten nicht mehr gut vergleichbar.

Aktuelle Daten zu depressiver Symptomatik im europäischen Vergleich liefert der European Health Interview Survey⁹ (EHIS). In Deutschland liegt die Prävalenz insgesamt mit 9,2 % deutlich höher als der europäische Durchschnitt von 6,6 %. Junge Menschen (15-29 Jahre) sind in Deutschland doppelt so häufig (11,5 %) von depressiven Symptomen betroffen wie in Europa (5,2 %). Ähnlich den bisherigen Darstellungen sind auch im europäischen Durchschnitt Frauen häufiger betroffen als Männer (Hapke et al., 2019). Weltweit betrachtet gehören Depressionserkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen (James et al., 2018).

1.1.2 Diagnoseprävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen

Aus bundesweiten Abrechnungsdaten, also aus Routinestatistiken der psychotherapeutischen und medizinischen Versorgung aller gesetzlich Versicherten, lassen sich Diagnoseprävalenzen für psychische Störungen bestimmen. In diese Daten finden also nur diejenigen Versicherten Eingang, die professionelle Hilfe aufgesucht haben bzw. bei denen von einem Behandler eine entsprechende Diagnose gestellt wurde¹⁰.

Diagnoseprävalenz

Die 12-Monats-Diagnoseprävalenz bestimmt sich durch den Anteil der Versicherten mit einer definierten Erkrankung, die mindestens einmal im jeweiligen Kalenderjahr vertragsärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben. Aus der Tatsache, dass nur ein Teil der tatsächlich psychisch erkrankten Menschen eine Behandlung oder Diagnostik in Anspruch nimmt (s. Kap.2), kann die im Vergleich zur epidemiologischen Prävalenz meist geringere Diagnoseprävalenz erklärt werden.

Abrechnungsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland zur gesamten Gruppe der depressiven Störungen werden in einer Analyse des Zi erläutert (Steffen, Holstiege, et al., 2019). 2017 erhielten fast 40 Mio. Menschen in Deutschland eine Depressionsdiagnose (ICD-10 Kap.F32.-, F33.- bzw. F34.1), dies entspricht einer Diagnoseprävalenz von 15,7 %¹¹. Ähnlich wie bei den epidemiologischen Daten für die gesamten psychischen Störungen zeigen sich auch hier Geschlechtsunterschiede. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer (20,1 % vs. 10,8 %). Bei der Gegenüberstellung zur bereits dargestellten epidemiologischen 12-Monats-Prävalenz der affektiven Störungen von 9,8 % ist auf die Zunahme der Diagnoseprävalenz von Depressionen zu verweisen (s. Kap. 1.3).

Die regionalen Unterschiede werden in den Diagnoseprävalenzen für depressive Störungen differenziert dargestellt. Bezüglich des Kreistyps liegt die Diagnoseprävalenz für depressive Störungen in kreisfreien Großstädten (mind. 100.000 Einwohner) mit 17,3 % höher als in dünn besiedelten ländlichen Kreisen (15,5 %) und als in städtischen Kreisen (15,7 %). Die Stadtstaaten Berlin und Hamburg zeigen die höchste Diagnoseprävalenz (20 % und 18 %). Damit liegen Berlin und Hamburg deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Ebenso sind Depressionsdiagnosen in alten Bundesländern häufiger (15,8 %) als in neuen Bundesländern (13 %) vergeben worden (Steffen, Holstiege, et al., 2019).

Einige Studien zur Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen beziehen sich speziell auf schwere psychische Störungen (Severe Mental Illness, SMI). Dazu werden meistens die Borderline-Persönlichkeitsstörung, psychotische und bipolare Störungen und die schwere unipolare Depression gezählt.

Eine Analyse der Abrechnungsdaten von allen (knapp 60 Mio.) gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen, die im Jahr 2016 irgendeinen Arztkontakt hatten (KV-zugelassener Allgemeinarzt, Facharzt oder Psychologischer Psychotherapeut) ergibt die in Abbildung 5 aufgeführten 12-Monats-Diagnoseprävalenzen für eine schwere psychische Störungen (Schneider et al., 2019).

Die Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland entspricht dem europäischen Mittel

Depressive Beschwerden sind in Deutschland deutlich häufiger als im europäischen Mittel

Jährlich erhalten fast 40 Mio. Menschen eine Depressionsdiagnose

SMI-Severe Mental Illness (SMI), manchmal auch Serious Mental Illness genannt: Psychische Erkrankungen mit schweren und anhaltenden Auswirkungen auf verschiedene Funktions- und Lebensbereiche der Betroffenen und mit komplexem Behandlungsbedarf. Die in epidemiologischen Studien festgestellte Prävalenz solcher schweren psychischen Erkrankungen liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 1 bis 4 % (Gühne et al., 2015).

⁹ Zweite Erhebungswelle der EHIS. Befragungsdaten von 2013 bis 2015 aus Deutschland und 24 weiteren EU-Mitgliedsstaaten. Stichprobe > 15-Jährige. N = 245.510. Indikator für Depressionen war eine depressive Symptomatik gemäß des Patient Health Questionnaire (PHQ-8). Dabei wurden Symptome innerhalb der letzten 2 Wochen nach DSM-4 beurteilt.

¹⁰ Es kann dabei zu Fehleinschätzungen kommen, z.B. zu Unter- bzw. Überkodierung von Erkrankungen (Gerdau-Heitmann et al., 2017).

¹¹ Aufgrund der nicht vergleichbaren Diagnosekategorien wurde dieser Wert nicht in die Vergleichstabelle 1 aufgenommen.

Jährlich diagnostizieren Ärzte bei über 1 Mio. Menschen eine schwere Depression

Im Jahr 2016 wiesen fast 1,2 Mio. Menschen mit mindestens einem Arztkontakt die Diagnose einer schweren unipolaren Depression auf. Über 700.000 der Menschen mit Arztkontakt hatten eine psychotische Störung, mehr als 200.000 eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und mehr als 17.000 eine bipolare Störung (s. Abb. 5). Diese Daten wurden in einer Register-Studie¹² ermittelt (Schneider et al., 2019).

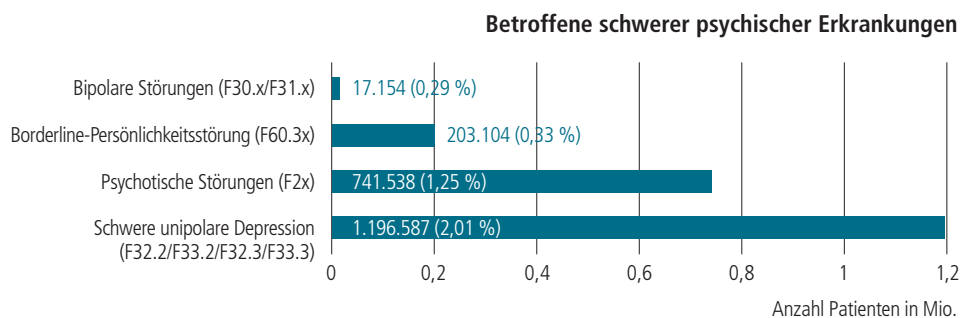


Abbildung 5: Anzahl der von schweren psychischen Erkrankungen Betroffenen aus eigener Berechnung. In Klammern administrative 12-Monats-Prävalenzen. Quelle: Schneider et al. (2019).

Jährlich wird bei 11% der erwachsenen Deutschen eine neu aufgetretene psychische Erkrankung diagnostiziert. Frauen sind auch hier häufiger betroffen als Männer

Inzidenz

Im Jahr 2012 zeigte sich unter den gesetzlich Krankenversicherten zwischen 16 und 70 Jahren eine Inzidenz¹³ innerhalb der psychischen Störungen von 11 % (s. Tab. 1). Frauen waren mit 14,3 % häufiger betroffen als Männer (8,3 %). Die häufigste Diagnosegruppe bildeten neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (6,7 %), gefolgt von affektiven Störungen (2,38 %). Die Inzidenzraten stiegen hier bei Männern mit zunehmendem Alter leicht an, die höchsten Raten zeigte die Gruppe der 62- bis 66-Jährigen. Frauen zeigten ein gegenläufiges Muster, hier waren die höchsten Raten im jüngeren Alter zwischen 27 und 33 Jahren zu finden (Gerdau-Heitmann et al., 2017). Die hohe Overall-Inzidenzrate kann auf die stark zunehmende Diagnoserate zurückgeführt werden.

1.2 Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Für Deutschland liegen nur wenige verlässliche Daten zur Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter vor. Epidemiologische Prävalenzangaben liegen nur für irgendeine psychische Störung im Kindes- und Jugendalter vor. Die in der bundesweiten repräsentativen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie) erhobenen Daten beziehen sich auf eine Reihe von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Es handelt sich dabei jedoch nicht um eine Angabe zur Gesamtprävalenz aller möglichen psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. So sind z. B. Entwicklungsstörungen in diesen epidemiologischen Angaben nicht erfasst. Bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen (F80-F83) handelt es sich nicht um psychische Störungen im engeren Sinne, die eine Indikation für Psychotherapie oder für eine fachpsychiatrische Behandlung darstellen würden, sondern es erfolgen z. B. logopädische und ergotherapeutische Maßnahmen. Zur Diagnoseprävalenz gibt es wiederum Angaben zur 12-Monats-Prävalenz sämtlicher psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen aus vertragsärztlichen Abrechnungsdaten. Zu beachten ist, dass sich diese Daten nur auf Kinder und Jugendliche beziehen, die in dem Jahr mindestens einen Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt hatten und nicht auf die Grundgesamtheit aller Kinder. Hier ist ein Teil der umschriebenen Entwicklungsstörungen miterfasst, da diese Diagnosen von Kinder- und Hausärzten vergeben werden. Aus den beschriebenen Gründen des deutlich umfassenderen Diagnosespektrums ist es nachvollziehbar, dass die Diagnoseprävalenz hier deutlich höher ausfällt als die epidemiologische Prävalenzangabe (s. Tab. 2).

¹² Eine Register-Studie ist eine retrospektive Studie, bei der Daten zu Behandlung oder Diagnosen aus den Abrechnungsdaten untersucht werden. Dabei wird die zu untersuchende Population zuerst in einem Register in Bezug auf die entsprechende Indikation vollständig erfasst.

¹³ Als Neuerkrankung wurde in der zitierten Studie definiert, dass in den 2 vorausgegangenen Jahren keine psychische Diagnose aus dem F-Kapitel des ICD-10 vorgelegen haben durfte. Diagnosen in noch weiter zurückliegendem Zeitraum wurden nicht berücksichtigt.

Tabelle 2: Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

| Störungsgruppe (ICD-10-Code) | Epidemiologische Daten | Diagnosedaten |
|--|------------------------------------|--|
| | Periodenprävalenz ¹ (%) | 12-Monats-Diagnoseprävalenz ² (%) |
| Psychische Auffälligkeiten | 16,9 | |
| Irgendeine psychische Störung (alle F-Diagnosen) | | 28 |

Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Quellen: ¹Repräsentative KiGGS-Stichprobe im zweiten Erhebungszeitraum 2014-2017, 3- bis 17-Jährige (Klipker et al., 2018); ²Versorgungsatlas, Vertragsärztliche Abrechnungsdaten 12-Monats-Diagnoseprävalenzen 2017, 0- bis 18-Jährige mit mind. einem Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt in dem Jahr (Steffen, Akmatov, et al., 2019).

Tabelle 3: Diagnosedaten psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

| Störungsgruppe (ICD-10-Code) | 12-Monats-Diagnoseprävalenz(%) |
|---|--------------------------------|
| Affektive Störungen (F30-F39) | 1,1 |
| • Depressive Episode (F32) | 0,85 |
| • Rezidivierende depressive Störung (F33) | 0,09 |
| Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) | 5,9 |
| • Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) | 2,7 |
| • Somatoforme Störungen (F45) | 2,2 |
| Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59) | 1,4 |
| • Essstörungen (F50) | 0,54 |
| • Nichtorganische Schlafstörungen (F51) | 0,55 |
| Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) | 1,4 |
| Entwicklungsstörungen (F80-F89) | 17 |
| • Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (F80) | 11 |
| • Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (F82) | 4,1 |
| Verhaltens- und Emotionale Störungen (F90-F98) | 11 |
| • Hyperkinetische Störungen (F90) | 4 |

Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Angegeben sind jeweils die Diagnoseprävalenz der 6 bedeutsamsten Diagnosekategorien und einzelne, besonders wichtige Unterkategorien. Quelle: Versorgungsatlas, Vertragsärztliche Abrechnungsdaten 12-Monats-Diagnoseprävalenzen 2017, 0-18-Jährige (Steffen, Akmatov, et al., 2019).

1.2.1 Epidemiologische Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Die epidemiologischen Prävalenzen im Kinder- und Jugendbereich sind wie erwähnt der KiGGS-Studie entnommen. Es handelt sich dabei um eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sowie zu deren gesundheitlicher Entwicklung bis ins Erwachsenenalter. Erhoben wurden dabei Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten¹⁴ bei Kindern und Jugendlichen über einen Zeitraum von 3 Jahren. Man spricht hier von „Periodenprävalenz“ (für eine bestimmte Zeitperiode).

Periodenprävalenz (2014-2017)

In der KiGGS-Studie (2. Erhebungszeitraum 2014-2017) wird eine mittlere Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten von 16,9 % bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren berichtet (Klipker et al., 2018). Verglichen mit der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) zeigt sich für die zweite KiGGS-Welle damit ein signifikanter Rückgang psychischer Auffälligkeiten von 19,9 % auf 16,9 %. Der statistisch bedeutsame Rückgang findet sich vor allem bei Jungen zwischen 9 und 17 Jahren. Bei Mädchen kann kein vergleichbarer, statistisch bedeutsamer Rückgang über alle Altersgruppen hinweg festgestellt werden (Klipker et al., 2018).

Soziodemographische Unterschiede

Insgesamt sind Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren mit 19,1 % häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Mädchen im gleichen Alter (14,5 %). Bei beiden Geschlechtern nimmt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bis ins Alter von 11 Jahren zu. Danach reduziert sich bei Jungen mit zunehmendem Alter der Anteil der Betroffenen. Bei Mädchen gibt es zwischen 12 und 14 Jahren einen Rückgang, danach noch einmal eine leichte Zunahme der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten. Im jugendlichen Alter von 15 bis 17 Jahren ist dann der Anteil von Mädchen mit psychischen Auffälligkeiten etwas höher als der der Jungen (Klipker et al., 2018).

Im Zeitraum von 3 Jahren haben etwa 17 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Auffälligkeiten

Jungen sind häufiger psychisch auffällig als Mädchen

Bei Mädchen treten mehr Symptome von Depression und Angst auf, bei Jungen mehr Symptome von ADHS und Störungen des Sozialverhaltens

¹⁴ Als Indikator für psychische Auffälligkeiten dienten in der KiGGS-Studie Elternangaben des „Stärken- und Schwächen-Fragebogens“ für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche.

Kinder aus Elternhäusern mit familiären Konflikten haben ein fast 5-fach erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten

In der BELLA-Studie¹⁵ zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen wurden eine Reihe von Risikofaktoren identifiziert, die einen signifikanten Einfluss auf das Auftreten psychischer Auffälligkeiten haben. Darunter fallen beispielsweise das Vorliegen familiärer Konflikte (OR 4,9), elterliche Alltagsbelastungen (OR 4,7), eine geringe psychische (OR 4,2) bzw. körperliche (OR 2,9) Lebensqualität der Eltern, die psychische Erkrankung eines Elternteils (OR 2,4) und ein niedriger sozioökonomischer Status (OR 1,6) (Klasen et al., 2017).

Fast jedes vierte Kind aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ist psychisch auffällig

Jedes vierte Mädchen und fast jeder fünfte Junge in Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ist psychisch auffällig, aber nur jedes fünfzehnte Mädchen und jeder achte Junge aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status. Die Prävalenz für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status liegt bei 26 %, in Familien mit mittlerem und hohem Status nur bei 9,7 % (Klipker et al., 2018).

Jährlich erhält mehr als jedes vierte Kind/ jeder vierte Jugendliche mit Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt die Diagnose einer psychischen Erkrankung

1.2.2 Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) hat 2018 Daten zur Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung vorgelegt (Steffen, Akmatov, et al., 2019). Hierbei handelt es sich um eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Die Diagnoseprävalenz beschreibt hier den Anteil an Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre mit mindestens einem Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt und entsprechend gestellter psychischer Diagnose in einem Jahr. Der Anteil an Kindern, die dabei mindestens eine psychische Diagnose (gesicherte F-Diagnose nach ICD-10) erhielten, lag im Jahr 2017 bei 28 %.

Mit Abstand am häufigsten traten über alle Altersgruppen hinweg Entwicklungsstörungen auf (17 %), bei denen es sich jedoch (wie weiter oben bereits beschrieben) bis auf die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nicht um psychische Erkrankungen im engeren Sinne handelt. Es folgen Verhaltens- und emotionale Störungen (11 %) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (5,9 %). Die Prävalenz affektiver Störungen lag bei 1,1 % (s.Tab.3).

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bleibt über die Jahre unverändert. Jedoch werden psychische Erkrankungen immer häufiger erkannt, diagnostiziert und behandelt

1.3 Entwicklung der Prävalenz

Die epidemiologischen Prävalenzen psychischer Erkrankungen verändern sich über die Jahre nur geringfügig (s.Abb.6). Es zeigen sich leichte Zu- und Abnahmen der Prävalenzen, die sich auch auf Fehlerschwankungen beziehen können. Bei Berücksichtigung der Standardabweichungen sind die Überschneidungen der Wertebereiche sehr groß. Gleichzeitig weisen Publikationen verschiedener Krankenkassen und bundesweite Analysen von Abrechnungsdaten in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) regelmäßig auf den Anstieg psychischer Diagnosen in der ambulanten fachspezifischen Behandlung in den letzten Jahren hin (s.Abb.7). In der aktuellen wissenschaftlichen Literatur wird daher immer wieder betont, dass der Anstieg von Diagnosen psychischer Erkrankungen nicht durch eine Zunahme der Erkrankungen an sich verursacht ist. Hingegen geht man davon aus, dass eine höhere Sensibilität, verbesserte Kenntnisse und Diagnostik psychischer Erkrankungen sowie ein offenerer Umgang damit zur Zunahme der Diagnosehäufigkeit führen. Auch aufgrund der insgesamt abnehmenden Stigmatisierung psychischer Krankheiten steigt die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Immer noch kommen jedoch zu viele Betroffene nicht in Behandlung.

¹⁵ Bei der BELLA-Studie handelt es sich um eine kombinierte Querschnitts- und Kohortenstudie mit zufälliger Teilstichprobe der KiGGS-Stichprobe, Stichprobe 7- bis 17-Jährige (Robert Koch-Institut).

Entwicklung der epidemiologischen 12-Monats-Prävalenz

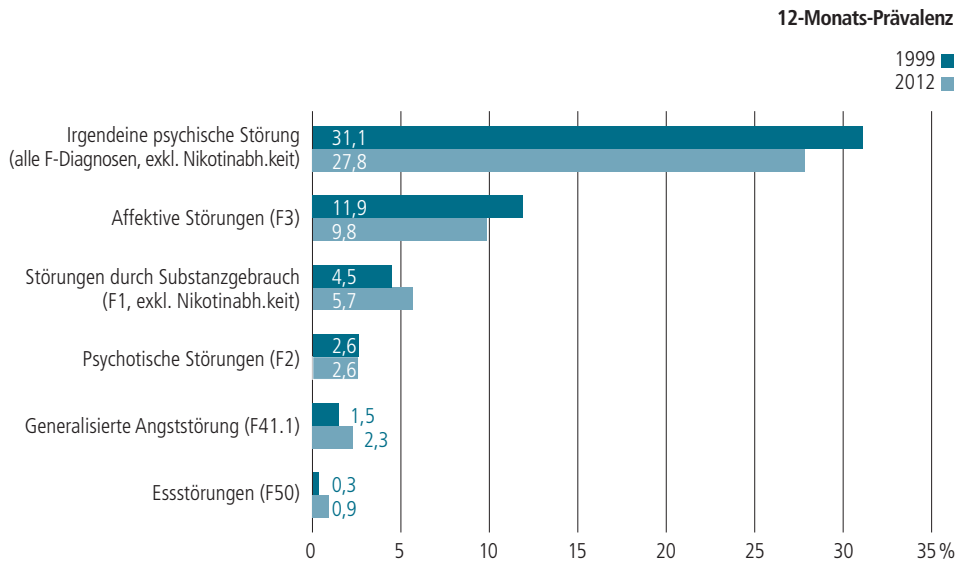


Abbildung 6: Entwicklung der epidemiologischen 12-Monats-Prävalenz von 1999 und 2012 für ausgewählte Störungsgruppen. Quellen: Jacobi et al. (2004, 2016).

Entwicklung der Diagnoseprävalenz

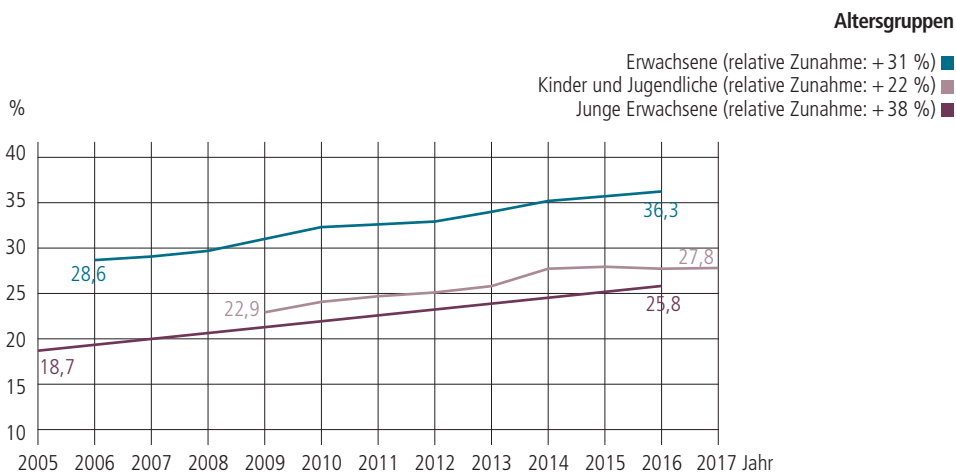


Abbildung 7: Entwicklung der Diagnoseprävalenzraten psychischer Störungen seit 2005. Angaben in Prozent. Quellen: Grobe et al. (2018); Steffen, Akmatov, et al. (2019).

Eine Erhebung unter Versicherten der Krankenkasse BARMER GEK zeigt einen stetigen Zuwachs der Diagnosen psychischer Erkrankungen in der ambulanten Behandlung um 7,7 Prozentpunkte¹⁶ von 28,6 % im Jahr 2006 auf 36,3 % im Jahr 2016, was einer relativen Zunahme von 31 % entspricht (Grobe et al., 2018). Beachte: Die relative Zunahme in Prozent gibt nicht die absolute Diagnosezunahme an, sondern bezieht sich auf den jeweiligen Ausgangswert. Im Jahr 2016 hatten also mehr als ein Drittel aller BARMER GEK-Versicherten mindestens eine Diagnose im Bereich psychischer und Verhaltensstörungen.

Für junge Erwachsene (18-25 Jahre) zeigt sich ein noch deutlicherer Anstieg der Diagnosen psychischer Erkrankungen. Die Diagnoserate (bereinigt um demographische Effekte) stieg in dieser Altersgruppe um 7,1 Prozentpunkte (von 18,7 % im Jahr 2005 auf 25,8 % im Jahr 2016) und nahm damit relativ um 38 % zu. Die relative Zunahme der Diagnosen somatoformer Störung liegt seit 2005 bei 19 %, die der Störungen durch psychotrope Substanzen bei 41 % und die der affektiven Störungen bei 75 %. Die relative Zunahme der Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen liegt über diese 10 Jahre sogar bei 89 %, die der Phobien bei

Der stärkste Anstieg psychischer Diagnosen findet sich bei jungen Erwachsenen

¹⁶ Prozentpunkt: Maß für die absolute Änderung von Prozentsätzen

Auch bei Kindern und Jugendlichen auffälliger Anstieg psychischer Diagnosen. Fast 4 Mio. Kinder/Jugendliche mit psychischer Diagnose im Jahr 2017

Stärkere Zunahme der Depressionsdiagnosen bei Männern und in den neuen Bundesländern

Chronifizierung: Übergang von der vorübergehenden zur dauerhaften (chronischen) Präsenz einer Erkrankung oder eines Symptoms

Chronifizierungsdauer: die mittlere Dauer, bis eine psychische Erkrankung erkannt und adäquat behandelt wird

1/3 der Patienten mit psychischen Erkrankungen ist chronisch erkrankt

In den 2000er-Jahren vergingen im Schnitt 7 Jahre, bis psychische Erkrankungen fachgerecht behandelt wurden

Transition: Überleitung der Behandlung kranker Kinder und Jugendlicher von der Kinderheilkunde in die Erwachsenenmedizin.

48 % und die der anderen Angststörungen bei 56 %. Zudem lag bei den an Depression Erkrankten eine hohe Rate an komorbiden psychischen und somatischen Diagnosen vor (Grobe et al., 2018).

Die oben benannte Studie des Zi ermittelte eine Zunahme der Diagnosen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen über 8 Jahre hinweg. In der Altersgruppe bis 18 Jahre stieg die Rate der Betroffenen mit mindestens einer Diagnose einer psychischen Störung von 23 % im Jahr 2009 auf 28 % im Jahr 2017, dies entspricht einem Zuwachs um 5 Prozentpunkte bzw. einer relativen Zunahme um 22 % (Steffen, Akmatov, et al., 2019). Etwa 3,7 Mio.¹⁷ Patienten unter 18 Jahren erhielten 2017 eine F-Diagnose. Die stärkste Zunahme in der Diagnoseprävalenz bei Kindern und Jugendlichen zeigte sich bei depressiven Störungen¹⁸ (Steffen, Akmatov, et al., 2019).

In der Entwicklung (2009-2017) der Diagnoseprävalenz depressiver Erkrankungen zeigt sich ein relativer Anstieg in den neuen Bundesländern von 41 % (Ausgangswert: 2009: 9,5 %) und in den alten um 23 % (Ausgangswert 2009: 13 %) in 8 Jahren. Dadurch verringert sich der Ost-West-Unterschied, aber immer noch liegt die Diagnoseprävalenz in den alten Bundesländern höher. Dies hängt vermutlich u.a. mit der größeren Behandlerdichte in den alten Bundesländern zusammen. Auch zwischen den Geschlechtern schwächt sich der Unterschied bei depressiven Erkrankungen ab. Frauen sind weiterhin ca. doppelt so häufig betroffen wie Männer, aber die Prävalenz ist gegenüber 2009 von 2,2-fach auf 1,9-fach höher bei Frauen gegenüber Männern gesunken. In großstädtischen Kreisen liegt die Diagnoseprävalenz von depressiven Erkrankungen höher als in ländlichen Regionen, aber auch hier zeigt sich eine sukzessive Angleichung. Die relative Zunahme beträgt in dünn besiedelten ländlichen Regionen 34 % und liegt damit 2017 bei 15,5 %. In kreisfreien Großstädten liegt die Prävalenz depressiver Erkrankungen 2017 bei 17,3 % und hat damit relativ um 25% zugenommen.

Gezeigt wurde auch, dass im zeitlichen Verlauf seit 2009 zunehmend spezifischer codiert wurde, dies gilt insbesondere für die Gruppe der Hausärzte: 2009 waren 77 % aller Depressionsdiagnosen von Hausärzten unspezifisch codiert, 2017 nur noch 50 % (Steffen, Holstiege, et al., 2019).

1.4 Chronifizierung und Transition

Chronifizierung

Bei der Betrachtung der Chronifizierung von psychischen Störungen werden in der Literatur chronische und chronifizierte Krankheitsverläufe differenziert. „Chronisch“ ist eine psychische Störung, wenn sie trotz fachgerechter Behandlung länger als 2 Jahre andauert; als „chronifiziert“ bezeichnet man eine psychische Störung, wenn sie länger als 2 Jahre ausschließlich durch somatische (Fach-)Ärzte und nicht durch adäquate Fachbehandler behandelt wurde. Ein Drittel der Patienten mit psychischen Störungen, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in stationärer psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, weisen eine Erkrankungsdauer von mehr als 5 Jahren und damit eine chronische Störung auf. 41 % der Patienten weisen eine chronifizierte Störung auf (Bengel et al., 2003).

Psychische Erkrankungen (z. B. affektive Erkrankungen, Angststörungen oder Schizophrenie) haben häufig einen langjährigen Verlauf, wie in prospektiven und retrospektiven epidemiologischen Studien wiederholt nachgewiesen wurde. Oft treten bereits Jahre vor der ersten Diagnosestellung und ersten Behandlung (meist noch) unspezifische erste klinische Symptome und unterschwellige Anzeichen der kommenden Erkrankung auf. Je später diese Erkrankungen fachspezifisch behandelt werden, desto eher nehmen sie einen ungünstigen Verlauf und umso ausgeprägter wird die Chronifizierung (Klosterkötter & Maier, 2003). Die Verbesserung von Früherkennung und der schnelle Einsatz früher Interventionen spielt eine große Rolle. Die mittlere Chronifizierungsdauer psychischer Erkrankungen wurde in den vorliegenden, älteren Studien mit ca. 7 Jahren beziffert (Steffanowski et al., 2007). Aufgrund des gestiegenen Angebots psychotherapeutischer Versorgung, der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und der damit verbundenen Sensibilisierung der Menschen für psychische Symptome ist davon auszugehen, dass diese Dauer heute niedriger anzusetzen ist, jedoch liegen keine aktuellen Studien zu der Frage vor. Neue Forschungsaktivitäten zur Fragestellung der Chronifizierungsdauer wären dringend notwendig.

Der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter stellt besonders für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine schwierige Entwicklungsaufgabe dar. Gerade die Adoleszenz¹⁹ und das frühe Erwachsenenalter gelten als besonders vulnerable Phase für die Entwicklung und Chronifizierung von psychischen Störungen. Eine möglichst gute Gestaltung des Übergangs (Transition) von einer kinder- und jugendlichenzentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten Versorgung ist daher von besonderer Bedeutung. Dabei müssen die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen mit ihren unterschiedlichen Reifungsprozessen

¹⁷ Zugrunde gelegt wurde hier als Bezugsgruppe eine Anzahl von 13,42 Mio. Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren im Jahr 2017 (Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 2018).

¹⁸ Als Depressionsfall galten Personen, die in mindestens einem Quartal des Kalenderjahres eine gesicherte Diagnose einer depressiven Störung (F32, F33 bzw. F34.1) aufwiesen.

¹⁹ Als Adoleszenz bezeichnet man in der Entwicklung des Menschen den Zeitraum von der späten Kindheit über die Pubertät bis hin zum vollen Erwachsenen.

sen und Entwicklungsbedingungen berücksichtigt werden (Fegert et al., 2017).

Psychische Auffälligkeiten erfüllen nicht die Kriterien einer psychischen Erkrankung, sondern beschreiben lediglich das Auftreten einzelner Symptome. Solche psychischen Auffälligkeiten, die im Kindes- und Jugendalter auftreten, weisen hohe Persistenzraten auf. Studien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder und Jugendliche nach einem bzw. 2 Jahren (nach der Basiserhebung) noch psychische Auffälligkeiten zeigen, bei ca. 50 % und nach 6 Jahren noch bei ca. 31 % liegt. Kinder ohne psychische Auffälligkeiten zur Basiserhebung sind mit über 90%iger Wahrscheinlichkeit auch nach einem, 2 oder 6 Jahren nicht psychisch auffällig (Ravens-Sieberer et al., 2015). Circa 15 % der unbehandelten psychisch auffälligen Kinder verlieren ihre Symptomatik bis ins Erwachsenenalter nicht (Schmidt, 2004). Der Verlauf nichtbehandelter Störungen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, darunter Symptommuster, Erkrankungsalter, Geschlecht und Lebensumstände der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Psychische Erkrankungen im Jugendalter haben oft erhebliche Auswirkungen auf die langfristige Entwicklung der Betroffenen. Die Dokumentation einer psychischen Erkrankung im Alter von 17 Jahren erwies sich als assoziiert mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine spätere Studienaufnahme. Dies gilt unter Berücksichtigung der Elternmerkmale „beruflicher Ausbildungsstatus eines Elternteils“ und „freiwillige Versicherung eines Elternteils“, durch die der Einfluss des Sozialstatus in die Modellrechnung einbezogen werden sollte (Grobe et al., 2018).

Internationale Studienergebnisse zeigen, dass bis zu ca. 80 % aller im Laufe ihres Lebens psychisch Erkrankten bereits im Alter von 13 bis 18 Jahren eine manifeste psychische Erkrankung gezeigt hatten (Lambert et al., 2013). Früh aufgetretene psychische Störungen bestehen häufig noch bis ins Erwachsenenalter hinein. Als Begründung dafür wird in der Literatur aufgeführt, dass die Behandlungsinanspruchnahme grundsätzlich zu niedrig ist und eine lange Behandlungsverzögerung auftritt, u.a. durch noch unzureichende Sensibilisierung oder Kenntnisse in der Identifikation psychischer Erkrankungen (Lambert et al., 2013). In der psychiatrischen Behandlung bestehen häufig Schnittstellenprobleme zwischen den unterschiedlichen Versorgungssegmenten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie, wodurch es zu erhöhten Therapieabbruchraten und Behandlungsdiskontinuitäten kommen kann. Dies kann die Prognose bis weit ins Erwachsenenalter belasten. Es gibt deutliche Bemühungen darum, den Übergang besser zu gestalten. An dieser Schnittstelle sind daher viele Projekte zu frühen Interventionen angesiedelt. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Patienten in laufender Therapie auch über das 21. Lebensjahr hinaus behandeln, wodurch der Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen durch eine kontinuierlichere Versorgung besser begleitet werden kann.

1.5 Komorbidität

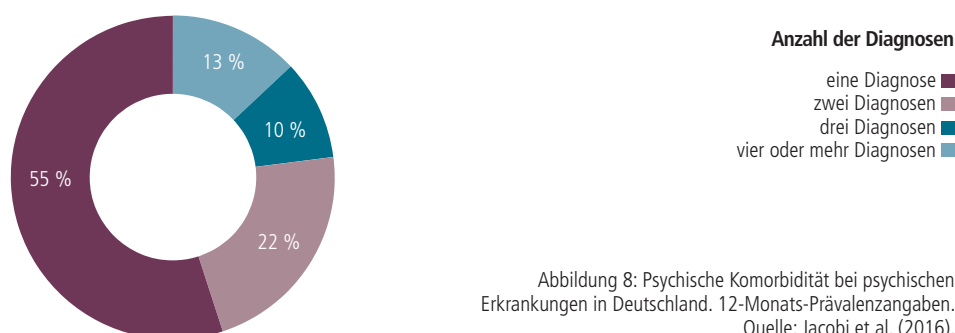
Auch die Komorbidität kann anhand von epidemiologischen Daten oder von Diagnosedaten ermittelt werden. Wichtig ist nicht nur die Betrachtung der psychischen Komorbidität, d.h. das gleichzeitige Vorliegen mehrerer psychischer Erkrankungen (1.5.1), sondern auch die Betrachtung vorliegender körperlicher Erkrankungen bei psychisch erkrankten Menschen sowie das Maß an psychischer Beeinträchtigung bei chronisch körperlich kranken Menschen (1.5.2).

1.5.1 Komorbidität mit psychischen Erkrankungen

Aus epidemiologischen Untersuchungen ergibt sich eine Rate von 45 % der psychisch Erkrankten in Deutschland, die mehr als eine Diagnose psychischer Erkrankungen haben (Jacobi et al., 2016). 55 % der Erkrankten haben nur eine einzige psychische Diagnose (s.Abb. 8).

Bei Frauen liegt die Komorbiditätsrate deutlich höher als bei Männern (50,2 % vs. 36,8 %). Am häufigsten kommt die Diagnosekombination „Angst und affektive Störung“ vor, gefolgt von „mehrere Angststörungen“ und „Angst- und affektive und somatoforme Störung“ (Jacobi et al., 2016).

12-Monats-Prävalenz: Anzahl der Diagnosen



Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen bleiben oft über längere Zeit hinweg bestehen und können die weitere altersgerechte Entwicklung beeinträchtigen

Psychische Erkrankungen stellen ein Entwicklungsrisiko dar

Die Mehrzahl aller psychischen Erkrankungen tritt erstmals bereits in der Kindheit, Jugend oder im frühen Erwachsenenalter auf

Komorbidität: das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung

Über 40 % aller psychisch erkrankten Menschen haben mehr als eine psychische Diagnose

Frauen weisen häufiger mehrere psychische Erkrankungen auf als Männer

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein sehr hohes Risiko für zusätzliche Suchterkrankungen

Einige Studien zur Komorbidität beziehen sich wieder auf Patienten mit schweren psychischen Störungen. Für diese Patienten wurde ein besonders hohes Risiko für Suchterkrankungen gefunden (Schneider et al., 2019). So haben z.B. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu Menschen ohne Borderline-Erkrankung ein 12-fach erhöhtes Risiko für psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und ein 5-fach erhöhtes Risiko für andere substanzgebundene Suchterkrankungen. Auch für Patienten mit psychotischer oder bipolarer Störung oder mit einer schweren Depression ist das Risiko für eine Suchterkrankung deutlich erhöht (s.Tab.4).

Tabelle 4: Psychische Komorbidität bei schweren psychischen Störungen

| Störungsgruppe | Borderline-Persönlichkeitsstörung | Psychotische Störungen | Bipolare Störungen | Schwere unipolare Depression |
|---|-----------------------------------|------------------------|--------------------|------------------------------|
| Morbidität/Risikofaktor | OR | | | |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 12,2 | 4,3 | 4,1 | 3,2 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (außer Alkohol) | 5,3 | 3,0 | 2,3 | 2,2 |

Anmerkungen: Angaben in Odds-Ratio. Quelle: Schneider et al. (2019).

Weltweit hat jeder vierte, europaweit jeder dritte psychisch Erkrankte mehr als eine psychische Diagnose

Internationaler Vergleich

Deutschland liegt mit seiner Rate von 45 % psychischer Komorbidität bei psychischen Erkrankungen über den europa- und weltweit dokumentierten, in epidemiologischen Studien ermittelten durchschnittlichen Komorbiditätsraten. Europaweit liegt die psychische Komorbiditätsrate bei 32 %, d.h. 68 % aller Betroffenen weisen nur eine psychische Diagnose auf. 18 % weisen 2 Diagnosen und 14 % 3 oder mehr Diagnosen auf. Als häufigste komorbide Störungen treten Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen und substanzbezogene Abhängigkeiten auf (Wittchen & Jacobi, 2005). In internationalen Daten zeigt sich eine Komorbiditätsrate für Jugendliche und junge Erwachsene von 27,9 %, d.h. bei mehr als jedem vierten psychisch Erkrankten lagen 2 oder mehr psychische Störungen gleichzeitig vor. Durchschnittlich hatten die Betroffenen mit mehreren Diagnosen 3,5 Erkrankungen (Lambert et al., 2013).

1.5.2 Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen

Körperliche Komorbidität bei schweren psychischen Erkrankungen

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben die meisten komorbiden körperlichen Erkrankungen

Bei Patienten mit schweren psychischen Störungen ist die Prävalenz gleichzeitiger infektiöser, endokriner/ernährungsbedingter/stoffwechselbedingter, kreislaufbedingter und respiratorischer Krankheitsgruppen deutlich erhöht (Schneider et al., 2019). So haben z.B. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ein über 4-fach erhöhtes Risiko für Hepatitis oder HIV und ein 56-fach erhöhtes Risiko für vorsätzliche Selbstverletzungen. Patienten mit psychotischen Störungen haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Diabetes, Adipositas, Pneumonie und Herzinsuffizienz. Menschen mit bipolaren Störungen sind häufiger komorbid an endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie an Hepatitis oder HIV erkrankt. Das Gleiche gilt für Patienten mit schweren unipolaren Depressionen. Diese haben ebenso ein signifikant höheres Risiko für verschiedene Arten von Krebserkrankungen.

Psychische Komorbidität bei chronisch körperlich Kranken

Bis zu 50 % der Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen leiden auch unter behandlungsbedürftigen psychischen Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen

Zur Frage, welche psychischen Beeinträchtigungen oder manifesten Erkrankungen bei chronisch körperlich kranken Menschen vorliegen, gibt es eine Reihe von Studien (Mittag et al., 2016). Die psychischen Beeinträchtigungen sind nicht nur als Reaktion auf körperliche Erkrankungen zu verstehen, sondern als Teil einer komplexen Interaktion. Unidirektionale Erklärungsmodelle greifen daher nicht. Auszugehen ist von neurobiologischen, psychologischen und sozialen Wechselwirkungen.

Bei chronischen körperlichen Erkrankungen treten sehr häufig auch psychische Beeinträchtigungen auf. Epidemiologische Studien zeigen, dass die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bis hin zu behandlungsbedürftigen psychischen Störungen bei körperlich Kranken sehr hoch ist (Klesse et al., 2008). Es treten v.a. Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Schmerzstörungen und Anpassungsstörungen auf. In einer umfassenden Studie zur psychischen Komorbidität bei chronisch körperlich Kranken ergibt sich eine Rate von 40 % der körperlich Kranken mit mindestens einer psychischen Störung. Bei Vorliegen von mehr als 2 gleichzeitigen körperlichen Erkrankungen haben bis zu 50 % der Patienten komorbide psychische Störungen (Härter et al., 2007).

Chronisch körperlich Erkrankte haben ein doppelt so hohes Risiko für psychische Erkrankungen wie körperlich Gesunde

Personen mit einer chronischen körperlichen Erkrankung weisen im Vergleich zu körperlich Gesunden ein 2,2-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung auf (Klesse et al., 2008). Für das Auftreten einer

schweren depressiven Episode sind die Risiken bei Schlaganfallpatienten sogar über 3-fach und bei Patienten mit Nierenversagen 3,6-fach erhöht (Egede, 2007).

Welche komorbide psychische Störung auftritt, hängt z.T. von der somatischen Erkrankung und der medizinischen Behandlung ab, kann aber auch diagnoseübergreifend sein. Chronisch körperlich Kranke mit psychischer Komorbidität haben eine schlechtere Lebensqualität und einen ungünstigeren Krankheitsverlauf und verursachen höhere Kosten im Gesundheitssystem (Koch et al., 2011). Die frühzeitige Behandlung der komorbiden psychischen Erkrankungen ist daher bei chronisch körperlich erkrankten Menschen von großer Bedeutung, um negative Auswirkungen auf den Verlauf der körperlichen Erkrankung zu verringern (Klesse et al., 2008). Untersuchungen gehen allerdings davon aus, dass in der Versorgungsrealität bei einem erheblichen Anteil dieser psychisch beeinträchtigten Patienten die Symptome nicht hinreichend erkannt und nicht behandelt werden (Bengel et al., 2003).

1.6 Mortalität

Studien zur erhöhten Sterblichkeit bei psychisch kranken Menschen liegen nur für die schweren psychischen Störungen (SMI) vor und beziehen sich damit nur auf einen kleinen Anteil aller psychisch erkrankten Menschen.

Eine umfassende Analyse von Abrechnungsdaten aller gesetzlich Versicherten weist besonders für SMI in Deutschland eine deutlich erhöhte 2-Jahres-Sterblichkeit nach (Schneider et al., 2019). Die erhöhten Sterberisiken liegen je nach Alter, Geschlecht und Erkrankung zwischen 1,4 und 2,4 (s.Tab. 5).

Tabelle 5: Sterberisiken für Menschen mit schweren psychischen Störungen

| Störungsgruppe | Sterberisiko (OR) |
|-----------------------------------|-------------------|
| Psychotische Störungen | 2,38 |
| Borderline-Persönlichkeitsstörung | 2,3 |
| Bipolare Störungen | 1,52 |
| Schwere unipolare Depression | 1,4 |

Anmerkungen: Angaben in Odds-Ratio. Quelle: Schneider et al. (2019).

Besonders hoch ist das Sterberisiko der Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen im jungen Alter, im Besonderen bei psychotischen Erkrankungen mit einer 11-fachen Erhöhung für 18- bis 25-Jährige. Damit wird die besondere Gefährlichkeit dieser Erkrankungen in einer Lebensphase mit normalerweise sehr geringer Mortalität in der Allgemeinbevölkerung deutlich. Selbst im Vergleich zu 85-jährigen Menschen in der Allgemeinbevölkerung weisen Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen aber immer noch eine statistisch signifikant erhöhte Sterblichkeitsrate auf.

Lebenszeitverlust

Der Verlust an Lebenszeit durch schwere psychische Erkrankungen liegt je nach Erkrankung zwischen 2,8 und 11,5 Jahren. Der geschätzte Verlust ist mit durchschnittlich 8,2 Jahren (im Alter von 50) bis 11,5 Jahren (im Alter von 20) bei psychotischen Erkrankungen am höchsten, gefolgt von der bipolaren Störung mit 5,7 Jahren (im Alter von 50) bis 7,1 Jahren (im Alter von 20) (s.Abb.9). Der Lebenszeitverlust ist bei jüngeren im Vergleich zu älteren Patienten also deutlich höher, und er ist höher bei Männern als bei Frauen (Schneider et al., 2019).

Lebenszeitverlust nach Altersgruppen

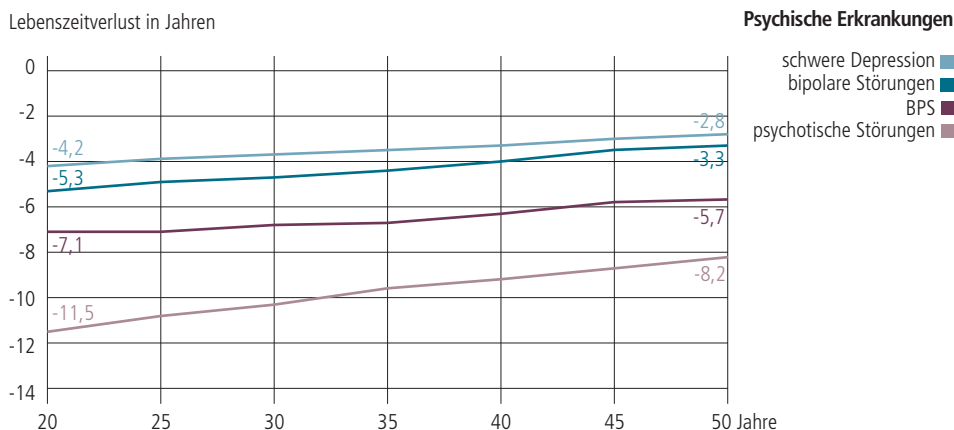


Abbildung 9: Geschätzter Lebenszeitverlust (in Jahren) bei schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, nach Altersgruppen. Quelle: Schneider et al. (2019).

Chronisch körperlich Kranke mit einer psychischen Komorbidität haben eine schlechtere Lebensqualität, einen ungünstigeren Krankheitsverlauf und verursachen höhere Behandlungskosten

Mortalität: Sterberate; Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtanzahl der Individuen oder bezogen auf die Anzahl in der betroffenen Population (spezifische Sterberate)

Erwachsene mit Psychosen weisen in einem 2-Jahres-Zeitraum eine mehr als doppelt so hohe Sterblichkeit im Vergleich zu Menschen ohne Psychosen auf

Psychotisch Erkrankte zwischen 18 und 25 Jahren haben ein 11-fach erhöhtes Sterberisiko

Je früher die Ersterkrankung, desto kürzer das Leben – Männer sind stärker betroffen

Psychisch schwer erkrankte Patienten sterben durchschnittlich 10 Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung

Jährlich sind weltweit ca. 8 Mio. Todesfälle auf die Folgen psychischer Störungen zurückzuführen

An Schizophrenie erkrankte Menschen sterben weltweit 10 bis 20 Jahre früher

Bei der Betrachtung der Lebenszeiterwartung von Menschen mit Psychosen sind auch die möglichen Nebenwirkungen der atypischen Neuroleptika zu beachten

Im Schnitt sterben in Deutschland täglich 25 Menschen durch Selbstmord. Männer verüben 3-mal so häufig Selbstmord wie Frauen

Im Vergleich zu den 80er-Jahren hat sich die Suizidrate halbiert

Internationale Ergebnisse

Psychisch schwer kranke Patienten sind neben der Beeinträchtigung durch die Krankheitslast auch erheblichen körperlichen Risiken ausgesetzt, was laut internationalen Befunden zu einer verkürzten Lebenserwartung um etwa 10 Jahre führt (Walker et al., 2015).

Die frühere Sterblichkeit ist v.a. auf komorbide körperliche Erkrankungen zurückzuführen. 2/3 der Todesfälle haben natürliche Ursachen. 18 % gehen auf unnatürliche Ursachen wie Suizid oder Unfälle zurück, der Rest hat unbekannte Ursachen. Gerade schwer psychisch Erkrankte haben eine hohe Komorbidität von körperlichen Erkrankungen (s. Kap.1.5). Vor allem durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht sich das Sterblichkeitsrisiko der psychisch Kranken deutlich. 14,3 % aller weltweiten Todesfälle (also 8 Mio. Todesfälle) jährlich werden auf psychische Erkrankungen zurückgeführt (Walker et al., 2015). Im Durchschnitt erhalten Menschen mit SMI eine weniger qualifizierte medizinische Versorgung als die allgemeine Bevölkerung (Schneider et al., 2019).

Patienten mit Schizophrenie haben global betrachtet das größte Risiko. Ihre Lebenserwartung ist um 10 bis 20 Jahre verkürzt. Oft wird die Schizophrenie daher auch als „life-shortening disease“ bezeichnet (Hewer & Schneider, 2016). Auch Patienten mit der Essstörung Anorexie haben im Vergleich zu Gesunden ein 7- bis 10-fach erhöhtes Risiko, an den direkten Folgen der Erkrankung zu sterben, da bei einem sehr niedrigen BMI ein Organversagen eintreten kann.

Bei der Betrachtung des Verlustes an Lebenszeit bei schweren psychischen Erkrankungen ist zu beachten, dass die kürzere Lebenszeit neben bedeutsamen anderen Faktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, schlechte Ernährung und unzureichende medizinische Behandlung auch auf die Nebenwirkungen durch die Einnahme atypischer Neuroleptika zurückzuführen ist. Bei diesen Medikamenten handelt es sich um Arzneimittel, die zur Behandlung der Schizophrenie und anderer Psychosen eingesetzt werden. Sie können bei längerer Einnahme ein metabolisches Syndrom auslösen, weswegen in der Langzeitbehandlung immer wieder Absetzversuche vorgenommen werden (Aderhold, 2014).

1.7 Suizid

Im Jahr 2017 nahmen sich in Deutschland 9.235 Menschen das Leben, das entspricht mehr als 25 Personen pro Tag. Die Suizidrate belief sich 2017 auf 11,2 Suizide je 100.000 Einwohner (Statistisches Bundesamt, 2020). Mit dieser Rate liegt Deutschland im europäischen Vergleich im Mittelfeld. Weltweit nehmen sich jährlich ca. 800.000 Menschen das Leben. Damit gehört der Suizid zu den häufigsten Todesarten (WHO, 2019). Die Suizidraten variieren stark zwischen den Ländern.

In den letzten 10 Jahren lag die Anzahl der Suizidfälle in Deutschland immer zwischen 9.000 und 10.000, die Suizidrate ist damit seit einem Jahrzehnt relativ konstant. Männer verüben etwa 3-mal so häufig Selbstmord wie Frauen (Statistisches Bundesamt, 2020). Es kommen mehr Menschen durch Suizid ums Leben als durch Verkehrsunfälle (3.177), Drogen (1.272), Mord (405) oder Totschlag (1.858) zusammen. Die Zahl der Suizidversuche ist schätzungsweise sogar 15- bis 20-mal so hoch. Ein verstärktes Engagement in der Suizidprävention erscheint demnach dringend notwendig.

In den 80er-Jahren war die Suizidrate in Deutschland im Vergleich zu der heutigen Rate doppelt so hoch. Im Jahr 1980 nahmen sich bundesweit noch ca. 50 Personen pro Tag das Leben. Der Rückgang wird auf effektivere Vorsorgemaßnahmen, eine bessere Aufklärung und eine deutlich höhere Sensibilität in der medialen Berichterstattung zurückgeführt. Auch die Verkleinerung von Packungsgrößen schwerer Medikamente soll zur Reduktion der Suizidrate beigetragen haben (Statista, 2020).

Sterbefälle durch Suizid

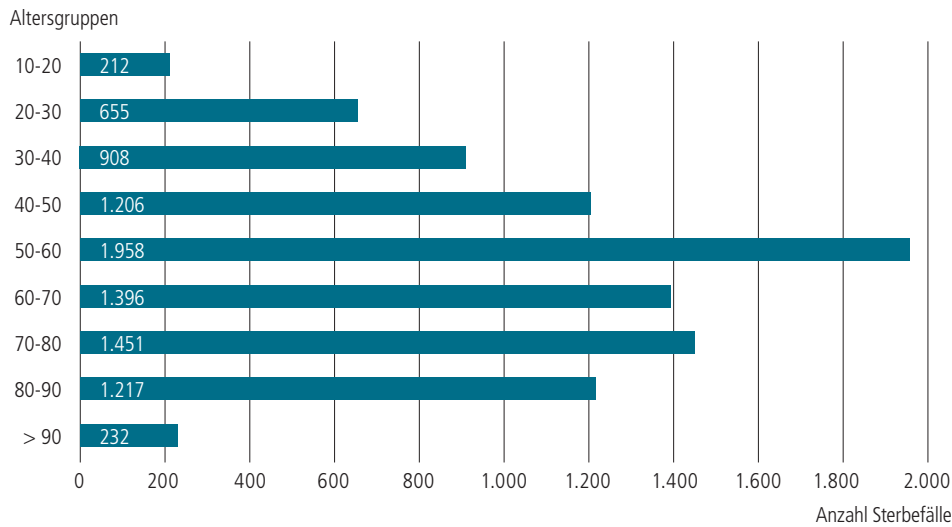


Abbildung 10: Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Altersgruppen im Jahr 2017.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt des Suizids liegt bei 58 Jahren. Mit steigendem Alter nimmt auch die Suizidrate zu: Bis zum Alter von 45 Jahren liegt die Rate unter dem bundesweiten Durchschnitt, bis zum 70. Lebensjahr steigt sie auf ca. 15 je 100.000 Einwohner, und bei den über 85-Jährigen liegt sie sogar bei ca. 30 je 100.000 Einwohner (s.Abb. 10).

Zwischen den Bundesländern finden sich für das Jahr 2017 wie auch für die Vorjahre deutliche Unterschiede bezüglich der altersstandardisierten Suizidraten. 2017 gab es in Brandenburg mit 3,8 Suiziden pro 100.000 Einwohner die wenigsten Suizide. Am höchsten fiel die Quote mit 13,8 in Sachsen-Anhalt aus (Statistisches Bundesamt, 2020). Die Ursachen für diese regionalen Unterschiede sind unklar.

Suizidalität kommt vor allem bei depressiven Menschen vor, aber auch bei anderen psychischen Erkrankungen und Lebensumständen, die mit hohem Leidensdruck und einer ins Negative verzerrten Realitätswahrnehmung einhergehen. Bis zu 90 % der Menschen, die einen Suizid verüben, leiden zum Zeitpunkt des Suizides an Symptomen psychischer Erkrankungen, insbesondere an affektiven Störungen oder an Schizophrenie, aber auch an Suchterkrankungen.

Unzureichend behandelte bzw. therapieresistente Depressionen und die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfe gehören zu den wichtigsten Ursachen für Suizid (Wolfersdorf, 2008a). Für Patienten mit schwerer depressiver Episode liegt das Lebenszeitrisko für einen Suizid (Lebenszeitsuizidmortalität) wissenschaftlichen Studien zufolge in Deutschland bei 14,4 % (Wolfersdorf, 2008b). Über alle depressiv Erkrankten aller Schweregrade hinweg liegt die Lebenszeitsuizidmortalität in Deutschland bei etwa 4 % (Wittchen et al., 2010). Das Lebenszeitrisko für Suizid in der Allgemeinbevölkerung wird auf 0,5 % und das für Patienten mit psychischen Störungen allgemein auf zwischen 2,2 % und 8,6 % geschätzt (Bostwick & Pankratz, 2000).

Die Suizidrate ist in Deutschland regional unterschiedlich ausgeprägt

Bis zu 90 % der Personen, die einen Suizid verüben, haben Symptome psychischer Erkrankungen

Bei schwer depressiv erkrankten Patienten ist die Suizidrate mit 14 % besonders hoch

Depressiv Erkrankte verüben 8-mal so häufig Selbstmord wie die Allgemeinbevölkerung

2. Inanspruchnahme von Psychotherapie

Die meisten verfügbaren Daten zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens stammen aus Studien mit bevölkerungsrepräsentativen Umfragen. Solche Befragungsdaten wie die aus den Gesundheitssurveys des RKI haben dabei gegenüber Routinedaten aus Abrechnungs- oder Diagnosestatistiken von Krankenkassen den Vorteil, dass sie die Gesamtbevölkerung krankensicherungsübergreifend (also z. B. auch Beihilfe- und Privat-Versicherte) abbilden. Befragungs- und Abrechnungsdaten lassen sich nur sehr begrenzt miteinander vergleichen, da beide unterschiedliche Limitationen aufweisen.

Bei der Frage nach der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens betrachtet man 2 Ebenen: Welcher Anteil der Gesamtbevölkerung hat aufgrund einer psychischen Erkrankung Kontakt ins Gesundheitswesen (Kap. 2.1.1 und Kap. 2.2.1), und welcher Anteil der psychisch erkrankten Menschen gelangt tatsächlich in eine adäquate Versorgung (Kap. 2.1.2 und Kap. 2.2.2). Bei letzterem ist es wichtig festzustellen, ob es sich auch tatsächlich um eine fachspezifische Behandlung handelt.

In einer Kleinen Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (2019) wird gefragt, wie viele Menschen jährlich psychiatrische, psychotherapeutische, psychosoziale und psychosomatische Hilfeleistungen in Anspruch nehmen. Die Antwort der Bundesregierung weist darauf hin, dass Daten zu Leistungen aus den Bereichen der Anspruchsgrundlage unterschiedlicher Sozialgesetzbücher nicht zusammengeführt dokumentiert sind: „Eine übergreifende Darstellung der Anzahl von Menschen, die Leistungen in Anspruch genommen haben, ist daher nicht möglich.“ (Bundesregierung, 2019).

2.1 Inanspruchnahme bei Erwachsenen

Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist im Vergleich zu anderen Ländern sehr gut. Dennoch wird nur ein relativ kleiner Anteil der Menschen, die auf der Grundlage epidemiologischer Studien als psychisch erkrankt gelten, fachspezifisch behandelt. Bei der Betrachtung von Daten zur Inanspruchnahme muss beachtet werden, in welcher Form und wie fachspezifisch die Versorgung erfolgt (z. B. psychosoziale Einrichtungen, Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut).

2.1.1 Inanspruchnahme in der erwachsenen Gesamtbevölkerung

Beim Vergleich von Angaben zur Behandlungsprävalenz muss unterschieden werden, ob diese sich auf einen begrenzten Zeitraum oder auf die gesamte bisherige Lebenszeit beziehen.

Behandlungsprävalenz Lebenszeit

In einer bevölkerungsrepräsentativen Studie zur Inanspruchnahme von psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfe aus dem Jahr 2016 ergab sich ein Bevölkerungsanteil von 15,9 % aller Befragten, die sich irgendwann in ihrem Leben in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befunden hatten (Groschwitz et al., 2017). Davon waren 75 % bereits bei einem Psychotherapeuten oder beim Facharzt in Behandlung gewesen, knapp 30 % in stationärer Behandlung, 13,5 % in ambulanter Behandlung in einer Ambulanz und 9,7 % in teilstationärer Behandlung.

3-Jahres-Behandlungsprävalenz

Nach den aktuellsten vorliegenden Daten aus der bevölkerungsrepräsentativen Versichertenbefragung der KBV aus dem Jahr 2019 haben 14 % der Befragten in den letzten 3 Jahren wegen eines seelischen Problems ärztliche oder psychologische Hilfe benötigt (Männer 11 %, Frauen 18 %) ²⁰. Von denen, die Hilfe in Anspruch genommen haben, suchten 64 % einen Psychotherapeuten auf. Dies entspricht einem Anteil von ca. 9 % aller befragten erwachsenen gesetzlich Versicherten unter 80 Jahren. Unterschiede zwischen den Altersgruppen finden sich in Abbildung 11.

Daten zur Inanspruchnahme von professionellen Hilfeleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen insgesamt werden in Deutschland nicht offiziell gesammelt

Knapp 16 % der erwachsenen Bevölkerung war irgendwann einmal in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung

9 % aller erwachsenen Versicherten haben in den letzten 3 Jahren wegen eines psychischen Problems einen Psychotherapeuten aufgesucht

Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung

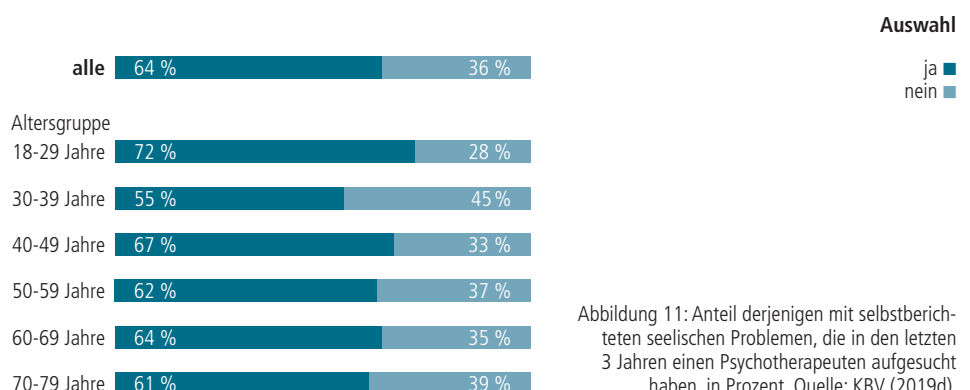


Abbildung 11: Anteil derjenigen mit selbstberichteten seelischen Problemen, die in den letzten 3 Jahren einen Psychotherapeuten aufgesucht haben, in Prozent. Quelle: KBV (2019d).

²⁰ Befragt wurden hier erwachsene Versicherte unter 80 Jahren.

In der KBV-Versichertenbefragung wurden auch soziodemographische Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme untersucht. Bei Männern lag der Anteil derjenigen, die seelische Probleme bejaht und dann auch einen Psychotherapeuten aufgesucht hatten, niedriger als bei Frauen (6,5 % vs. 11,9 %). Gesetzlich krankenversicherte Erwachsene nahmen häufiger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch als privat Krankenversicherte (9,8 % vs. 5,9 %). Außerdem nahmen bei den Befragten mit seelischen Problemen diejenigen mit Hochschulabschluss häufiger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch als diejenigen mit Hauptschulabschluss und die Bewohner von Großstädten (über 100.000 Einwohner) häufiger als die Bewohner von Kleinstädten (unter 5.000 Einwohner). Zwischen westlichen und östlichen Bundesländern traten keine wesentlichen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Psychotherapie auf (KBV, 2019d).

Frauen, Befragte mit höherem Bildungsgrad und Menschen in Großstädten nehmen häufiger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch

12-Monats-Behandlungsprävalenz

In Deutschland berichten 9,7 % der Erwachsenen, innerhalb eines Jahres (2014-2015) psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen zu haben²¹. Frauen (11,3 %) tun dies häufiger als Männer (8,1 %). Es zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein Anstieg der Inanspruchnahme bis in die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (13,4 % Frauen, 9,7 % Männer), die in den älteren Gruppen wieder stetig sinkt (Rommel et al., 2018). Für die Vorjahre 2008-2011 liegen Inanspruchnahmeraten vor, die zwischen den verschiedenen Behandlergruppen genauer differenzieren²². Nach den Ergebnissen dieser Studie hatten 8,2 % der Erwachsenen innerhalb der vergangenen 12 Monate einen Neurologen oder Psychiater aufgesucht. Daneben hatten 4,3 % mindestens einmal einen Psychotherapeuten aufgesucht. Immer lag der Anteil der Frauen höher als der der Männer. In diesen älteren Studien zeigte sich ein eher homogener Altersverlauf, in der ältesten Gruppe (70-79 Jahre) ging die Inanspruchnahme allerdings leicht zurück (2,2 %) (Rattay et al., 2013).

Jährlich sucht ca. 10 % der Gesamtbevölkerung einen Psychotherapeuten oder Psychiater auf

2.1.2 Inanspruchnahme bei psychisch kranken Erwachsenen

Im Folgenden wird beschrieben, welcher Anteil an psychisch erkrankten Menschen welche Art von professioneller Unterstützung in Anspruch nimmt. Mit zunehmender Spezialisierung der Behandler wird die Inanspruchnahmerate geringer. Viele Betroffene haben zwar einen Kontakt ins Gesundheitssystem, aber zu wenige erhalten eine adäquate fachspezifische Behandlung.

Irgendein Kontakt ins Gesundheitssystem

Bundesweit nehmen 41,8 % der psychisch Erkrankten irgendwann Kontakt zum Gesundheitssystem auf (DEGS1-Daten, Mack et al., 2014). Hierbei handelt es sich um den Selbstbericht der Befragten, aufgrund psychischer Probleme jemals Gesundheitsdienste aufgesucht zu haben. Europaweit hat die Hälfte aller psychisch Erkrankten irgendeinen Kontakt zum Gesundheitssystem (Wittchen et al., 2011).

Deutschlandweit hat mehr als jeder dritte, europaweit jeder zweite psychisch Kranke Kontakt zum Gesundheitswesen

In der DEGS1-Studie wurde auch der Zusammenhang von Kontaktraten ins Gesundheitssystem mit der Anzahl der psychischen Diagnosen ermittelt. Ist nur eine psychische Erkrankung diagnostiziert, berichtet der Großteil der Betroffenen (68 %) über gar keinen diesbezüglichen Kontakt zum Gesundheitssystem, etwa 11 % über Kontakt im letzten Jahr und etwa 21 % über Kontakt vor mehr als einem Jahr. Je mehr Diagnosen vorliegen, desto größer ist der Anteil an Patienten, die innerhalb eines Jahres nach Symptombeginn Kontakt ins Gesundheitssystem aufnehmen (s. Abb. 12) (Mack et al., 2014).

2/3 der Menschen mit nur einer psychischen Diagnose haben keinen diesbezüglichen Kontakt zum Gesundheitssystem

Kontakt zum Gesundheitssystem innerhalb eines Jahres

Je mehr psychische Diagnosen vorliegen, desto wahrscheinlicher ist ein schneller Kontakt ins Gesundheitssystem

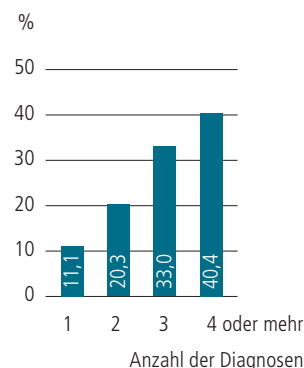


Abbildung 12: Anteil der Patienten, die innerhalb von 12 Monaten Kontakt ins Gesundheitssystem aufnehmen, nach Anzahl der psychischen Diagnosen, in Prozent. Quelle: Mack et al. (2014).

Die Rate der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen variiert mit soziodemographischen Faktoren, mit der Diagnose und mit der Komorbidität. Frauen nehmen innerhalb eines Jahres doppelt so häufig Gesundheitsleistungen in Anspruch wie Männer (23,5 % vs. 11,6 %). Ebenso unterscheiden sich Personen

Psychisch erkrankte Frauen nehmen doppelt so häufig Behandlung in Anspruch wie Männer

²¹ Dieses Ergebnis stammt aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des RKI (Daten aus 2014-2015).

²² Daten der DEGS1-Studie

ohne Arbeitstätigkeit versus mit Arbeitstätigkeit (47,7 % vs. 38 %). Die niedrigsten Behandlungsraten werden für substanzbezogene Störungen aufgeführt (12-Monats-Behandlungsprävalenz 15,6 %; Lebenszeit-Behandlungsprävalenz 37,3 %), die höchsten für psychotische Erkrankungen (12-Monats-Behandlungsprävalenz 40,5 %; Lebenszeit-Behandlungsprävalenz 72,1 %) (Mack et al., 2014).

Abbildung 13 veranschaulicht die unterschiedlichen Behandlungsraten bei verschiedenen psychischen Diagnosen. Angststörungen werden z. B. deutlich häufiger behandelt als Abhängigkeitserkrankungen.

Verschiedene psychische Erkrankungen haben unterschiedliche Behandlungsraten

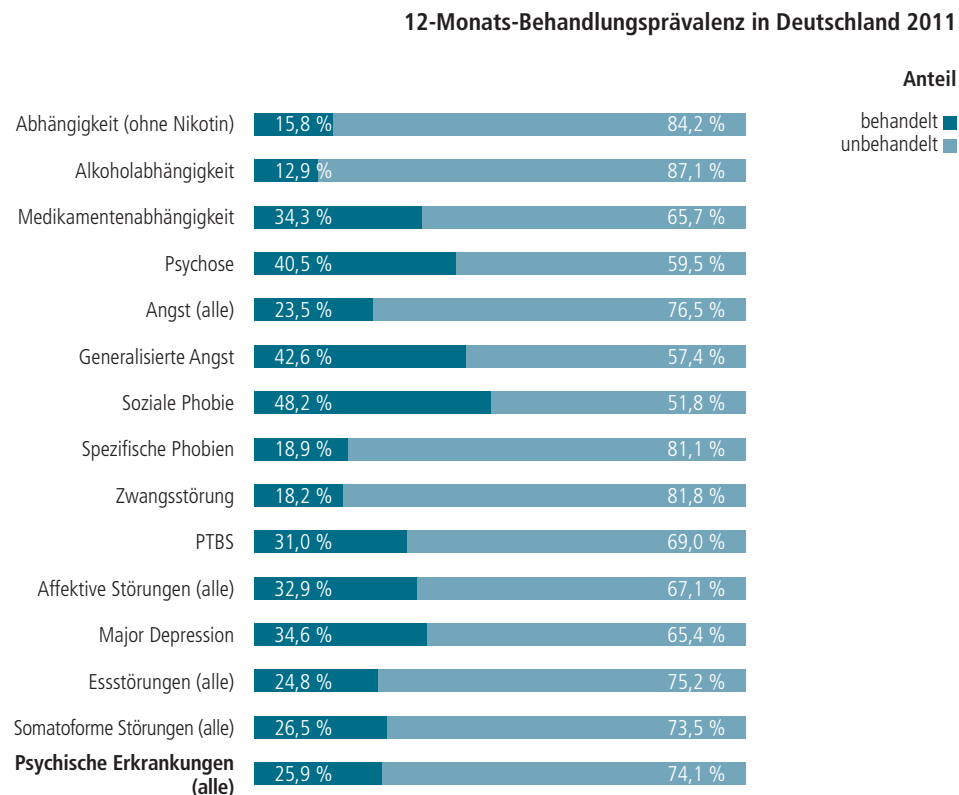


Abbildung 13: Anteil behandelter und unbehandelter Menschen mit verschiedenen psychischen Störungen in Deutschland im Jahr 2011, in Prozent. Alle Behandlungsformen. Quelle: Mack et al. (2014).

Latenz: Dauer vom Krankheitsbeginn (erstes Auftreten von Symptomen) bis zum Kontakt ins Gesundheitssystem

Besonders späte Behandlung bei Angsterkrankungen und affektiven Erkrankungen

In Deutschland nehmen weniger als 1/3 der Patienten mit psychischen Erkrankungen irgendeine Form von fachspezifischer Behandlung in Anspruch

Die 12-Monats-Behandlungsprävalenzen liegen bei Psychologischer Psychotherapie höher als bei Ärztlicher Psychotherapie

Bei Angststörungen und affektiven Störungen dauert es besonders lange, bis eine Behandlung aufgenommen wird. Es nehmen bei Angststörungen ca. 46 % und bei affektiven Störungen 47 % der Patienten innerhalb eines Jahres nach Symptomaufreten Kontakt ins Gesundheitssystem auf. Jedoch dauert es bei der anderen Hälfte der Patienten mit diesen Störungsbildern, die nicht innerhalb des ersten Jahres in Behandlung kommen, im Mittel²³ 6 bis 7 Jahre vom ersten Auftreten der Symptome bis zum Kontakt ins Gesundheitssystem. Man spricht hier von der Latenz.

Fachspezifische Behandlung (ambulant/stationär, psychotherapeutisch/psychiatrisch)

Für die Inanspruchnahme fachspezifischer Leistungen irgendeiner Form werden in der wissenschaftlichen Literatur Gesamtversorgungsgrade zwischen 26 % und 29 % genannt (Nübling et al., 2014). Diese Berechnungen beruhen auf KBV-Daten zu Behandlungsfällen im Verhältnis zu den epidemiologisch ermittelten Prävalenzen. Die Angaben beziehen sich auf ambulante Behandlungen (Psychotherapie, Psychiatrie, nervenärztliche Behandlung), auf stationäre Behandlungen nicht-psychotherapeutischer Art sowie auf die Versorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen. Es handelt sich damit also um fachspezifische Behandlungen verschiedener Disziplinen in verschiedenen Sektoren. Europaweit erhalten ca. 10 % aller psychisch erkrankten Menschen eine pharmakologische oder psychotherapeutische Behandlung (Wittchen et al., 2011).

Ebenso liegen ältere Daten zur Inanspruchnahme vor, welche nach Behandlergruppen differenzieren. In einer Analyse der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys (1998/99) wird berichtet, dass 27,2 % der psychisch Erkrankten innerhalb eines Jahres einen Psychologischen Psychotherapeuten oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 16,5 % einen Ärztlichen Psychotherapeuten kontaktieren (Wittchen & Jacobi, 2001). Bei dieser Zählung wurde bereits ein einzelner Kontakt ungeachtet des Settings (ambulant oder stationär) und der Art der Einrichtung als Kriterium für eine Behandlung zugrunde gelegt.

²³ Bei diesem Durchschnittswert handelt es sich um den Median (d.h. der Wert, über dem und unter dem sich jeweils 50 % der Stichprobe mit ihren Werten bewegen).

Eine vorläufige Auswertung im Rahmen der größten deutschen Kohortenstudie (NAKO)²⁴ ergibt eine ähnliche Inanspruchnahmerate: Nur etwa jeder dritte Betroffene mit Depressionsdiagnose nimmt professionelle Hilfe in Anspruch (NAKO Gesundheitsstudie, 2019). Es liegt keine Information über die Art der hier ermittelten fachspezifischen Behandlung vor.

Nur einer von 3 depressiven Menschen nimmt professionelle Hilfe in Anspruch

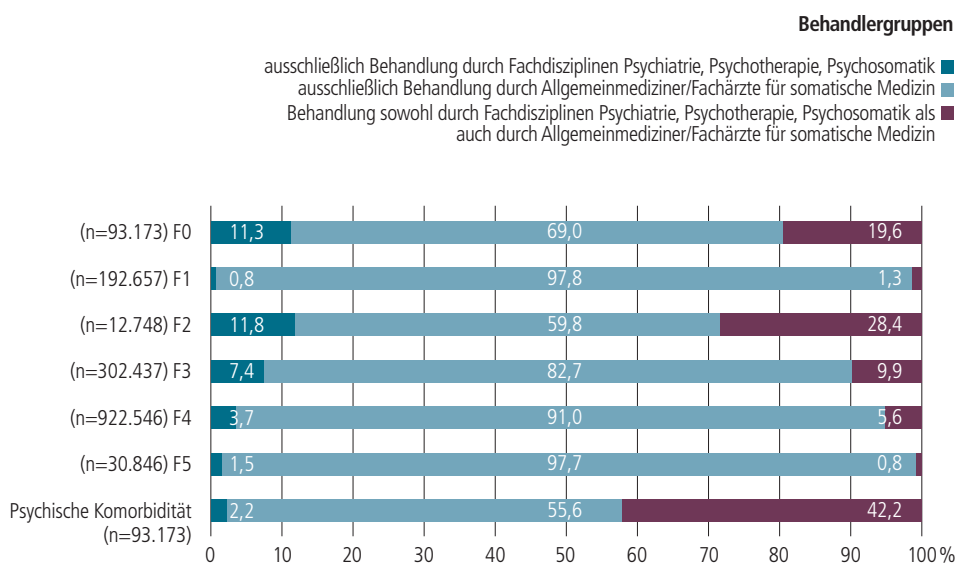
Ambulante psychotherapeutische Behandlung

19,4 % der Betroffenen mit einer psychischen Erkrankung nehmen irgendwann in ihrem Leben eine ambulante Psychotherapie in Anspruch (Mack et al., 2014).

Nur knapp 1/5 aller Menschen mit einer psychischen Diagnose nehmen irgendwann ambulante Psychotherapie in Anspruch

Über alle psychischen Diagnosegruppen hinweg werden innerhalb von 3 Jahren (2005-2007) fast 3/4 der aufgrund einer psychischen Erkrankung ambulant behandelten Versicherten ausschließlich durch Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für somatische Medizin behandelt (s. Abb. 14, Gaebel et al., 2013).

Ambulante Behandlung nach Behandlergruppen und Diagnosen



Ca. 3/4 der psychisch Erkrankten gelangen gar nicht in eine psychotherapeutische Behandlung

Abbildung 14: Ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen differenziert nach Disziplinen und Diagnosen (F0-F5), repräsentative Stichprobe von ca. 3,2 Mio. Versicherten verschiedener Krankenkassen mit ambulanter Behandlung und Diagnose einer psychischen Störung. Angaben in Prozent. Entnommen aus: Gaebel et al. (2013).

Die aufgeführten Daten zeigen, dass immer noch sehr viele Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht in eine indizierte Psychotherapie gelangen. Als Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme von Psychotherapie werden in der Literatur individuelle und soziale Behandlungsbarrieren aufgeführt (s. Tab. 6).

Es gibt immer noch zu viele Hürden bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie

Tabelle 6: Gründe für mangelnde Inanspruchnahme von Psychotherapie

| Individuelle Barrieren | Soziale Barrieren |
|--|---|
| Mangelnde Kenntnis über Behandlungsmöglichkeiten | Unzureichende Erkennung psychischer Störungen durch Ärzte |
| Motivationsdefizit | Regionales Fehlen von Versorgungsangeboten |
| Rein somatisches Krankheitskonzept | Wartezeiten auf Psychotherapieplatz (in manchen Regionen) |
| Schonungsverhalten | |
| Stigmatisierungsangst | |
| Interkulturelle Probleme | |
| Hohes Alter | |

Anmerkungen: Quelle: Kruse & Herzog (2012).

²⁴ In der NAKO-Studie werden seit 2014 zufällig aus den Melderegistern gezogene Männer und Frauen zwischen 20 und 69 Jahren bundesweit in 18 Studienzentren medizinisch untersucht und nach ihren Lebensumständen befragt.

2.2 Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen

Zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Fachversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegen weniger Studienergebnisse vor als bei Erwachsenen.

2.2.1 Inanspruchnahme bei allen Kindern und Jugendlichen in der Bevölkerung

In der BELLA-Studie ergibt sich für alle befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren eine durchschnittliche Rate der Inanspruchnahme psychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten von 5,6 %. Die Wohnortgröße hat dabei signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme. In Großstädten werden mehr Kinder und Jugendliche fachspezifisch behandelt (Hintzpeter et al., 2014). Im Vergleich zur erwachsenen Bevölkerung zeigt sich, dass die Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen deutlich niedriger ist, bei Erwachsenen lag sie 3-mal so hoch (5,6 % vs. 15,9 %).

2.2.2 Inanspruchnahme bei psychisch kranken Kindern

Eine aktuelle Analyse von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gibt Aufschluss über die Rolle der verschiedenen Behandlergruppen in der Behandlung psychisch kranker Kinder (Steffen, Akmatov, et al., 2019).

Bei allen psychischen Störungsbildern sind in der Regel Kinderärzte und Allgemeinmediziner an der Versorgung beteiligt, wobei in der hier zugrundeliegenden Studie bereits ein einziger Kontakt im Jahr als Beteiligung des entsprechenden Arztes an der Versorgung gewertet wurde. Nach dieser Rechenart waren insgesamt in mehr als 80 % der Fälle Kinder- und Jugendmediziner an der Versorgung der Patienten beteiligt. Bei Hausärzten variierte die Beteiligung zwischen 35 % bei Entwicklungsstörungen und 71 % bei affektiven Störungen. Bei Entwicklungsstörungen lag die Beteiligung von Kinderärzten an der Versorgung mit 90 % besonders hoch. Dies erklärt sich dadurch, dass die besonders häufig auftretenden umschriebenen Entwicklungsstörungen (wie bereits unter 1.2 beschrieben) keine Indikation für Psychotherapie darstellen. Stattdessen verordnen Haus- oder Kinderärzte Heilmittel wie Logopädie und Ergotherapie oder bei Kindern bis zum Schulalter Maßnahmen zur Frühförderung.

Die Beteiligung von Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychiatern und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war am stärksten bei den affektiven Störungen, gefolgt von der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. 68 % der betroffenen Kinder oder Jugendlichen mit einer affektiven Störung hatten während eines Quartals und 30 % innerhalb von allen 4 Quartalen des Jahres 2017 Kontakt zu einem der genannten Fachbehandler. Dabei war die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiatern mit je 40 % gleich hoch. Bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen wurden bei einer etwas geringeren Beteiligung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Fachversorger insgesamt ebenso häufig die Psychotherapeuten und die Psychiater in Anspruch genommen (Steffen, Akmatov, et al., 2019).

Zwischen 2007 und 2017 ist die Inanspruchnahmerate von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Versorgung von Heranwachsenden mit psychischen Störungen über alle F-Diagnosen um mindestens 70 % gestiegen. Die stärkste Zunahme zeigte sich bei affektiven Störungen: Hier verdoppelte sich die Inanspruchnahme der KJP im genannten Zeitraum von 20 % im Jahr 2009 auf 40 % im Jahr 2017. Gleichzeitig nahm die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung ab (Steffen, Akmatov, et al., 2019).

Im Jahr 2017 nahmen 47 % der Kinder und Jugendlichen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch. Insgesamt 14 % der Betroffenen erhielten eine psychosomatische Grundversorgung, 19 % nahmen „therapeutische Gespräche, psychiatrische Behandlungen oder eine supportive Psychotherapie“ in Anspruch, bei knapp 10 % wurde eine antragspflichtige Psychotherapie durchgeführt. Diese antragspflichtige Psychotherapie ist von den genannten Leistungen die mit der höchsten Behandlungsintensität (Steffen, Akmatov, et al., 2019).

Das Ausmaß der Inanspruchnahme fachgerechter Behandlung variierte mit dem Störungsbild. Kinder und Jugendliche mit einer affektiven Störung waren am häufigsten in einer solchen fachspezifischen Behandlung. Von ihnen nahmen 42 % eine antragspflichtige Psychotherapie in Anspruch (Steffen, Akmatov, et al., 2019).

Erwartungsgemäß sind die administrativen Inanspruchnahmeraten höher als die in epidemiologischen Untersuchungen gewonnenen, da bei den administrativen Daten bereits ein Kontakt ins Gesundheitssystem vorhanden war und dadurch die gesamte Inanspruchnahmerate höher zu vermuten ist. Nach Ergebnissen der BELLA-Studie sind zwar 87,6 % der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in den letzten 12 Monaten bei Kinder- oder Allgemeinärzten vorstellig gewesen, aber nur 21,6 % hatten in dieser Zeit Kontakt zu psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlern (Klasen et al., 2017). Eine Erhöhung der Inanspruchnahmerate fachspezifischer Versorgung könnte nach Aussage der Autoren

5,6 % aller Kinder und Jugendlichen kommen jährlich in psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung – in Großstädten häufiger als auf dem Land

Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden gleich häufig in Anspruch genommen

Die relative Zunahme der Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten liegt zwischen 2007 und 2017 bei mindestens 70 %

Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Diagnose nimmt eine fachspezifische Behandlung in Anspruch, nur etwa 1/10 macht eine antragspflichtige Psychotherapie

Kinder und Jugendliche mit affektiven Störungen nehmen am häufigsten Psychotherapie in Anspruch

Nach Ergebnissen epidemiologischer Untersuchungen nehmen Kinder noch seltener psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch

durch verbesserte Identifikation psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher bei Kinder- und Allgemeinärzten und durch gezielte Weiterleitung an psychotherapeutische und/oder psychiatrische Fachversorger erreicht werden.

Berichtet wird in der BELLA-Studie auch, dass von den Betroffenen, die nicht in Kontakt mit Fachbehandlern standen,

55 % geäußert hatten, unsicher zu sein, ob das Problem ernsthaft genug sei,

29 % kein Wissen darüber hatten, an wen sie sich wenden könnten und

28 % sich darüber sorgten, was Andere denken könnten (Klasen et al., 2017).

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS im DSM-5) bzw. Hyperkinetische Störung (HKS, F90 im ICD-10) wird nach diesen Studienergebnissen bei Kindern und Jugendlichen häufiger von Psychiatern oder Psychotherapeuten behandelt als Depressionen oder Angststörungen. Es zeigten sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (Hintzpetter et al., 2014).

Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern weisen diagnoseübergreifend 3- bis 7-fach häufiger psychische Auffälligkeiten im Vergleich zur Normalbevölkerung auf (Wiegand-Grefe et al., 2011). Sie haben eine fast doppelt so hohe Rate der Inanspruchnahme professioneller Hilfe (OR = 1,8). Ebenso wird eine höhere Inanspruchnahmerate von Fachversorgern für Kinder und Jugendliche berichtet, die in urbanen Regionen leben, in deren Familie eine hohe elterliche Belastung vorliegt und für Kinder, bei denen laut Elternbericht eine starke Beeinträchtigung durch ihre psychischen Auffälligkeiten vorliegt.

ADHS wird häufiger von Psychiatern oder Psychotherapeuten behandelt als Depressionen oder Angststörungen

Psychisch auffällige Kinder von psychisch auffälligen Eltern werden fast doppelt so oft behandelt wie die von gesunden Eltern

3. Krankheitskosten psychischer Erkrankungen

Tangible Kosten: in Geldwert berechenbare Kosten; dazu zählen direkte Kosten (alle Kosten, die unmittelbar für die Behandlung der Krankheit aufgewendet werden) und indirekte Kosten (bezeichnen den gesamtwirtschaftlichen Verlust an Produktivität durch die Krankheit, z.B. aufgrund von Arbeitsunfähigkeit oder reduzierter Arbeitsleistung)
Intangible Kosten: nicht-materielle Kosten, wie z.B. der Verlust an Lebensqualität

Psychische Störungen führen nicht nur zu schwerwiegendem individuellem Leid und familiären Belastungen, sondern sie haben auch erhebliche gesellschaftliche Auswirkungen und verursachen hohe Kosten. Man unterscheidet dabei tangible/materielle und intangible Kosten.

Laut einer OECD-Auswertung belaufen sich die direkten und indirekten Kosten für psychische Erkrankungen in allen EU-Ländern im Jahr 2015 zusammen auf 600 Mrd. €, was mehr als 4,1 % des EU-Bruttoinlandsproduktes²⁵ entspricht. Von diesen 4,1 % werden 1,6 % auf eine niedrigere Produktivität der Erkrankten, 1,2 % auf Ausgaben für Sozialversicherungsprogramme (z. B. Lohnfortzahlung) und 1,3 % auf direkte Krankheitskosten zurückgeführt (OECD/European Union, 2018).

Psychische Erkrankungen verursachen in Europa Kosten von jährlich 600 Mrd. €

Psychische Erkrankungen kosten in Deutschland jährlich fast 5 % des Bruttoinlandsproduktes

In Deutschland liegen die direkten und indirekten Kosten für psychische Erkrankungen zusammen bei 4,8 % des deutschen Bruttoinlandsproduktes²⁶. Die Anteile in den meisten anderen europäischen Ländern sind geringer (s. Abb. 15).



Abbildung 15: Kosten (direkte + indirekte) durch psychische Erkrankungen als Anteil am Bruttonationalprodukt im Jahr 2015, in Prozent. Entnommen aus: OECD/European Union (2018).

Die Kosten für psychische Erkrankungen werden in den kommenden Jahren weiter steigen

Schätzungen für 2030 gehen davon aus, dass die Kosten aufgrund psychischer Erkrankungen weltweit weiter ansteigen. Dies gilt sowohl für arme²⁷ als auch für reiche Länder (s. Abb. 16).

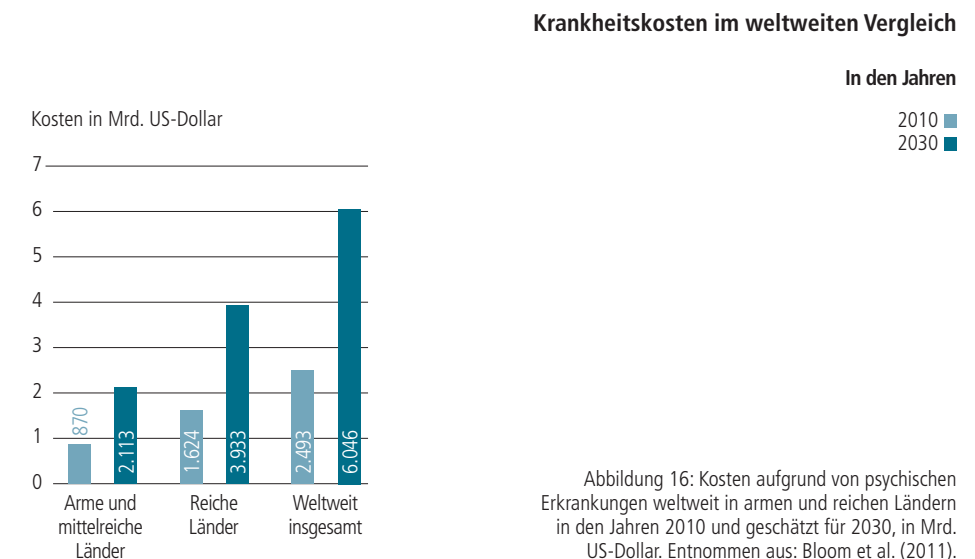


Abbildung 16: Kosten aufgrund von psychischen Erkrankungen weltweit in armen und reichen Ländern in den Jahren 2010 und geschätzt für 2030, in Mrd. US-Dollar. Entnommen aus: Bloom et al. (2011).

²⁵ 14.625 Mrd. € im Jahr 2015.

²⁶ 3.030 Mrd. € im Jahr 2015

²⁷ Einteilung in arme und reiche Länder nach der Weltbank-Klassifikation von 2011.

3.1 Direkte Krankheitskosten

In diesem Kapitel werden alle direkten Krankheitskosten psychischer Erkrankungen beziffert. Diese zählen alle zu den tangiblen Kosten.

Im Jahr 2015²⁸ verursachten Krankheiten in Deutschland insgesamt 338 Mrd. € direkter Krankheitskosten. Hiervon fielen 213,7 Mrd. € für die medizinische Versorgung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an (Statistisches Bundesamt, 2019). Außer der GKV haben auch folgende Kostenträger Krankheitsausgaben: öffentliche Haushalte, soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Private Kranken-/Pflege-Pflichtversicherung, Arbeitgeber, private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck. Diese restlichen Gesundheitsausgaben belaufen sich entsprechend auf 124,3 Mrd. €.

Die Leistungsausgaben der GKV für Gesundheit steigen jährlich. 2018 wurden von der GKV in Deutschland 226,2 Mrd. € für die medizinische Versorgung ihrer Versicherten ausgegeben. Der größte Teil der Ausgaben (77,2 Mrd. €) fließt in die stationäre Versorgung, 39,4 Mrd. fließen in die ambulante ärztliche Versorgung. Für die Arzneimittelversorgung wurden 38,7 Mrd. € ausgegeben²⁹, für Krankengeld 13,1 Mrd. €. Unter „Sonstiges“ fallen Hilfsmittel, Heilmittel, die zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz, Früherkennungsmaßnahmen, Dialyse, Schutzimpfungen, Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Fahrtkosten (s.Abb.17).

Direkte Krankheitskosten machen in Deutschland jährlich insgesamt fast 340 Mrd. € aus

In der GKV werden jährlich 226 Mrd. € ausgegeben. Den größten Kostenanteil verursachen Krankenhausbehandlungen

Ausgaben der GKV 2018 (in Mrd. Euro)

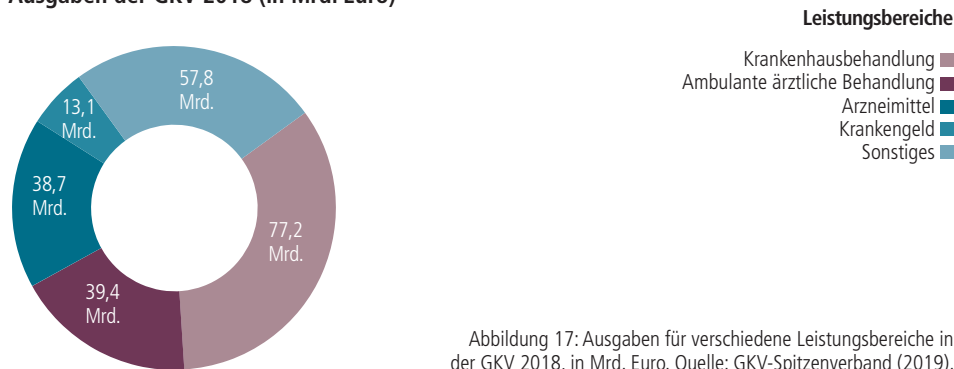


Abbildung 17: Ausgaben für verschiedene Leistungsbereiche in der GKV 2018, in Mrd. Euro. Quelle: GKV-Spitzenverband (2019).

3.1.1 Direkte Krankheitskosten psychischer Erkrankungen insgesamt

Zu den direkten Krankheitskosten psychischer Erkrankungen zählen die ambulante und die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen, die Kosten für Psychopharmaka, für Krankengeld sowie für präventive und für rehabilitative Maßnahmen. Ebenso werden auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren, zu diesem Kostenbereich gezählt. Die folgende Angabe zu den Kosten psychischer Erkrankungen ist damit kostenträgerübergreifend.

Für 2015 gibt das Statistische Bundesamt direkte Krankheitskosten³⁰ in Deutschland für psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10) von insgesamt 44,4 Mrd. € an, was einem Anteil von 13,1 % an den gesamten direkten Krankheitskosten in Deutschland entspricht (s.Abb.18). Damit sind die psychischen Erkrankungen im Vergleich der direkten Kosten nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweit teuerste Erkrankungsgruppe in Deutschland.

Psychische Erkrankungen sind mit über 44 Mrd. € direkten Kosten die zweit teuersten Erkrankungen in Deutschland

²⁸ Es werden hier die Krankheitskosten aus dem Jahr 2015 aufgeführt, um Vergleichsberechnungen mit den Krankheitskosten für psychische Erkrankungen darzustellen, für die bisher die aktuellsten Daten aus dem Jahr 2015 stammen (s. Kap. 3.1.1). Für 2017 liegen die direkten Krankheitskosten in Deutschland insgesamt bei 375 Mrd. € (Statistisches Bundesamt, 2019).

²⁹ Im Arzneiverordnungsreport von 2019 (Schwabe et al., 2019) wird aufgrund einer unterschiedlichen Kategorisierung ein Wert von 40,1 Mrd. € als Gesamtkosten für Arzneimittel angegeben. Da im Arzneiverordnungsreport auch genaue Angaben für die Kosten von Psychopharmaka aufgeführt sind, mit denen die Kosten für Psychotherapie im vorliegenden Report Psychotherapie verglichen werden, werden im Kap. 3.1.7 die Daten aus dem Arzneiverordnungsreport zugrunde gelegt.

³⁰ Die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts führt verschiedene Datenquellen zusammen, macht jedoch keine eigenen Erhebungen. Sie ermittelt die mit der medizinischen Behandlung, mit Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen verbundenen Kosten für die jeweilige Krankheitsgruppe anhand der Hauptdiagnose nach ICD-10. Gesundheitsausgaben der verschiedenen Einrichtungen (ambulante Praxen, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen) werden zusammengeführt. Zuletzt wurde die Krankheitskostenrechnung für das Berichtsjahr 2015 veröffentlicht, neuere Daten für die Kosten psychischer Erkrankungen liegen noch nicht vor.

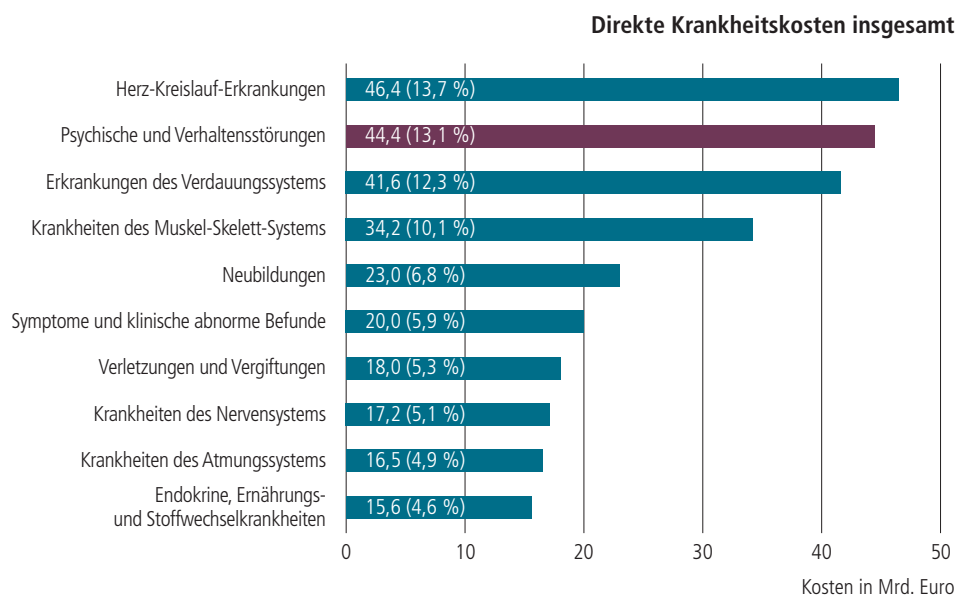


Abbildung 18: Direkte Krankheitskosten insgesamt im Jahr 2015 nach den 10 teuersten Krankheitsgruppen, stationär und ambulant, in Mrd. Euro. In Klammern der jeweilige Anteil der Krankheitsklasse an den gesamten Krankheitskosten 2015 in Prozent aus eigener Berechnung. Entnommen aus: Statista (2020).

Entsprechend des häufigeren Auftretens psychischer Störungen fallen bei Frauen höhere direkte Krankheitskosten an

Frauen verursachen bei den psychischen Störungen 62,4 % aller direkten Krankheitskosten, Männer 37,6 %. Dies entspricht den höheren Prävalenzraten psychischer Erkrankungen und der höheren Inanspruchnahmerate fachgerechter Behandlung bei Frauen. Die höchsten Ausgaben fallen bei Männern im mittleren Lebensalter an, bei Frauen im höheren und hohen Alter. Bei den Angaben sind auch organische psychische Erkrankungen wie Demenz etc. berücksichtigt (s. Tab. 7).

Tabelle 7: Direkte Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht

| Altersgruppe | Direkte Krankheitskosten | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------|
| | Männer (Mio. €) | Frauen (Mio. €) |
| Unter 15 Jahre | 1.998 | 1.204 |
| 15-30 Jahre | 1.881 | 2.387 |
| 30 bis unter 45 Jahre | 2.468 | 3.087 |
| 45 bis unter 65 Jahre | 4.466 | 5.990 |
| 65 bis unter 85 Jahre | 4.114 | 7.455 |
| 85 Jahre und mehr | 1.767 | 7.555 |
| Insgesamt | 16.694 | 27.678 |

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2015 nach Alter und Geschlecht in Mio. Euro. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Beinahe 40 % der direkten Krankheitskosten aufgrund psychischer Erkrankungen gehen auf organische psychische Störungen wie z. B. die dementiellen Erkrankungen zurück, mehr als 20 % auf affektive Störungen

Organische psychische Störungen verursachen 38,4 % der gesamten direkten Krankheitskosten psychischer Erkrankungen. Affektive Störungen verursachen 21 %, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit) verursachen 8,2 % der Kosten. Die absoluten Kosten werden in Tabelle 8 aufgeführt.

Tabelle 8: Direkte Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen

| Störungsgruppe (ICD-10-Code) ³¹ | Direkte Krankheitskosten (Mio. €) | Anteil an gesamten direkten Krankheitskosten (%) |
|---|-----------------------------------|--|
| Psychische und Verhaltensstörungen insgesamt (alle F-Diagnosen) | 44.372 | 100 |
| Organische, einschließlich symptomat. psych. Störungen (F00-F09) | 17.059 | 38,4 |
| • Demenz (F00-F03) | 15.122 | 34,1 |
| Affektive Störungen (F30-F39) | 9.324 | 21,0 |
| • Depression (F32-F34) | 8.717 | 19,6 |
| Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) | 5.784 | 13,0 |
| • Phobische und andere Angststörungen (F40-F41) | 1.653 | 3,7 |
| • Somatoforme Störungen (F45) | 1.491 | 3,4 |
| Psychische und Verhaltensstörungen d. psychotrope Substanzen (F10-F19) | 3.642 | 8,2 |
| Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29) | 3.124 | 7,0 |
| • Schizophrenie (F20) | 2.082 | 4,7 |
| Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) | 914 | 2,1 |
| Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59) | 720 | 1,6 |

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2015 nach Diagnosegruppen in Mio. Euro und prozentualen Anteil an den gesamten direkten Krankheitskosten für psychische Störungen. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Auch für einige wichtige psychische Diagnosen und enger gefasste Diagnosegruppen liegen genaue Kostenangaben vor (s. Tab. 8). 2015 verursachten Depressionen 8,7 Mrd. € und damit 19,6 % aller direkten Krankheitskosten für psychische Erkrankungen. In der Gruppe der affektiven Störungen machen Depressionen 93 % aller Kosten aus.

Obwohl die Prävalenz für Angststörungen höher ist als die der Depression (15,4 vs. 8,2 %, s. Kap. 1.1.1), liegt der Anteil der Kosten für die Behandlung der Depression 5,3-mal so hoch wie der für die unterschiedlichen Angststörungen und 5,8-mal so hoch wie die für somatoforme Störungen. Essstörungen verursachen dagegen jährlich nur ca. 370 Mio. € an direkten Krankheitskosten.

Im Jahr 2008 lagen die direkten Kosten psychischer Erkrankungen in Deutschland noch bei 23,3 Mrd. € und der Anteil an allen Krankheitskosten bei 11,3 % (Statistisches Bundesamt, 2020). Damit haben sich die direkten Krankheitskosten für die Behandlung psychischer Erkrankungen im Vergleich zu den über 44 Mrd. € im Jahr 2015 fast verdoppelt. Gleichzeitig sind aber die direkten Krankheitskosten insgesamt (bezogen auf alle Erkrankungen) ebenfalls um 33 % gestiegen. Der Anteil der Behandlungskosten für psychische Erkrankungen bleibt damit in dem Zeitraum relativ konstant, er steigt nur von 11,3 % auf 13,1 %, also um nur 1,8 % Prozentpunkte.

Von 2008 bis 2015 sind die direkten Krankheitskosten für die ICD-Diagnosegruppe Depression und anhaltende affektive Störungen (F32-F34) von 5.233 auf 8.717 Mio. €, also um 66 % gestiegen.

3.1.2 Direkte Krankheitskosten psychischer Erkrankungen pro Einwohner/Patient

Auf den einzelnen Einwohner berechnet betragen die Krankheitskosten³² 2015 für psychische und Verhaltensstörungen in Deutschland 540 € pro Person (420 € bei Männern, 670 € bei Frauen). Bei Menschen zwischen 65 und 85 Jahren sind die Kosten pro Person doppelt so hoch wie bei 15- bis 65-Jährigen (Statistisches Bundesamt, 2020). Dies ist vermutlich z.T. auf die mit dem Alter steigende Rate an betreuungsintensiven dementiellen Erkrankungen, auf die Multimorbidität im hohen Alter sowie auf eine hohe Rate an psychopharmakologischen Behandlungen und an stationären Aufenthalten zurückzuführen.

³¹ Für die Diagnosegruppen F70-F79 Intelligenzstörungen, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen liegen vom Statistischen Bundesamt keine Angaben zu Krankheitskosten vor.

³² Im Rahmen der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes gelten sämtliche Gesundheitsausgaben als Krankheitskosten, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden sind. Die Krankheitskostenrechnung ermittelt den Ressourcenverbrauch und wie er sich auf das Diagnosespektrum, die Einrichtungen des Gesundheitswesens und die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht verteilt. Indirekte Krankheitskosten werden in verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren ausgewiesen.

Depressionen verursachen mit 8,7 Mrd. € im Jahr 1/5 aller direkten Krankheitskosten der psychischen Erkrankungen

Depressionen verursachen ca. 5-mal höhere direkte Kosten als Angststörungen

Die direkten Kosten für psychische Erkrankungen haben sich in 7 Jahren fast verdoppelt. Ihr Anteil an den gesamten Krankheitskosten ist jedoch nur um knapp 2 % gestiegen

In 7 Jahren sind die direkten Kosten für Depressionen und anhaltende affektive Störungen um 66 % gestiegen

Auf jeden Deutschen entfallen im Durchschnitt jährlich 540 € an direkten Krankheitskosten durch psychische Erkrankungen

Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Depressionen verursachen 4-fach höhere Kosten pro Patient als andere Krankheiten

Auf der Diagnoseebene gelten die Depression und die Borderline-Persönlichkeitsstörung als besonders kostenintensive Erkrankungen. Für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entstehen im ersten Jahr nach Diagnosestellung im Durchschnitt Behandlungskosten von ca. 8.508 € pro Patient. Für Patienten mit Depression liegt dieser Betrag bei ca. 8.281 €, wie eine Studie mit ausgewerteten Routinedaten der GKV zeigt (Bode et al., 2017). Im Vergleich zu dem über alle Krankheiten hinweg gemittelten Wert von 2.020 € im ersten Jahr nach der Diagnosestellung liegen die direkten Krankheitskosten in der ersten Krankheitsphase damit bei der Borderlinestörung und der Depression mehr als 4-mal so hoch.

3.1.3 Ambulante und stationäre Behandlungskosten

Stationärer Bereich

Die direkten Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen in allen stationären Einrichtungen über die unterschiedlichen Kostenträger hinweg beliefen sich 2015 bundesweit auf 24,9 Mrd. €. Psychische Erkrankungen verursachen damit von allen Erkrankungen die höchsten stationären Kosten (s.Abb. 19).

Psychische Erkrankungen sind mit 25 Mrd. € Behandlungskosten insgesamt die kostenträchtigsten Erkrankungen im stationären Bereich

Direkte Krankheitskosten in stationären Einrichtungen

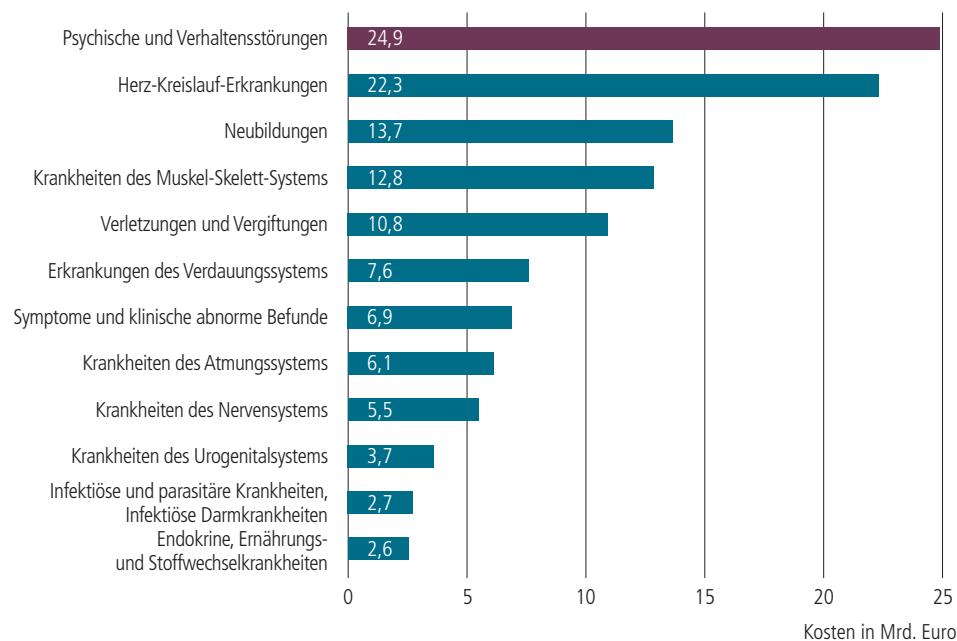


Abbildung 19: Direkte Krankheitskosten in stationären Einrichtungen in Deutschland im Jahr 2015, in Mrd. Euro, nach Krankheitsgruppe. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Stationäre psychiatrische Behandlungen kosten jährlich 15 Mrd. €

Allein die stationären psychiatrischen Behandlungen kosteten 2018 etwa 15,1 Mrd. € (BMG, 2019). Für vor- und nachstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung fielen 2018 in der GKV außerdem 24 Mio. € Kosten an. Die Kosten für Behandlungen auf psychosomatischen Stationen finden sich ebenfalls in den stationären Gesamtbehandlungskosten von 25 Mrd. €, aber lassen sich leider nicht explizit ausweisen.

Die Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen kostet jährlich 1,3 Mrd. €

Zwischen den Sektoren der stationären und der ambulanten Behandlung ist die Leistung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) angesiedelt. Bei der PIA handelt es sich um ein multiprofessionelles, ambulantes Behandlungsangebot psychiatrischer Fachkrankenhäuser und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die nach §118 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. Versorgungsschwerpunkte sind die Behandlung schwer und chronisch Kranker im Rahmen der Nachsorge, aber auch der Notfallpsychiatrie. Es handelt sich um ambulante Krankenhausleistungen, die außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung direkt durch die Krankenkassen vergütet werden. Im Jahr 2018 kosteten Behandlungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen 1,3 Mrd. € (BMG, 2019).

Stationsäquivalente Behandlungen kosten jährlich schätzungsweise 6 Mio. €

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde im Januar 2017 die Stationsäquivalente Behandlung eingeführt. Dabei handelt es sich um eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten, welche durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams erbracht werden soll. Diese begrenzte, umfassende Behandlung mit Schwerpunkt im persönlichen Lebensumfeld des jeweiligen Patienten soll eine gleichwertige Alternative zur vollstationären Behandlung darstellen. 2018 konnten nach § 115d SGB V erstmals

Leistungen in der stationsäquivalenten Behandlung abgerechnet werden. Es wurden 2018 für diese Behandlungen in der GKV 2,52 Mio. € ausgegeben (BMG, 2019). Für die ersten 3 Quartale 2019 liegen die Ausgaben für diese Behandlungen mit 4,54 Mio. € fast doppelt so hoch. Hochgerechnet entstehen damit für das Jahr 2019 Ausgaben in Höhe von ca. 6 Mio. € für stationsäquivalente psychiatrische Leistungen. Hier ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine erst anlaufende Versorgungsform handelt.

Ambulanter Bereich

In der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes umfasst der ambulante Bereich neben den Arztpraxen auch Apotheken, ambulante Pflege, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Gesundheits-handwerk und -einzelhandel und Zahnarztpraxen.

Im ambulanten Bereich insgesamt verursachen psychische Erkrankungen 14,9 Mrd. € an direkten Krankheitskosten und liegen damit an fünfter Stelle der Kostenverursacher (s.Abb. 20).

Direkte Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen

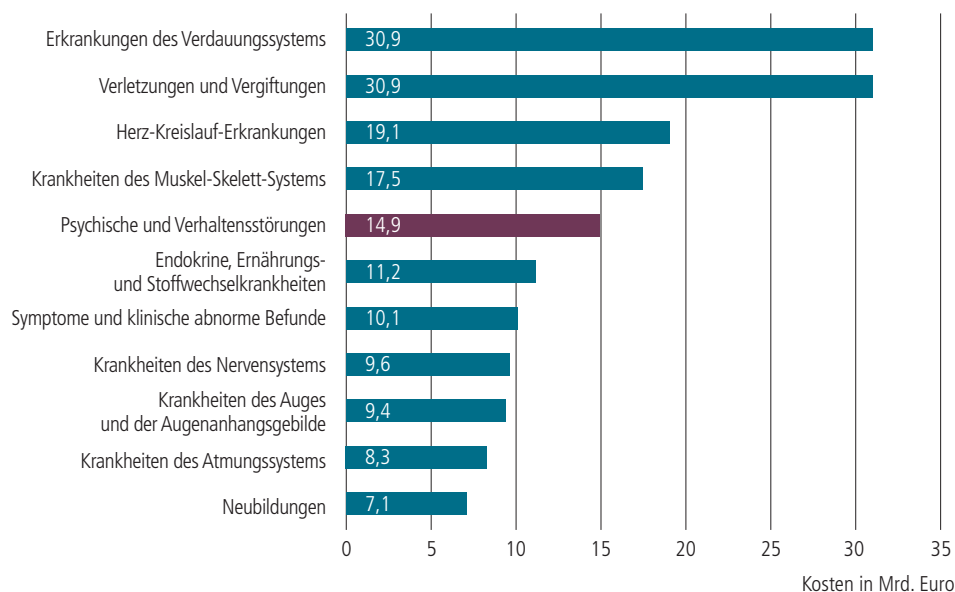


Abbildung 20: Direkte Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen in Deutschland im Jahr 2015, in Mrd. Euro. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Psychische Erkrankungen verursachen die fünfthöchsten Kosten im ambulanten Bereich. In den Arztpraxen entstehen dadurch sogar die höchsten direkten Krankheitskosten

Betrachtet man die Ausgaben aufgrund psychischer Erkrankungen nur in den Arztpraxen, liegen die psychischen Erkrankungen mit 5.993 Mio. € sogar an erster Stelle der Kostenverursacher (s.Abb. 21).

Direkte Krankheitskosten in Arztpraxen

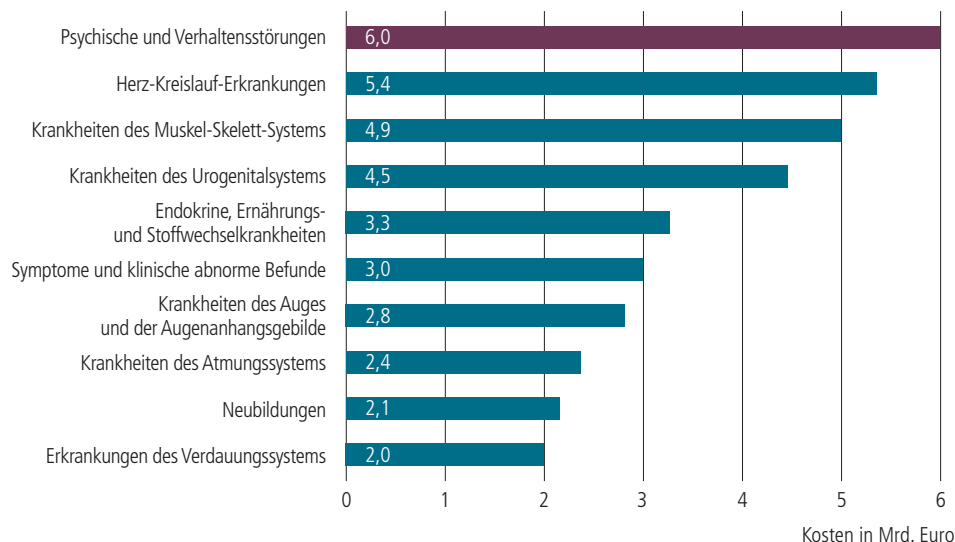
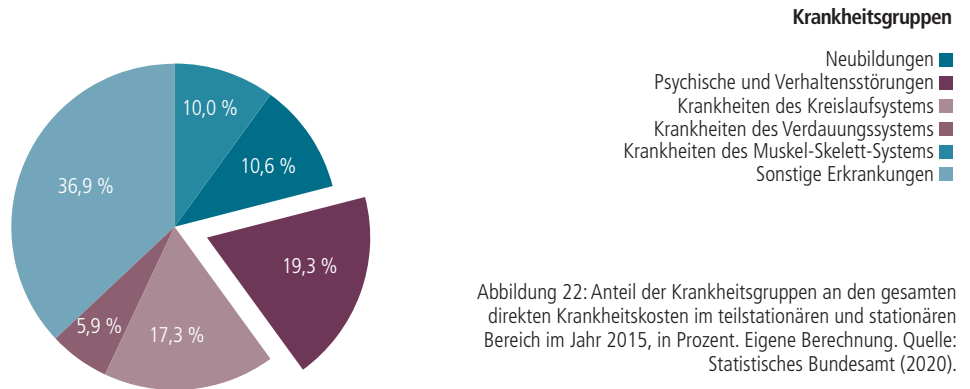


Abbildung 21: Direkte Krankheitskosten in Arztpraxen in Deutschland im Jahr 2015, in Mrd. Euro. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

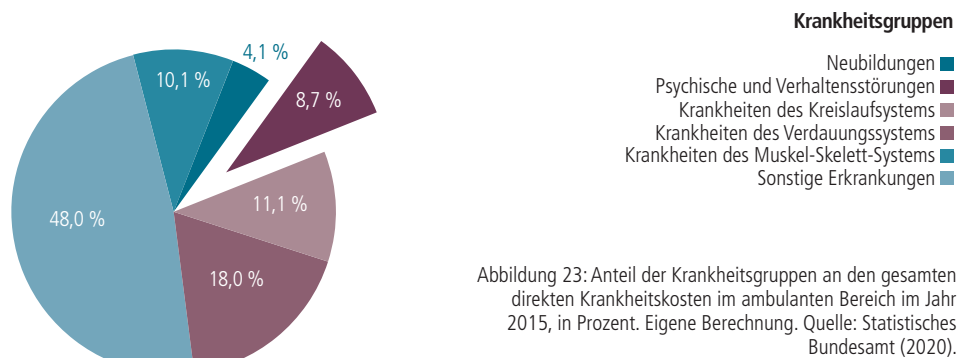
Psychische Erkrankungen verursachen fast 20 % aller stationären und teilstationären Krankheitskosten und fast 9 % der Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen (s. Abb. 22 und 23)

Der Anteil der direkten Krankheitskosten psychischer Erkrankungen liegt im stationären und teilstationären Bereich mit 19,3 % mehr als doppelt so hoch wie im ambulanten Bereich (8,7 %). Die herausragende Bedeutung der Kosten psychischer Erkrankungen lässt sich gut an folgendem Beispiel zeigen: Die Krankheitsgruppe der psychischen Erkrankungen verursacht sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor fast doppelt so hohe direkte Krankheitskosten wie die Gruppe der Neubildungen (s. Abb. 22 und 23).

Kostenanteil nach Krankheitsgruppen – teilstationär und stationär



Kostenanteil nach Krankheitsgruppen – ambulant



3.1.4 Kosten ambulanter Psychotherapie

Die Leistungen der ambulanten Psychotherapie zulasten der GKV werden nach dem **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)** abgerechnet. Der EBM bestimmt als Honorarordnung den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen. Der Wert der jeweiligen Leistungen wird über Punktzahlen ausgedrückt.

Der größte Anteil der Ausgaben für ärztliche und psychologische psychotherapeutische Behandlungen seelischer Erkrankungen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland geht zulasten der GKV. Dazu kommen die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen, für die keine veröffentlichten Zahlen zu Kosten aufgrund psychischer Erkrankungen vorliegen.

Die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen im System der GKV wird durch Vertragspsychotherapeuten und -ärzte geleistet. Es werden psychotherapeutische, psychiatrische, nervenärztliche und neuropsychologische Behandlungen erbracht. Im Folgenden werden die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen ausführlicher beschrieben.

Gesamtkosten ambulanter Psychotherapie

Extrabudgetäre³³ psychotherapeutische Leistungen verursachten 2018 insgesamt Kosten in Höhe von 2,48 Mrd. € in der GKV (BMG, 2019). Zusätzlich entstehen durch budgetierte Leistungen noch Kosten in Höhe von etwa 5 bis 10 % der extrabudgetären Leistungen. Da diese budgetierten Leistungen nicht konkret beziffert werden können, werden für die folgenden Berechnungen nur die extrabudgetären Ausgaben zugrunde gelegt.

Die Ausgaben für ambulante Psychotherapie setzen sich zusammen aus den Honoraren für alle Erbringer ambulanter psychotherapeutischer Leistungen, also für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und

Jährlich werden im GKV-System 2,5 Mrd. € für die ambulante Psychotherapie ausgegeben

³³ Der Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen wird extrabudgetär vergütet. Im Jahr 2018 fielen darunter alle im EBM unter 35.2 aufgeführten Gebührenordnungspositionen zu antragspflichtigen Leistungen (Kurz- und Langzeit-Einzeltherapien, Gruppentherapien), probatorische Sitzungen sowie Zuschläge und die mit der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie 2017 eingeführten Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung.

Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), Ärztliche Psychotherapeuten (ÄP) sowie für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Zusätzlich müssten hier auch Ausgaben für Behandlungen im Rahmen der Kostenerstattung aufgeführt werden. Bis 2013 gab es in der GKV im Bereich der Rechnungslegung für Kostenerstattungen nach §13 Abs. 3 SGB V für psychotherapeutische Behandlungen eine spezielle Regelung, die in der Kontenart 593 getrennt gebucht wurde. Mit Erlass vom 15. August 2013 wurde diese Kontenart gelöscht, dadurch entfiel die Verpflichtung zur getrennten Buchung. Seitdem ist es nicht mehr möglich, die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der Kostenerstattung zu beziffern bzw. die Krankenkassen veröffentlichen diese Daten nicht mehr. Im Jahr 2012 betrug der Anteil der Kostenerstattungen am Gesamtleistungsvolumen für ambulante psychotherapeutische Leistungen 3 %. Eine Hochrechnung für 2018 geht von ca. 180 Mio. € an Kosten für Psychotherapie über Kostenerstattung in Privatpraxen aus (Nübling & Jeschke, 2018), dies entspricht etwa 7 bis 8 % der Gesamtkosten für Psychotherapie.

Für die ersten 3 Quartale des Jahres 2019 liegen vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV vor. Diese beziffern die Ausgaben für extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen mit 2,03 Mrd. €. Hochgerechnet wären damit im Jahr 2019 Kosten in Höhe von ca. 2,7 Mrd. € entstanden (GKV-Spitzenverband, 2019).

Um den Anteil der verschiedenen Behandlergruppen an den Gesamtkosten für ambulante Psychotherapie zu beschreiben, muss man auf die Honorarberichte der KBV zurückgreifen. Die derzeit aktuellsten veröffentlichten Honorardaten für ein gesamtes Jahr liegen für 2016 vor.

Es ergeben sich für alle gesetzlich Krankenversicherten im Jahr 2016 pro Fall und Quartal Kosten zwischen 443 € (Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) und 363 € (Ärztliche Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) für Psychotherapie³⁴ (KBV Honorarbericht, 2019c).

Anteil der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an den Kosten der ambulanten Psychotherapie

Im Jahr 2016 entfielen 1.840 Mio. € an Honorarumsatz auf Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 431 Mio. € an Honorarumsatz auf Ärztliche Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (s.Abb.24). Der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten liegt damit bei 81 % (Eigene Berechnung; KBV Honorarbericht, 2019c).

Kostenanteil nach Behandlergruppen

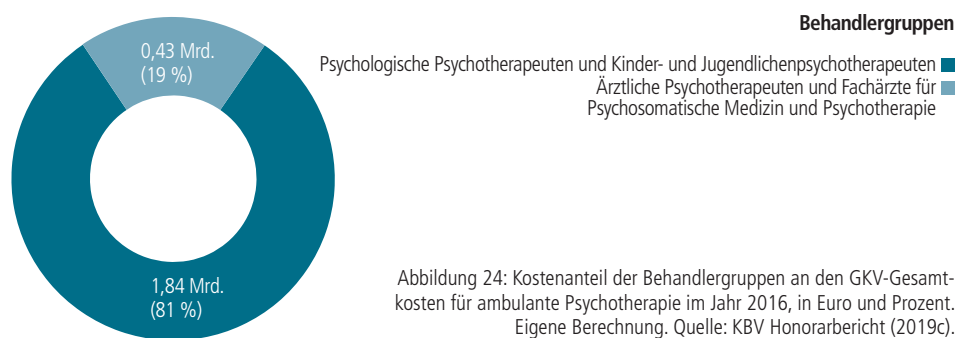


Abbildung 24: Kostenanteil der Behandlergruppen an den GKV-Gesamtkosten für ambulante Psychotherapie im Jahr 2016, in Euro und Prozent. Eigene Berechnung. Quelle: KBV Honorarbericht (2019c).

Für die ersten beiden Quartale 2017 liegen bereits Honorarberichte der KBV vor. Demnach haben die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im ersten Halbjahr 2017 einen Honorarumsatz in Höhe von 971,36 Mio. € (im Vergleich erstes Halbjahr 2016: 980,86 Mio. €) erhalten (KBV Honorarbericht, 2019a; KBV Honorarbericht, 2019b). Aufgrund der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zum 1.4.2017 und den damit verbundenen strukturellen Veränderungen während des Jahres 2017 erscheint eine Hochrechnung dieses Ergebnisses nicht sinnvoll.

3.1.5 Krankengeld

2018 betragen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Krankengeld insgesamt 13,09 Mrd. €. Damit sind die Ausgaben im Vergleich zu 2016 (11,68 Mrd. €) um 12 % gestiegen, im Vergleich zu 2014 (10,6 Mrd. €) sogar um 23 %. Im ersten Halbjahr 2019 liegen die Ausgaben für Krankengeld im Vergleich zum Vorjahreshalbjahr bereits wieder um 8 % höher (von 6,66 auf 7,18 Mrd. €) (GKV-Spitzenverband, 2019).

Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 SGB V ist ein Auffangverfahren, wenn für gesetzlich versicherte Patienten keine zur Krankenkassenbehandlung zugelassenen Ärzte oder Psychotherapeuten zur Verfügung stehen (sog. Systemversagen). Finden Patienten innerhalb einer angemessenen Wartezeit keinen zugelassenen Psychotherapeuten (Vertragsbehandler), können sie sich die benötigte Versorgungsleistung selbst beschaffen. Die jeweilige gesetzliche Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, entstandene Kosten einer Psychotherapie in diesen Ausnahmefällen auch bei nicht kassenzugelassenen, approbierten Psychotherapeuten zu erstatten (§13 Abs. 3 SGB V).

2019 wurden schätzungsweise ca. 2,7 Mrd. € für die ambulante Psychotherapie ausgegeben

In der GKV kostet die psychotherapeutische Behandlung pro Fall und Quartal ca. 400 €

Ca. 80 % der Kosten ambulanter Psychotherapie entfallen auf Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die Ausgaben für Krankengeld insgesamt nehmen jährlich zu

³⁴ Gemittelter Wert aus den 4 Quartalen 2016: Honorarumsatz je Behandlungsfall.

Psychische Erkrankungen verursachen fast 1/4 aller Krankengeldfälle

Die psychischen Erkrankungen mit ihrer besonders langen Falldauer bzw. ihren langen Krankschreibungen sind nach Muskel- und Skelettsystemerkrankungen die häufigsten Ursachen einer mehr als 6-wöchigen Krankschreibung. Dies geht aus einem Sondergutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hervor (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2016). Im Gutachten wurden Daten von 8 Krankenkassen daraufhin analysiert, welche ICD-Codes in Krankengeldfällen besonders relevant waren. Psychische und Verhaltensstörungen waren im Jahr 2014 für 23,1 % aller Krankengeldfälle maßgeblich. Bei beiden Geschlechtern liegt die depressive Episode (F32) auf dem ersten Rang der Krankengeldausgaben.

Im Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) wurde zur Reduktion von Krankengeldausgaben eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die Psychotherapie gefordert, da lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz die Krankheitsdauer unnötig verlängerten. Außerdem sollten Krankenkassen durch Anreize in Verträgen und Förderung der Koordination der Leistungen die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern. Dargestellt wurde im Gutachten auch, dass höhere durchschnittliche Einkommen, eine größere Anzahl von Beschäftigungen und die Zunahme der älteren krankengeldberechtigten Versicherten zum kontinuierlichen Anstieg des Krankengelds beigetragen haben.

3.1.6 Rehabilitationsleistungen

Die aufgrund von psychischen Erkrankungen erbrachten Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) für berufstätige Erwachsene und für Kinder sind vielfältig (s.Tab.9).

Tabelle 9: Anzahl der Leistungen der DRV aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen

| Leistungsart | Anzahl der Leistungen |
|---|-----------------------|
| Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe | 176.056 |
| Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit | 43.205 |
| Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe | 17.447 |
| Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben | 13.689 |
| Kinderrehabilitation | 8.724 |
| Leistungen zur beruflichen Bildung gemäß § 16 SGB VI i. V. m. § 49 Abs. 3 Nr. 4 u. 5 SGB IX | 5.285 |
| Anschluss-Rehabilitation aufgrund einer psychischen Erkrankung | 415 |

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2018. Quelle: DRV (2019a).

Die Brutto-Aufwendungen für medizinische Reha wegen psychischer Erkrankungen und ergänzender Leistungen lagen 2018 bei ca.1 Mrd. €

Die Brutto-Aufwendungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzender Leistungen betragen im Jahr 2018 1.052 Mio. Euro. Die Brutto-Aufwendungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzender Leistungen betragen 593 Mio. € (DRV, 2019d).

In den letzten 10 Jahren haben stationäre Reha-Behandlungen wegen psychischer Erkrankungen um 48 % zugenommen

Weitere Rehabilitationsbehandlungen werden von Krankenkassen und von der Bundesagentur für Arbeit finanziert. Gerade die von der GKV finanzierten Mutter-Kind-Kuren finden zu einem hohen Anteil aufgrund psychischer Probleme statt. Genaue Daten zum Anteil dieser Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen liegen jedoch nicht vor.

Häufigste psychische Indikation für Reha-Behandlungen sind Depressionen und Angsterkrankungen

Daten der DRV zeigen für die vergangenen 10 Jahre eine Zunahme der Fallzahl für Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene aufgrund psychischer Erkrankungen um ca. 48 % (von 118.400 Fällen im Jahr 2008 auf 176.056 Fälle 2018; DRV, 2019a).

Fast 1/5 der Patienten scheidet nach medizinischer Reha wegen psychischer Störungen aus dem Erwerbsleben aus

Dabei stellen Depressionen und Angsterkrankungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern die häufigsten Behandlungsursachen dar. Laut der DRV hat außerdem jeder fünfte Versicherte, der wegen einer körperlichen Erkrankung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nimmt, eine komorbide „behandlungsbedürftige psychische Begleiterkrankung“ (DRV, 2019a).

Suchterkrankungen spielen ebenfalls eine große Rolle in der Rehabilitation

Bei Patienten, die wegen psychischer Erkrankungen in medizinischer Rehabilitation sind, liegt das Durchschnittsalter bei 48,8 Jahren. Bei Frauen werden mit zunehmendem Alter stetig mehr medizinische Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen in Anspruch genommen, bei Männern ist diese Entwicklung geringer. Insgesamt stehen 83 % der psychisch Betroffenen 2 Jahre nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation noch im Erwerbsleben. Allerdings scheidet 17 % aus dem Berufsleben aus und beziehen 2 Jahre nach dem Abschluss der Reha eine Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente.

Die DRV ist auch für Entwöhnungsbehandlungen zuständig. Für das Berichtsjahr 2018 weist die Statistik der DRV folgende Daten bezüglich der genannten 43.205 Leistungen zur Entwöhnung bei Suchterkrankungen auf (DRV, 2019a):

- 29.287-mal „Entwöhnungsbehandlung wegen Alkoholabhängigkeit“
- 13.425-mal „Entwöhnungsbehandlung wegen Drogenabhängigkeit“
- 493-mal „Entwöhnungsbehandlung wegen Medikamentenabhängigkeit“.

Neben der medizinischen Rehabilitation werden weitere 2.078 Patienten in Reha-Einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)³⁵ betreut. Hier wird zusätzlich eine integrierte berufliche Rehabilitation eröffnet (DRV, 2019a).

Für Kinder und Jugendliche wurden 2018 8.724 Rehabilitationsleistungen wegen psychischer und Verhaltensstörungen aufgeführt. Insgesamt wurden über alle Indikationen hinweg 32.757 stationäre Rehabilitationsleistungen für Kinder durchgeführt.

3.1.7 Kosten medikamentöser Behandlungen

Psychopharmaka verursachten in der GKV im Jahr 2018 Nettokosten von 1,66 Mrd. €. Sie stehen aktuell an sechster Stelle der umsatzstärksten Arzneimittelgruppen in der GKV und liegen damit noch vor den Analgetika.

Insgesamt wurden von der GKV für Arzneimittel im Jahr 2018 ca. 40,1 Mrd. € ausgegeben. Die Kosten für Psychopharmaka machen einen Anteil von 4,2 % an diesen Gesamtkosten aus (Schwabe et al., 2019).

In Apotheken liegen die Gesamtausgaben für die psychopharmakologische Behandlung bei psychischen Erkrankungen im Jahr 2015 bei 3,2 Mrd. € (Statistisches Bundesamt, 2020, s. Abb. 25). In diese Berechnung der teuersten Krankheiten in Apotheken gehen sämtliche rezeptfreien und rezeptpflichtigen Arzneimittel und Hilfsmittel aller Krankenkassen (auch der Privaten) ein. Für eine Aussage über die realen bundesweiten Ausgaben für Psychopharmaka ist diese Zahl daher ebenfalls zu berücksichtigen.

Direkte Krankheitskosten in Apotheken

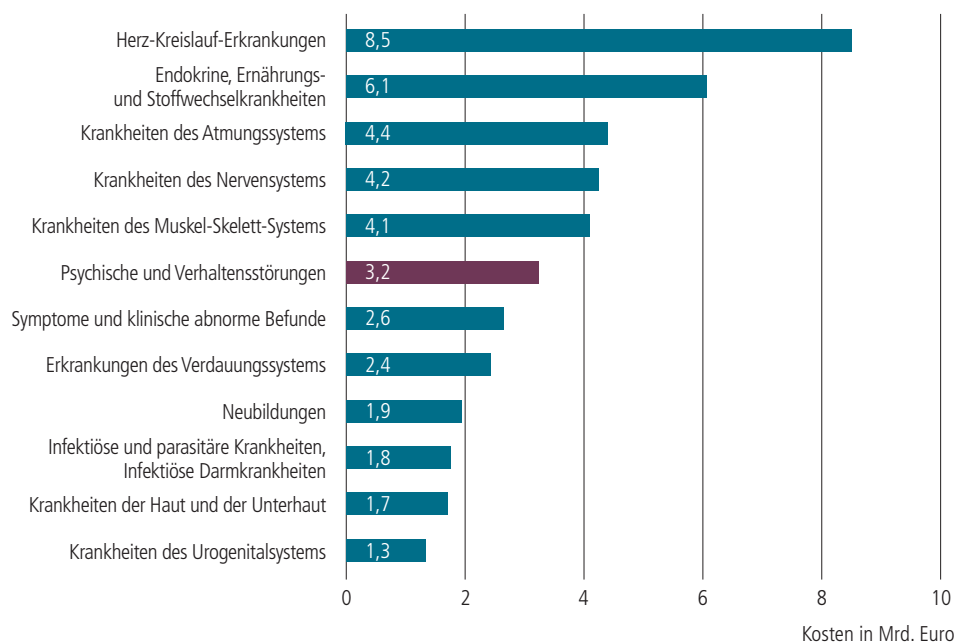


Abbildung 25: Direkte Krankheitskosten in Apotheken in Deutschland im Jahr 2015, in Mrd. Euro. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Die Kosten für extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen im Jahr 2017 liegen mit 2,19 Mrd. € 31 % über den Kosten für psychopharmakologische Behandlungen mit 1,67 Mrd. € im Jahr 2017 (Schwabe et al., 2018)³⁶.

³⁵ Bei den RPK handelt es sich um Reha-Einrichtungen, die insbesondere Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen die Möglichkeit einer integrierten medizinisch-beruflichen Rehabilitation eröffnen. In den RPK werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einem aufeinander abgestimmten Prozess als Komplexleistung erbracht. Die Leistungen gehen ineinander über.

³⁶ Im vorliegenden Report werden für Vergleiche jeweils Daten aus denselben Jahren ausgewählt, auch wenn für einen der zu vergleichenden Posten bereits aktuellere Daten vorliegen.

1/4 aller stationären Reha-Maßnahmen bei Kindern finden wegen psychischer Erkrankungen statt

Die Kosten für Psychopharmaka liegen mit ca. 1,7 Mrd. € jährlich an sechster Stelle der Arzneimittelausgaben

Psychopharmaka machen 4 % der Gesamtkosten aller medikamentösen Behandlungen in der GKV aus

Die gesamten Arzneimittelbehandlungen bei psychischen Erkrankungen verursachen mit über 3 Mrd. € die sechstöchsten Ausgaben in Apotheken

Ambulante Psychotherapie verursacht ca. 30 % mehr an absoluten Kosten als die medikamentöse Behandlung von psychischen Erkrankungen

Psychopharmakologisch behandelte Patienten verursachen in allen Bereichen höhere Kosten

Arbeitsunfähigkeit (arbeits- und sozialrechtlicher Begriff): Ein Arbeitnehmer kann aufgrund einer Erkrankung seine zuletzt ausgeübten Arbeitsaufgaben nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausüben. Die AU entbindet daher vorübergehend von der im Arbeitsvertrag vorgesehenen grundsätzlichen Arbeitspflicht.

Verminderte Erwerbsfähigkeit, oft auch „Erwerbsunfähigkeit“ genannt (Begriff der gesetzlichen Rentenversicherung): Nach der gesetzlichen Definition ist voll erwerbsgemindert, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zumindest 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Die Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist in SGB VI § 43 geregelt.

Berufsunfähigkeit: die dauernde krankheits-, unfall- oder invaliditätsbedingte Unfähigkeit einer Person, ihren Beruf auszuüben. Im Gegensatz zur Erwerbsunfähigkeit liegt eine Berufsunfähigkeit auch dann vor, wenn der Betroffene gesundheitlich imstande wäre, einen anderen, gegebenenfalls sozial weniger angesehenen oder mit (erheblichen) Einkommenseinbußen verbundenen Beruf auszuüben.

Psychische Erkrankungen verursachen jährlich über 20 Mrd. € Ausfall an Bruttowertschöpfung

Produktionsausfallkosten: Volkswirtschaftliche Kosten durch AU, Lohnkosten und Verlust an Arbeitsproduktivität.

Bruttowertschöpfung: ergibt sich aus dem Gesamtwert der im Produktionsprozess erzeugten Waren und Dienstleistungen, abzüglich des Werts der Vorleistungen.

Ausfall an Bruttowertschöpfung: bezeichnet den Verlust an diesem Gesamtwert.

Patienten, die mit Psychopharmaka behandelt werden, verursachten 2013 über alle Versorgungsbereiche hinweg doppelt so hohe Kosten wie Patienten ohne medikamentöse Behandlung (s. Abb. 26).

Direkte Krankheitskosten und Einnahme von Psychopharmaka

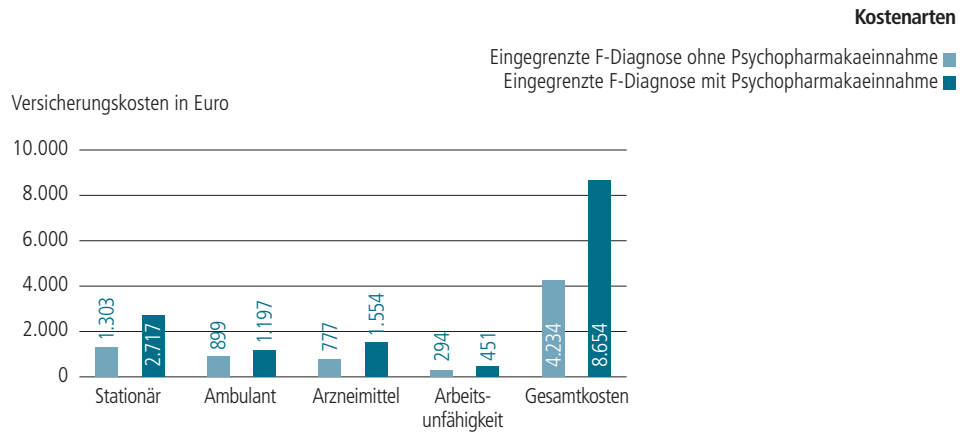


Abbildung 26: Vergleich der Kosten von psychisch kranken Versicherten mit oder ohne Einnahme von Psychopharmaka in Deutschland 2013, in Euro. Entnommen aus: Statista (2020).

3.2 Indirekte Krankheitskosten

Die indirekten Krankheitskosten umfassen gesamtgesellschaftliche Kosten, wie z. B. Kosten durch Produktionsausfälle infolge von Arbeitsunfähigkeit (AU), durch Frühverrentungen und durch Minderleistungen aufgrund der eingeschränkten Lebensqualität (s. Kap. 2.2.6).

Zur Unterscheidung der im Folgenden beschriebenen Sachverhalte helfen die Begriffserklärungen am Rand.

3.2.1 Produktionsausfallkosten durch Arbeitsunfähigkeit

AU verursacht hohe volkswirtschaftliche Produktionsausfälle. Im Jahr 2017 verursachten psychische Erkrankungen mit 12,2 Mrd. € die zweithöchsten Produktionsausfallkosten aller Diagnosegruppen (s. Tab. 10). Der Ausfall an Bruttowertschöpfung belief sich auf 21,7 Mrd. €, was 0,7 % des Bruttonationaleinkommens ausmacht. Nur Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems verursachen noch höhere indirekte Kosten (BAuA, 2019).

Tabelle 10: Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen

| Störungsgruppe (ICD-10-Code) | Produktionsausfallkosten | | Ausfall an Bruttowertschöpfung | |
|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| | Mrd. € | Vom Bruttonationaleinkommen (%) | Mrd. € | Vom Bruttonationaleinkommen (%) |
| Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99) | 17,2 | 0,5 | 30,5 | 0,9 |
| Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) | 12,2 | 0,4 | 21,7 | 0,7 |
| Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99) | 10,6 | 0,3 | 18,8 | 0,6 |
| Verletzungen, Vergiftungen und Unfälle (S00-T98, V01-X59) | 8,0 | 0,2 | 14,2 | 0,4 |
| Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) | 3,9 | 0,1 | 6,9 | 0,2 |
| Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93) | 3,8 | 0,1 | 6,8 | 0,2 |
| Übrige Krankheiten | 20,6 | 0,6 | 36,6 | 1,1 |
| Alle Diagnosegruppen (I-XXI) | 76,4 | 2,3 | 135,5 | 4,1 |

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2017 in Mrd. Euro und Prozent. Quelle: BAuA (2019).

3.2.2 Arbeitsunfähigkeitszeiten durch psychische Erkrankungen insgesamt

Psychische Erkrankungen sind sehr häufig Ursache für betriebliche Fehlzeiten. Sie führen zu deutlich längeren Krankschreibungen als viele körperliche Krankheiten und sind eine Hauptursache für den Bezug von Erwerbsminderungsrenten. Zu unterscheiden sind bei der Arbeitsunfähigkeit AU-Fälle von AU-Tagen.

Die herausragende Bedeutung psychischer Störungen für das AU-Geschehen in Deutschland lässt sich durch eine Reihe von Daten nachweisen. Zur Zunahme von Fehltagen und von Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen gibt es regelmäßig Berichte einzelner Krankenkassen. Diese zeigen deutliche Entwicklungen in der Bevölkerung auf, beziehen sich jedoch immer nur auf die Gruppe ihrer eigenen Versicherten. Aktuelle kassenübergreifende Angaben zum Krankenstand sind in Deutschland in Form einer Statistik des BMG verfügbar. In dieser werden die vom GKV-Spitzenverband gesammelten Daten einzelner Krankenkassen zusammengeführt. Die Krankheitsartenstatistik des BMG bezogen auf AU gibt für die verschiedenen Diagnosegruppen die genaue Zahl der AU-Fälle und -Tage an (BMG, 2020).

Die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen weist für das Jahr 2017 ca. 2,4 Mio.³⁷ AU-Fälle (davon 60,3 % Frauen und 39,7 % Männer) und fast 98 Mio.³⁸ AU-Tage auf³⁹. Psychische Erkrankungen liegen damit an dritter Stelle der Ursachen für AU-Fälle nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und nach Atemwegserkrankungen.

Die Tage je Fall lagen im Jahr 2017 für die psychischen und Verhaltensstörungen bei 41,3 Kalendertagen. Die Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen sind damit mehr als doppelt so lang wie die durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-System bedingten Fehlzeiten (BMG, 2020). Tabelle 11 führt die AU-Fälle und zugehörigen Falldauern für die 3 Diagnosegruppen auf, die Hauptverursacher für Fehlzeiten sind. Gegenüber dem Vorjahr 2016 sind die AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen um 0,7 % und die zugehörigen AU-Tage um 0,34 % gestiegen.

Tabelle 11: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage für die 3 wichtigsten Diagnosegruppen

| Diagnosegruppe | AU-Fälle | AU-Tage | Tage je Fall (MW) |
|--|------------|-------------|-------------------|
| 1. Atemwegserkrankungen | 12.451.388 | 82.003.987 | 6,4 |
| 2. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems | 7.054.359 | 138.689.584 | 18,5 |
| 3. Psychische und Verhaltensstörungen gesamt | 2.437.915 | 97.915.830 | 41,3 |
| • davon Pflichtmitglieder | 2.306.427 | 92.383.020 | 40,1 |
| • davon freiwillige Mitglieder | 131.488 | 5.532.810 | 42,1 |

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2017 für alle Mitglieder der GKV, absteigend sortiert nach AU-Fällen. Quelle: BMG (2020).

In den mittleren Altersgruppen (40 bis 60 Jahre) treten die häufigsten Fälle von AU aufgrund psychischer Erkrankungen auf (s.Tab. 12). Bei beiden Geschlechtern ist speziell die Gruppe der 50- bis 54-Jährigen mit 371.540 Fällen von AU am stärksten betroffen (davon 63 % Frauen, 37 % Männer) (Eigene Berechnung; BMG, 2020).

Tabelle 12: Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Alter

| Altersgruppe | Arbeitsunfähigkeit | | |
|--------------------|--------------------|------------|--------------|
| | Fälle | Tage | Tage je Fall |
| Unter 20 J. | 51.705 | 856.590 | 16,6 |
| 20 bis unter 40 J. | 918.111 | 29.509.178 | 32,1 |
| 40 bis unter 60 J. | 1.262.271 | 55.449.485 | 43,9 |
| Ab 60 J. | 205.828 | 12.055.577 | 58,6 |
| Zusammen | 2.437.915 | 97.915.830 | 40,2 |

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2017 für alle Mitglieder der GKV, AU wegen psychischer und Verhaltensstörungen. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020).

AU-Fälle: Anzahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit

Jede AU-Meldung, die nicht nur die Verlängerung einer vorangegangenen Meldung ist, wird als ein Fall gezählt.

AU-Tage: Anzahl der Tage von AU, die im Auswertungsjahr anfielen. Arbeitsfreie Zeiten (z.B. Wochenende) gehen mit in die Berechnung ein, daher Abweichung zu betriebsinternen Fehlzeitenstatistiken möglich. Bei jahresübergreifenden Fällen werden nur die AU-Tage gezählt, die im Auswertungsjahr anfielen.

AU-Tage je Fall: mittlere Dauer eines AU-Falls. Stellt einen Indikator für die Schwere einer Erkrankung dar.

2017 gab es in Deutschland bei GKV-Versicherten über 2,4 Mio. AU-Fälle und über 97 Mio. AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind dritthäufigste Ursache für AU-Fälle. Frauen sind deutlich häufiger wegen psychischer Störungen arbeitsunfähig als Männer

Psychische Erkrankungen verursachen die zweithöchste Anzahl von AU-Tagen und die längsten Fehlzeiten je Krankschreibung

Die meisten Fälle von AU aufgrund psychischer Störungen finden sich im mittleren Lebensalter

³⁷ genau 2.437.915

³⁸ genau 97.915.830

³⁹ Den Analysen liegen die Daten der Pflichtmitglieder und der freiwilligen Mitglieder in der GKV zugrunde. Rentner sind nicht berücksichtigt.

Psychische Erkrankungen bleiben auch 2018 eine der Hauptursachen für AU

Auch in den einzelnen aktuellen Krankenkassenanalysen zum AU-Geschehen machen psychische Erkrankungen einen großen Teil aller Fehltag aus. Bei der DAK-Gesundheit sind psychische Erkrankungen im Jahr 2018 die dritthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit (15,2 % aller Fehltag; Marschall et al., 2019). Laut dem aktuellen Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (TK) verursachten psychische Störungen im Jahre 2018 sogar erstmals geschlechterübergreifend die meisten Krankheitsfehltag. Mit 277 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre⁴⁰ konnten dieser Erkrankungsgruppe 17,9 % aller Fehltag zugeordnet werden (TK, 2019). Damit war bei den TK-Versicherten 2018 fast jeder fünfte Fehltag auf psychische Krankheiten zurückzuführen.

Starker Anstieg der psychisch bedingten Fehltag in den letzten Jahren

Der Gesundheitsreport der TK stellt für psychische Erkrankungen – anders als für körperliche Erkrankungen – einen eklatanten bundesweiten Anstieg der Fehltag fest. Von 2006 bis 2018 haben die psychisch bedingten Fehlzeiten um ca. 92 % zugenommen. Frauen sind dabei häufiger betroffen als Männer. Im Jahr 2018 verursachten psychische Erkrankungen bei berufstätigen TK-Versicherten 350 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre bei Frauen und 215 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre bei Männern.

Eine eigene Auswertung der Ergebnisse der GKV-Statistik KG8-Krankheitsartenstatistik, in der alle AU-Daten der Krankenkassen AOK, BKK, IKK, LKK, KBS und des Verbands der Ersatzkassen (VdEK) zusammengeführt sind, zeigt die Entwicklung der AU-Fälle über die letzten Jahre für psychische und verschiedene körperliche Erkrankungsgruppen (s.Abb. 27). Bei der Betrachtung der AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen ist von 2011 bis 2017 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (BMG, 2020).

Entwicklung der AU-Fälle nach Krankheitsklassen

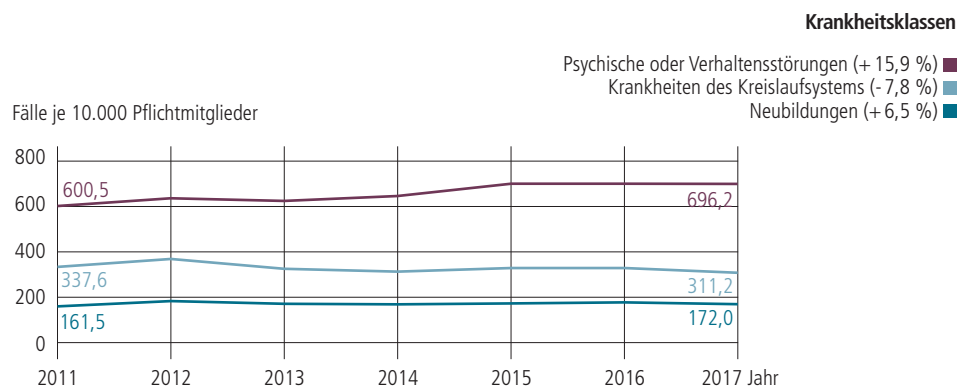


Abbildung 27: Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsklassen im zeitlichen Verlauf bei GKV-Versicherten, Angabe in Fällen je 10.000 Pflichtversicherte. In Klammern prozentuale Veränderung. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020).

3.2.3 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Einzeldiagnosen

Allein Depressionen verursachten 2017 über 44 Mio. AU-Tage

Innerhalb der psychischen Erkrankungen entfielen 2017 die meisten AU-Tage auf Depressionen (F32 und F33), gefolgt von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Zwar traten mehr Fälle von AU-Schreibung wegen Reaktionen auf schwere Belastungen ein, aber die AU-Tage je Fall liegen bei den depressiven Erkrankungen zwischen 2- und 3-mal so hoch wie bei den Reaktionen auf schwere Belastungen (s.Abb. 28-30).

⁴⁰ Bei der Berechnung krankheitsbedingter Fehlzeiten werden verschiedene Methoden angewendet. Bei den Krankenkassen werden die AU-Tage je 100 Versicherungsjahre herangezogen und durch 365 Tage dividiert, um den prozentualen Krankenstand zu erfassen.

AU-Fälle nach Einzeldiagnosen

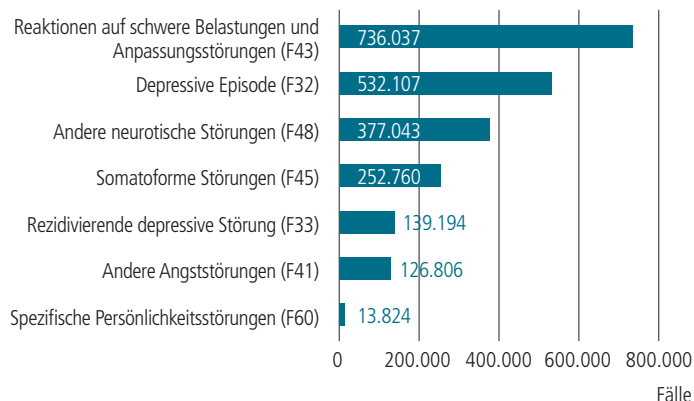


Abbildung 28: Die 7 wichtigsten Einzeldiagnosen für AU-Fälle im Jahr 2017 für alle pflicht- und freiwillig GKV-Versicherten, Anzahl der Fälle. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020).

AU-Tage nach Einzeldiagnosen

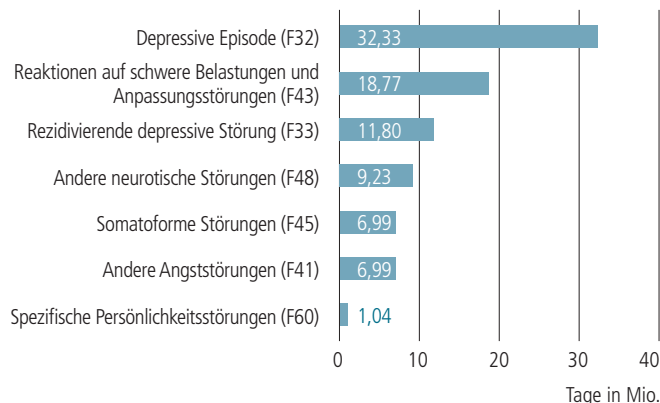


Abbildung 29: Die 7 wichtigsten Einzeldiagnosen für AU-Tage im Jahr 2017 für alle pflicht- und freiwillig GKV-Versicherten, Anzahl der Tage in Mio. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020).

Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen verursachen zwar unter den wichtigsten Einzeldiagnosen die geringste AU-Fallzahl, weisen aber mit 12,2 Wochen (86 Tage je Fall) die längsten Ausfallzeiten auf (s. Abb. 30).

AU-Tage je Fall

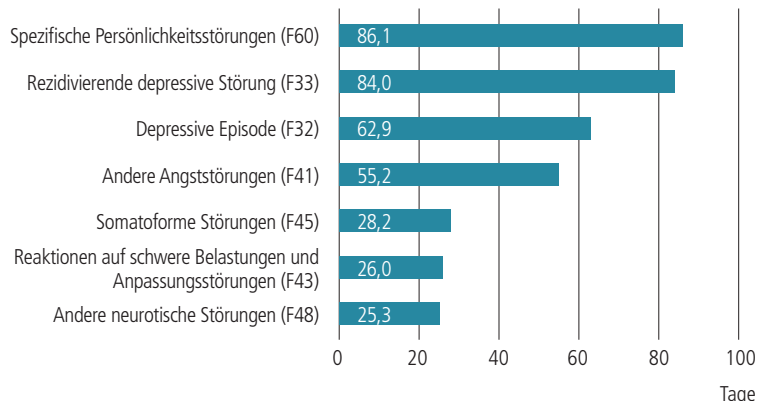


Abbildung 30: Die 7 wichtigsten Einzeldiagnosen für AU-Tage im Jahr 2017 je Fall für alle pflicht- und freiwillig GKV-Versicherten, Anzahl der Tage je Fall. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020).

Patienten mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen hatten 2017 von allen psychischen Störungen die längsten Arbeitsausfallzeiten

3.2.4 Frühzeitige Berentungen wegen Erwerbsunfähigkeit

Daten zu Berentungen lassen sich den jährlichen Statistiken der DRV entnehmen. Zusätzlich geben verschiedene Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) relevante Informationen (Indikatoren 3.39 und 3.82).

Jährlich werden etwa 70.000 Menschen in Deutschland wegen psychischer Erkrankungen frühberentet. 2018 traten 71.671 Personen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen nach SGB VI in die Rente ein (s. Tab. 13). Psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für den Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Bei Frauen machen psychische Erkrankungen 2018 48,7 % dieser Rentenzugänge aus, bei Männern 36,3 % (DRV, 2019b).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Im Informationssystem GBE des Bundes werden Daten aus über 100 Quellen zusammengestellt, darunter Erhebungen der Statistischen Ämter von Bund und Ländern und Erhebungen anderer Institutionen aus dem Gesundheitsbereich. Zu einer Vielzahl von Themen werden Indikatoren der GBE der Länder gebildet (AOLG-Indikatorensatz), aus denen sich regionale Daten herausfiltern lassen. So bildet z.B. der Indikator 3.39 der GBE alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach zugrundeliegender Hauptdiagnose und für beide Geschlechter ab. Diese Daten lassen sich dann noch nach Region und Zugangsalter filtern.

Psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für eine frühzeitige Berentung

Tabelle 13: Anzahl der Rentenzugänge wegen psychischer und Verhaltensstörungen

| Rentenzugänge aufgrund 1. Diagnose | Anzahl Renten-zugänge Männer | Anzahl Renten-zugänge Frauen | Anzahl Renten-zugänge insgesamt |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Psychische Erkrankungen ohne Sucht | 24.423 | 40.440 | 64.863 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 4.113 | 1.275 | 5.388 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente/Drogen | 1.028 | 392 | 1.420 |
| Insgesamt | 29.564 (41,2 %) | 42.107 (58,8 %) | 71.671 (100 %) |

Anmerkungen: Eigene Berechnung. Quelle: DRV (2019a).

Die Zahl frühzeitiger Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen bleibt seit Jahren auf hohem Niveau relativ stabil

Die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung haben von 2005 bis 2018 bundesweit zwar von 52.977 auf 71.671 um 35 % zugenommen, jedoch ist die Zahl seit 2012 relativ stabil geblieben und zuletzt sogar leicht gesunken. (s. Abb. 31; GBE, 2020).

Frühzeitige Berentungen

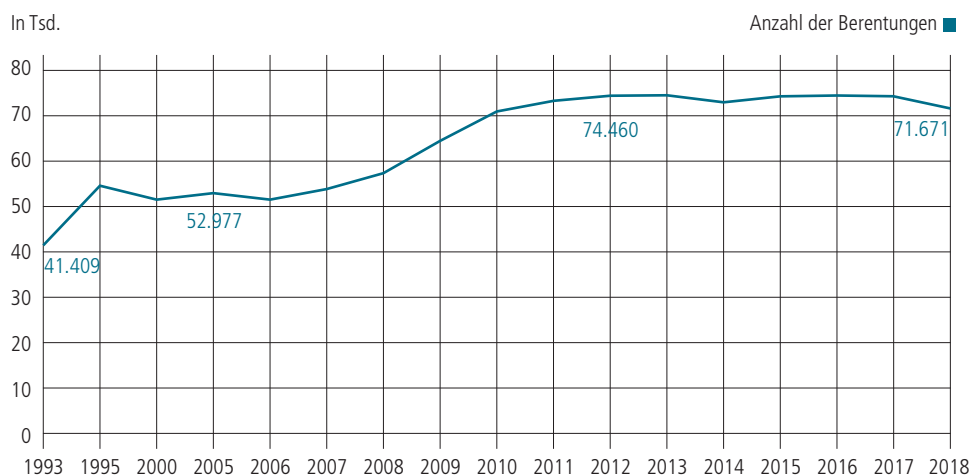


Abbildung 31: Anzahl der frühzeitigen Berentungen aufgrund psychischer Störungen. Quellen: DRV (2019b); GBE (2020).

Frauen werden – außer bei Suchterkrankungen – doppelt so häufig wegen psychischer Erkrankungen frühberentet wie Männer

Frauen treten 1,7-mal häufiger wegen psychischer Erkrankungen (ohne Sucht) in die frühzeitige Berentung ein als Männer. Bei den Suchterkrankungen ist das Verhältnis umgekehrt: Männer werden 3-mal häufiger wegen Suchterkrankungen frühberentet als Frauen (2018: 5.141 Männer, 1.667 Frauen; s. Tab. 13).

Bei vorzeitiger Berentung sind psychisch kranke Menschen im Durchschnitt 50 Jahre alt

Das durchschnittliche Zugangsalter in die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch psychische Erkrankungen lag 2015 bei Männern bei 49,6 Jahren, bei Frauen bei 50 Jahren. Detaillierte Information über das Alter bei Eintritt in die Berentung aufgrund psychischer Erkrankungen lassen sich dem GBE-Indikator 3.39 entnehmen. Demnach liegt der Peak in der Alterskurve seit Jahren bei der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen, gefolgt von den 50- bis 54-Jährigen (GBE, 2020).

3.2.5 Berufsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen sind in Deutschland der Hauptgrund für Berufsunfähigkeit

Eine Analyse des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) kommt für 2017 zu einem ähnlichen Ergebnis. Knapp 29 % der untersuchten Leistungsfälle von Berufsunfähigkeitsversicherungen lassen sich demnach auf psychische Ursachen zurückführen. Damit sind auch bei der Berufsunfähigkeit die psychischen Erkrankungen die Hauptursache. Frauen sind häufiger betroffen als Männer (GDV, 2019).

Aktuellere Daten liegen nur von einzelnen Versicherungen vor. Eine Auswertung der Lebensversicherung Swiss-Life zeigt für die dort Versicherten, dass im Jahr 2018 psychische Erkrankungen mit 37 % die häufigste Ursache für den Eintritt von Berufsunfähigkeit waren (2009: 26,6 %). Bei Frauen gehen laut der Swiss-Life-Studie 44 % der Berufsunfähigkeiten auf eine psychische Erkrankung zurück, bei Männern

sind es lediglich 28 %. Außerdem werden Frauen häufiger bereits in jungen Jahren psychisch krank, bei Männern treten diese Diagnosen erst in der zweiten Lebenshälfte vermehrt auf (Swiss Life, 2019).

Eine Ausführung der Debeka für 2018 zeigt ähnliche Tendenzen für ihre Versicherten. Demnach waren psychische Störungen sogar für 45,4 % der Versicherten der Grund für eine Berufsunfähigkeit. Der Anteil psychischer Erkrankungen als Hauptursache für Berufsunfähigkeit stieg von 2017 zu 2018 um 3,8 % und lag damit vor Neubildungen von Tumoren und Erkrankungen des Bewegungsapparates (Debeka, 2019).

3.2.6 Krankheitslast psychischer Erkrankungen (DALYs)

Die Krankheitslast psychischer Erkrankungen zählt zu den intangiblen Kosten.

Insgesamt wurden in Deutschland im Jahr 2010 ca. 23,9 Mio. gesunde Lebensjahre aufgrund von Krankheiten und Verletzungen verloren. Auf der Ebene von Krankheitsgruppen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (19,4 %), Krebs (17,9 %), muskuloskelettale Erkrankungen (15,8 %) sowie psychische und Verhaltensstörungen (11,4 %) die bedeutendsten Erkrankungsgruppen (Plass et al., 2014).

Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Krankheiten, die die meisten DALYs verursachen. Zwar stehen für beide Geschlechter die psychischen und Verhaltensstörungen an vierter Stelle der DALYs, aber bei Frauen stellen muskuloskelettale Erkrankungen die führende Krankheitsgruppe dar, bei Männern sind es die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (s. Abb. 32 und 33).

DALYs: Disability-Adjusted-Life-Years. Das Konzept der DALYs beschreibt die Krankheitslast durch eine Erkrankung oder Gruppe von Erkrankungen. Es soll auf diese Weise ein Verlust an Gesundheit für die Betroffenen quantifiziert werden, d.h. es wird eine Maßzahl berechnet, die erfasst, wie stark das normale, beschwerdefreie Leben durch eine Krankheit beeinträchtigt wird. Ein DALY steht somit für ein Jahr „verlorener“ Gesundheit.

Psychische Erkrankungen stehen in Deutschland an vierter Stelle bei den Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre

Verlust gesunder Lebenszeit

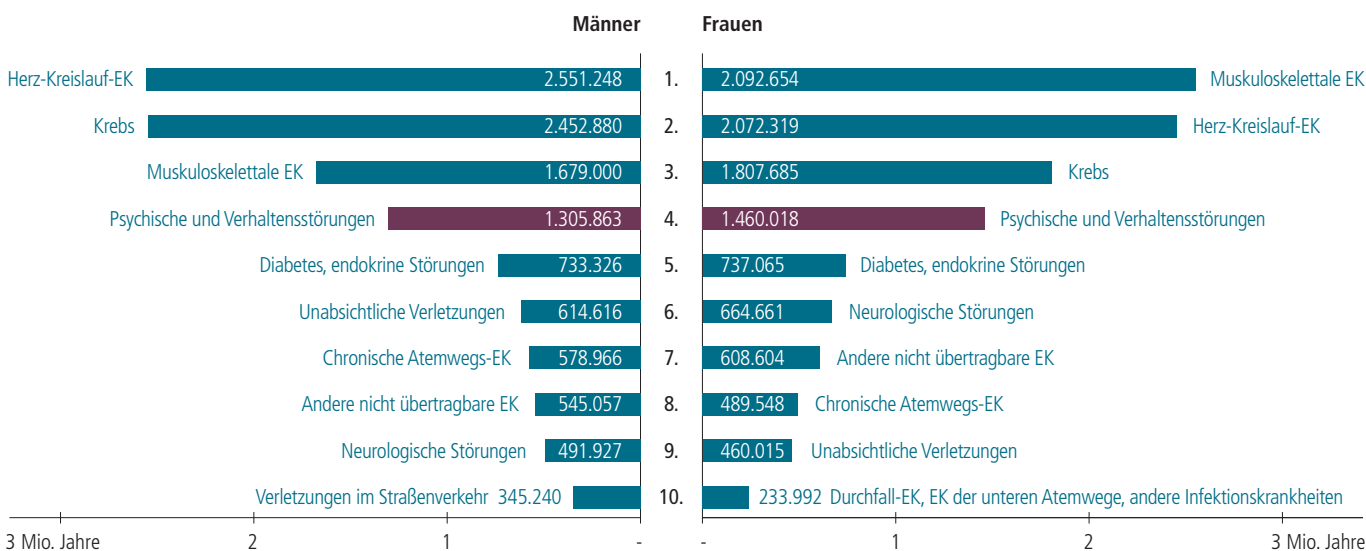


Abbildung 32: Die 10 größten verursachenden Krankheitsgruppen von Verlust an gesunden Lebensjahren (DALYs) bei Männern, Quelle: Plass et al. (2014).

Abbildung 33: Die 10 größten verursachenden Krankheitsgruppen von Verlust an gesunden Lebensjahren (DALYs) bei Frauen, Quelle: Plass et al. (2014).

Tabelle 14 zeigt die Verteilung der DALYs auf der Ebene von Einzeldiagnosen auf die 10 bedeutendsten Ursachen für Männer und Frauen in Deutschland.

Tabelle 14: Die 10 bedeutendsten Einzeldiagnosen als Ursachen für DALYs

| Männer Rang | Kondition | DALYs |
|-------------|----------------------------|-----------|
| 1 | Ischämische Herzerkrankung | 1.525.039 |
| 2 | Rückenschmerzen | 1.104.620 |
| 3 | Lungenkrebs | 619.232 |
| 4 | Schlaganfall | 435.389 |
| 5 | Stürze | 431.937 |
| 6 | COPD | 389.515 |
| 7 | Depression | 345.221 |
| 8 | Diabetes | 333.408 |
| 9 | Verkehrsunfälle | 303.867 |
| 10 | Selbstverletzung | 297.443 |

| Frauen Rang | Kondition | DALYs |
|-------------|---------------------------------------|-----------|
| 1 | Rückenschmerzen | 1.043.240 |
| 2 | Ischämische Herzerkrankung | 975.448 |
| 3 | Depression | 593.348 |
| 4 | Schlaganfall | 486.523 |
| 5 | andere muskuloskelettale Erkrankungen | 414.875 |
| 6 | Brustkrebs | 375.146 |
| 7 | Stürze | 373.720 |
| 8 | Nackenschmerzen | 348.080 |
| 9 | COPD | 313.218 |
| 10 | Diabetes | 305.457 |

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2010 getrennt nach Geschlecht, Anzahl der DALYs. Quelle: Plass et al. (2014).

Innerhalb der psychischen Diagnosen ist die Depression Hauptverursacher des Verlustes an gesunden Lebensjahren

Depressive Erkrankungen kosten mehr qualitativ hochwertige Lebenszeit als Diabetes bei Männern und als Brustkrebs bei Frauen

Im internationalen Vergleich stehen depressive Erkrankungen im Jahr 2017 an dritter Stelle der Verursacher für Verluste an gesunden Lebensjahren

Auf der Ebene einzelner psychischer Krankheitsbilder ist die Depression in Deutschland der Hauptverursacher von DALYs. Aufgrund von Depressionen verloren im Jahr 2010 Männer 345.221 und Frauen 593.348 gesunde, qualitativ hochwertige Lebensjahre (Plass et al., 2014).

Die Depression steht dabei bei Männern an siebter und bei Frauen sogar an dritter Stelle aller Verursacher von Verlust an qualitativ hochwertigen Lebensjahren. Somit ist dieser Verlust durch eine Depression höher als Diabetes bei Männern und höher als Brustkrebs bei Frauen (Plass et al., 2014).

Ergebnisse der internationalen „Global burden of disease-Studie“ führen die Depression als über beide Geschlechter hinweg dritt wichtigste verursachende Erkrankung von beeinträchtigten Lebensjahren nach Rückenschmerz und Kopfschmerzkrankungen auf (James et al., 2018).

Im Jahr 2030 werden in den einkommensstärksten Ländern die Erkrankungen Depression, Alkoholabhängigkeit und Demenz schätzungsweise 75 % derjenigen Erkrankungen mit den stärksten Beeinträchtigungen ausmachen (Mathers & Loncar, 2006).

3.3 Einordnung der Kosten ambulanter Psychotherapie

Die Ausgaben für ambulante Psychotherapie machen ca. 6 % der Kosten für die gesamte ambulante ärztliche Behandlung (ohne Arzneimittel etc.) und ca. 1 % der GKV-Gesamtausgaben für alle Erkrankungen aus

Die 2018 anfallenden knapp 2,5 Mrd. € Kosten für die ambulante Psychotherapie machen nur 1,1 % aller Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 2018 aus (s. Abb. 34). Der Anteil der Kosten für ambulante Psychotherapie an allen Ausgaben der GKV für ambulante ärztliche Behandlungen (ohne Ausgaben für Arzneimittel) macht im Jahr 2018 etwa 6,3 % aus.

GKV-Ausgaben für alle Erkrankungen insgesamt 2018

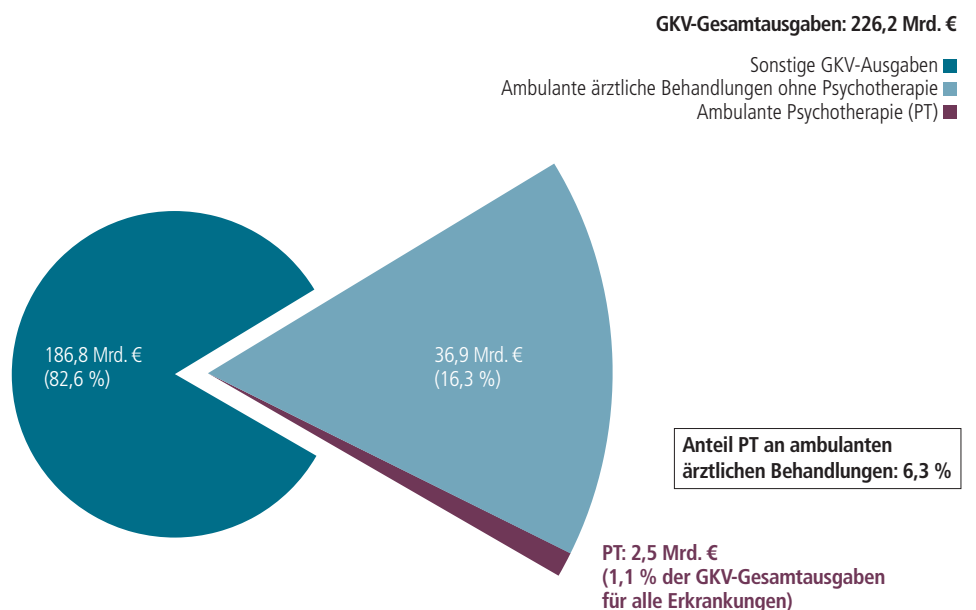


Abbildung 34: Anteil der ambulanten ärztlichen Behandlungen und der ambulanten Psychotherapie an den GKV-Gesamtausgaben für alle Erkrankungen im Jahr 2018, in Euro und in Prozent. Eigene Berechnung. Quellen: BMG (2019); GKV-Spitzenverband (2019).

Um psychische Erkrankungen zu behandeln, werden in Deutschland in der GKV jährlich 44,4 Mrd. € ausgegeben (s. Kap. 3.1.1). Die Kosten ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen machen davon nur 4,2 % aus (s. Abb. 35)⁴¹. Zur Erinnerung: Zu den Gesamtkosten für die Behandlung psychischer Erkrankungen zählen: ambulante und stationäre Behandlung, Psychopharmaka, Krankengeld, präventive und Rehabilitationsmaßnahmen. Die vielfältigen und schwerwiegenden Folgen psychischer Erkrankungen wurden bereits in den vorherigen Kapiteln ausführlich dargestellt. Gemessen am persönlichen Leid der betroffenen Patienten, an den gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen von Krankheitsausfällen durch psychische Erkrankungen und an den hohen direkten Behandlungskosten sind die Kosten für ambulante Psychotherapie als gering einzuschätzen.

Die direkten Kosten zur Behandlung psychischer Erkrankungen betragen in der GKV jährlich 44,4 Mrd. € – nur ca. 4% entfallen dabei auf die ambulante Psychotherapie

Stationäre Behandlungen psychischer Erkrankungen kosteten im Jahr 2015 knapp 24,9 Mrd. € und liegen damit beim 13-fachen der Kosten für die ambulante Psychotherapie im gleichen Jahr (s. Abb. 35). Dieser Sachverhalt ist besonders in Anbetracht der Möglichkeiten zu sehen, dass durch rechtzeitige ambulante Psychotherapie stationäre Aufenthalte verringert oder durch Weiterversorgung der Patienten in der ambulanten Psychotherapie Wiedereinweisungen ins Krankenhaus vermieden werden können.

Die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen ist fast 13-mal so teuer wie die ambulante Psychotherapie

GKV-Ausgaben für Behandlungen psychischer Erkrankungen

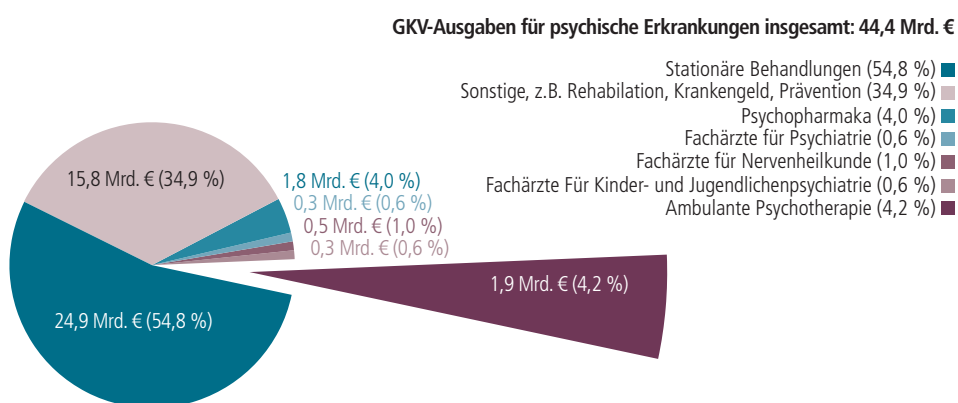


Abbildung 35: Kostenanteile an allen direkten Kosten der GKV zur Behandlung psychischer Erkrankungen im Jahr 2015, in Euro und in Prozent. Quellen: GKV-Spitzenverband (2019); Schwabe & Paffrath (2016); BMG (2019).

Psychotherapieforschung hat eine lange Tradition. Die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie ist über die letzten Jahrzehnte wissenschaftlich gut belegt (Grawe et al., 2001; Margraf, 2009; Wittmann et al., 2011).

Hohe Wirksamkeit von Psychotherapie rechtfertigt Ausgaben auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht

Zahlreiche empirische Studien belegen auch die Wirksamkeit über verschiedene psychotherapeutische Schulen hinweg (Lambert, 2013). In nationalen, aber auch internationalen Leitlinien hat Psychotherapie bei fast allen psychischen Erkrankungen demzufolge eine evidenzbasierte Behandlungsempfehlung der 1. Wahl (AWMF⁴²). Beim Vergleich von Psychotherapie versus keine Behandlung (z. B. Wartegruppe) ergeben sich Effektstärken⁴³ von 0,80 bis 0,85, was als großer Effekt gewertet wird (Wampold & Imel, 2015). Die Wirkmechanismen in der Psychotherapie sind ein herausragendes Thema der Psychotherapieforschung. Über viele Studien wurde gezeigt, dass die therapeutische Beziehung ein wichtiger Faktor ist, der sogar einen größeren Teil des Effekts erklärt als die therapeutische Methode (Norcross & Lambert, 2018).

Eine Gegenüberstellung von Effektstärken psychotherapeutischer Behandlung mit somatischen Behandlungsformen zeigt, dass diese Effektstärken ähnlich hoch sind (Margraf, 2009).

Eine Stärkung der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen würde zur Verringerung der aufgeführten gesamtgesellschaftlichen Kosten (Reduzierung betrieblicher Fehltag, geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Verhinderung stationärer Behandlungskosten etc.) beitragen. In Anbetracht der Höhe der indirekten Krankheitskosten (Beachte: 12,2 Mrd. € jährliche Produktionsausfälle in Deutschland, s. Tab. 10) wären weitere Investitionen in den Ausbau der psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten lohnenswert.

2,5 Mrd. € an Kosten für ambulante Psychotherapie stehen 12,2 Mrd. € Kosten gegenüber, die durch Produktionsausfälle aufgrund psychischer Erkrankungen jährlich entstehen

⁴¹ Die aktuellsten vorliegenden Angaben des Statistischen Bundesamtes über Kosten zulasten der GKV aufgrund psychischer Erkrankungen stammen aus 2015. Es wurden daher auch die Kosten für extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen und in Abb. 35 auch für die anderen Leistungsbereiche aus dem Jahr 2015 zum Vergleich angesetzt.

⁴² In der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) sind 179 wissenschaftliche Fachgesellschaften aus allen Bereichen der Medizin zusammengeschlossen (www.awmf.de).

⁴³ Effektstärke (auch: Effektgröße) bezeichnet die Größe eines statistischen Effekts und beschreibt damit die praktische Relevanz von statistisch signifikanten Ergebnissen.

Für jeden in Psychotherapie investierten Euro ergibt sich ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2 bis 4 €

Eine Übersicht von Wirksamkeitsstudien zeigt auf, in welchem Ausmaß Psychotherapie zur Einsparung gesamtgesellschaftlicher Folgekosten führen kann (Margraf, 2009). In 95 % der betrachteten Studien wird eine bedeutsame Kostenreduktion durch Psychotherapie berichtet, in 86 % der Studien zudem eine Netto-Einsparung, d.h. die Einsparungen übertrafen die Ausgaben für Psychotherapie. In 76 % zeigte sich Psychotherapie gegenüber medikamentösen Behandlungen überlegen bzw. erbrachte einen signifikanten Zusatznutzen.

Adäquate und rechtzeitige Behandlungsangebote für psychische Erkrankungen führen nicht nur zu einer besseren Lebensqualität der betroffenen Menschen, sondern sparen mittelfristig auch Kosten. Um diese zu quantifizieren, werden in der Literatur vielfach Schätzungen durch Modellrechnungen vorgenommen. Nach solchen Modellschätzungen ergeben sich Kosten-Nutzen-Relationen bzw. ein Return-on-Investment im Verhältnis von 1:2 bis 1:5,5, d.h. für jeden in Psychotherapie investierten Euro ergibt sich ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2 € bis 5,5 € (Nübling et al., 2014). In der Studie der TK erbringt eine Kosten-Nutzen-Analyse unter Verwendung nichtmonetärer Ergebnismaße und des Brogden-Cronbach-Gleser-Modells⁴⁴ zur Berechnung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Interventionen (hier: der ambulanten Psychotherapie) ein Return-on-Investment von 1:2 € bis 1:4 € pro in Psychotherapie investiertem Euro (Wittmann et al., 2011). Das heißt, dass ein in Psychotherapie investierter Euro einen volkswirtschaftlichen „Gewinn“ von 2 € bis 4 € erzielen kann. Auch wenn es dabei um wissenschaftliche Annäherungswerte geht, zeigt sich doch eindrucksvoll der mögliche gesamtgesellschaftliche Nutzen von ambulanter Psychotherapie.

⁴⁴ Es handelt sich hierbei um eine Gleichung, bei der der Netto-Nutzen einer Intervention über die Effektstärke abgeschätzt werden kann.

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|------------------|---|----|
| Abbildung 1: | Psychisch erkrankte Menschen in Deutschland..... | 12 |
| Abbildung 2-3: | 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen nach Alter und sozioökonomischem Status | 13 |
| Abbildung 4: | Risikofaktoren für psychische Störungen | 14 |
| Abbildung 5: | Betroffene schwerer psychischer Erkrankungen | 16 |
| Abbildung 6: | Entwicklung der epidemiologischen 12-Monats-Prävalenz..... | 19 |
| Abbildung 7: | Entwicklung der Diagnoseprävalenz..... | 19 |
| Abbildung 8: | 12-Monats-Prävalenz: Anzahl der Diagnosen | 21 |
| Abbildung 9: | Lebenszeitverlust nach Altersgruppen..... | 23 |
| Abbildung 10: | Sterbefälle durch Suizid | 25 |
| Abbildung 11: | Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung..... | 26 |
| Abbildung 12: | Kontakt ins Gesundheitssystem innerhalb eines Jahres | 27 |
| Abbildung 13: | 12-Monats-Behandlungsprävalenz in Deutschland 2011..... | 28 |
| Abbildung 14: | Ambulante Behandlung nach Behandlergruppen und Diagnosen..... | 29 |
| Abbildung 15: | Krankheitskosten im europäischen Vergleich | 32 |
| Abbildung 16: | Krankheitskosten im weltweiten Vergleich | 32 |
| Abbildung 17: | Ausgaben der GKV 2018..... | 33 |
| Abbildung 18: | Direkte Krankheitskosten insgesamt..... | 34 |
| Abbildung 19: | Direkte Krankheitskosten in stationären Einrichtungen | 36 |
| Abbildung 20: | Direkte Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen | 37 |
| Abbildung 21: | Direkte Krankheitskosten in Arztpraxen..... | 37 |
| Abbildung 22: | Kostenanteil nach Krankheitsgruppen – teilstationär und stationär | 38 |
| Abbildung 23: | Kostenanteil nach Krankheitsgruppen – ambulant | 38 |
| Abbildung 24: | Kostenanteil nach Behandlergruppen | 39 |
| Abbildung 25: | Direkte Krankheitskosten in Apotheken | 41 |
| Abbildung 26: | Direkte Krankheitskosten und Einnahme von Psychopharmaka..... | 42 |
| Abbildung 27: | Entwicklung der AU-Fälle nach Krankheitsklassen..... | 44 |
| Abbildung 28: | AU-Fälle Einzeldiagnosen..... | 45 |
| Abbildung 29: | AU-Tage nach Einzeldiagnosen | 45 |
| Abbildung 30: | AU-Tage je Fall..... | 45 |
| Abbildung 31: | Frühzeitige Berentungen..... | 46 |
| Abbildung 32-33: | Verlust gesunder Lebenszeit | 47 |
| Abbildung 34: | GKV-Ausgaben für alle Erkrankungen insgesamt 2018 | 48 |
| Abbildung 35: | GKV-Ausgaben für Behandlungen psychischer Erkrankungen | 49 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|-------|
| Tabelle 1: Prävalenz- und Inzidenzraten psychischer Erkrankungen | 11 |
| Tabelle 2: Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen | 17 |
| Tabelle 3: Diagnosedaten psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen..... | 17 |
| Tabelle 4: Psychische Komorbidität bei schweren psychischen Störungen..... | 22 |
| Tabelle 5: Sterberisiken für Menschen mit schweren psychischen Störungen | 23 |
| Tabelle 6: Gründe für mangelnde Inanspruchnahme von Psychotherapie | 29 |
| Tabelle 7: Direkte Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht..... | 34 |
| Tabelle 8: Direkte Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen..... | 35 |
| Tabelle 9: Anzahl der Leistungen der DRV aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen | 40 |
| Tabelle 10: Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen | 42 |
| Tabelle 11: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage für die 3 wichtigsten Diagnosegruppen | 43 |
| Tabelle 12: Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Alter..... | 43 |
| Tabelle 13: Anzahl der Rentenzugänge wegen psychischer und Verhaltensstörungen | 46 |
| Tabelle 14: Die 10 bedeutendsten Einzeldiagnosen als Ursachen für DALYs..... | 47-48 |

Literaturverzeichnis

- Aderhold, V. (2014). Neuroleptika minimal – Warum und wie. <http://www.zoph.ch/Neuroleptika%20minimal%20Aderholden%202014.pdf> (Stand: 18.2.2020).
- BAuA (Hrsg.). (2019). Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2017. https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Stand: 18.2.2020).
- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G.,... & Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53(2), 83–93.
- Bertelsmann Stiftung (2017). Psychotherapeuten: Bedarf, Nachfrage, Angebot – Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Verteilung. *Spotlight Gesundheit*, 4. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf (Stand: 18.2.2020).
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S.,... & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. *World Economic Forum*. http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf (Stand: 18.2.2020).
- BMG (2019). Gesetzliche Krankenversicherung Endgültige Rechnungsergebnisse 2018. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2018_Internet.pdf (Stand: 18.2.2020).
- BMG (2020). Geschäftsergebnisse: Angaben zu den Geschäftsergebnissen der GKV bezüglich der Leistungsfälle und Tage. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftergebnisse.html> (Stand: 18.2.2020).
- Bode, K., Vogel, R., Walker, J., & Kröger, C. (2017). Health care costs of borderline personality disorder and matched controls with major depressive disorder: A comparative study based on anonymized claims data. *The European Journal of Health Economics*, 18(9), 1125–1135.
- Bostwick, J.M. & Pankratz, V. (2000). Affective disorders an suicide risk: a reexamination. *American Journal of Psychiatry* 157(12): 1925-1932.
- Bundesregierung (2019). Antwort: Drucksache 19/11473: Sektorenübergreifende Versorgung von menschen mit psychischen Erkrankungen. https://www.klein-schmeink.de/data/user/PDF-Dokumente/Kleine_Anfragen/2019/1911473.pdf (Stand: 18.2.2020).
- Debeka (2019). Debeka Versichern Bausparen. Psyche ist immer häufiger Hauptgrund für Berufsunfähigkeit. <https://www.debeka.de/unternehmen/presse/aktuelle-meldungen/2019/psyche-bu.html> (Stand: 18.2.2020).
- DRV (2019a). Rehabilitation 2018. Band 216. https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/aktuelle_statistikbaende/documents/Rehabilitation_2018.pdf (Stand: 18.2.2020).
- DRV (2019b). Rente 2018. Band 215. https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/aktuelle_statistikbaende/documents/Rente_2018.pdf (Stand: 18.2.2020).
- DRV (2019c). Rentenversicherung in Zeitreihen: Oktober 2019. *DRV-Schriften*, 22(1). https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.pdf;jsessionid=36D624334C1A3A27B26DFD673123B448.delivery1-3-replication?__blob=publicationFile&v=4
- DRV (2019d). Deutsche Rentenversicherung (2019d). Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Endgültige Jahresrechnungsergebnisse 2018. (Persönliche Mitteilung, 13.2.2020).

- Egede, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: Prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 409–416.
- Fegert, J. M., Hauth, I., Banaschewski, T., & Freyberger, H. J. (2017). Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie: Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(1), 80–85.
- Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (2019). Kleine Anfrage: Drucksache 19/11058: Sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/110/1911058.pdf> (Stand: 18.2.2020).
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J., & Zielasek, J. (2013). Use of Health Care Services by People With Mental Illness. *Deutsches Aertzblatt Online*, 110(47), 799–808.
- GBE (2020). Gesundheitsberichterstattung der Länder: AOLG-Indikatorenansatz. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=55626819&p_sprache=D&p_knoten=TR30000 (Stand: 18.2.2020).
- GDV (2019). Psychische Krankheiten häufigste Ursache für Erwerbsausfall. <https://www.gdv.de/de/themen/news/psychische-krankheiten-haeufigste-ursache-fuer-erwerbsausfall-48426>
- Gerdau-Heitmann, C., Mümken, S., Eberhard, S., & Koppelin, F. (2017). Psychische Störungen im Erwerbsalter: Ermittlung der administrativen Inzidenz und Prävalenz sowie regionaler Unterschiede in Niedersachsen anhand von Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenkasse. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(12), 1346–1355.
- GKV-Spitzenverband (2019). GKV-Kennzahlen—GKV-Spitzenverband. GKV-Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp (Stand: 18.2.2020).
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession* (5. Aufl.). Hogrefe.
- Grobe, T. G., Steinmann, S., & Szecsenyi, J. (2018). *Arztreport 2018 Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*. 280.
- Groschwitz, R. C., Fegert, J. M., & Plener, P. L. (2017). Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. *Psychotherapeut*, 62(1), 12–17.
- Gühne, U., Becker, T., Salize, H.-J., & Riedel-Heller, S. (2015). Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatrische Praxis*, 42(08), 415–423.
- Hapke, U., Cohrdes, C., & Nübel, J. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring*, 4(4), 62–70.
- Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J. (Hrsg.). (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Springer.
- Hewer, W., & Schneider, F. (2016). Somatische Morbidität bei psychisch Kranken. *Der Nervenarzt*, 87(7), 787–801.
- Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F. & The BELLA study group (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 229–238.

- IGES Institut (Hrsg.). (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten: Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze. IGES Institut. https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15656/e15657/e15659/attr_objs15660/IGES_Publikation_Psychotherapeutensitze_WEB_ger.pdf (Stand: 18.2.2020).
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.,... & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A.,... & Wittchen, H.-U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88–90.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597–611.
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., A., &... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858.
- KBV (Hrsg.). (2019a). KBV Honorarbericht 1. Quartal 2017. KBV. https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_1_2017.pdf (Stand: 18.2.2020).
- KBV (Hrsg.). (2019b). KBV Honorarbericht 2. Quartal 2017. https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_2_2017.pdf (Stand: 18.2.2020).
- KBV (Hrsg.). (2019c). KBV Honorarbericht 4. Quartal 2016. https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_4_2016.pdf (Stand: 18.2.2020).
- KBV (Hrsg.). (2019d). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2019. <https://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php> (Stand: 18.2.2020).
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J.,... & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23–33.
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F., & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402–407.
- Klesse, C., Baumeister, H., Bengel, J., & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität: Bedeutung für Diagnose und Behandlung. *Psychotherapeut*, 53(1), 49–62.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Mental Health Monitoring*, 3(3), 37–45.
- Klosterkötter, J., & Maier, W. (2003, August 25). Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Störungen: Ansätze zur Prävention und zur Vermeidung von Chronifizierungen. *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/38184/Fruherkennung-und-Fruhintervention-bei-psychischen-Stoerungen-Ansaetze-zur-Praevention-und-zur-Vermeidung-von-Chronifizierungen> (Stand: 18.2.2020).
- Koch, U., Mehnert, A., & Härter, M. (2011). Chronische körperliche Erkrankungen und psychische Komorbidität. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54(1), 1–3.
- Kruse, J., & Herzog, W. (2012). Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz. https://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf (Stand: 18.2.2020).
- Lambert, M., Bock, T., Naber, D., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I., Gumz, A., & Karow, A. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 81(11), 614–627.

- Lambert, M. J. (Hrsg.). (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6. Aufl.). Wiley.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., Maske, U. E.,... & Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH): Utilization of Mental Health Services in Germany. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 289–303.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Springer.
- Marschall, J., Hildebrandt, S., & Nolting, H.-D. (2019). *DAK-Gesundheitsreport 2019*. DAK-Gesundheit.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: Data sources, methods and results. https://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_projections2030_paper.pdf (Stand: 18.2.2020).
- Mittag, O., Kampling, H., & Baumeister, H. (2016). Epidemiologie psychischer Störungen bei chronisch körperlich Kranken. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 17(01), 34–37.
- NAKO Gesundheitsstudie. (2019, Februar 19). Pressemitteilung: Depression als Volkskrankheit in der NAKO Gesundheitsstudie. NAKO Gesundheitsstudie. https://nako.de/wp-content/uploads/2019/02/Pressemitteilung-Depression_final.pdf (Stand: 18.2.2020).
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N., & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 389–397.
- Nübling, R., & Jeschke, K. (2018). Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie: Mitgliederbefragung der Landespsychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein. https://www.researchgate.net/publication/328333699_Kostenerstattung_in_der_in_der_ambulanten_Psychotherapie (Stand: 18.2.2020).
- OECD/European Union (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (OECD Publishing, Hrsg.). OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/health_glance_eur-2018-en (Stand: 18.2.2020).
- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H., & Krämer, A. (2014). Trends in Disease Burden in Germany: Results, Implications and Limitations of the Global Burden of Disease Study. *Deutsches Ärzteblatt Online*, 629–638.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., Domanska, O., & Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 832–844.
- Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Döpfner, M., Herpertz-Dahlmann, B., Barkmann, C.,... & The BELLA study group. (2015). The longitudinal BELLA study: Design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 651–663.
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L., Prütz, F., & Thom, J. (2018). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68(08), e31–e31.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2016). *Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten: Sondergutachten 2015*. Hogrefe.
- Schmidt, M. H. (2004, September 17). Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/43439/Verlauf-von-psychischen-Stoerungen-bei-Kindern-und-Jugendlichen> (Stand: 18.2.2020).
- Schneider, F., Erhart, M., Hewer, W., Loeffler, L. A., & Jacobi, F. (2019). Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill – A German registry study. *Deutsches Ärzteblatt Online*. <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/208123/Mortality-and-medical-comorbidity-in-the-severely-mentally-ill-a-German-registry-study> (Stand: 18.2.2020).

- Schwabe, U., & Paffrath, D. (Hrsg.). (2016). *Arzneiverordnungs-Report 2016: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Springer.
- Schwabe, U., Paffrath, D., Ludwig, W.-D., & Klauber, J. (Hrsg.). (2018). *Arzneiverordnungs-Report 2018: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Springer.
- Schwabe, U., Paffrath, D., Ludwig, W.-D., & Klauber, J. (Hrsg.). (2019). *Arzneiverordnungs-Report 2019: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Springer.
- Statista (2020). *Pharma & Gesundheit: Marktdaten zu Pharma & Gesundheit*. <https://de.statista.com/statistik/kategorien/kategorie/9/branche/pharma-gesundheit/> (Stand: 18.2.2020).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019). *Statistisches Jahrbuch 2019*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/statistisches-jahrbuch-2019-dl.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 18.2.2020).
- Statistisches Bundesamt (2020). *Statistisches Bundesamt*. https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html (Stand: 18.2.2020).
- Statistisches Bundesamt, & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.). (2018). *Datenreport 2018: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018.pdf;jsessionid=A045636C-B56D45FC673E2BB4D0D4F387.internet711?__blob=publicationFile (Stand: 18.2.2020).
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W., & Nübling, R. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Meta-Studie*. Huber. https://www.researchgate.net/publication/314779564_Metaanalyse_der_Effekte_stationarer_psychosomatischer_Rehabilitation_-_MESTA-Studie (Stand: 18.2.2020).
- Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2019). *Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 (18/07; Versorgungsatlas-Bericht)*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=93> (Stand: 18.2.2020).
- Steffen, A., Holstiege, J., Akmatov, M. K., & Bätzing, J. (2019). *Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: Eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 (19/05; Versorgungsatlas-Bericht, S. 27)*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=102> (Stand: 18.2.2020).
- Swiss Life (2019, Februar 24). *Pressemitteilung: Report Berufsunfähigkeit*. Swiss Life. <https://www.swiss-life.de/content/dam/de/documents/9d/18010.pdf> (Stand: 18.2.2020).
- Takayanagi, Y., Spira, A. P., Roth, K. B., Gallo, J. J., Eaton, W. W., & Mojtabai, R. (2014). *Accuracy of reports of lifetime mental and physical disorders: Results from the Baltimore Epidemiological Catchment Area study*. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 273–280.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2019). *Gesundheitsreport: Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften*. Techniker Krankenkasse. <https://www.tk.de/resource/blob/2066542/2690efe8e801ae831e65fd251cc77223/gesundheitsreport-2019-data.pdf> (Stand: 18.2.2020).
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). *Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge.
- Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F., & Lenz, A. (Hrsg.). (2011). *Kinder mit psychisch kranken Eltern: Klinik und Forschung*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2001). *Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44(10), 993–1000.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). *Size and burden of mental disorders in Europe—A critical review and appraisal of 27 studies*. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., & Ryl, L. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51: Depressive Erkrankungen*. Robert Koch-Institut.

- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., ... & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
- Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A., Glahn, E. M., Völkle, M. C., Böhnke, J. R., ... & Ruprecht, T. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht (S. 201). Techniker Krankenkasse. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/TK-Abschlussbericht_Qualitaetsmonitoring-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf (Stand: 18.2.2020).
- Wolfersdorf, M. (2008a). Suizidalität: Begriffsbestimmungen, Formen und Diagnostik. In *Suizidalität: Verstehen – Vorbeugen – Behandeln*. Roderer.
- Wolfersdorf, M. (2008b). Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51(4), 443–450.
- WHO (Hrsg.). (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf> (Stand: 18.2.2020).

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)

Mit rund 14.000 Psychotherapeut*innen ist die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) der größte Berufsverband für Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen in Ausbildung in Deutschland. Sie wurde 2006 gegründet und basiert auf einem Zusammenschluss der 1984 gegründeten Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten und dem 1992 gegründeten Deutschen Psychotherapeutenverband.

Die DPtV engagiert sich für die Anliegen ihrer Mitglieder und vertritt deren Interessen gegenüber Politik, Institutionen, Behörden, Krankenkassen und in den Gremien der Selbstverwaltung des psychotherapeutischen Heilberufs. Die Entwicklung und weitere Anerkennung des Berufsstandes der Psychotherapeut*innen und des Fachgebietes Psychotherapie ist eine wichtige Aufgabe des Verbands. Weiterhin setzt sich die DPtV für die Verbesserung der Patient*innen-Versorgung ein.

Die DPtV fördert den Nachwuchs und unterstützt eine hochwertige, praxisnahe Ausbildung. Die Fortbildungsakademie „DPtV CAMPUS“ bietet zudem jährlich über 100 Veranstaltungen im Bereich der Psychotherapie an. In Pressemeldungen und Informationsmaterialien, einem jährlichen Symposium und dem „DPtV-LunchTalk“ trägt der Verband aktuelle Themen in die Öffentlichkeit.

Weitere Informationen unter www.dptv.de

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15

10785 Berlin

bgst@dptv.de

www.dptv.de

