

Bericht an den Vorstand der DGPT zum Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. Schwerpunktthema: Psychische Störungen (Techniker Krankenkasse, 2008)

vorgelegt von

Prof. Dr. C. Albani

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Simmelweisstr. 10
04103 Leipzig
Cornelia.Albani@medizin.uni-leipzig.de

Dr. G. Blaser

Psychotherapeutische Praxis
Lampestr. 3
04107 Leipzig
info@dr-blaser.org

Prof. Dr. Elmar Brähler

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
Elmar.Brähler@medizin.uni-leipzig.de

Zusammenfassung

Es werden Daten der TK zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneimittelverordnung 2000-2007 sowie die Diagnose-Daten aus dem ambulanten Bereich von 2006 ausgewertet.

Die bekannten hohen Prävalenzraten werden bestätigt: bei mehr als jeder fünften Erwerbsperson wurde 2006 bei einem Arztbesuch mindestens einmal die Diagnose "Psychische Störung" gestellt (15,1 % der männlichen, 32,1 % der weiblichen Erwerbspersonen). Frauen haben, außer für Störungen durch psychotrope Substanzen, höhere Prävalenzraten. Es sind alle Altersgruppen gleichermaßen betroffen. Die Prävalenzraten für „irgendeine Psychische Störung“ unterscheiden sich in verschiedenen Berufsfeldern nur wenig, bei Arbeitslosen sind sie jedoch am höchsten (Männer 21,3 %, Frauen 37,6 %).

Patienten mit Psychischen Störungen sind häufig multimorbide.

Psychische Störungen gehen mit erhöhten Fehlzeiten einher, aber nur jeder 7. mit einer ambulanten Diagnose „Psychischer Störung“ wird auch unter entsprechender Diagnose arbeitsunfähig geschrieben. Erwerbspersonen mit einer Diagnose psychische Störung werden auch unter anderen Diagnosen häufiger arbeitsunfähig geschrieben als Personen ohne psychische Diagnose. Wenn eine psychische Störung vorliegt, erhöhen sich die Fehlzeiten auch bei anderen Erkrankungen.

Es scheint deutliche regionale Unterschiede bzgl. der Diagnosestellung und Arbeitsunfähigkeits-Raten aufgrund psychischer Störungen zu geben (unterdurchschnittlich niedrige Diagnose, aber überdurchschnittlich hohe Arbeitsunfähigkeits-Raten z. B. für Reaktionen auf schwere Belastungen in den neuen Bundesländern).

Insgesamt ist zu vermuten, dass psychische Störungen nur unzureichend und nicht korrekt diagnostiziert werden.

Das Bemühen der TK, ihre Daten wissenschaftlich auszuwerten und zu veröffentlichen ist grundsätzlich zu begrüßen, weitergehende Analysen der vorhandenen Daten z. B. bzgl. Komorbiditäten, Behandlungsverfahren ... sind wünschenswert.

Der Report unterstreicht den hohen Bedarf an qualifizierten, psychotherapeutischen Behandlungsangeboten.

Abkürzungen

AD Antidepressiva
AU Arbeitsunfähigkeit
NBL Neue Bundesländer
ABL Alte Bundesländer

TK

- 6,2 Mio. Versicherte, 2,62 Mio. Erwerbspersonen (=sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder arbeitslos gemeldete Mitglieder mit eigenständiger Mitgliedschaft, die zur Abgabe einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verpflichtet sind) im Alter 15-64 (entspricht 9,4 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland)

Auswertungsdaten

- Erwerbspersonen (14-64 Jahre)
- Arbeitsunfähigkeit, Arzneimittelverordnung 2000-2007
- Diagnose-Daten aus dem ambulanten Bereich von 2006

Ergebnisse**1. Häufigkeit psychischer Störungen**

- die bekannten Befunde werden bestätigt:
- psychische Störungen sind sehr häufig (s. Tabelle) - bei mehr als jeder fünften Erwerbsperson wurde 2006 bei einem Arztbesuch mindestens einmal die Diagnose "Psychische Störung" gestellt (15,1 % der männlichen, 32,1 % der weiblichen Erwerbspersonen)
- Depressionen, Reaktionen auf schwere Bealastungen und Somatoforme Störungen sind die häufigsten Diagnosen
- Frauen haben, außer für Störungen durch psychotrope Substanzen, höhere Prävalenzraten

12-Monats-Prävalenz (S. 21ff) in der TK-Stichprobe und im Bundesgesundheitssurvey
(Zahl der Erkrankten im Verhältnis zur Zahl der Untersuchten im Zeitraum von 12 Monaten)

	TK			Bundesgesundheitssurvey (Jacobi u. Wittchen, 2004)		
	% der bei der TK versicherten Erwerbspersonen**			% der repräsentativen deutschen Gesamtbevölkerung#		
	gesamt	♂	♀	gesamt	♂	♀
mindestens einmal/eine Diagnose einer psychischen Störung	22,1	15	32,1	31,1	25,3	37,0
Störung durch psychotrope Substanzen (F 00 - F 09)	2,9	3,0	2,8	4,5	7,2	1,7
Störung durch Alkohol (F 10)	0,6	0,8	0,4	4,1	6,8	1,3
Irgendeine affektive Störung	7,5	4,7	11,7	11,9	8,5	15,4
Depression (F 32 / F 33)	7,2	4,4	11,1			
Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störung (F 40 - F 48)	14,8	8,6	23,5			
Phobische Störung (F 41)	1,0	0,5	1,9	11,6	6,8	16,6
Andere Angststörung (F 41)	3,0					
Irgendeine Angststörung				14,5	9,2	19,8
Reaktion auf Belastung (F 43)	4,6	2,5	7,5			
Somatoforme Störung (F 45)	8,0	4,5	12,9	11,0	7,1	15,0
sex. Fkt.Störung (F 52)		1,4*	1,0			
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F 60 - F 69)	1,4	0,9	2,3			

* 60-67jährige: 5,7, ** standardisiert nach Alter und Geschlecht

Screening von 6159 repräs. ausgewählten Deutschen mit Fragebogen (CID-S), alle Screen-Positiven und 50% der Screen-Negativen wurden dann mit standardisiertem computerisiertem Composite International Diagnostic Interview (DIA-X-CIDI) untersucht, insgesamt 4181 Teilnehmer

Altersabhängigkeit der 12-Montas-Prävalenzen

- für psychische Störung insgesamt:
 - alle Altersgruppen sind betroffen (S. 25)
 - für Frauen liegen die Prävalenzen in allen Altersgruppen höher als bei Männern
- spezielle Störungsbilder:
 - Depression (F32/ F 33) (S. 26)
 - höhere Prävalenz mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern
 - deutlich höhere Prävalenz bei Frauen
 - Reaktion auf Belastung (F 43)
 - leicht höhere Prävalenz mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern (S. 27)
 - für Frauen liegen die Prävalenzen in allen Altersgruppen höher als bei Männern
 - Somatoforme Störung (F 45)
 - etwas höhere Prävalenz mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern (S. 28)
 - deutlich höhere Prävalenz bei Frauen

12-Montas-Prävalenzen psychischer Störungen in Berufsgruppen (S. 41)

- Frauen in allen Berufsgruppen häufiger
- insgesamt eher wenig Unterschiede zwischen den Berufsgruppen
- Vergleich der Berufsfelder (S. 41): Arbeitslose haben höchste Werte (Männer 21,3 %, Frauen 37,6 %) für irgendeine Psychische Störung
 - Rangreihe für einzelne Berufsgruppen (irgendeine Psychische Störung): Telefonistinnen (32 %), Kindergärtnerinnen (31 %), Sozialpäd., Sozialarbeiter (30 %), Arbeitslose (28 %) haben höchste Diagnose-Raten; niedrigste Diagnose-Raten: Ärzte !!! (15 %) - Diagnose-Bias!!! (S. 45 ff)
 - für Depression (S. 42): Arbeitslose haben höchste Werte (Männer 8,2 %, Frauen 15,8 %), Sozial-, Erziehungsberufe haben zweithöchste Prävalenz
- ALG-II-Empfänger noch stärker betroffen als ALG-I-Empfänger und Berufstätige

	Berufstätige	ALG-I- Empfänger	ALG-II- Empfänger
Diagnoseraten %			
mindestens einmal Diagnose einer psychischen Störung	28,1	28,0	36,7
Depression (F 32 / F 33)	6,9	11,3	15,2
Verordnungsrate Antidepressiva	3,5	4,3	7,9

2. Arbeitsunfähigkeit

Krankenstand (=anteilige Fehlzeiten taggenau auf Versicherungsintervall bezogen) nach Berufsfeldern (S. 138)

- Durchschnitt Männer 2,74 %, Frauen 3,38 %
- Arbeitslose haben 2007 im Vergleich zu allen anderen Berufsfeldern höchsten Krankenstand (5,12 % Männer, 5,08 % Frauen)
 - niedrigster Männer: techn.-naturwiss. Berufe 1,93 %, Frauen: Medien-, geisteswiss., künstlerische Berufe: 2,58 %
 - Zunahme der Fehlzeiten zwischen 2006/7 in allen Bundesländern (außer Bremen) wegen Anstieg der Krankschreibungshäufigkeit (+8,4 %) bei gleichzeitig rückläufiger fallbezogener Krankschreibungsdauer (-3,9 %)
 - großer Range (S. 65): Ba-Wü durchschnittlich 9,0, Bayern 9,7 Tage - Brandenburg 13,0 Meck-Vorpom 13,1 Tage in 2007
 - je höher gebildet, um so niedrigerer Krankenstand für beide Geschlechter (Hauptschule: 4,76 %, Hochschule: 1,79 %), (S. 139)

Arbeitsunfähigkeit und ambulante Diagnoseraten psychische Störung

- für Diagnose einer psychischen Störung 2006: 7fach höhere ambulante Diagnoserate (22,1 %) vs. AU-Rate (3,05 %) unter Nennung einer psychischen Diagnose (S. 150)
- d. h. nur jeder 7. mit ambulanter „Diagnose psychischer Störung“ wird auch unter entsprechender Diagnose arbeitsunfähig geschrieben (S. 11)
 - AU-Raten spezieller Störungsbilder:
 - Depression (F32 /F 33): 0,99 % aller Erwerbspersonen (S. 151) (Frauen 1,44 %, Männer 0,68 %)
 - Reaktion auf Belastung (F 43): 0,70 % aller Erwerbspersonen (S. 153)
 - Somatoforme Störung (F 45): 0,44 % aller Erwerbspersonen (S. 154)
- AU-Raten wegen psychischer Störung sind verglichen mit somatischen Krankheitsbildern eher niedrig,
- aber bei AU aufgrund psychischer Störung sind die AU-Tage hoch (im Mittel 36,6 Tage, Neubildungen 38,9 Tage, Endocrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten 24,2 Tage, Herz-Kreislaufsystem 20 Tage), so dass der Anteil der AU-Tage wegen psychischer Störungen an allen AU-Tagen hoch ist (AU-Tage je 100 Versicherungsjahre: Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems: 212, Atmungssystem: 154, Verletzungen: 146, Psychische Störungen 129, Verdauungssystem: 70, Kreislaufsystem: 52)
- die Daten liefern Hinweise darauf, dass Patienten mit Psychischen Störungen häufig multimorbide sind (also nicht die vermeintlichen „Wellness-Patienten“...)

Ambulante Diagnose psychische Störung und AU-Häufigkeit insgesamt (S. 37)

- Erwerbspersonen mit einer Diagnose psychische Störung (22,7 Tage in 2006) werden auch unter anderen Diagnosen häufiger au geschrieben als Personen ohne psychische Diagnose (7,62 Tage in 2006) - gematched für Alter und Geschlecht
- bes. gravierend für Depression als Komorbidität (S. 40): 9,58 Tage AU in 2006 ohne Depression, 35,3 Tage bei Vorliegen einer Depression, d. h. 3,7fach bzw. 25,7 Tage länger AU als Personen ohne Depression
- psych. Störungen gehen mit erhöhten Fehlzeiten einher (aber: Kausalität offen, auch psychische Störung in Folge somatische Erkrankung), auch noch im Folgejahr nach der Diagnoseerfassung !
- bei Komorb. psych. Stö. bei anderer Erkrankung erhöhen sich die Fehlzeiten (S.37/8) - z.B. bei Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems absolute Differenz 2,35 Tage

Exkurs: AU bei remittierter psychischer Störung (Jacobi u. Wittchen, 2005)

- Bundesgesundheitsurvey: Ausfalltage („An wie vielen Tagen waren Sie in den vergangenen 12 Monaten so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?“):

niemals psych. Störung gehabt	remittierte psych. Störung (d.h. mit Lebenszeitdiagnose)*	psych. Störung in letzten 12 Monaten
10 Ausfalltage	10 Ausfalltage	20 Ausfalltage

* offen ob „Spontanremission“ oder nach Behandlung

3. Verordnungsraten von Antidepressiva

- = Anteil der Erwerbspersonen mit Antidepressiva-Verordnung 2006: 3,56 % (S. 152)
- in den NBL (2,68 - 2,93 %) deutlich niedriger als in den ABL (2,88 - 4,46 %)

4. Zusammenhänge zwischen Diagnoseraten, Arbeitsunfähigkeits-Raten und Verordnungsraten von Antidepressiva

Au-Raten und ambulante Diagnoseraten bei psychischen Störungen nach Bundesländern (S. 150 ff)

- niedrigere Diagnose-, aber teilweise höhere AU-Raten in den NBL !

- z. B Meck-Vorpom: 17,8 % mehr AU-Fälle mit psy. Störung, aber 1,5 % weniger ambulante Diagnosen als im Bundesdurchschnitt
- für nur Depression: (S. 151) niedrigere AU-Raten, niedrigere ambulante Diagnoseraten in den NBL
- für nur Reaktion auf Belastung (F 43) (S. 153, S. 34): deutlich höhere AU-Raten, niedrigere ambulante Diagnoseraten in den NBL;
- für nur Somatoforme Störung (F 45) (S. 35, 154): deutlich höhere AU-Rate in den NBL vgl. mit Bundesdurchschnitt, etwas höhere ambulante Diagnoseraten

- aus dem TK-Bericht:

„In Bundesländern, in denen psychische Störungen relativ häufig (bzw. selten) als Ursache einer AU erfasst werden, werden bei Erwerbspersonen nicht durchgängig auch entsprechend häufig (bzw. selten) psychische Störungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung diagnostiziert.“ (S. 30) - RICHTIG

- aus dem TK-Bericht:

„In den drei Stadtstaaten - und damit vermutlich allgemein in städtischen Ballungszentren - erhalten, gemessen an der verhältnismäßig häufigen Diagnose Depression, nur verhältnismäßig kleine Anteile der Erwerbspersonen Antidepressiva. Eine Ursache hierfür könnte in der breiteren Verfügbarkeit von ambulanten Psychotherapien als Therapieoption in den Ballungsräumen liegen.“ (S. 12, 33)

Kommentar:

- d. h. da, wo es psychotherapeutische Angebote (Städte, Ballungszentren) gibt, erhalten die Patienten Psychotherapie und entsprechend weniger Antidepressiva - das ist leitlinienkonform (Nationale VersorgungsLeitlinie Depression: für leichte und mittlere Depression ist Psychotherapie Mittel der ersten Wahl, nicht Antidepressiva! (Härter, 2007)
- Ambulante Diagnoseraten (S.150): stimmt für Depressionen so nicht, im Saarland beträgt sie 8,22 % und ist damit höher als in Bremen (8,08 %)
- insgesamt sind die Unterschiede zwischen den westlichen Bundesländern bzgl. der ambulanten Diagnoseraten (irgendeine psychische Störung) gering
- in den NBL sind sie insgesamt deutlich niedriger
- Verordnungsraten Antidepressiva (S.152): stimmt so nicht, in Schleswig-Holstein (3,32 %) und Niedersachsen (3,34 %) sind die Verordnungsraten niedriger als in HH (3,59 %) - nur in Bremen betragen sie 2,88 %
- insgesamt sind die Unterschiede zwischen den westlichen Bundesländern bzgl. der Verordnungsraten nur gering
- verglichen mit den NBL (Meck-Vorpom 2,68 % - Thüringen 2,93 %) sind sie in Berlin hoch (3,36 %)
- der Rückschluss, dass es an der „Angebotsdichte“ von Psychotherapie liegt, wird anhand der eigenen Daten widerlegt - in den NBL ist das Angebot an Psychotherapie wesentlich geringer, die Antidepressiva-Verordnung dennoch deutlich niedriger (s. a. Abb. 7, S. 32)
- die Zusammenhänge zwischen AU-Rate, amb. Diagnoserate und AD-Verordnungsrate bei Depression in Bundesländern heterogen (S. 32) - die einfache Schlussfolgerung, dass in den Stadtstaaten alles anders ist, stimmt nicht

- aus dem TK-Bericht (S. 11/12):
„Beide Ergebnisse (niedrigere Raten und seltener Antidepressiva Anmerk. d. Verf.) sprechen für eine geringere reale Häufigkeit von Depressionen in den neuen Bundesländern“
- ist fragwürdig - diese Befunde könnten auch aus regionalen Unterschieden bzgl. der diagnostischen Gewohnheiten und real bestehende Versorgungsunterschieden resultieren (ein Hausarzt in den ABL versorgt weniger Patienten als ein Hausarzt in den NBL, kann sich also möglicherweise mehr Zeit für die Diagnostik psychischer Störungen nehmen...)
- insgesamt ist zu vermuten, dass psychische Störungen nur unzureichend und nicht korrekt diagnostiziert werden
- aus dem TK-Bericht:
„In Bezug auf Depressionen existiert mit den Antidepressiva eine Medikamentengruppe, deren Verordnung - zumindest weit überwiegend - bei dieser spezifischen Erkrankung indiziert ist.“ (S. 33)
- das entspricht nicht den Nationalen VersorgungsLeitlinien Depression! (Härter, 2007)
- nachgewiesene geringe Wirksamkeit von Antidepressiva! (s. u.)

Exkurs: Wirksamkeit von Antidepressiva und Psychotherapie bei Depression:

- Psychotherapie: kontrollierte Studien Psychotherapie vs. Kontrollgruppe, zahlreiche Meta-Analysen: Effektstärken 0,82 - 1,13 (Lambert, 2004)
- Psychopharmaka (Turner, Matthews, Linardatos, Tell u. Rosenthal, 2008):
 Fluoxetin (Prozac) 0,26,
 Sertraline (Zoloft) 0,26,
 Citalopram 0,24, Escitalopram 0,31,
 Duloxetine 0,30
- Die durchschnittliche Effektstärke für antidepressive Medikamente, die bei der FDA (US Food and Drug Administration) zugelassen wurden, betrug 0,31.
- Eine in der renommierten Cochrane Library publizierte Metaanalyse (Moncrieff, Wessely u. Hardy, 2004) zur Wirksamkeit trzyklischer Antidepressiva im Vergleich zu einem „Aktiven Placebo“ ergab eine Effektstärke von 0,17.
 (Bei einer reinen Placebo-Gabe ist häufig anhand der Nebenwirkungen für Behandler und Patient deutlich, ob es sich um das Verum-Medikament oder Placebo handelt, „aktive Placebos“ reduzieren diesen Effekt. Damit entspricht man dem Anspruch „doppel-blind“ zu testen stärker, die Effektstärken reduzieren sich dann üblicherweise um 50 %)

Effektstärke

- Effektstärke 1,0 bedeutet, dass der durchschnittlich behandelten Patienten auf einer Normalverteilungskurve eine Standardabweichung gesünder ist als der durchschnittliche unbehandelte Patient
- Nach Cohen (Cohen, 1988) entsprechen Effektstärken > 0,20 einem schwachen, > 0,50 einem mittleren und > 0,80 einem starken Effekt.

5. Kritische Überlegungen/Kommentare/Anmerkungen zum TK-Report:

Repräsentativität der Datenbasis ist unklar

- bei der TK sind 9,4 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland versichert, aber
- unterschiedlicher Anteil TK-Versicherter (an allen Erwerbspersonen) in den Bundesländern (S. 55): höchster Anteil TK-Versicherter in Berlin (15,2 %), niedrigster in Sachsen (4,9 %), in NBL 6,6 % in ABL (ohne Berlin) 9,6 %
- Verteilung der Berufsgruppen der TK-Versicherten möglicherweise anders als für alle Erwerbspersonen in Deutschland

Keine Aussagen zu Komorbidität

- es ist nicht klar, ob sowohl die ambulanten wie auch die AU-Diagnosen „Einzeldiagnosen“ oder lediglich Hauptdiagnosen bei Komorbidität darstellen!

- es ist von hohen Komorbiditäten auszugehen - die TK hat die Daten, das zu prüfen
- aber: niedergelassene Kliniker diagnostizieren häufig „defensiv“, häufig nur eine Hauptdiagnose
- Zurückhaltung bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen...

Exkurs Komorbidität im Bundesgesundheitssurvey:

- im Bundesgesundheitssurvey hatten 39,5 % der Personen, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, mehr als eine Störung (bei Frauen 43,7 %, bei Männern 30,5 %) (Schulz, Barghaan, Harfst u. Koch, 2008)
- 66,5 % der Männer hatten nur eine Diagnose, 15,5 % zwei, 8,0 % drei und 7 % mehr als drei
- 56,3 % der Frauen hatten nur eine Diagnose, 21,5 % zwei, 9,7 % drei, 12,6 % mehr als drei

Prävalenzraten

- Diagnoseraten bei der TK sind niedriger als im Bundesgesundheitssurvey, aber Unterschiede bzgl. Datenerhebung und Stichprobe:

	TK	Bundesgesundheitssurvey (Jacobi et al., 2004)
Diagnostik	ICD-10	DSM-IV
	klinische, ambulante Diagnose	standardisiertes, klinisches Interview (CIDI)
Erhebungszeitraum	2006	1998/99
Alter	14-64	18-65
Stichprobe	nur Erwerbspersonen, die bei TK versichert sind, standardisiert nach Alter und Geschlecht bezogen auf Gesamt-Deutschland	repräsentative dt. Gesamtbevölkerung d.h. plus Studenten, Hausfrauen, ...,

- „Diagnoseträger“ (heißt nicht = Patient!) im Bundesgesundheitssurvey vs. „Patient mit Diagnose“ bei der TK
- Exkurs Bundesgesundheitssurvey (Jacobi et al., 2005):
 - 43 % erwachsene „Diagnoseträger“ (12-Mon-Präv 31 %)
 - davon 60 % ohne jegliche „Behandlung“ (d. h. mindestens ein Kontakt)
 - von denen, die jemals irgendeinen Kontakt hatten, hatten 26 % keine Lebenszeit-Diagnose und 43 % keine 12-Monatsdiagnose aufzuweisen
- dennoch wären so deutliche Unterschiede nicht zu erwarten - Vermutung: „diagnostische Unsicherheit“ und „Patientenschutz“ durch Behandler in TK-Stichprobe
- Nebenanmerkung: es wird immer nur von „ärztlicher Behandlung“ und Diagnose berichtet, was ist mit den Diagnosen der Psychologischen PsychotherapeutInnen?

Verordnungsraten von Antidepressiva

- AD-Verordnungsraten werden bezogen auf alle Erwerbspersonen dargestellt: interessanter wäre, sie auf diejenigen zu beziehen, die Depressions-Diagnose haben

Exkurs GEK-Bericht zu Wirksamkeit von Psychotherapie

- ist inzwischen nicht mehr im Internet abrufbar !
- kritische Überlegungen zu dort verwendeten Kostengesichtspunkten (Jacobi u. Hoyer, 2008):
- Kosten ambulanter Arztkontakte können andere Erfolgsparameter nur ergänzen
- Parameter wie Symptomrückgang, Steigerung von LQ, Reduktion sozialer Beeinträchtigungen - nicht einfach monetär abbildbar
- bei psych. Störungen v.a. indirekte Kosten durch Produktivitätsminderung
- präventive Wirkung von PT durch Verhinderung von Chronifizierung
- falsche Vergleichsgruppe (nicht alle Versicherte, sondern die mit F-Diagnose, aber nicht behandelt)
- Hoher Anspruch: PT müsse dauerhaft alle Krankheitskosten senken - gilt der auch für andere Erkrankungen? d.h. werden auch somatische Erkrankungen und deren Behandlungen danach beurteilt, ob die Therapie Kosten für andere Erkrankungen senkt?
- 28 % der GEK-Versicherten hatten Diagnose „Psych. Störung“, nur bei 3 % wurde PT-Antrag gestellt !!! wieso dann „Übersversorgung und Kostenexplosion durch Psychotherapie“ ?

Literatur

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Härter, M. (2007). Evidenzbasierte Leitlinienentwicklung in der Psychotherapie - Verfahrensweise und Ergebnisse in der S3- bzw. Nationalen VersorgungsLeitlinie Depression. Vortrag beim EbM-Kongress, Berlin, 23.3.2007, http://209.85.129.104/search?q=cache:vBw_H1i-onQJ:www.ebm-netzwerk.de/netzwerkarbeit/jahrestagungen/pdf/haerter.pdf+h%C3%A4rter+leitlinien+depression&hl=de&ct=clnk&cd=2&gl=de&lr=lang_de, Zugriff am 16.8.08.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47, 736-744.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U. (2005). "Diagnoseträger" und Patienten: Zur Epidemiologie behandelter und unbehandelter Störungen in Deutschland. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks, U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte in der Psychotherapieforschung* (S. 25-36). Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F., Hoyer, J. (2008). Zur Diskussion: Gesundheitsberichterstattung über Psychotherapie nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz: Ein kritischer Fall. Stellungnahme zum Artikel "Hilft Psychotherapie zu wenig? Verbände und Kassen im Streit" in der *Ärzte Zeitung* vom 20.2.2008. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 140-143.
- Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 Aufl.). New York: John Wiley & Sons.
- Moncrieff, J., Wessely, S., Hardy, R. (2004). Active placebos versus antidepressants for depression (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1: CD003012.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. (2008). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Psychotherapeutische Versorgung*. (Bd. 41). Berlin.
- Techniker Krankenkasse. (2008). *Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen*. Schwerpunktthema: Psychische Störungen. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.