

Nehmen psychische Störungen zu?

Frank Jacobi, TU Dresden

Die Gesundheitsberichte verschiedener gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland aus den vergangenen zehn Jahren stellen durchgängig die zunehmende Bedeutung psychischer Störungen beim Krankenstand heraus. Das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen steigt kontinuierlich an, obwohl über alle Krankheitsarten hinweg ein allgemeiner Rückgang des Krankenstandes festzustellen ist. Somit drängt sich die Frage auf, ob psychische Störungen in letzter Zeit zugenommen haben. Während die Zunahme-Hypothese in der öffentlichen Diskussion mit Verweis auf diese Gesundheitsberichte oft automatisch vorausgesetzt und vertreten wird – nicht selten in dramatischer Form (»Psychische und Verhaltensstörung als Epidemie des 21. Jahrhunderts?«; Weber et al., 2006) –, wird im vorliegenden Beitrag diese scheinbar selbstverständliche Position kritisch hinterfragt. Psychische Störungen sind zwar ausgesprochen häufig und werden in ihrer Bedeutung heute zunehmend wahrgenommen und gewürdigt – die Erklärung für die drastischen Zunahmen in den Krankenkassenstatistiken liegt aber nicht in einer Erhöhung der allgemeinen Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung. Eine differenzierte Betrachtung ergibt, dass der Erkenntnisstand zu psychischen Störungen zwar aufholt, ihre Größenordnung aber nach wie vor unterschätzt wird. Die zunehmende Awareness und ein geändertes ärztliches Diagnose- und Verschreibungs- bzw. Krankschreibungsverhalten sollten hierbei nicht im Sinne eines Artefaktes gewertet werden. Auch wenn – wie im Folgenden gezeigt werden wird – psychische Störungen nicht oder zumindest nicht dramatisch zunehmen, stellt die zunehmende (Selbst-)Wahrnehmung psychischer Probleme und damit eine steigende Behandlungsbedürftigkeit eine enorme Herausforderung dar.

1. Psychische Störungen sind häufig und kostenträchtig: Epidemiologische Datenbasis im internationalen Vergleich (Bevölkerungsstudien)

In repräsentativen epidemiologischen Studien, die in den vergangenen 20 Jahren durchgeführt wurden, erhält etwa jeder dritte bis vierte Erwachsene (mindestens) eine aktuelle (12-Monats-)Diagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen (d.h., im vergangenen Jahr waren die Kriterien für mindestens eine psychische Störung zumindest zeitweise erfüllt; Jacobi, in press; Jacobi et al., 2004a, b; Wittchen & Jacobi, 2005; vgl. Abb. 1), und das Lebenszeitrisiko, irgendwann im Laufe seines Lebens von einer psychischen Störung betroffen zu sein, wird auf über 50% geschätzt (Kessler et al., 2005). Angesichts dieser hohen Prävalenzahlen stellt sich zunächst die Frage, ob solche Schätzungen zu hoch angesetzt sind.

Sind die neueren Prävalenzschätzungen zu hoch angesetzt?

Frühere Studien und amtliche Statistiken, die zu deutlich niedrigeren Prävalenzen kamen, beschränkten sich zum einen auf eine geringere diagnostische Breite (z.B. nur schwere Psychosen und Depressionen, Alkoholab-

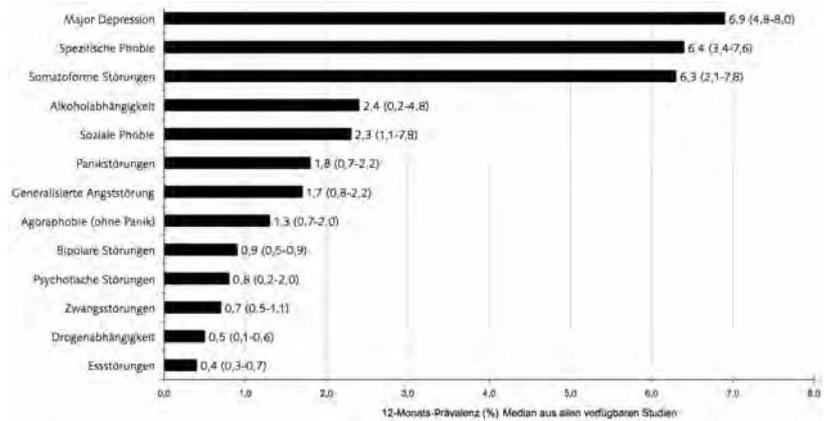


Abbildung 1: Häufigkeit psychischer Störungen im Erwachsenenalter in epidemiologischen Studien innerhalb der EU (Median und Interquartils-Abstand; Wittchen & Jacobi, 2005). Die 12-Monats-Prävalenz für »irgendeine dieser Störungen« liegt bei 27%.

hängigkeit, Suizidhandlungen). Heute – nicht zuletzt im Zuge der diagnostischen Weiterentwicklung moderner Diagnosesysteme (ICD-10, DSM-IV) – ist das untersuchte Spektrum erheblich differenziert und ausgeweitet worden. Außerdem wurden früher häufig nur Fälle betrachtet, die auch eine entsprechende Behandlung erhalten hatten (Behandlungsprävalenz). Allerdings wissen wir mittlerweile, dass nur ein Bruchteil der Betroffenen auch in Behandlung gelangt, und wenn, dann meist erst viele Jahre nach Störungsbeginn (Goldberg & Huxley, 1980; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Wang et al., 2005), sodass sich moderne Prävalenzstudien auf Befunde aus repräsentativen Bevölkerungsstichproben beziehen.

Kritiker solch hoher Prävalenzschätzungen führen zudem an, dass nicht sein kann, was nicht sein darf: Die Prävalenzraten sind weitaus höher, als das jeweilige Gesundheitssystem Patienten vertragen könnte (Narrow et al., 2002; WHO, 2004), und es schwingt hier häufig folgender Unterton mit: »Es kann doch nicht angehen, dass jeder Zweite im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung leiden soll!« Dem sollte allerdings entgegengehalten werden, dass im Erwachsenenalter die 12-Monats-Prävalenz irgendeiner körperlichen Erkrankung über 60% beträgt – und warum sollten Gehirn und Nervensystem seltener betroffen sein als andere, weniger komplexe Organbereiche? Übrigens ist ebenso bei körperlichen Erkrankungen üblicherweise eine große Variabilität hinsichtlich Schweregrad und Behandlungsbedarf (s.u.) zu verzeichnen, ohne dass deswegen ihre festgestellte Häufigkeit angezweifelt wird.

Die Verwunderung über hohe Prävalenzraten psychischer Störungen in der Bevölkerung könnte möglicherweise auch mit einer Stigmatisierung psychischer Störungen (vgl. z.B. Rüscher et al., 2005) zu tun haben, und die Zahlen selbst müssen keineswegs einer mangelnden Validität der Diagnostik geschuldet sein (Kendell, 2002).

Kosten durch psychische Störungen

Folgender Befund zeigt, dass die psychischen Diagnosen, die in epidemiologischen Studien herangezogen werden, keine unzulässige Ausweitung des Krankheitsbegriffs (»Psychiatisierung normaler Probleme«) darstellen oder gar – aus welchen Motiven auch immer – hiermit neue Krankheitseinheiten »erfunden« wurden: Die Zusammenhänge zwischen diesen Diagnosen und

Kontakt

PD Dr. FRANK JACOBI
Dipl.-Psych., TU Dresden
Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Chemnitzer Str. 46
01187 Dresden

T 0351 – 463 – 369 69

F 0351 – 463 – 369 84

E jacobi@psychologie.
tu-dresden.de

negativen Outcomes – wie etwa Arbeitsunfähigkeitstagen als Außenkriterium – sind hoch signifikant. So sind zum Beispiel im Bundesgesundheitsurvey bei denjenigen mit einer 12-Monats-Diagnose im vergangenen Jahr im Durchschnitt doppelt so viele Ausfalltage zu verzeichnen wie bei denjenigen ohne aktuelle psychische Diagnose (Jacobi et al., 2004b). Und nicht nur die psychische, sondern auch die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität ist bedeutsam reduziert, wenn psychische Störungen im Spiel sind (z.B. Baune et al., 2007; Goodwin et al., 2003; Sareen et al., 2006). Ferner wird im aktuellen Gesundheitsbericht der Techniker Krankenkasse eindrucksvoll berichtet, dass die Krankschreibungszeiten aufgrund körperlicher Diagnosen durchschnittlich um Faktor 3 erhöht sind, wenn die Betroffenen zusätzlich psychische Diagnosen aufweisen (TK, 2008).

Es kann also festgehalten werden, dass psychische Störungen weit verbreitet sind (und häufiger sind als früher angenommen, weil jetzt umfassender definiert und repräsentativer erhoben). Auf Bevölkerungsebene gehören sie ebenso wie körperliche Erkrankungen mehr oder weniger »zum Leben dazu« und sind aufgrund der assoziierten negativen Konsequenzen sehr ernst zu nehmen. Schätzungen für die jährlichen Kosten durch psychische Störungen in der EU betragen knapp 300 Mrd. Euro, mit Produktivitätsverlust als wichtigstem Kostenfaktor (Wittchen et al., 2005).

Die indirekten Kosten durch psychische Störungen gehen übrigens weit über die Krankschreibungen hinaus: So ermittelten etwa Wang et al. (2004) in einer Studie im Dienstleistungsbereich, dass bei nicht krankgeschriebenen Depressiven die reduzierte Arbeitsleistung pro Monat 2,3 Abwesenheitstagen entspricht. Ferner kann – auch wenn dies wissenschaftlich noch kaum untersucht ist – davon ausgegangen werden, dass psychische Störungen mehr noch als andere Erkrankungen das Risiko in sich tragen, dass Betroffene beruflich unter ihren Möglichkeiten bleiben, z.B. indem aufgrund sozialer Ängste höhere Bildung oder bestimmte Karrierechancen nicht wahrgenommen werden.

2. Die Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen

Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 sind die kassenärztlichen Vereinigungen zur Weitergabe von Daten an die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet, die eine versichertenbezogene Auswertung von Diagnosen und Abrechnungsziffern erlauben. Dadurch entsteht aus wissenschaftlicher Perspektive mit der Zusammenführung der Daten bei den Krankenkassen ein erheblicher Informationszuwachs, der erstmals routinemäßige Auswertungsmöglichkeiten zur ambulanten Versorgung mit gut definierten Bezugspopulationen schafft.

Für den Bereich psychischer Störungen ergeben sich – übergreifend über alle Kostenträger – dabei folgende Besonderheiten:

■ Krankschreibungen aufgrund psychischer Diagnosen haben spätestens seit Mitte der 1990er-Jahre deutlich zugenommen, und zwar

■ entgegen einem allgemeinen Trend (d.h. Abnahme der AU-Tage in den meisten anderen Krankheitsgruppen).

■ Die hohe Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen beruht insbesondere auf einer hohen Zahl an AU-Tagen pro AU-Fall (höhere Werte gibt es hier nur bei Krebserkrankungen).

Psychische Störungen rangieren bei den meisten Krankenkassen mittlerweile innerhalb aller Krankheitsarten bezüglich der AU-Tage hinter Muskel- und Skeletterkrankungen, Verletzungen und Krankheiten des Atmungssystems bei der Arbeitsunfähigkeit auf Platz 4. Dies veranlasste die Kostenträger, dem Bereich psychischer Störungen gesonderte Schwerpunktanalysen zu widmen (z.B. Gesundheitsgeport der DAK, 2005, in den auch Ergebnisse einer Expertenbefragung zur Frage nach einer möglichen Zunahme psychischer Störungen eingearbeitet sind). Eine Übersicht dieser Gesundheitsreports bis 2004 liefern Lademann et al. (2006); die derzeit aktuellsten AU-Statistiken sind in Tabelle 1 aufge-

Tabelle 1 AU-Tage (pro 100 Versichertenjahre) aufgrund psychischer Störungen nach Krankenkassen (Jahreszahlen = Jahr der Erhebung)

	AU-Tage/ 100 VJ	Anteil am Kranken- stand %	berichtete Trends
AOK Sachsen (2005)	116.0	6.9	Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen um 12% in den Jahren 2003 bis 2005; AOK (gesamt): Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen um 45% in den Jahren 1998 bis 2004
BKK (2006)	111.0	8.9	Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen um 35% in den Jahren 1991 bis 2006
DAK (2007)	109.8	10.2	Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen um 69% in den Jahren 1996 bis 2004
GEK (2006)	136.0	10.7	Anstieg der Anträge auf Psychotherapie von 0,55% auf 0,88% (d.h. um 60%) in den Jahren 2000 bis 2006
TK (2006)	129.0	12.3	Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen um 13% in den Jahren 2000 bis 2007
Barmer (2007)	197.7	15.9	Anstieg des Anteils an den Gesamtausfalltagen von 11,1% auf 15,9% in den Jahren 2003 bis 2007
IKK (2006)	89.0	6.3	Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen um 33% in den Jahren 2000 bis 2006

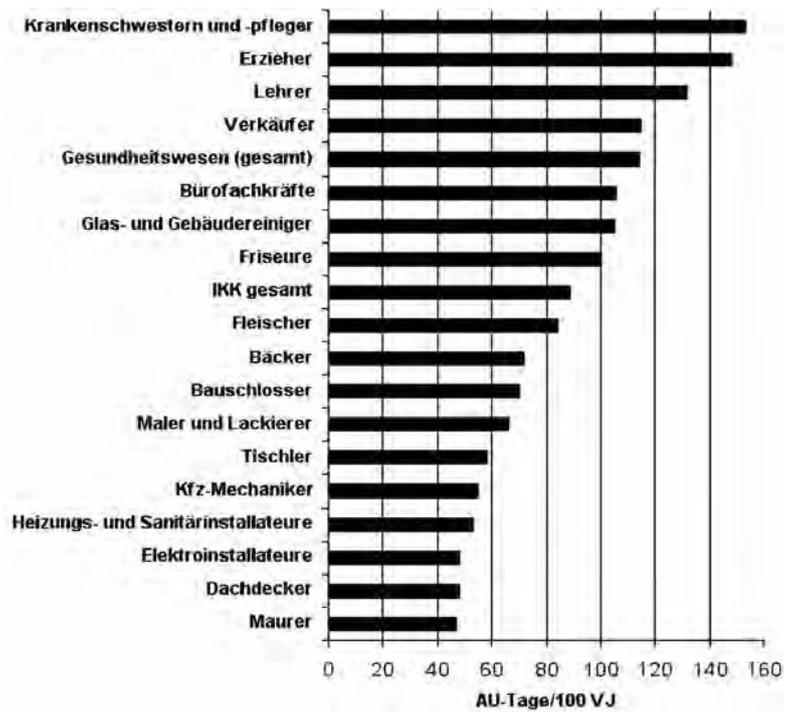
Der Autor

PD Dr. Frank Jacobi, Jahrgang 1967, studierte Psychologie an der Universität Trier und der Freien Universität Berlin. Er ist approbierter Verhaltenstherapeut und absolvierte zudem einen internationalen Master-Studiengang in Affective Neuroscience (M.Sc.) an der Universität Maastricht. Frank Jacobi arbeitet am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der TU Dresden (www.psychologie.tu-dresden.de/klinische), wo er sich 2008 zum Thema »Size and Burden of Mental Disorders« habilitierte. Seine Forschungsschwerpunkte betreffen die Epidemiologie psychischer Störungen (einschließlich der Kosten psychischer Störungen sowie der Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen), Diagnostik psychischer Störungen, Psychotherapieforschung und Versorgungsforschung.

führt. In den über unterschiedliche Zeiträume dokumentierten Erhebungen der verschiedenen Kostenträger sind seit dem Jahr 2000 parallele Verläufe erkennbar; zwischen 2000 und 2004 beträgt der relative Anstieg ca. 20%, wobei sich eine »Entschleunigung« der Zuwächse abzeichnet (d.h., die Zuwächse fallen in den letzten Jahren geringer aus als in den früheren Jahren der Dokumentation in den 1990er-Jahren).

Hierbei fallen große Differenzen zwischen den Kassen ins Auge, die mit unterschiedlicher Versichertenklientel erklärbar sind, und zwar hinsichtlich Geschlechtsverteilung (Frauen weisen gegenüber Männern kassenübergreifend mehr AU-Tage aufgrund psychischer Störungen auf), Altersverteilung (die meisten AU-Tage aufgrund psychischer Störungen finden sich für Erwerbstätige im mittleren Alter, wobei die jüngeren »aufzuholen« scheinen) und vor allem hinsichtlich der Verteilung der Berufsgruppen. Abbildung 1 illustriert letzteren Befund exemplarisch anhand von Daten innerhalb der IKK: Während in Handwerksberufen Krankschreibungen aufgrund psychischer Diagnosen unter dem Durchschnitt aller Versicherten liegen, sind AU-Tage besonders häufig in den Dienstleistungssektoren, die erhöhte Anforderungen an die Emotionsregulation stellen (darunter vor allem im Gesundheits- und Sozialbereich). Außerdem finden sich deutlich erhöhte Raten bei Arbeitslosen (vgl. auch Rose & Jacobi, 2006). Ferner finden sich in diesen Statistiken über die Zunahme bei den AU-Zeiten hinaus (sofern berichtet) Zunahmen im Bereich direkter Gesundheitskosten, d.h. bei Inanspruchnahme stationärer Behandlungen, psychotherapeutischer Angebote und Arzneimittelverordnungen. In einigen Berichten werden zudem Prävalenzen psychischer Störungen berichtet (GEK, TK), also ärztlich diagnostizierte psychische Störungen auch jenseits von Krankschreibungen. Dies ist insofern von Bedeutung, als psychische Störungen meist nicht unmittelbar zur Krankschreibung führen.

Dabei zeigt sich zunächst insgesamt eine deutliche Übereinstimmung mit wissenschaftlichen epidemiologischen Studien: Etwa jeder vierte Versicherte (Frauen 30–35%, Männer 15–25%) erhält (mindestens) eine Diagnose einer psychischen Störung. Allerdings macht ein Abgleich mit Untersuchungen zur Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen deutlich, dass die Zahl der Betroffenen noch weitaus höher ist, als die AU-Berichte und andere Erhebungen vermuten lassen. Nach wie vor werden psychische Störungen selten frühzeitig diagnostiziert und noch seltener adäquat behandelt. Für Deutschland wird der Anteil derer, die wegen einer psychischen Störung eine auch nur minimale professionelle Intervention erhalten (z.B. Gespräch beim Hausarzt oder in einer Beratungsstelle), nur auf knapp 40% geschätzt, und lediglich 10% der Betroffenen erhalten eine angemessene Behandlung (Wittchen & Jacobi, 2001; vgl. auch Schulz et al., 2008). Für die EU liegt die Schätzung für irgendeine professionelle Intervention – ungeachtet ihrer Angemessenheit – sogar nur bei 26%. Am häufigsten erhalten Betroffene ausschließlich eine medikamentöse Behandlung ohne Psychotherapie – dies gilt auch für Länder mit guter psychotherapeutischer Versorgung wie Deutschland (Wittchen & Jacobi,



2005). Hinweise auf Unterversorgung gibt es besonders bei Patientinnen und Patienten mit Sucht- und Angststörungen sowie allgemein bei Kindern und Jugendlichen.

3. Zunahme von Störungen oder vermehrte Inanspruchnahme?

Eine Zunahme an ärztlich dokumentierten Diagnosen psychischer Störungen (ICD-10-F-Diagnosen bei Behandlungen, Krankschreibungen und Berentungen) in denen letzten zehn bis 15 Jahren ist aufgrund deutlich verbesserter Rahmenbedingungen zum Beispiel anhand von aktuellen Reporten der Krankenkassen wie gezeigt sehr gut belegt – allein an der Interpretation der entsprechenden Befunde scheiden sich die Geister. Betrachten wir beispielsweise unter den GEK-Versicherten (GEK, 2007) die Zunahme bei der ambulanten Psychotherapie, also in einem Teilbereich der evidenzbasierten Behandlungs- und Rehabilitationsoptionen (Barlow, 2004). Zwischen 2000 und 2006 stieg der Anteil derjenigen, für die eine (Kurzzeit-)Psychotherapie beantragt war, von 0,55% auf 0,88% der Versicherten – also ein Zuwachs um 60% (bei allerdings niedriger Ausgangsrate). Soll dies als Beleg für eine epidemische Zunahme psychischer Störungen gewertet werden oder als Zeichen dafür, dass sich aufgrund verschiedener Faktoren eine frühere Unter-Inanspruchnahme verändert (Jacobi & Hoyer, 2008)?

Jedenfalls gilt als gesichert, dass sowohl ärztliche oder psychologische Behandlungsangebote als auch das nötige Inanspruchnahmeverhalten dem »wahren« Bedarf weit hinterherhinken (zur Problematik der Definition von »Behandlungsbedarf« s.u.). Dies dürfte auch für den eben genannten Zuwachs um 60% für die Richtlinienpsychotherapie im GEK-Report gelten: Knapp 28% der 1,5 Mio. Versicherten erhielten im Jahr 2006 mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel »Psychische und Verhaltensstörungen« (F00–F99) der ICD-10, aber

Abbildung 2: AU-Tage aufgrund psychischer Störungen (pro 100 Versichertenjahre) über Berufsgruppen hinweg (Daten aus IKK, 2006)

lediglich bei 3% der Diagnoseträger war 2006 auch eine Psychotherapie beantragt worden; für den Zeitraum von 2000 bis 2006 waren es insgesamt 10%.

Modelle und Hypothesen, die für eine Zunahme psychischer Störungen sprechen

Zunächst muss konstatiert werden, dass im Rahmen biopsychosozialer Entstehungsmodelle Risikofaktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen – nicht zuletzt im Bereich der Arbeitswelt – identifiziert wurden, die bei der Erklärung der erhöhten AU-Zeiten aufgrund psychischer Störungen in den referierten Krankenkassenreporten herangezogen werden können (DAK, 2005; Siegrist, 1996; Ulich, 2008; Weber et al., 2006). In Tabelle 2 sind Stressoren aufgeführt, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind.

Tabelle 2: Zunahme psychosozialer Belastungen moderner Gesellschaften (modifiziert nach Weber, 2007)

Gesellschaft		Arbeitswelt
<ul style="list-style-type: none"> ■ Individualisierung/Singularisierung, Anonymität ■ Mehrfachbelastungen/Zeitmangel ■ Werte-/Autoritätskrise ■ Bildungsexpansion ■ Migration ■ Entpersönlichte Kommunikation, neue Medien ■ Schwinden traditioneller Unterstützungssysteme (z.B. Familienstruktur) ■ Unsicherheit zukünftiger ökonomischer Entwicklungen (z.B. hinsichtlich Altersversorgung) ■ Zunehmende Kluft zwischen biologischer und sozialer Reifung 	<p>← →</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Globalisierung/Wettbewerb ■ Wissensintensives Dienstleistungs-/Informationszeitalter ■ Vermehrte »Emotionsarbeit« bei personenbezogenen Dienstleistungen, erhöhte Anforderungen an Servicequalität ■ Arbeitsverdichtung ■ »Freiheit und Leistungsdruck« ■ Erosion der Normalarbeit/diskontinuierliche Erwerbskarrieren, mangelnde Planbarkeit ■ Flexibilität/Präsentismus, permanente Erreichbarkeit ■ Arbeitsplatzunsicherheit (»hire and fire«), Zeit-/Leiharbeit ■ Missverhältnis zwischen wahrgenommener Arbeitsbelastung und (materieller und immaterieller) Entlohnung (»Gratifikationskrisen«)
	»Primat der Ökonomie«	
	Instabilität	
	Mobilität	
	keine/ zu viel Arbeit	
	Demografie	

Eine solche Argumentation über angestiegene Risikofaktoren zur Erklärung der verstärkten Wahrnehmung und der gesundheitspolitischen Relevanz psychischer Störungen aufgrund einer tatsächlichen Zunahme entbehrt nicht der Plausibilität. In der Tat können soziologische Veränderungen in den vergangenen Jahrzehnten hinsichtlich Risikofaktoren (z.B. berufliche Leistungsorientierung, Gratifikationskrisen, mangelnde Bildungschancen, Instabilität vieler Lebensbereiche) sowie Schutzfaktoren (z.B. familiäre Kohäsion, soziale Unterstützung) festgestellt werden. Auch der zunehmenden Kluft zwischen biologischer und sozialer Reifung wird

der Status eines Risikofaktors für jüngere Generationen in Bezug auf psychische Auffälligkeiten zugeschrieben (Vorverlagerung der Geschlechtsreife bei gleichzeitigem Hinausschieben »erwachsenen« Lebens durch zunehmend längere Ausbildungszeiten; »psychosocial mismatch«; Patton & Viner, 2007).

Auswirkungen gesellschaftlicher Trends sollten nicht dramatisiert werden

Einschränkend sei zunächst betont, dass es einen Bias dahin gehend geben mag, dass jüngere Ereignisse und Veränderungen als besonders belastend oder zumindest ganz außerordentlich und damit irritierend empfunden werden.

Folgendes Gedankenspiel soll diese mögliche Einschränkung der Validität der Hypothese einer »offensichtlichen Stresszunahme der letzten Jahre« illustrieren:

■ 2008: »Noch nie gab es Umwälzungen wie in den letzten 20 Jahren (mit Globalisierung zusammenhängender Verwerfungen am Arbeitsmarkt, Finanzkrise, Terrorismus, Wiedervereinigung, Europäische Union etc.).«

■ 1988: »Noch nie gab es Umwälzungen wie in den letzten 20 Jahren (Wertewandel im Zuge von 1968, Kalter Krieg mit Aufrüstung und Kriegsangst, Terrorismus, Umweltzerstörung, aber auch Gewinn an Emanzipation und Freiheitsgraden etc.).«

■ 1968: »Noch nie gab es Umwälzungen wie in den letzten 20 Jahren (Aufbauarbeit und Notstand der Nachkriegszeit, Atomwaffen und Kalter Krieg, Vielzahl weiterer Kriege, Werteverfall, (Nicht-)Auseinandersetzung mit Nazi-Vergangenheit, aber auch Gewinn an Wohlstand etc.).«

Man möchte sagen: Das muss die Seelen der jeweiligen Kohorten doch erschüttert haben!

Gewiss verändern sich gesellschaftliche Befindlichkeiten. Stressfaktoren und Unsicherheiten sind stets im Wandel begriffen, aber auch Anpassungsprozesse und neue Schutzfaktoren dürften im Hinblick auf psychische Störungen in ihrer Allgemeinheit und in der Allgemeinbevölkerung von Bedeutung sein. Und jede Zeit hat ihre vulnerablen Individuen, die auf Stressoren mit psychischen Störungen (erkannt oder unerkannt) reagieren (vgl. Richter et al., 2008).

Ferner sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass sich die Arbeitsbedingungen in den zurückliegenden Jahrzehnten nicht nur verschlechtert, sondern an vielen Stellen – nicht zuletzt durch Umsetzung arbeitspsychologischer Erkenntnisse – auch verbessert haben (z.B. hinsichtlich der Vollständigkeit von Arbeitsaufgaben, aber auch hinsichtlich Bemühungen, Betriebsklima und Kommunikation zu verbessern; vgl. z.B. Richter & Hacker, 1998).

Keine bedeutsame Zunahme in Bevölkerungsstudien

Inwiefern genannte gesellschaftliche Veränderungen tatsächlich mit veränderten Raten psychischer Störungen einhergehen, bleibt Spekulation, solange die entsprechenden Prävalenzen nicht in derselben Population mit derselben Methodik in größeren Zeitabständen wiederholt gemessen werden. In Kasten 1 sind derartige

Epidemiologische Studienlage zur Zunahme psychischer Störungen

A) Die Hypothese, dass psychische Störungen zunehmen, wurde zunächst anhand von Kohortenanalysen zum Lebenszeitrisko psychischer Störungen (d.h. der Wahrscheinlichkeit, bis zu einem bestimmten in der Zukunft liegendem Alter eine psychische Störung entwickelt zu haben) aufgestellt, insbesondere im Bereich der Depression (z.B. Klermann & Weissman, 1989). Verschiedene Geburtskohorten weisen in querschnittlichen Studien trotz unterschiedlichen Alters und damit ungleich hoher Chance für die Entwicklung einer psychischen Störung zum Befragungszeitpunkt kaum Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen auf. Daher wurde angenommen, dass psychische Störungen in jüngeren Kohorten zunehmen, denn es ist anzunehmen, dass bei den Jüngeren in der Zukunft, bis sie das Alter der älteren Kohorten erreicht haben, noch weitere Fälle hinzukommen werden.

Allerdings können hier zur Relativierung solcher erhöhter Lebenszeitriskos der jüngeren Geburtskohorten insbesondere Erinnerungseffekte und Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Kohorten herangezogen werden (vgl. Mauz & Jacobi 2008): 1. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass Ältere einzelne Symptome und Symptomkonstellationen vergessen, die sie in der Jugend gehabt hatten (insbesondere im Zusammenhang mit Störungen, deren Hochrisikophase bereits im jungen Erwachsenenalter durchschritten ist); somit kann bereits die Lebenszeitprävalenz der älteren Kohorten unterschätzt sein. 2. Die Verteilung des Ersterkrankungsalters ist relativ ähnlich für die zeitnäheren Onsets und relativ unähnlich für die zeitfernen Onsets (d.h., die Kohorten unterscheiden sich bezüglich der retrospektiven Onset-Angaben umso mehr, je weiter dieser Onset zurückliegt). Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass ältere Lifetime-Fälle ihr Ersterkrankungsalter später datieren als sie dies getan hätten, wenn man sie früher im Leben befragt hätte. Dieser Bias ist ein mächtiger Hebel, der die in den Survivalanalysen geschätzten Lebenszeitriskos der jüngeren in die Höhe treibt. 3. Kultureller Wandel im Erkennen und Berichten eigener Symptome könnte insbesondere bei den Männern aufgrund veränderter Geschlechterstereotypen und geringerer Stigmatisierung zu Kohortenunterschieden führen, denn die Diagnosen im Sinne des DSM-IV oder der ICD-10 sind schließlich algorithmisch verrechnete Symptomkonstellationen. Hierbei ist das Nichtberichten von vorhandenen psychischen Symptomen bei Älteren wahrscheinlicher als das Berichten von eigentlich nicht vorhandenen Symptomen bei Jüngeren. In diesem Zusammenhang erscheint – ebenso wie eine geschlechtsspezifische – eine altersspezifische Differenzierung der Diagnosesysteme vielversprechend für eine Steigerung ihrer Validität.

B) Die wenigen vorliegenden Studien, in denen psychische Störungen über längere Zeiträume vergleichbar erfasst wurden, legen den Schluss nahe, dass es insgesamt keine bedeutsame Zunahme gab. In großen Studien in den USA (Kessler et al., 1994; Kessler et al., 2005) und in Großbritannien (Singleton et al., 2001) fanden sich zehn Jahre nach der ersten Erhebung Anfang der 1990er-Jahre bei einer Wiederholungsmessung kaum Prävalenzunterschiede, sodass dort zumindest eine dramatische Zunahme unwahrscheinlich ist (vgl. exemplarisch Abb. 2).

C) Auch entsprechende Übersichten im Kinder- und Jugendbereich kommen zu dem Schluss, dass psychische Störungen zumindest in ihrer Gesamtheit keinesfalls dramatisch zugenommen haben (Costello et al., 2006; Ihle & Esser, 2002); ebenso fanden sich keine entsprechenden Hinweise in einer der umfassendsten je durchgeführten Längsschnittstudien (Murphy et al., 2000).

D) Richter et al. 2008 fassen in ihrer Übersichtsarbeit Studien mit der validesten Methodik – der wiederholten Messung in denselben repräsentativen Populationen mit derselben Methodik (Störungskriterien, Erhebungsmethoden, Stichprobendesign) – zusammen und kommen zu einem zwar nicht eindeutigen, aber doch sehr deutlichen Befund: Möglicherweise war ein Anstieg der Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen in den ersten Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg vorhanden; dieser mögliche Trend hat sich jedoch offenbar nicht weiter fortgesetzt. Auch wenn gewisse Fluktuationen festgestellt werden können und die Einschlusskriterien für die in diesem Review zitierten 41 Studien streng waren, kann damit behauptet werden: Zumindest auf Bevölkerungsebene ist die Prävalenz psychischer Störungen trotz gesellschaftlicher Veränderungen nicht besonders volatil!

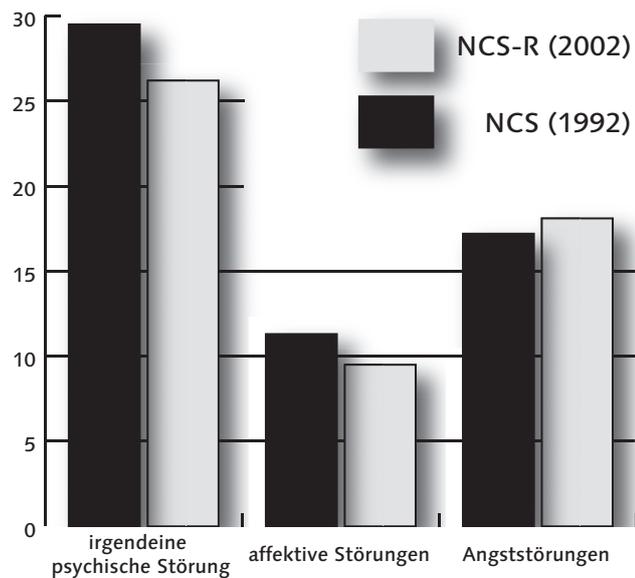


Abbildung 3: Wiederholungsstudie in den USA zu psychischen Störungen (NCS: National Comorbidity Survey; Kessler et al., 1994, 2005)

Studien aufgeführt. Ergebnis: In wiederholten epidemiologischen Bevölkerungsstudien können im 10-Jahres-Abstand keine Zuwächse der Prävalenz seit 1990 gefunden werden!

Auch wenn psychische Störungen insgesamt und übergreifend auf Bevölkerungsebene nicht zunehmen, gibt es allerdings bei feinerem Auflösungsgrad Subgruppen mit möglichen Zunahmen in bestimmten Bereichen (z.B. Depressionen und Hyperaktivitätsstörungen in jüngeren Kohorten oder vermehrte psychische Störungen bei sozial Benachteiligten; z.B. Helbig et al., 2006; Mauz & Jacobi 2008).

Validität psychischer (Nicht-)Diagnosen in der hausärztlichen Praxis: Psychische Störungen werden (immer noch) unterschätzt

Die zunehmend bedeutsame Rolle, die dem Hausarzt nicht nur bei dem Erkennen, sondern auch in der Therapie psychischer Störungen – im Folgenden am Beispiel der Depression – zukommt, ist seit einigen Jahren ein Thema der epidemiologischen und klinischen Public-Health-Forschung. Dabei ergaben Studien in den 80-er und frühen 90-er Jahren in Deutschland und verschiedenen anderen Ländern bzw. in internationalen Kollaborationen (vgl. z.B. Lecrubier, 1998; Üstün & Sartorius, 1995), dass depressive Syndrome in der Hausarztpraxis mit Schätzungen von 7–11% (Punktprävalenz) aller Patienten ein überaus häufiges Phänomen sind. Es besteht nach diesen Studien auch ein einigermaßen durchgehender Konsens, dass von den Patienten mit klinisch bedeutsamer Depression zumindest jeder zweite vom Hausarzt nicht als solcher erkannt wird. Unter denen, die als depressiver »Fall« erkannt wurden, erhält nur ein Bruchteil eine Behandlung, die gemäß fachlicher Leitlinien als adäquat bezeichnet werden kann. Weiter wird vermutet, dass viele depressive Hausarztpatienten sich mit unspezifischen somatischen Beschwerden vorstellen, die die Aufmerksamkeit von einer spezifischen Depressionsdiagnostik ablenken (vgl. z.B. Barsky & Borus, 1995).

In einer großen deutschen Hausarztstudie zur Depression (Jacobi et al., 2002) wurden knapp 50% der Depressionsfälle sensu ICD-10 als »sicher und voll ausgeprägt« richtig identifiziert; weitere 32% wurden zumindest als »unterschwellig« erkannt. Somit blieben lediglich knapp 20% unerkannt oder unklar – die Sensitivität der ärztlichen Urteile kann in dieser Studie also als ermutigend hoch bewertet werden (wobei jedoch berücksichtigt werden muss, dass die teilnehmenden Ärzte mit den Studienzielen vertraut waren und somit ein sorgfältigeres Augenmerk auf die Depressionsdiagnostik gelegt haben dürften als üblicherweise).

Allerdings erhielten knapp 12% der Probanden, die aufgrund der Patientenfragebögen weder DSM- noch ICD-Kriterien der Depression erfüllten, eine »sichere und definitive« Depressionsdiagnose und weitere 28% eine »unterschwellige« Diagnose. Die Spezifität der ärztlichen Urteile ist also deutlich geringer als die Sensitivität, was vor allem daran liegt, dass z.B. Angst- und somatoforme Störungen häufig als »Depression« klassifiziert werden. Eine eingehendere Analyse zum Phäno-

men der »falschen Positiven« findet sich bei Höfler & Wittchen (2000).

Die diagnostische Sensitivität scheint in der ärztlichen Routinediagnostik also in den letzten Jahren zugenommen zu haben (auch wenn noch längst nicht jeder Fall erkannt, geschweige denn behandelt wird). Dies kann nicht nur mit erhöhter *Awareness* auf ärztlicher Seite (z.B. vermehrte Fortbildung zum Thema), sondern auch auf Patientenseite erklärt werden: Indem (vielleicht im Zuge einer Entstigmatisierung bzw. »Normalisierung« psychischer Störungen durch vermehrte Berichterstattung in den letzten 20 Jahren) mehr psychische Symptome bei sich selbst wahrgenommen und auch dem Arzt berichtet werden, fällt die Vergabe einer psychischen Diagnose leichter als in früheren Zeiten. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Sachverhalt auch einen entscheidenden Beitrag zur vermehrten Krankschreibung aufgrund psychischer Störungen liefert (vgl. DAK, 2005).

Wichtig ist zu betonen, dass der Einfluss des ärztlichen Diagnoseverhaltens kein Artefakt in dem Sinne darstellt, dass hier etwas diagnostiziert wird, das eigentlich gar nicht existiert, etwa nur weil psychische Störungen in letzter Zeit gewissermaßen »in Mode gekommen« seien. Lediglich Differenzierung und diagnostische Spezifität sind immer noch als zu niedrig einzuschätzen – die Diagnoseraten dürften sich aber im Sinne eines »Aufholens an den Erkenntnisstand« erhöht, d.h. verbessert haben, und insgesamt dürften immer noch mehr psychische Störungen als andere Krankheitsarten übersehen werden.

4. Diskussion: Psychische Störungen haben an Bedeutung gewonnen, ohne dass dies notwendigerweise einer realen Zunahme entspricht

Psychische Störungen haben an Bedeutung gewonnen: Auf sie werden mehr Krankheitstage und Behandlungen verbucht als früher, und verglichen mit anderen Krankheitsarten bedeutet dies einen gegenläufigen Trend. Angesichts der allgemein rückläufigen Tendenz der AUTE-Tage insgesamt bedeutet dies aber auch, dass wir es derzeit nicht mit einer »Kostenexplosion« durch psychische Störungen zu tun haben. Möglicherweise hat eine Verlagerung in Richtung psychischer Störungen als Diagnose stattgefunden, denn es ist zu vermuten, dass ein Teil der Betroffenen früher auch – andernorts klassifiziert, z.B. im Bereich muskuloskelettaler Erkrankungen (vgl. Ulich, 2008) – krankgeschrieben worden wäre. Hierbei ist übrigens anzumerken, dass Arbeitsunfähigkeit ein ungenauer Indikator für die differenzielle Morbidität in einer Population darstellt, denn andere Faktoren wie z.B. das Betriebsklima dürften einen mindestens ebenso wichtigen Einfluss auf Krankschreibungen haben wie die spezifische Diagnose.

Erhöhte Akzeptanz psychischer Störungen

Manche veränderten Rahmenbedingungen mögen zur verstärkten Würdigung psychischer Störungen beitragen. Die Differenzierung des Diagnosespektrums, die Entwicklung von Arztgruppen (z.B. Direktzugang zum Psychotherapeuten im Zuge des Psychotherapeutengesetzes 1999) oder eine verbesserte hausärztliche Wahrnehmung

sind hier ebenso zu nennen wie eine vermehrte Akzeptanz psychischer Probleme und Symptome auf Patientenseite, insbesondere bei den jüngeren Männern.

Dabei ist zu beachten, dass psychische Störungen noch weit verbreiteter sind, als es in den Krankschreibungsstatistiken erscheint. In der Praxis ist Überdiagnostizieren (im Sinne von Krankschreibung aufgrund einer psychischen Störung, obwohl die diagnostischen und Schweregrad-Kriterien gar nicht erfüllt sind) weit seltener als Unterdiagnostizieren (im Sinne von Nicht-Erkennen und Nicht-Behandeln). Eine frühere Erkennung psychischer Störungen – ggf. auch im (noch) unter-schwelligem oder »milden« Bereich – wäre allerdings hoch wahrscheinlich präventiv, denn Chronifizierung und Ausweitung der Problematik (z.B. Entwicklung von weiteren komorbiden Störungen) sind bei psychischen Störungen häufig (»primary prevention of secondary disorders«, vgl. Kessler & Price, 1993). Nicht zuletzt aus dieser Perspektive wäre es unzulässig, den Begriff der psychischen Störungen (wieder) auf »schwere psychische Störungen« einzuengen (z.B. solche, die eine Hospitalisierung erfordern, wie Schizophrenie, schwere Depressionen oder schwere Abhängigkeitserkrankungen; vgl. Kessler et al., 2003).

Behandlungsbedarf gewachsen

Wie in der Überblicksarbeit von Richter et al. (2008) überzeugend dargestellt, finden sich in wiederholten populationsbezogenen Surveys der letzten Jahrzehnte keine erhöhten Prävalenzen psychischer Störungen in ihrer Gesamtheit. Verlagerungen und Zunahmen bei Teilen der Bevölkerung sind dennoch möglich, allerdings sicher nicht so rasant und dramatisch, wie es in letzter Zeit angesichts vermehrter Krankschreibungen häufig einfach vorausgesetzt wird.

Angesichts des »Aufholens« der Bedeutung psychischer Störungen kann eher gesagt werden, dass nicht die Prävalenz von Störungen, sondern der Behandlungsbedarf angewachsen ist. Behandlungsbedarf ist allerdings ein noch immer unscharfer Begriff. Bei Definitionsvorschlägen sind, neben Einschränkungen in wichtigen Rollen-funktionen, sowohl das Vorhandensein von wirksamen Behandlungsformen als auch eine wahrgenommene Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen von entscheidender Bedeutung (Sartorius, 2000; Regier et al., 2000). Somit ist die Diagnose einer psychischen Störung – wie dies auch bei körperlichen Erkrankungen der Fall ist – nicht immer mit unmittelbarem Behandlungsbedarf gleichzusetzen. Doch angesichts der geringen Behandlungsraten der Diagnoseträger (»Behandlung« in einer breiten Definition dahin gehend, ob sie in Kontakt mit psychiatrischen oder psychosozialen Diensten gewesen sind) kann bislang dennoch von einer Unterversorgung ausgegangen werden (WHO, 2004; Bijl et al., 2003; Sachverständigenrat, 2001). Im Sinne des Bedarfsaspekts der subjektiven Behandlungsbedürftigkeit von Betroffenen (einschließlich Nennung von Symptomen, Akzeptanz von Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen), aber auch hinsichtlich des ärztlichen Diagnose- und Behandlungsverhaltens nimmt der Bedarf zu, was auch ohne Zuhilfenahme einer Zunahme-Hypothese psy-

chischer Störungen einen Gutteil der zugenommenen Inanspruchnahme und Krankschreibung erklären kann (vgl. DAK, 2005).

Ausnahmen und Wissenslücken

Abschließend kann die Frage nach einer (Nicht-)Zunahme psychischer Störungen noch nicht geklärt werden. Erstens gibt es Ausnahmen, die zumindest in einzelnen Störungsbereichen deutliche Zuwächse in einem 10-Jahres-Zeitraum gefunden haben (Compton et al., 2006). Zweitens gibt es Störungsbereiche, deren Zunahme aufgrund demografischer Veränderungen gesichert ist (Demenzen) bzw. hoch wahrscheinlich ist (Depressionen und Suizid im hohen Lebensalter), und die Folgen dieser demografischen Veränderungen werden weiter zunehmen. Auch wenn Risikopopulationen – z.B. sozial Unterprivilegierte (vgl. Mauz & Jacobi 2008) – in ihrer Größe zunehmen, kann dies aufgrund einer höheren Basisrate psychischer Störungen in diesen Gruppen dazu führen, dass insgesamt Zuwächse verzeichnet werden. Im Bereich von Substanzabhängigkeit und -missbrauch haben wir es ferner mit zeitgeist-abhängigen Zyklen und Ungleichzeitigkeiten in verschiedenen Kohorten zu tun. Manche Bevölkerungsgruppen sind insgesamt hinsichtlich psychischer Störungen unzureichend untersucht (z.B. Hochbetagte, Migranten), und es ist unklar, ob der mögliche Einbezug weiterer Störungskategorien wie »Burnout-Syndrom« oder nicht stoffgebundene Süchte oder eine »Reaktivierung« früherer diagnostischer Kategorien (z.B. Neurasthenie) in entsprechende Schätzungen eine Zunahme belegen würden. Doch trotz solcher Ausnahmen und Wissenslücken macht es keinen Sinn, bei psychischen und Verhaltensstörungen von einer »Epidemie des 21. Jahrhunderts« oder einem »age of depression« zu sprechen (Weber et al., 2006; Klerman & Weissman, 1989). Andere Aspekte als eine Epidemie-Hypothese sind heute eigentlich von Belang. Im Rahmen der Zunahme-Debatte sollten übrigens auch andere Indikatoren psychischer Gesundheit in der Bevölkerung nicht aus dem Auge verloren werden: Suizidraten sinken in den letzten Dekaden kontinuierlich, Alkohol- und Nikotinkonsum sind im Schnitt gesunken, und die gemessene gesamt-gesellschaftliche Lebensqualität verläuft erstaunlich unabhängig von gesellschaftlicher Wohlfahrt und Wandel weitgehend gleich (Kovess, 2006).

Herausforderungen

Es ergibt sich angesichts der in der Vergangenheit offensichtlich unterschätzten Relevanz psychischer Störungen die Herausforderung, wie weit und wie schnell die öffentliche Wahrnehmung – verbunden mit entsprechend verstärkter Prävention, Behandlung, Forschung und nicht zuletzt auch Lehre und Ausbildung in diesem Bereich – überhaupt aufholen kann. Ferner stellt sich die Frage, was angesichts der wichtigen und zunehmend deutlich werdenden Rolle psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen unternommen werden kann. Und was hat unser Gesundheitssystem an zusätzlichen Belastungen durch unter-schwellige Syndrome zu erwarten, die derzeit nicht ins Raster der Di-

agnosesysteme passen? Zum Beispiel erhält in epidemiologischen Studien immerhin jeder vierte Inanspruchnehmer psychiatrischer oder psychosozialer Dienste keine (überschwellige) Diagnose (Jacobi & Wittchen, 2005). Der vorliegende Beitrag beschränkt sich auf die Befundlage zu psychischen Störungen im engeren Sinne (im Unterschied zu dimensionaler Befindlichkeit und Psychopathologie oder zu Persönlichkeitsmerkmalen), aber es soll hier nicht unerwähnt bleiben, dass z.B. Ängstlichkeit und Neurotizismus – unberührt der Frage der Krankheitswertigkeit – in den letzten Dekaden zugenommen haben (Twenge et al., 2000).

Diese Herausforderungen sollten evidenzbasiert angegangen werden. Bei der Weiterentwicklung der Diagnosesysteme und der Bedarfsschätzung sollten wissenschaftliche Validitätsaspekte und klinische Nützlichkeit gleichermaßen berücksichtigt werden. Um präzise Aussagen über den Wandel psychischer Symptomatik machen zu können, sind Verlaufsstudien und wiederholte Querschnittsstudien in denselben Populationen vonnöten (z.B. im Monitoring der Gesundheitsberichterstat-

tung oder ggf. auch durch ein Monitoring auf betrieblicher Ebene). Als für Public Health relevante Inhalte müssen ferner auch der Schweregrad der Störung (Symptombelastung, Beeinträchtigungsgrad, Chronifizierung) und der dadurch moderierte Behandlungsbedarf in die Analyse einbezogen werden. In Deutschland wäre hier übrigens eine erneute Untersuchung psychischer Störungen in der Bevölkerung im kommenden Bundesgesundheitsurvey (»Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland«, DEGS) – einschließlich der zehnjährigen längsschnittlichen Komponente – hoch aufschlussreich.

Fazit

»Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit« (European Commission, 2005) ist gerade im derzeitigen »Jahrzehnt des Verhaltens« eine zentrale Botschaft, die nicht durch drastische Überzeichnungen aufgrund einer »gefühlten Zunahme« psychischer Störungen gestärkt werden braucht. Angesichts der Größenordnung psychischer Störungen ist auch ohne eine Zunahme Handlungsbedarf unbedingt gegeben.

ZUSAMMENFASSUNG

Psychische Störungen haben an Bedeutung gewonnen: Auf sie werden mehr Krankheitstage und Behandlungen verbucht als früher, und verglichen mit den abnehmenden Arbeitsunfähigkeitszeiten bei anderen Krankheitsarten bedeutet dies einen gegenläufigen Trend. Somit drängt sich die Frage auf, ob psychische Störungen in letzter Zeit zugenommen haben. Während die Zunahme-Hypothese in der öffentlichen Diskussion mit Verweis auf die aktuellen Gesundheitsberichte der Krankenkassen oft automatisch vorausgesetzt und vertreten wird, wird im vorliegenden Beitrag diese scheinbar selbstverständliche Position kritisch hinterfragt. Psychische Störungen sind zwar weit verbreitet (und häufiger als früher angenommen, weil jetzt umfassender definiert und repräsentativer erhoben); auf Bevölkerungsebene gehören sie ebenso wie körperliche Erkrankungen mehr oder weniger »zum Leben dazu« und sind aufgrund der assoziierten negativen Konsequenzen und Kosten sehr ernst zu nehmen. Die Erklärung für die deutlichen Zunahmen in den Krankenkassenstatistiken liegt aber nicht in einer Erhöhung der allgemeinen Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung. Eine differenzierte Betrachtung auf Grundlage epidemiologischer Befunde ergibt eher, dass der Erkenntnisstand zu psychischen Störungen aufholt (d.h., dass vermehrte Krankenschreibungen die wahre Krankheitslast psychischer Störungen nunmehr realistischer widerspiegeln, als dies in früheren Zeiten der Fall war). »Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit« (European Commission, 2005) ist eine zentrale Botschaft, die nicht durch drastische Überzeichnungen aufgrund einer »gefühlten Zunahme« psychischer Störungen gestärkt werden braucht. Angesichts der Größenordnung psychischer Störungen ist auch ohne eine Zunahme Handlungsbedarf unbedingt gegeben.

ABSTRACT

Current health insurance statistics show an increase in treatment of and sick leave due to mental disorders. This raises the question whether the actual prevalence of mental disorders has been increasing in the past decades. Although the hypothesis of such an increase is often treated as self-evident in the public discussion, the present paper critically challenges this position. Mental disorders are highly prevalent throughout society (and more frequent than assumed in earlier days due to more comprehensive and representative assessment in epidemiological studies). They are – as well as physical conditions – more or less »part of normal life«, and costs and negative consequences of mental disorders must be treated seriously. But on the basis of epidemiological findings, the remarkable increase in health care utilization cannot be explained by a general increase of the prevalence of mental disorders in the population. A more differentiated view would be that public knowledge catches up in recent years (i.e. that increasing sick leave attributed to mental disorders reflects the true burden of mental disorders better compared to former times). »There is no health without mental health« (European Commission, 2005) is an important message that does not need to be sustained by exaggerations due to a »felt increase« of mental disorders. In light of the size and burden of mental disorders in the general population there is continued need for action.

LITERATUR

- Barlow, D. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59 (9), 869-878.
- Baune, B. T., Adrian, I. & Jacobi, F. (2007). Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 109-118
- Bijl, R. V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., Üstün, T. B., Vicente, B., Vollebergh, W. A. M., Walters, E. E. & Wittchen, H.-U. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs*, 22 (3), 122-133.
- Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2006). Changes in the prevalence of Major Depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2141-2147.
- Costello, E. J., Erkanli, A. & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (12), 1263-1271.
- DAK Versorgungsmanagement (2005). DAK Gesundheitsreport 2005. Verfügbar unter: www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/DAK-Gesundheitsreport_2005.pdf [accessed 3.1.2008].
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (1), 38-46.
- European Commission (2005). Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. [On-line]. Available: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf [accessed 01.04.2006].
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980). Mental illness in the Community: the Pathway to Psychiatric Care. London: Tavistock.
- Goodwin, R., Jacobi, F. & Thefeld, W. (2003). Mental disorders and asthma in the community. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1125-1130.
- Helbig, S., Lampert, T., Klose, M., Jacobi, F. (2006). Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 889-896.
- Höfler, M. & Wittchen, H.-U. (2000). Why do primary care doctors diagnose depression when diagnostic criteria are not met? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9(3), 110-120.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 159-169.
- Jacobi, F. (in press). Mental health problems across the OECD in the working age population. Social, Employment and Migration Working Paper No. #. Paris: OECD.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, H.-U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt* (73), 651-658.
- Jacobi, F. & Hoyer, J. (2008). Gesundheitsberichterstattung über Psychotherapie nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz: Ein kritischer Fall. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 140-143.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höfling, C., Höfler, M., Müller, N., Pfister, H. & Lieb, R. (2004a). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jacobi, F., Klose, K. & Wittchen, H.-U. (2004b). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt*, 47, 736-744.
- Jacobi, F. & Wittchen, H.-U. (2005). »Diagnoseträger« und Patienten: Zur Epidemiologie behandelter und unbehandelter psychischer Störungen in Deutschland. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), Fortschritte der Psychotherapieforschung (25-36). Göttingen: Hogrefe.
- Kendell, R. E. (2002). Five criteria for an improved taxonomy of mental disorders. In J. E. Helzer & J. J. Hudziak (Eds.), *Defining Psychopathology in the 21st century: DSM-V and beyond* (pp. 19-30). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Kessler, R. C. & Price, R. H. (1993). Primary prevention of secondary disorders: A proposal and agenda. *American Journal of Community Psychology*, 21 (5), 607-633.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Berglund, P., Eaton, W. W., Koretz, D. S., Walters, E. E. (2003). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1117-1122.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-Month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., McGongale, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Ehlman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klerman, G. L. & Weissman, M. M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 261 (15), 2229-2235.
- Kovess, V. (2006). The state of mental health in the European Union, European Commission, European Communities. [On-line]. Available: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf [accessed 01.11.2007].
- Lademann, J., Mertesacker, H. & Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsberichte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 123-129.
- Lecrubier, Y. (1998). Is depression under-diagnosed and under-treated? *International Clinical Psychopharmacology*, 13 (suppl. 5), 3-6.
- Mauz, E. & Jacobi, F. (2008) Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*.
- Murphy, J. M., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M. & Leighton, A. H. (2000). A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 209-215.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N. & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.
- Patton, G. C., Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *Lancet*, 369 (9567), 1130-1137.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rupp, A., Rae, D. S. & Kaelber, C. T. (2000). The epidemiology of mental disorder treatment need: community estimates of medical necessity. In G. Andrews & S. Henderson (Eds.), *Unmet Need in Psychiatry* (pp. 41-58). Cambridge (England): Cambridge University Press.
- Richter, D., Berger, K. & Reker, T. (2008) Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Rösler, U., Jacobi, F., & Rau, R. (2006). Work and mental disorders in a German national representative sample. *Work and Stress*, 20 (3), 234-244.
- Rose, U. & Jacobi, F. (2006). Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen: Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 41 (12), 556-564.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*, 32, 221-232.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung: Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen und depressive Störungen.
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B., Belik, S. L., Clara, I. & Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2109-2116.
- Sartorius, N. (2000). Assessing need for psychiatric services. In G. Andrews & S. Henderson (Eds.), *Unmet Need in Psychiatry* (pp. 3-7). Cambridge (England): Cambridge University Press.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A. & Meltzer, H. (2001). Psychiatric morbidity among adults living in private households. *National Statistics* 154. London: The Stationery Office.
- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007-1021.
- Ulrich, E. (2008). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. In: BDP (Hrsg.), *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland*, S. 8-15.
- Üstün, T. B. & Sartorius, N. (1995). *Mental illness in General Health Care around the world. An international study*. New York: John Wiley & Sons.
- Wang, P. S., Beck, A. L., Berglund, P., McKenas, D. K., Pronk, N. P., Simon, G. E., Kessler, R. C. (2004). Effects of major depression on moment-in-time work performance. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1885-1891.
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B. & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.
- Weber, A. (2007). Das Burnout-Syndrom – eine Krankheit moderner Gesellschaften? In A. Weber, G. Hörmann & Y. Ferreira (Hrsg.), *Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Mensch – Arbeitswelt – Gesellschaft*. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Weber, A., Hörmann, G. & Köllner, V. (2006). Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? *Deutsches Ärzteblatt* (PP), 4, 169-172.
- WHO World Mental Health Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization – World Mental Health Surveys. *Journal of American Medical Association*, 291 (21), 2581-2590.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsurvey 1998. *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., Jönsson, B. & Olesen, J. (2005). Editorial: Towards a better understanding of the size and burden and cost of brain disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 355-356.

■■■ BERICHTIGUNG In der Ausgabe 11/12 2008 ist der Redaktion auf Seite 544 leider ein Fehler unterlaufen. In der zur TBS-TK Rezension gehörenden Tabelle steht ein falscher Testtitel. Hier die korrigierte Tabelle:

TBS-TK Rezension	NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, Revidierte Fassung	Die TBS-TK-Anforderungen sind erfüllt			
		voll	weitgehend	teilweise	nicht
Testbeurteilungssystem - Testkuratorium der Föderation deutscher Psychologengruppen	Allgemeine Informationen, Beschreibung und diagnostische Zielsetzung	●			
	Objektivität		●		
	Zuverlässigkeit		●		
	Validität		●		