

Die Fake-News-Connection der Versorgungsforschung bei psychischen Erkrankungen

Manfred Zielke

Baltic Bay Clinical Consulting, Mönkeberg

Kurzfassung

Es gibt Thesen, die selbst dann überleben, wenn keine Beweise für sie aufgetrieben werden konnten und genügend Belege dafür gefunden wurden, um sie zu widerlegen.

Die epidemiologische Forschung zu psychischen Erkrankungen in Deutschland ist außer Rand und Band. Die proklamierte Zunahme psychischer Erkrankungen ist ungefiltert in die öffentliche und wissenschaftliche Meinungsbildung eingedrungen, ohne dass bislang belastbare Nachweise für die Richtigkeit dieser Behauptungen vorgelegt wurden.

Einer ansonsten so kritischen Versorgungsöffentlichkeit kommen solche Positionierungen offenbar gelegen. Kritische Stimmen, ob das denn alles so stimmen könnte, werden nicht aufgegriffen, zumal nicht wenige Geschäftsbereiche die proklamierte Zunahme psychischer Erkrankungen als willkommene Argumentationsbasis für ebendiese Geschäftsbereiche verwenden.

Bei praktisch keinem Kongress und keiner diesbezüglichen Veröffentlichung fehlt der Hinweis auf die Zunahme psychischer Erkrankungen. Während die Diskussion über politische Fake-News virulent ist, hat sich in Bezug auf die psychischen Erkrankungen eine stillschweigende Connection herausgebildet, die gebetsmühlenartig die Veröffentlichungen der Sozialversicherungsträger weitertragen. Man kann hier wohl berechtigterweise von einer „Fake-News-Connection“ sprechen.

Es wird aufgezeigt, worin und in welchen Bereichen sich die „Fakes“ und die „Facts“ unterscheiden, damit die Diskussion über die Bedeutung psychischer Erkrankungen in Deutschland nicht so überwältigend von Voreingenommenheiten geprägt bleibt.

Schlüsselwörter

Psychische Erkrankungen, Neuerkrankungen, Erwerbsminderungsrenten, Fehleinschätzungen, Demographische Entwicklung

1 Problemstellungen

Informationsmanagement

Auf dem Hintergrund zweier wichtiger Entwicklungen in der Arbeitswelt und im Handlungswissen: (1) „Verwissenschaftlichung und wissenschaftsbasierte Arbeit: Von der (industriellen) *Erfahrungs-* zur (postindustriellen) *Wissens-* bzw. *Wissenschaftsgesellschaft*“ und der (2) „Digitalisierung, Globalisierung mit der Entstehung einer *Netzwerkgesellschaft*“ erhalten wir immer mehr Informationen über alle möglichen Lebens- und Ereignisbereiche und müssen rasch zwischen wichtigen und unwichtigen Informationen unterscheiden und sind in der Regel kaum in der Lage, die Richtigkeit einzelner

Datenbereiche zu beurteilen, noch können wir die Stringenz der Datengewinnung im Einzelfall nachvollziehen oder gar überprüfen. Dieses gilt ganz besonders für das Gesundheitssystem und für Gesundheitsdaten. Erscheint uns eine Datenquelle als glaubwürdig und plausibel, werden die damit verbundenen Kernaussagen ungeprüft übernommen und weitergetragen. Wenn verschiedene gesellschaftliche Gruppen dieses Handlungswissen übernehmen, entsteht eine „konsenterte“ Meinung, die dann kaum mehr auf ihre Belastbarkeit überprüft wird. Wenn viele Akteure dies tun, erhöht sich die angenommene Glaubwürdigkeit der Ergebnisse.

„Die Wahrheit ist die Meinung, worauf man sich geeinigt hat.“

Dieser Prozess der Meinungsbildung wird noch verstärkt, wenn die Ergebnisse den eigenen „Stakeholderinteressen“ dienlich sein können.

Konsentierter Meinung: „Psychische Krankheiten nehmen dramatisch zu“.

Es vergeht kaum eine Woche, in der die konsentierter Meinung über die Zunahme psychischer Erkrankungen nicht als Begründung für die vielfältigsten sozialmedizinischen, psychosozialen oder psychotherapeutischen Aktivitäten herhalten muss. Nahezu keine gesellschaftliche Gruppe ist davon ausgespart.

Eine wissenschaftlich begründete angewandte Versorgungsforschung ist ein riskantes Unterfangen, wenn sich in der jeweiligen „Versorgungsszene“ eine konsentierter Meinung über Versorgungsprozesse und Versorgungsmängel gebildet hat, die als Grundlage für Forderungen zur Versorgungsoptimierung dienen soll. Davon abweichende wissenschaftliche Ergebnisse werden weitgehend ignoriert, wenn nicht gar ausgegrenzt. Auch für die diversen Medien sind anderslautende Ergebnisse nicht von besonderem Interesse: „Nur schlechte Nachrichten sind gute Nachrichten“.

Ein anschauliches und aus einer fachlichen Perspektive entsetzliches Bild der auf „wissenschaftlicher“ Basis erstellten Meinungsbildung und Verlautbarungen liefern die in Tabelle 2 ausschnitthaft skizzierten Positionierungen der Krankenkassen. Die in Tabelle 2 zusammengestellten Formulierungen der KK suggerieren, dass psychische Erkrankungen die dritthäufigste Ursache für eine Krankschreibung seien. Diese Aussage wird getroffen auf der Basis der errechneten Krankheitsstage. Die Aussage als „dritthäufigste Diagnose“ erweckt den Anschein, als ob auch die Krankheitsfälle an dritthäufigster Stelle in Erscheinung treten.

2 Die wichtigsten Erkrankungsarten im Ereignisjahr 2014 und die Darstellungsmodi der Krankenkassen (2015)

Im DAK Gesundheitsreport erfolgt eine Auflistung einzelner Erkrankungsgruppen mit den Angaben über die jeweiligen Anteile bei den AU-Fällen und den AU-Tagen. Die Tabellenstruktur der DAK erfolgt nach der Rangfolge der AU-Tage der jeweiligen Krankheitsgruppen.

Tabelle 1

Wie bewältigen wir die Flut wissenschaftlich generierter Daten?

Wie verändern sich die Arbeitswelt und das Handlungswissen im 20./21. Jahrhundert?
Zwei bedeutsame Entwicklungstrends:
– Verwissenschaftlichung und wissenschaftsbasierte Arbeit: Von der (industriellen) Erfahrungszur (postindustriellen) Wissens- bzw. Wissenschaftsgesellschaft
– Digitalisierung, Globalisierung und die Entstehung der Netzwerkgesellschaft
Folgen für das Handlungswissen
Wir erhalten immer mehr Informationen über alle möglichen Lebens- und Ereignisbereiche und müssen rasch zwischen wichtigen und unwichtigen Informationen unterscheiden.
Wir sind in der Regel nicht in der Lage, die Richtigkeit einzelner Datenbereiche zu beurteilen, noch können wir die Stringenz der Datengewinnung im Einzelfall nachvollziehen oder gar überprüfen.
Dieses gilt ganz besonders für das Gesundheitssystem und für Gesundheitsdaten.
Erscheint uns eine Datenquelle als glaubwürdig und plausibel, werden die damit verbundenen Kernaussagen ungeprüft übernommen und weitergetragen.
Wenn verschiedene gesellschaftliche Gruppen dieses Handlungswissen übernehmen, entsteht eine „konsentierter“ Meinung, die dann kaum mehr auf ihre Belastbarkeit überprüft wird. Wenn viele Akteure dies tun, erhöht sich die angenommene Glaubwürdigkeit der Ergebnisse.
„Die Wahrheit ist die Meinung, worauf man sich geeinigt hat.“
Dieser Prozess der Meinungsbildung wird noch verstärkt, wenn die Ergebnisse den eigenen „Stakeholderinteressen“ dienlich sein können.
Konsentierter Meinung „Psychische Krankheiten nehmen dramatisch zu“

„Psychische Störungen sind die dritthäufigste Ursache für Krankschreibung“ Bundesverband 2012
2011 waren die häufigsten Erkrankungen, die Krankheitstage verursachten: – Muskel- und Skeletterkrankungen: 26,3 Prozent – Atemwegserkrankungen: 14,4 Prozent – psychische Störungen: 13,2 Prozent – Verletzungen: 13,0 Prozent
Psychische Störungen rückten damit auf den dritten Platz vor. 2010 lagen sie noch auf dem vierten Platz der Ursachen für eine Krankschreibung.
2011 verursachten psychische Störungen 213 Krankheitstage bezogen auf 100 Beschäftigte – der höchste Wert in 30 Jahren Berichterstattung. 2010 waren es noch 178 Tage. Damit ging jeder achte Krankheitstag auf psychische Störungen zurück. Beschäftigte mit seelischen Leiden waren im Durchschnitt 37 Tage krankgeschrieben – die längste Zeit unter allen Erkrankungen. Die Anzahl der Krankheitstage infolge psychischer Störungen stieg bei Männern 2011 um 20 Prozent an, bei Frauen um 18 Prozent.
2011 waren psychische Störungen die dritthäufigste Krankheitsursache. Damit gingen so viele Krankheitstage wie noch nie in der 30-jährigen Berichterstattung auf psychische Störungen zurück
Psychische Erkrankungen: Steigende Zahlen bei Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung (Bundespsychotherapeutenkammer Newsletter 1-2014)
„Sowohl für die Gesamtgruppe der psychischen Störungen als auch für die rezidivierende depressive Störung ist auch 2014 eine deutliche Steigerung der AU-Tage und AU-Fälle erkennbar“ (BKK Gesundheitsatlas 2015, S. 15)

Tabelle 2

Verlautbarungen von Krankenkassen (hier BKK und BpTK) zur Dramatik der Entwicklung psychischer Erkrankungen im Krankheitsgeschehen

Wir haben die Rangfolge der Darstellung nach den Rangplätzen bei den AU-Fällen verändert und im rechten Teil dann die Rangplätze bei den AU-Tagen zugeordnet. Dadurch entsteht ein völlig verändertes Bild über die Relevanz einzelner Krankheitsgruppen.

Bei den AU-Fällen rangieren auf dem ersten Platz Atemwegserkrankungen (27,0%), gefolgt von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit 15,6%. Die weiteren Rangplätze belegen Erkrankungen des Verdauungssystems mit 11,1%, Infektionen mit 10,0% auf Platz 4 sowie auf Platz 5 Verletzungen und Vergiftungen (7,9%), sonstige Erkrankungen mit 7,1% auf Rang 6 und Erkrankungen infolge unspezifischer Symptome mit 6,3% auf dem 7. Rangplatz.

Danach auf Rangplatz 8 folgen psychische Erkrankungen mit 5,8% der AU-Fälle im Untersuchungsjahr 2014.

Betrachtet man hingegen die Anteile der jeweiligen Erkrankungsgruppen an den entstandenen AU-Tagen (rechte Spalten von Tabelle 3), stehen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mit 22,7% aller AU-Tage an erster Stelle und psychische Erkrankungen mit 16,6% auf Rangplatz 2. Gelegentlich wird dieses Ergebnis dahingehend interpretiert, dass psychische Erkrankungen die zweithäufigste Krankheitsgruppe darstellen.

Diese Aussage ist eindeutig falsch: Die Daten lassen lediglich den Schluss zu, dass psychische Erkrankungen mit einem Rangplatz 8 bei den Krankheitsfällen einen relativ hohen Anteil bei den Krankheitstagen verursachen. Dies ist eher ein Hinweis auf relativ lange Krankheitszeiten bei dieser Störungsgruppe.

Die von der DAK veröffentlichten Daten zur Bedeutung einzelner Diagnosen haben wir ebenfalls in der Rangfolge nach den Rangplätzen bei den AU-Fällen umsortiert (Tabelle 4). Bei den Anteilen der zwanzig wichtigsten

Tabelle 3

Anteile der zehn wichtigsten Erkrankungsarten und sonstiger Erkrankungen an den AU-Fällen und den AU-Tagen im Berechnungsjahr 2014 (umgerechnet nach der Rangfolge bei den AU-Fällen)

Erkrankungsgruppe	Anteil an den AU-Fällen	RP AU-Fälle	Anteil an den AU-Tagen	RP AU-Tage
Atmungssystem	27,0%	1	13,1%	3
Muskel-Skelett-Bindegewebe	15,6%	2	22,7%	1
Verdauungssystem	11,1%	3	5,5%	6
Infektionen	10,0%	4	4,3%	10
Verletzungen	7,9%	5	12,2%	4
Sonstige	7,1%	6	7,7%	5
Unspezifische Symptome	6,3%	7	3,8%	11
Psychische Erkrankungen	5,8%	8	16,6%	2
Nervensystem, Auge, Ohren	5,1%	9	4,3%	9
Kreislaufsystem	2,6%	10	4,4%	8
Neubildungen	1,5%	11	4,8%	7

Quelle: DAK Gesundheitsreport 2015, S. 17

ten Einzeldiagnosen werden insgesamt sechs Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen aufgeführt. Unter Beachtung der rechnerischen Grundlage, dass die entstandenen AU-Tage vor allem von der Dauer der jeweiligen Krankheitsfälle beeinflusst werden, haben wir die Listung nach den AU-Fällen durchgeführt – und nicht, wie im Bericht der DAK nach den AU-Tagen. An erster Stelle rangieren mit 11,4% der Fälle akute Infektionen der oberen Luftwege (ICD-10: J06), gefolgt von Rückenschmerzen (ICD-10: M54) mit 6,3%. An dritter Stelle folgen sonstige und nnb Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs (ICD-10:A09), sowie an vierter Stelle die akute Bronchitis (ICD-10:J20) und auf Rangplatz 5 eine als nicht akut oder chronisch eingestufte Bronchitis (ICD-10: J40). Auf dem Rangplatz 6 folgt die Viruserkrankung mit unspezifischer Lokalisation (ICD-10: B34). Auf den ersten sechs Plätzen bei den AU-Fällen finden sich nahezu ausschließlich Diagnosen, die Hin-

weise auf Entzündungsprozesse und Infektionen liefern – mit Ausnahme der unspezifischen Rückenbeschwerden (M54).

Erst an siebter Stelle folgt eine Diagnose aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43) mit 1,6% aller AU-Fälle.

Weitere psychische Einzeldiagnosen rangieren auf Platz 9 (Depressive Episode ICD-10: F32 mit 1,3%), auf Platz 10 (andere neurotische Störungen ICD-10: F48 mit 0,9%), auf Rangplatz 14,5 (somatoforme Störungen ICD-10: F45 mit 0,6%) und auf Rangplatz 17,5 die rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) mit 0,3% und auf den gleichen Rangplatz 17,5 andere Angststörungen (ICD-10: F41) mit ebenfalls 0,3% aller AU-Fälle.

Wenn man die Basis, auf der diese Daten entstanden sind, als zulässig hinnimmt – was nach unseren Ausführungen erheblich bezweifelt werden muss – könnten die in Ta-

Tabelle 4

Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und den AU-Fällen 2014, sortiert nach deren Anteilen bei den AU-Fällen (aus DAK Gesundheitsreport 2015, S. 27)

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tage	RP AU-Tage	Anteil AU-Fälle	RP AU-Fälle
J06	Akute Infektionen der oberen Luftwege	5,0%	3	11,4%	1
M54	Rückenschmerzen	5,9%	2	6,3%	2
A09	Sonstige und nnb Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	1,7%	7,5	5,1%	3
J20	Akute Bronchitis	1,5%	10,5	2,6%	4
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,3%	13,5	2,3%	5
B34	Viruserkrankung nnb Lokalisation	1,0%	19	2,2%	6
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,9%	4	1,6%	7
T14	Verletzung an einer nnb Körperregion	1,5%	10,5	1,4%	8
F32	Depressive Episode	5,9%	2	1,3%	9
F48	Andere neurotische Störungen	1,5%	10,5	0,9%	10
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,4%	5	0,7%	12
M75	Schulterläsionen	1,7%	7,5	0,7%	12
M77	Sonstige Enthesopathien	1,0%	19	0,7%	12
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	1,5%	10,5	0,6%	14,5
F45	Somatoforme Störungen	1,1%	16	0,6%	14,5
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von dessen Bändern	1,1%	16	0,4%	16
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,0%	6	0,3%	17,5
F41	Andere Angststörungen	1,1%	16	0,3%	17,5
S82	Fraktur des Unterschenkels incl. des oberen Sprunggelenkes	1,0%	19	0,2%	19
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	1,3%	13,5	0,1%	20
Summe		42,3%		39,7%	

belle 4 gelisteten AU-Fälle als Indikator angesehen werden für die Auftretenshäufigkeit des jeweiligen Krankheitsbildes.

Erst auf dem 7. Rangplatz der Einzeldiagnosen rangiert mit lediglich 1,6% aller AU-Fälle die erste psychische Erkrankung!

Anders verhält es sich in der Rangfolge der diagnosespezifischen AU-Tage (siehe linke Spalten in Tabelle 4). Wegen der offensichtlich langen Krankheitsdauer je Fall rutscht der Rangplatz der depressiven Episode (ICD-10: F32) nach oben (oder nach vorn – wie man will) und liegt nunmehr gleichauf auf Platz 1,5 mit den unspezifischen Rückenschmerzen (ICD-10: M54). Während bei den Rückenschmerzen und den akuten Infektionen der oberen Luftwege (ICD-10: J06) die Anzahl der AU-Fälle für die resultierenden AU-Tage verantwortlich ist, kann man davon ausgehen, dass bei dem Krankheitsbild der depressiven Episode und ebenfalls bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F48) eher längere Krankheitsdauern je Krankheitsfall für das Aufsummieren der AU-Tage in Frage kommen.

Wir halten es für unzulässig, auf der Grundlage entstandener Krankheitsstage Rückschlüsse über die Bedeutung psychischer Erkrankungen oder gar auf Inzidenzen zu ziehen. Dieser Unsinn muss aufhören!

Selbstverständlich stellen lange Krankheitszeiten für Krankenkassen eine erhebliche Last dar – allein, wenn man die damit verbundenen Krankengeldzahlungen ins Blickfeld rückt.

Wenn der Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2012 verlauten lässt, dass psychische Erkrankungen die dritthäufigste Ursache für eine Krankschreibung sind – und bei den in Tabelle 3 und 4 vorgestellten Daten sogar die zweithäufigste zusammen mit den Rückenschmerzen) ist dies eine fahrlässige Fehlbewertung der administrativen Krankheitsartenstatistiken!

Es sei dahingestellt, ob die Darstellungsweise der Krankenkasse, eine Rangfolge auf der Basis der entstandenen AU-Tage zu erstellen, aus Unkenntnis über die Bedeutung der einzelnen Krankheitskriterien (AU-Fälle, AU-Tage, AU-Tage je Fall) erfolgt ist oder ob wir es hier mit einer tendenziellen Darlegung zu tun haben.

3 Wissenschaftlich begründete epidemiologische Studien

Warum liest eigentlich kaum jemand aus dem Kreise der „Krankheitslobbyisten“ die wissenschaftlichen Arbeiten zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen aus dem Robert-Koch-Institut? Passen diese Ergebnisse nicht zur eigenen Interessenvertretung?

Im zweiten Teil dieser Ausarbeitung haben wir zusammengestellt, ob es belastbare Daten zur Entwicklung psychischer Erkrankungen gibt und im positiven Falle, welche Ergebnisse solche Untersuchungen haben.

Aus dem Robert-Koch-Institut (2013)

Busch, Maske Ryl, Schlack und Hapke veröffentlichten 2013 eine Studie zur Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland im Bundesgesundheitsblatt.

Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression beträgt insgesamt 11,6%. Frauen geben mit 15,4% fast doppelt so häufig eine jemals diagnostizierte Depression an wie Männer mit 7,8% ($p < 0,0001$). Die Lebenszeitprävalenz steigt mit zunehmendem Alter, ist am höchsten bei Frauen und Männern in der Altersgruppe von 60 bis 69 Jahren (22,9 und 11,6%) und sinkt danach wieder (Tabelle 5). Am niedrigsten ist die Prävalenz im jungen Erwachsenenalter von 18 bis 29 Jahren (8,5 und 4,2%). Im Vergleich zu den 60- bis 69-Jährigen finden sich insgesamt niedrigere Prävalenzen (jeweils $p \leq 0,001$) in allen anderen Altersgruppen außer bei Personen im Alter von 50 bis 59 Jahren.

Dass es sich bei der Prävalenz diagnostizierter Depression dennoch um einen robusten Indikator für eine Depression handelt, zeigt die gute Vergleichbarkeit der DEGS1-Ergebnisse mit Ergebnissen der Studie GEDA 2009. In dieser Studie wurde eine diagnostizierte Depression durch eine ähnliche Frage

Lebenszeitprävalenz (n=7912)	
Frauen	15,4 (14,0–17,0)
Männer	7,8 (6,7–9,0)
Gesamt	11,6 (10,7–12,6)
12-Monats-Prävalenz (n=7900)	
Frauen	8,1 (7,0–9,4)
Männer	3,8 (3,1–4,7)
Gesamt	6,0 (5,3–6,7)

Tabelle 5

Lebenszeitprävalenz und 12-Monatsprävalenz von diagnostizierter Depression (95%-Konfidenzintervall (aus: Busch, Maske, Ryl, Schlack und Hapke 2013 S. 737)

und zu einem ähnlichen Erhebungszeitpunkt erhoben wie in DEGS1 (Busch et al. 2011). Die 12-Monats-Prävalenzen lagen mit 8% bei Frauen und 4,5% bei Männern sehr eng an den Prävalenzen in DEGS1.

Vergleiche hinsichtlich einer Zunahme bzw. Abnahme der Neuerkrankungen konnten von den Autoren gar nicht angestellt werden, weil dafür die Datengrundlage nicht vorhanden ist.

Die DEGS-Studie von 2014

Melchior, Schulz und Härter veröffentlichten 2014 eine umfangreiche Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung. Die wesentlichen Ergebnisse sind in Tabelle 6 zusammengefasst. Sie haben sich u. a. mit der Frage befasst, ob sich administrative Daten der gesetzlichen Krankenkassen für epidemiologische Aussagen eignen.

Dabei sind sie zur der Einschätzung gelangt, dass die administrativen Daten der Krankenkassen mit erheblichen methodischen Einschränkungen einhergehen und nur bedingt

für die Beantwortung der Frage heranzuziehen sind, ob Depressionen in der Bevölkerung tatsächlich zugenommen haben.

Es gibt keine Hinweise auf Veränderungen in der Prävalenz depressiver Erkrankungen in den vergangenen 15 Jahren. Für eine behauptete Zunahme der Neuerkrankungen gibt es keine belastbaren Erkenntnisse!

Querschnittsstudien von 2008 und 2013 aus Münster und Bern

Selbst bei aufmerksamer Beachtung wurden 2008 und 2013 nahezu geräuschlos zwei Arbeiten veröffentlicht, die so gar nicht in den „Mainstream“ der Gesundheitsberichte hineinpassen. Richter, Berger und Reker haben 2008 eine systematische Literaturübersicht zur Frage veröffentlicht, ob psychische Störungen zunehmen und Richter und Berger haben 2013 ein Update über wiederholte Querschnittsstudien zur Veränderung des Erkrankungsgeschehens bei psychischen Erkrankungen veröffentlicht (Tabelle 7).

In der Übersicht von 2008 wurden 44 Arbeiten zusammengestellt, die mit identischem

Tabelle 6

Ergebnisse der DEGS-Studie von 2014

DEGS-Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2014)
Eignen sich administrative Daten der gesetzlichen Krankenkassen für epidemiologische Aussagen?
„Die administrativen Daten der Krankenkassen gehen mit erheblichen methodischen Einschränkungen einher und sind nur bedingt für die Beantwortung der Frage heranzuziehen, ob Depressionen in der Bevölkerung tatsächlich zugenommen haben.“
„Es gibt keine Hinweise auf Veränderungen in der Prävalenz depressiver Erkrankungen in den vergangenen 15 Jahren“.
Für eine behauptete Zunahme der Neuerkrankungen gibt es keine belastbaren Erkenntnisse!

Quelle: Melchior, H., Schulz, H., Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit Depression, Bertelsmann-Stiftung

Tabelle 7

Übersicht zu systematischen Studien zur Entwicklung psychischer Erkrankungen (von 2008 und 2013)

2008 Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht
Diese Übersicht hat 44 Arbeiten zusammengestellt, die mit identischem Instrumentarium zwei oder mehr Stichproben im Abstand mehrerer Jahre untersucht haben.
2013 Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien
In dieser Übersicht wurden 32 Publikationen aus den Jahren 2008 – 2012 zusammengefasst, die über 33 wiederholte Querschnittsanalysen für psychische Störungen berichteten.

Quellen:

Dirk Richter, Klaus Berger, Thomas Reker

Psychiatrische Praxis 2008; 35: 321–330

Aus: LWL-Klinik Münster

Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit

Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Münster

Dirk Richter, Klaus Berger

Psychiatrische Praxis 2013; 40: 176–182

Aus: Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule

Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Münster

Instrumentarium zwei oder mehr Stichproben im Abstand mehrerer Jahre untersucht haben, und in der Publikation von 2013 wurden 32 Publikationen aus den Jahren 2008 – 2012 zusammengefasst, die über 33 wiederholte Querschnittsanalysen für psychische Störungen berichteten.

Die Autoren gliedern die Ergebnisse in „allgemeine Störungen und Probleme“ und in „spezifische Störungen und Erkrankungen“. Da diese Arbeiten kaum bekannt sein dürften, berichten wir über deren Ergebnisse etwas ausführlicher.

Hinsichtlich allgemeiner psychischer Störungen/Probleme bei Erwachsenen wurden 9 Publikationen ausgewählt. Bei 5 der 9 Publikationen ergaben sich keine signifikanten Veränderungen, jeweils eine Publikation ergab einen Anstieg und eine Abnahme und bei 2 Studien waren Fluktuationen bzw. unklare Trends über mehr als 2 Messzeitpunkte hinweg zu erkennen. Bezüglich allgemeiner psychischer Störungen/Probleme bei Kindern und Jugendlichen konnten 10 Publikationen identifiziert werden. In 5 Veröffentlichungen

wurden keine Veränderungen berichtet, in 4 Studien fanden sie einen Anstieg psychischer Probleme, und in 1 Studie eine Abnahme.

Depression – Erwachsene

Für depressive Erkrankungen im Erwachsenenalter wurden 8 Publikationen gefunden. Von diesen berichteten 4 Studien keine Veränderungen, 3 Studien einen Anstieg und 1 Studie keine Veränderungen nach einem Anstieg.

Suchterkrankungen – Erwachsene

Bezüglich Suchterkrankungen konnten 3 Publikationen identifiziert werden, bei 2 von ihnen ergab sich keine Veränderung, 1 Studie berichtete eine abnehmende Prävalenz für Alkoholabhängigkeit.

Andere Störungen – Erwachsene

Bei den weiteren, nicht in zuvor berichteten Kategorien einzuordnenden Publikationen

Ergebnisse aus beiden Studien	
Allgemeine psychische Störungen/Probleme bei Erwachsenen	<ul style="list-style-type: none"> – 9 Publikationen bezogen sich auf allgemeine psychische Störungen oder Probleme bei Erwachsenen. – Bei 5 der 9 Publikationen ergaben sich keine signifikanten Veränderungen, – jeweils 1 ergab einen Anstieg und eine Abnahme und – bei 2 Studien waren Fluktuationen bzw. unklare Trends über mehr als 2 Messzeitpunkte hinweg zu erkennen.
Allgemeine psychische Störungen/Probleme bei Kindern und Jugendlichen	<ul style="list-style-type: none"> – Für Kinder und Jugendliche konnten 10 Publikationen identifiziert werden: – In 5 Veröffentlichungen wurden keine Veränderungen berichtet, – 4 Studien fanden einen Anstieg psychischer Probleme, – 1 Studie eine Abnahme.

Tabelle 8

Ergebnisse zu allgemeinen Störungen und Problemen (Richter, Berger und Reker 2008; Richter und Berger 2013)

Ergebnisse aus beiden Studien	
Depression – Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> – Für depressive Erkrankungen im Erwachsenenalter wurden 8 Publikationen gefunden: <ul style="list-style-type: none"> - Von diesen berichteten 4 keine Veränderungen, - 3 Studien einen Anstieg und - 1 Studie keine Veränderungen nach einem Anstieg.
Suchterkrankungen – Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> – Bezüglich Suchterkrankungen konnten 3 Publikationen identifiziert werden: <ul style="list-style-type: none"> - bei 2 von ihnen ergab sich keine Veränderung, - 1 berichtete eine abnehmende Prävalenz für Alkoholabhängigkeit.
Andere Störungen – Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> – Bei den weiteren, nicht in zuvor berichteten Kategorien einzuordnenden Publikationen handelt es sich um <ul style="list-style-type: none"> - Studien zu Angst (keine Veränderung), - bipolaren Störungen (Zunahme) und - Essstörungen (keine Veränderung).

Tabelle 9

Ergebnisse zu spezifischen Störungen und Erkrankungen (Richter, Berger und Reker 2008; Richter und Berger 2013)

handelt es sich um Studien zu Angst (keine Veränderung), bipolaren Störungen (Zunahme) und Essstörungen (keine Veränderung). Da die Autoren sich dazu durchgerungen haben, die Ergebnisse ihrer Analysen prononciert zusammenzufassen und zu diskutieren, haben wir die diesbezüglichen Kommentare in einer Tabelle zusammengefasst (Tabelle 10). Anhand dieses Vorgehens konnte nach Einschätzung der Autoren kein eindeutiger Trend erkannt werden, der darauf schließen lässt, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung westlicher Länder in den Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg anhaltend zugenommen hat.

Die Resultate beider Studien weisen darauf hin, dass – zumindest auf der Bevölkerungsebene – die ätiologischen Zusammenhänge zwischen den Veränderungen der Lebenswelten und den Inzidenzraten nicht so klar sind, wie populär vermutet wird.

Die Schlussfolgerungen der Autoren: Die Steigerung der Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsleistungen (sofern eine solche tatsächlich stattgefunden hat – Anmerkung des Verfassers dieses Artikels) ist nicht mit einer Zunahme psychischer Probleme oder Störungen in der Bevölkerung assoziiert.

Die Schlussbemerkung der Autoren richtet sich auf einen Sachverhalt, der auch etwas über den Stand der Versorgungsforschung aussagt:

Die „gefühlte“ Zunahme psychischer Störungen bildet offenbar etwas anderes ab als eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen.

Sie empfehlen der interessanten Frage nachzugehen, was sich hinter diesem Gefühl verbirgt. Dies sei eine lohnende sozialwissenschaftliche Fragestellung, für welche die Methodik der psychiatrischen Epidemiologie allein nicht ausreichen wird.

Plenarreferat von H.U. Wittchen zu 24. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2015 in Augsburg

Mit großer Spannung wurden die Ausführungen von Wittchen (2015) zum Thema „Psychische Störungen in Deutschland: Ausmaß und Größe des Problems“ erwartet, zumal er als Forscher über epidemiologische Fragestellungen in Bezug auf psychische Erkrankungen sich auch international einen Namen gemacht hat. Da die Vortragsunterlagen nicht allgemein zugänglich sind und das Referat auch nicht im Abstractband abgedruckt wurde, haben wir die wesentlichen Aspekte aus den vielfältigen Darlegungen in einer Übersichtstabelle zusammengefasst.

Nach Beurteilung durch Wittchen (2015) gibt es keine Evidenz für eine Zunahme oder Epidemie psychischer Störungen – in der EU wie auch in Deutschland! Die Prävalenzraten zeigen Schwankungen – aber keine Zunahme der Prävalenz psychischer Störungen (seit 1990). Es ändert sich möglicherweise die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, und die Bereitschaft des Versorgungssystems, psychische Störungen ernster zu nehmen. Die wahrgenommene höhere Stressbelastung in der Bevölkerung mag ein Moderator – aber nicht

Tabelle 10

Zusammenfassung der Diskussion der Autoren (Richter, Berger und Reker 2008; Richter und Berger 2013)

Diskussion und Bewertung der Ergebnisse beider Studien durch die Autoren Richter, Berger und Reker 2008; Richter und Berger 2013
– Anhand dieses Vorgehens konnte kein eindeutiger Trend erkannt werden, der darauf schließen lässt, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung westlicher Länder in den Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg anhaltend zugenommen hat.
– Die Mehrheit der Publikationen berichtet keine Zunahme psychischer Probleme oder Störungen.
– Die Resultate beider Studien weisen darauf hin, dass – zumindest auf der Bevölkerungsebene – diese ätiologischen Zusammenhänge zwischen den Veränderungen der Lebenswelten und den Inzidenzraten nicht so klar sind, wie populär vermutet wird.
– Schlussfolgerungen: Die Steigerung der Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsleistungen ist nicht mit einer Zunahme psychischer Probleme oder Störungen in der Bevölkerung assoziiert.
– Die „gefühlte“ Zunahme psychischer Störungen bildet offenbar etwas anderes ab als eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen.
– Der interessanten Frage nachzugehen, was sich hinter diesem Gefühl verbirgt, ist eine lohnende sozialwissenschaftliche Fragestellung, für welche die Methodik der psychiatrischen Epidemiologie allein nicht ausreichen wird.

Diskussion und Bewertung durch H.U. Wittchen (2015)*
– Es gibt keine Evidenz für eine Zunahme oder Epidemie psychischer Störungen – in der EU wie auch in Deutschland !
– Die Prävalenzraten zeigen Schwankungen – aber keine Zunahme der Prävalenz psychischer Störungen (seit 1990)
– Es ändert sich möglicherweise die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und die Bereitschaft des Versorgungssystems, psychische Störungen ernster zu nehmen.
– Aufgrund demographischer "shifts" erhöht sich die absolute Anzahl Betroffener.
– Die wahrgenommene höhere Stressbelastung in der Bevölkerung mag ein Moderator – aber nicht ein kausaler Risikofaktor für psychische Störungen sein.

24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2015 in Augsburg „Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation“ DRV-Schriften Bd. 107

*Leider ist das Referat im Abstractband zum Kolloquium nicht veröffentlicht.

Tabelle 11

Auszugsweise Zitierungen aus dem Plenarvortrag von H.U. Wittchen anlässlich des 24. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums „Psychische Störungen in Deutschland: Ausmaß und Größe des Problems“

ein kausaler Risikofaktor für psychische Störungen sein.

Unbestritten ist nach Sichtung mehrerer Jahresstatistiken der großen Krankenkassen eine Zunahme der AU-Tage infolge von psychischen Erkrankungen. Diese Zunahme kann jedoch neben einer moderaten Zunahme der Erkrankungsfälle (Patientenfälle) vor allem durch längere Krankheitszeiten je AU-Fall entstehen. Dies ist besonders für die Krankenkassen von Bedeutung, weil längere AU-Dauern (vor allem bei Krankheitszeiten von mehr als 42 Tagen) zur vermehrten Auszahlung von Krankengeld führen. Bisherige vertrauliche Gespräche mit Krankenkassenvertretern bestätigen bislang diese Annahme: Krankengeldauszahlungen explodieren! – Jedoch nicht infolge einer rasanten Zunahme an Erkrankungsfällen (Patientenfällen), sondern wegen einer erheblich wachsenden Dauer je Krankheitsfall!

Wenn dies so ist, muss man nicht die Behandlungsangebote und Behandlungskapazitäten erweitern, sondern die sozialmedizinischen Kompetenzen der Behandler müssen nachhaltig verbessert werden.

Wollte man tatsächlich eine Untersuchung über die Häufigkeitsentwicklung von Krankheitsfällen durchführen, wäre es erforderlich, zumindest die Versichertennummern über einen Zeitraum von etwa fünf Jahren mitzuführen, um zu überprüfen, ob der jeweilige Krankheitsfall tatsächlich eine neuer „Patientenfall“ oder lediglich ein erneuter Erkrankungsfall einer bestimmten identischen Person innerhalb des Beobachtungszeitraumes ist (zur Methodik siehe Zielke 2014).

Es kann doch nicht sein, dass jeder AU-Fall z. B. innerhalb eines Jahres als neuer „Patientenkrankheitsfall“ gewertet wird, obwohl ein betreffender Versicherter möglicherweise zweimal oder gar dreimal wegen einer

psychischen Erkrankung arbeitsunfähig wurde. Tatsächlich werden in den Krankheitsartenstatistiken in einer solchen Konstellation drei Krankheitsfälle konstatiert!

Jeder, der einmal solche über mehrere Jahre führende Krankheitsartenstatistiken identischer Personen untersucht hat, wird allein auf der Basis der dabei zu beobachtenden „Schwundquoten“ infolge eines Wechsels im Versicherungsstatus einer bestimmten Person, infolge von Kassenwechsel oder Auflösung des Versicherungsverhältnisses und nicht zuletzt infolge der Mortalität in der Untersuchungsgruppe zu dem Schluss kommen, dass ohne Mitnahme der jeweiligen Versicherungsnummern Fehlschlüsse bei den Krankheitsartenstatistiken an der Tagesordnung sind.

Dass man bezüglich der Abnahme bzw. Zunahme bestimmter Krankheitsbilder die von dem jeweiligen Krankheitsrisiko betroffene demographische Entwicklung mit berücksichtigen muss, soll hier lediglich als weiterer differenzierender Gesichtspunkt erwähnt werden, ebenso wie die Anzahl der Erwerbstätigen in den interessierenden Beobachtungszeiträumen überhaupt.

4 Erwerbsminderungsrenten in Deutschland

4.1 Problemstellung

Es vergeht kaum eine Woche, ohne dass „sensationelle“ Zahlen über die Bedeutung psychischer Erkrankungen in der deutschen Gesundheitsversorgung verbreitet werden. Die diesbezüglichen Zitate würden ganze Ordner füllen.

Kaum jemand stellt noch die Frage, ob das denn alles so stimmt und ob die Grundlagen

der diesbezüglichen Veröffentlichungen auf belastbaren Daten beruhen. Neben politischen Interessenvertretern sind es vor allem Psychotherapieverbände und Sozialversicherungsträger, aber auch nicht wenige Betriebsärzte und psychotherapeutische Behandlungseinrichtungen, die sich dem Tenor der veröffentlichten Meinung ungeprüft anschließen und sich mit einer „Augenscheinplausibilität“ zufrieden geben. Zielke hat 2014 aufgezeigt, in welchem Ausmaß auch Interessengruppen der politischen Parteien die Zunahme der Frühberentungen infolge psychischer Erkrankungen für ihre gesetzgeberischen Aktivitäten nutzen. Solche Argumentationsketten setzen sich ungehindert fort (Köllner, Flückiger und Wilms, 2017). Zugleich ist zu beobachten, dass nach Veröffentlichungen von aktuellen Zahlen zur Erwerbsminderung zahllose Experten und Vertreter unterschiedlicher Interessengruppen Schlange stehen, die Erklärungen für eine solche Entwicklung parat haben.

Die konsentrierte Meinung und Verlautbarungen aus der „Versorgungsforschung“ lassen sich etwa so zusammenfassen: **„Wegen der teilweisen nicht mehr erträglichen Belastungen am Arbeitsplatz“ steigt die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen unaufhaltsam“**. Zielke und Stapel haben 2016 untersucht, ob es wissenschaftlich nachweisbare Gründe und belastbare Ursachen für eine offensichtliche Zunahme psychischer Erkrankungen

bei den Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen gibt.

4.2 Entwicklung der Erwerbsminderungsrenten (EWMR)

Seit mehreren Jahren ist eine Zunahme von Erwerbsminderungsrenten (EWM-R) infolge von psychischen Erkrankungen zu beobachten. Dies gilt sowohl hinsichtlich der absoluten Fälle als auch bei den relativen Anteilen im gesamten Frühberentungsgeschehen.

Als Ursachen für diese Entwicklung werden ein Diagnose-Shifting im Begutachtungsverfahren und/oder eine fortschreitende Verminderung des Leistungsvermögens und der korrespondierenden Erwerbsfähigkeit infolge von zunehmenden Belastungen der Arbeitswelt angenommen. Die diesbezüglichen Bewertungen einer solchen Entwicklung variieren je nach Interessenlage der „Stakeholder“ in der Gesundheitsversorgung und können allenfalls als Gedankenspiele verstanden werden.

In Tabelle 12 haben wir eine Übersicht erstellt über die Entwicklung der EWMR in ausgewählten Krankheitsgruppen seit dem Jahr 2000. Davor liegende Statistiken sind für Verlaufsdaten nicht verwendbar, weil sie auf der Krankheitsklassifikation der ICD-9 basierten, die mit der Nachfolgeversion ICD-10 nicht kompatibel ist. Erwerbsminderungsrenten wegen Erkrankungen des Ske-

Tabelle 12

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EWMR) nach ausgewählten Diagnosegruppen im Verlauf von 2000 bis 2013: Psychische Erkrankungen, Erkrankungen von Skelett/Muskeln/Bindegewebe (SMB), Herz/Kreislauferkrankungen (HKL) und Neubildungen (Absolutfälle)

EWMR Männer	EWMR Frauen	EWMR Männer und Frauen				Jahrgang
		Psychische Erkrankungen	SMB	HKL	Neubildungen	
25.665	25.785	54.094	28.328	28.827	212.868	2000
25.984	27.597	50.395	25.734	25.790	200.093	2001
23.977	26.177	39.792	22.179	24.213	175.939	2002
24.562	26.242	35.189	21.527	25.417	174.176	2003
25.563	27.123	31.706	19.374	24.843	169.296	2004
25.133	27.844	29.700	18.018	23.681	163.794	2005
24.454	26.979	26.492	17.036	23.019	158.265	2006
25.256	28.632	25.961	16.851	23.216	159.972	2007
26.287	31.124	25.782	16.833	22.871	161.265	2008
29.006	35.463	26.236	17.254	23.468	171.129	2009
31.698	39.248	26.494	18.068	24.036	180.752	2010
32.642	40.631	25.432	17.319	22.737	178.497	2011
32.516	41.944	24.196	17.053	22.340	177.058	2012
32.268	42.477	23.803	16.558	21.626	175.135	2013

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang „Rentenversicherung in Zeitreihen 2012/2013/2014“ Hrsg: Deutsche Rentenversicherung Bund: DRV-Schriften Band 22/23/24. Vom Oktober 2012/2013/2014

letts, der Muskeln und des Bindegewebes (SMB) haben sich im Übersichtszeitraum mehr als halbiert und sind seit 2006 auf einem stabilen Niveau. Der Rückgang der EWMR infolge von Herz-Kreislauferkrankungen (HKL) beträgt zwischen 2000 und 2013 etwa 12 Tsd. Fälle und seit 2006 ergibt sich eine weitgehend konstante Fallzahl. Erwerbsminderungsrenten wegen Krebserkrankungen weisen eher geringe Schwankungen auf und beruhen ebenfalls ab etwa 2006 auf konstanten Fallzahlen. Bei den EWMR infolge psychischer Erkrankungen zeigt sich ab 2007 ein zunächst moderater und ab 2009 ein deutlicher Anstieg bei den Frauen; die Zuwächse gestalten sich bei den Männern hingegen eher moderat auf zuletzt 32.268 Fälle.

Bedingt durch den Rückgang der EWMR-Fälle wegen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (SMB) und wegen Herz-Kreislauferkrankungen (HKL) und den Anstieg bei den psychischen Erkrankungen erscheinen die Veränderungen der relativen Anteile der einzelnen Krankheitsbilder dramatisch. Bei Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen werden bei den Männern zwischen 2000 und 2013 etwa 7 Tsd. Fälle mehr registriert, was einem Anstieg von 19,6% auf 36,4% entspricht. Bei den Frauen werden 2013 etwa 17 Tsd. Fälle mehr beobachtet. Dies ist ein Anstieg von 31,5% im Jahr 2000 auf 49,0% in 2013. Im gleichen Beobachtungszeitraum verringert sich der Anteil der Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates um knapp 30 Tsd.

EWMR Männer	EWMR Frauen	EWMR Männer und Frauen				Jahrgang
		Psychische Erkrankungen	SMB	HKL	Neubildungen	
25.665	25.785	54.094	28.328	28.827	212.868	2000
19,6%	31,5%	25,4%	13,3%	13,5%		2000
32.642	40.631	25.432	17.319	22.737	178.497	2011
35,2%	47,4%	14,2%	9,7%	12,7%		2011
32.516	41.944	24.196	17.053	22.340	177.058	2012
35,9%	48,5%	13,7%	9,6%	12,6%		2012
32.268	42.477	23.803	16.558	21.626	175.135	2013
36,4%	49,0%	13,6%	9,5%	12,3%		2013

Tabelle 13

Absolutfälle und relative Häufigkeiten der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EWMR) nach ausgewählten Diagnosegruppen: Psychische Erkrankungen, Erkrankungen von Skelett/Muskeln/Bindegewebe (SMB), Herz/Kreislauferkrankungen (HKL) und Neubildungen (Absolutfälle von 2000, 2011 und 2012 und 2013 sowie relative Anteile)

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang „Rentenversicherung in Zeitreihen 2012/2013/2014“ Hrsg: Deutsche Rentenversicherung Bund: DRV-Schriften Band 22/23/24. Vom Oktober 2012/13/2014



Abbildung 1

EM Rentenzugänge wegen Psychischer Erkrankungen und Gesamtentwicklung der Erwerbsminderungsrenten (2006 bis 2013)

Fälle auf 13,6% im Jahr 2013 und bei den Herz-Kreislauferkrankungen werden 2013 etwa 12 Tsd. EWMR-Fälle weniger registriert. Der relative Anteil sinkt von 13,3% auf 9,5% im Jahre 2013. Trotz einer Verringerung um etwa 7 Tsd. Fälle wegen Krebserkrankungen bleibt der relative Anteil mit 12,3% nahezu konstant.

Wie aus Tabelle 12 und Abbildung 1 ersichtlich ist, verringert sich der Umfang an Erwerbsminderungsrenten seit 2000 um 37.733 Fälle bis 2013. In den letzten vier Jahren ist insgesamt ein leichter Rückgang auf zuletzt 175.135 Fälle zu verzeichnen. Gleichzeitig nehmen die Fallzahlen bei psychischen Erkrankungen seit 2010 in Abgrenzung zum Gesamttrend von 70.946 Fällen auf 74.745 Erwerbsminderungsrentenfälle zu mit einer gewissen Konstanz in den letzten beiden Untersuchungsjahren. Infolge der rückläufigen Fallzahlen in der Gesamtentwicklung steigt der relative Anteil der Rentenzugänge wegen psychischer Erkrankungen auf 42,7% überproportional.

4.3 Demographische Entwicklung

Bereits im Rahmen der Grundseminare der Statistik lernt der Sozialwissenschaftler, dass man Veränderungen einzelner Variablen immer gegen den Hintergrund der Grundgesamtheit der Merkmalslisten prüfen muss, um zuverlässige kausale Verknüpfungen mit den gesuchten spezifischen Variablen zu finden. Ein solches Prüfverfahren scheint bei zahlreichen veröffentlichten Datenreihen zunehmend aus dem Blickfeld zu geraten. Insbesondere demographische Veränderungen werden oft vernachlässigt mit dem Hinweis, dass man die zugeordnete Grundgesamtheit ja nicht kenne. Andererseits werden ohne eine solche Hintergrundprüfung nicht selten unzulässige Aussagen gemacht. Hierfür gibt es zahlreiche Beispiele:

Aussage: „Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland ist rückläufig“ Es wurde nicht geprüft, ob die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter ebenfalls rückläufig sei und so diesen Rückgang erklären könnte.

Aussage: „Verkehrsunfälle mit E-Bike-Fahren nehmen deutlich zu“. Es wurde nicht geprüft, ob die Anzahl der Verkehrsteilnehmer, die mit einem E-Bike unterwegs sind, nicht auch erheblich größer geworden ist.

Aussage: „Immer mehr Rentner sind neben ihrer Rente erwerbstätig“. Es wurde nicht berücksichtigt, dass die Absolutzahlen der Ren-

tenbezieher gleichzeitig größer geworden sind.

Bei den skizzierten Fragestellungen kann man davon ausgehen, dass die Ursachen für die identifizierten Veränderungen überwiegend zu Lasten von Veränderungen der jeweiligen Grundgesamtheiten gehen. Allerdings ist bei solchen Fragestellungen eine spezielle Forschungsmethodik erforderlich und man muss gleichzeitig über entsprechende Daten der Grundgesamtheit verfügen. Solche Hintergrunddaten zu beschaffen ist für kurzzeitig angelegte Forschungsambitionen häufig zu aufwendig und man muss als Forscher selbstverständlich Hypothesen haben, welche Aspekte von Grundgesamtheiten für die jeweilige Fragestellung von Bedeutung sind. Das mögen Gründe sein, warum man sich nicht selten mit oberflächlichen Veränderungshinweisen begnügt.

Den Arbeiten von Zielke und Stapel (2016) liegt die Annahme zugrunde, dass der Anstieg der Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen möglicherweise als eine Folge einer spezifischen Bevölkerungsentwicklung gesehen werden kann. Wenn sich z.B. zeigen würde, dass Bevölkerungsgruppen mit hohen Risiken einer Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankungen zahlenmäßig zunehmen, wären daraus Hinweise über die Ursachen der EWMR-Anstiege in diesem Erkrankungsbe- reich abzuleiten.

Wir wissen aus diversen Datenquellen, dass das mittlere Rentenzugangsalter von EWMR bei psychischen Erkrankungen bei 48 bis 50 Jahren liegt (Zielke 1993; Zielke et al. 2004). Betrachtet man die Bevölkerungspyramide des Jahres 2015, zeigt sich in der Auswölbung der jetzt 45- bis 55-Jährigen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ein ausgeprägter Bevölkerungszuwachs, der gemeinhin als „Baby-Boom“ bezeichnet wird. In Abbildung 3 haben wir die Verteilung der Risikogruppe der 2014 und 2015 50-jährigen noch einmal separat markiert. Der Bevölkerungszenit befindet sich im Jahr 2014/2015. Danach wird dieser Anteil in der besagten Altersgruppe entsprechend abnehmen. Die Bevölkerungsentwicklung aus den Geburtsjahrgängen zwischen 1955 und 1969 ist noch einmal detailliert in der nachfolgenden Tabelle zusammengestellt. Aus dieser Zahlenreihe ist ersichtlich, dass ab 1957 ein konstanter Zuwachs zu verzeichnen ist. Die durch einen erheblichen Geburtenüberschuss zu beob-

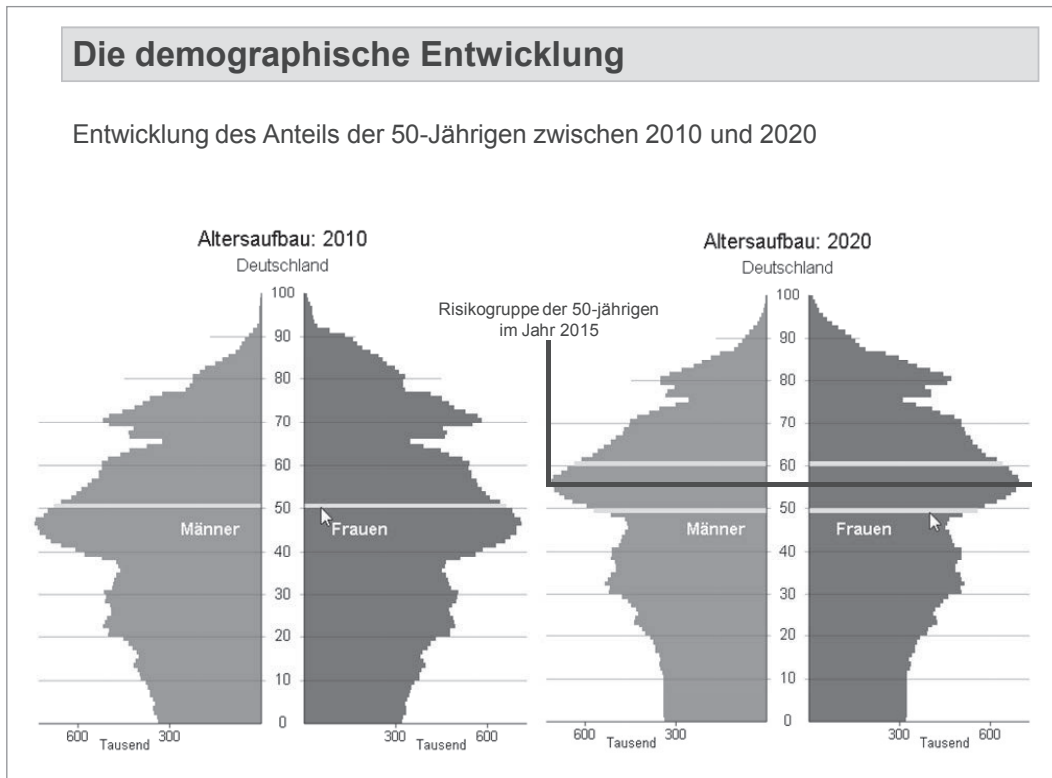


Abbildung 2

Bevölkerungsentwicklung zwischen 2010 und 2020 unter besonderer Berücksichtigung der 50-Jährigen (Statistisches Bundesamt (2014) www.destatis.de/DE/Zahlen/Fakten)

achtende Zunahme hält mindestens bis zum Geburtsjahrgang 1969 an. Insbesondere der Jahrgang 1964 kann als „starker“ Jahrgang bezeichnet werden.

4.4 Zielsetzung und Methodik der empirischen Analyse

Zielke und Stapel (2016) haben sich in einem weiteren Schritt mit der Frage beschäftigt, ob sich zwischen den skizzierten Entwicklungen der Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen und der Bevölkerungsentwicklung Zusammenhänge aufzeigen lassen. Als Erkrankungsgruppe haben wir zunächst einmal die Gesamtheit der psychischen Störungen (ICD-10: F) und die affektiven Störungen (ICD-10: F3) als häufigste psychische Erkrankung ausgewählt, die darüber hinaus auch weitgehend eindeutig diagnostiziert werden können. Ferner wurden in die Auswertungen einbezogen Erwerbsminderungsrenten infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems (ICD-10: I), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10: M) und Neubildungen (ICD-10: C-D). Zwischen jeweils zwei dargelegten Zeitreihen haben wir eine Zusammenhangsanalyse mittels einer „Alerting Correlation“ (Rosenthal et al. 2000) be-

Jahr	Geburten
1950	1 116 701
1955	1 113 408
1960	1 261 614
1961	1 313 505
1962	1 316 534
1963	1 355 595
1964	1 357 304
1965	1 325 386
1970	1 047 737
1980	865 789
1990	905 675
2000	766 999
2010	677 947
2012	673 544

Tabelle 14

Geburten in Deutschland zwischen 1950 und 2012

rechnet. Dies ist ein Verfahren, mit dem es möglich ist, Zusammenhänge durch einen Verzicht auf Varianzen innerhalb einzelner Jahrgänge zu ermitteln.

Auf der Basis der Rentenstatistik der gesetzlichen Rentenversicherung wurden Häufigkeitsanalysen der EWMR in ausgewählten Krankheitsgruppen des Frühberentungs geschens durchgeführt und ebenfalls Auflistungen in den für Frühberentungen kriti-

schen Altersjährgängen erstellt. Beide Zeitreihen wurden dann in Relation gesetzt zu den demographischen Entwicklungen bei den Erwerbstätigen in den korrespondierenden Altersjährgängen. Da das Durchschnittsalter des Rentenzugangs bei den jeweiligen Erkrankungsgruppen unterschiedlich ausfällt, wurde das mittlere Rentenzugangsalter für jede Krankheitsgruppe separat ermittelt.

4.5 Ergebnisse

EM-Berentungen wegen psychischer Störungen (ICD-10: F) und die demographische Entwicklung

Da die Graphiken sehr komprimiert aufgebaut sind, soll die Struktur der Darstellungen separat erläutert werden.

Im oberen rechten Teil der Abbildungen ist das jeweilige Durchschnittsalter bei Berentung im Verlauf zwischen 2005 und 2013 angegeben. Die beiden unteren Zahlenreihen enthalten die jeweiligen Zahlen an Erwerbsminderungsrenten in der zugrunde liegenden Diagnose und darunter die Anzahl der aktiv Versicherten in der Risikoaltersspanne. Das Diagramm zeigt die lineare Beziehung zwischen den Versicherten im Risikoalter und den Erwerbsminderungsrenten. In die Graphik hineingeschrieben wurden

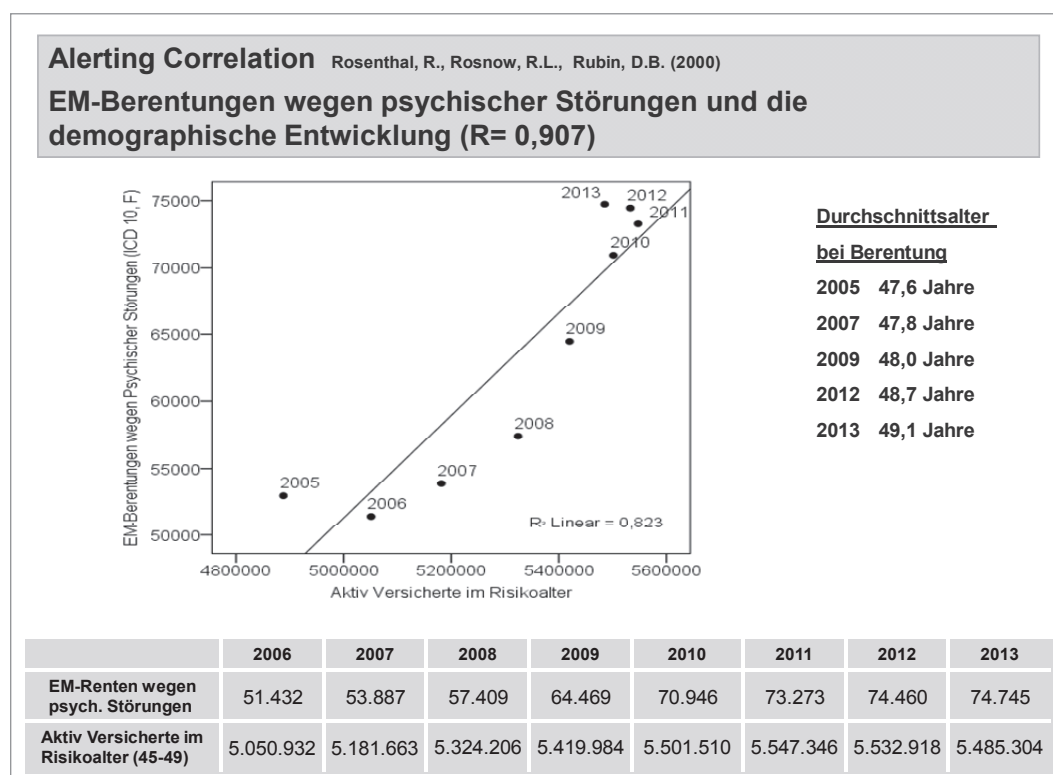
die Positionierungen der Jahreszahlen aus beiden Variablen und die Werte für R^2 und der Korrelationskoeffizient R .

Das Durchschnittsalter des Rentenzugangs bei psychischen Erkrankungen (ICD-10: F) insgesamt betrug 2005 47,6 Jahre und es hat sich bis 2013 leicht in ein höheres Alter von 49,1 Jahren verschoben. Die Anzahl der aktiv Versicherten nimmt von 5.050.932 im Jahre 2006 auf 5.532.918 in 2012 mit einem leichten Rückgang auf 5.485.304 im Erhebungsjahr 2013. Die Alerting Correlation zwischen den beiden Datenreihen (Abbildung 3) ist mit einem Koeffizienten von $R = 0,907$ als ausgesprochen hoch zu bezeichnen. Das Quadrat dieses Koeffizienten von $R^2 = 0,823$ bedeutet eine von beiden Variablen aufgeklärte Varianz von 82,3%. Es gibt bei der Gesamtheit der psychischen Erkrankungen den ganz eindeutigen Zusammenhang, dass die Zunahme der Erwerbsminderungsrenten nahezu identisch verläuft mit der Anzahl der aktiv Versicherten im Risikoalter.

Das mittlere Rentenzugangsalter der Erwerbsminderungsrenten liegt bei den affektiven Störungen mit 50,4 Jahren im Jahr 2005 und bis zu 51,1 Jahren im letzten Untersuchungsjahr 2013 etwas höher als bei psychischen Störungen insgesamt. Während im Jahr 2006 17.271 Neuzugänge bei den Erwerbsminderungsrenten zu verzeichnen wa-

Abbildung 3

Alerting Correlation der EM-Berentungen wegen psychischer Störungen und die demographische Entwicklung in den Risikojährgängen



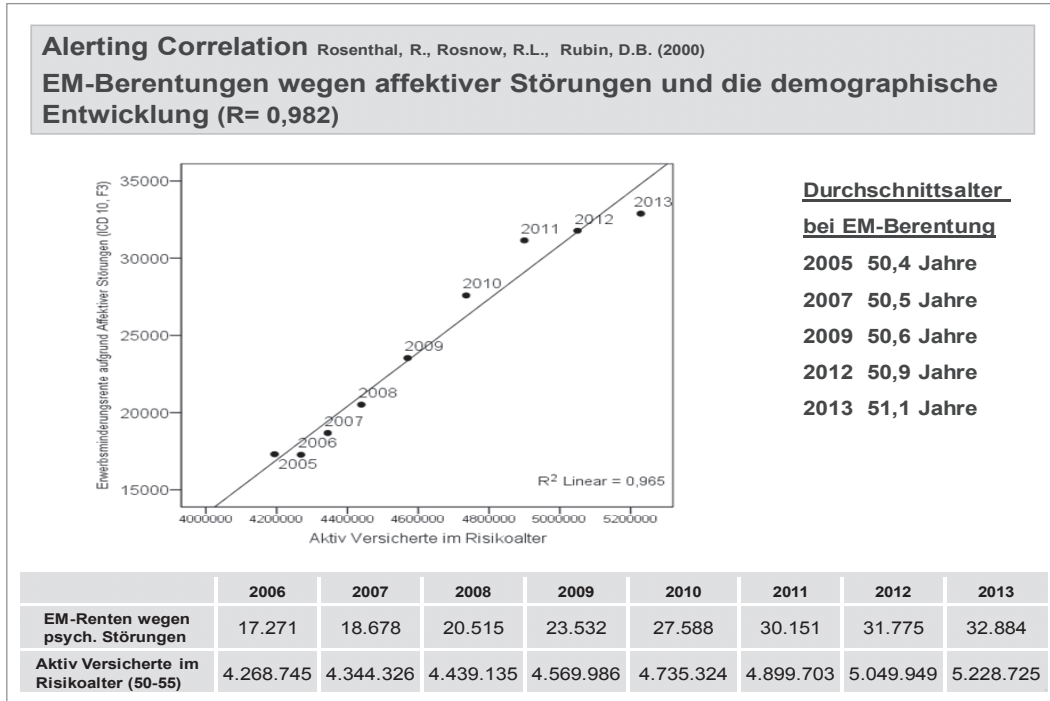


Abbildung 4

Alerting Correlation der EM-Berentungen wegen affektiver Störungen und die demographische Entwicklung in den Risikojahren

ren, erhöht sich der jährliche Zugang auf insgesamt 32.884 Fälle im Jahre 2013. Ebenfalls verändert sich die Anzahl der aktiv Versicherten im Risikoalter von 4.268.745 im Jahr 2006 auf 5.228.725 Personen.

Der Koeffizient der Alerting Correlation (Abbildung 4) zwischen den beiden Datenreihen beträgt $R = 0,982$. Das bedeutet, dass bei einem $R^2 = 0.965$ nahezu die vollständige Varianz durch den Zusammenhang zwischen beiden Messwertreihen ausgeschöpft wird.

Der Zuwachs an Erwerbsminderungsrenten wegen affektiver Störungen lässt sich eindeutig durch die demographische Entwicklung von vor 50 Jahren erklären, in deren Folge die nunmehr 50-Jährigen im Risikoalter auch im Erwerbsleben in Erscheinung treten.

EM-Berentungen wegen Herz-Kreislauf-erkrankungen (ICD-10: I) und die demographische Entwicklung

Um Anhaltspunkte darüber zu gewinnen, ob die bei den psychischen Erkrankungen gefundenen Zusammenhänge zwischen den Erwerbsminderungsrenten und der demographischen Entwicklung in gleicher oder ähnlicher Weise anzutreffen sind, haben wir mit der gleichen Methodik Zusammenhänge zwischen der Entwicklung der Erwerbsminderungsrenten infolge somatischer Krankheitsbilder und den aktiv Versicherten in den jeweiligen Risikokorridoren berechnet.

Das Durchschnittsalter bei Berentung liegt bei den Herz-Kreislaufkrankungen deutlich höher als bei den psychischen Erkrankungen. Seit 2005 steigt es darüber hinaus von 52,6 Jahren auf 54,0 Jahre in 2013 an. Korrespondierend dazu haben wir die Anzahl der aktiv Versicherten im Risikoalter zwischen 50 Jahren bis zu 55 Jahren ausgewählt (Abbildung 5). Die jeweiligen Absolutzahlen sind in der unteren Zeile von Abbildung 5 eingetragen. Wie aus der linearen Darstellung in Abbildung 5 erkennbar ist, beträgt die Korrelation $R = -0,30$. Dieser Zusammenhang ist nicht signifikant und von der Tendenz her eher negativ. Die Anzahl der EM-Berentungen weisen deutliche, aber nicht systematische Schwankungen auf mit einem Höchststand im Jahr 2010 mit 18.068 Fällen. Danach sind die Zahlen wieder rückläufig bis auf 16.558 Erwerbsminderungsrentenzugänge in 2013. Die Zahl der Beschäftigten im Risikoalter steigt von 4.268.745 in 2006 kontinuierlich an und beträgt 2013 5.228.725 Erwerbstätige im Alter zwischen 50 und 55 Jahren.

Bei den Herz-Kreislaufkrankungen konnte kein systematischer Zusammenhang zwischen den Messwertreihen gefunden werden. Die Schwankungen der EM-Rentenzugänge gestalten sich unabhängig von der korrespondierenden demographischen Entwicklung.

EM-Berentungen wegen Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (ICD-10: M) und die demographische Entwicklung

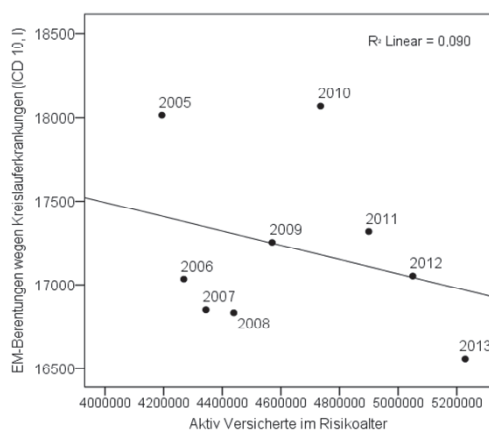
Das mittlere Alter der Erwerbsminderungsrenten infolge von Erkrankungen des Mus-

kel-Skelett-Systems und des Bindegewebes liegt mit 52,9 Jahren im Untersuchungsjahr 2005 und mit bis zu 54,8 Jahren in 2013 deutlich höher als bei den psychischen Erkrankungen. Die Zugangsquoten sind überwiegend konstant mit einem leichten Rückgang in den letzten beiden Untersuchungs-

Abbildung 5

Alerting Correlation der EM-Berentungen wegen Herz-Kreislaufkrankungen und die demographische Entwicklung in den Risikojahrgängen

EM-Berentungen wegen Herz-Kreislaufkrankungen (ICD 10, I) und die demographische Entwicklung ($R = -0,30$; $R^2 = 0,090$)



Durchschnittsalter bei Berentung

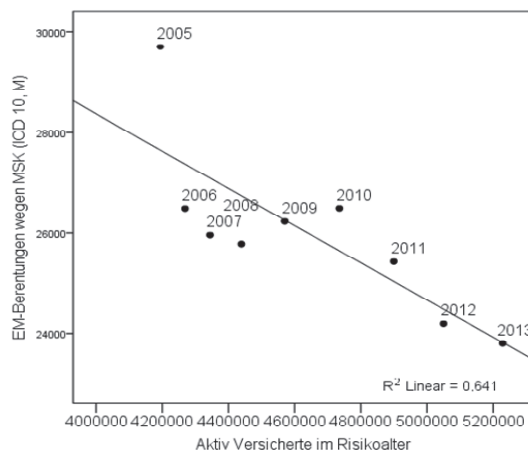
2005 52,6 Jahre
2007 52,8 Jahre
2009 53,2 Jahre
2012 53,8 Jahre
2013 54,0 Jahre

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
EM-Renten wegen Kreislaufsystem	17.035	16.851	16.833	17.254	18.068	17.319	17.053	16.558
Aktiv Versicherte im Risikoalter (50-55)	4.268.745	4.344.326	4.439.135	4.569.986	4.735.324	4.899.703	5.049.949	5.228.725

Abbildung 6

Alerting Korrelation der EM-Berentungen wegen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes und die demographische Entwicklung in den Risikojahrgängen

EM-Berentungen wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD 10, M) und die demographische Entwicklung ($R = -0,800$; $R^2 = 0,641$)



Durchschnittsalter bei Berentung

2005 52,9 Jahre
2007 53,0 Jahre
2009 53,5 Jahre
2012 54,3 Jahre
2013 54,8 Jahre

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
EM-Renten wegen MSK (ICD-10, M)	26.490	25.960	25.781	26.233	26.494	25.432	24.196	23.803
Aktiv Versicherte im Risikoalter (50-55)	4.268.745	4.344.326	4.439.135	4.569.986	4.735.324	4.899.703	5.049.949	5.228.725

jahren. Die Alerting Correlation zwischen den Veränderungen der aktiv Erwerbstätigen im Risikoalter und den Erwerbsminderungsrenten durch Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates ist mit $R = -0,800$ negativ (siehe Abbildung 6). Bei nahezu konstanten bzw. in den letzten Jahren sinkenden Rentenzugängen steigt die Anzahl der Versicherten in der Risikoaltersspanne von 4.268.745 Erwerbspersonen auf 5.228.725 im letzten Untersuchungsjahr 2013.

EM-Berentungen wegen Krebserkrankungen (ICD-10: C-D) und die demographische Entwicklung

Wie bereits im Detail in Tabelle 12 ausgeführt, ist die Zahl der Erwerbsminderungsrenten infolge einer Krebserkrankung weitgehend konstant mit einer abnehmenden Tendenz seit dem Untersuchungsjahr 2010 mit 24.036 Rentenzugängen auf nunmehr 21.626 Fälle im Untersuchungsjahr 2013. Das mittlere Rentenzugangsalter liegt zwischen 51,1 Jahre in 2006 und 52,1 Jahren im 2013. Die untere Zeile in Abbildung 7 zeigt an, wie viele Erwerbstätige in den jeweiligen Untersuchungsjahren sich in einer Risikoaltersspanne zwischen 50 Jahren und 55 Jahren befanden. Diese Zahl steigt kontinuierlich an auf insgesamt 5.228.725 Erwerbspersonen in 2013.

Der Zusammenhang zwischen beiden Zahlenreihen ist mit einer Alerting Correlation von $R = -0,677$ signifikant und negativ (siehe Abbildung 7), wenngleich die Höhe dieses Zusammenhangs nicht so ausgeprägt ist wie bei den Rückenerkrankungen. Bei leicht sinkenden Fallzahlen bei den Erwerbsminderungsrenten infolge von Neubildungen steigt die Anzahl der aktiv Erwerbstätigen in den Risikoaltersjahrgängen.

5 Bewertung und Folgerung

Erwerbsminderungsrenten infolge von psychischen Erkrankungen und insbesondere von Depressionen als häufigste psychische Erkrankung nehmen im Beobachtungszeitraum tatsächlich und deutlich zu. Die bisher auf der Ebene vager Vermutungen vertretenen Gründe hierfür spielen allenfalls eine marginale Rolle. Es kann und darf doch nicht sein, dass die diversen Interessengruppen ohne wirklich belastbare wissenschaftliche Daten Entwicklungen für ihre eigenen Versorgungsinteressen beanspruchen und sich damit begnügen, dass die Wahrheit das sei, auf das man sich geeinigt hat! Selbst in jüngsten Veröffentlichungen (Köllner, Flückinger und Wilms, 2016) konnte man sich offensichtlich nicht dem Argumentationssoj über einen vermeintlichen Zu-

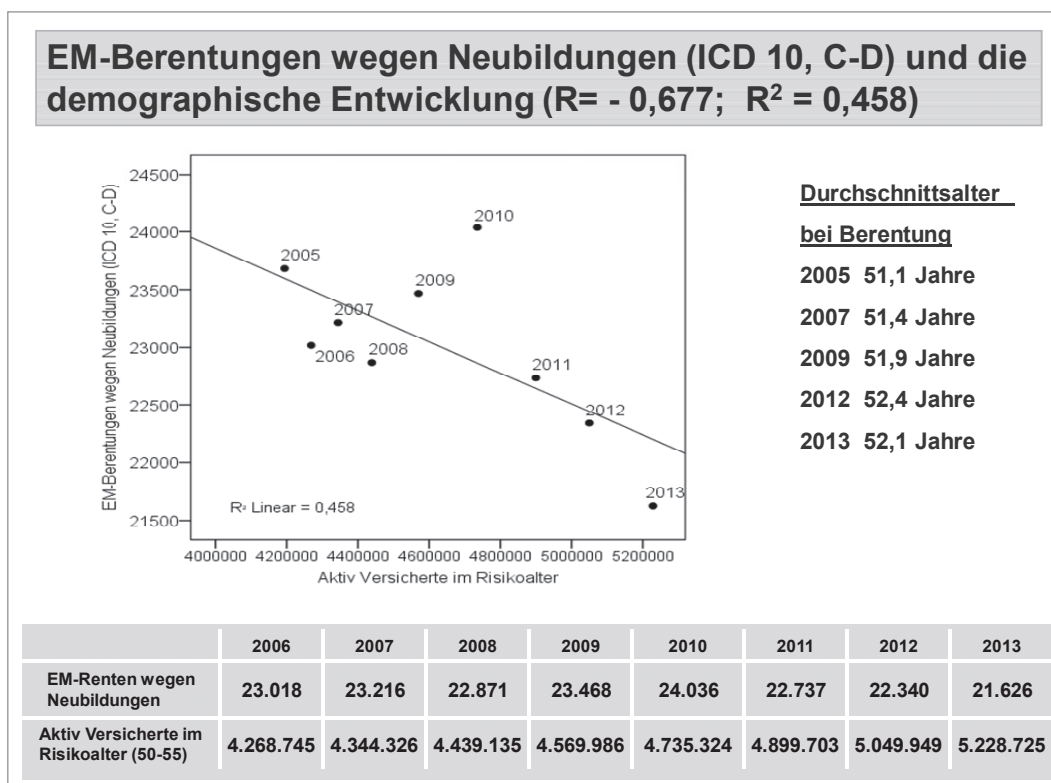


Abbildung 7
Alerting Correlation der EM-Berentungen wegen Neubildungen und die demographische Entwicklung in den Risikojahrgängen

sammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Erwerbsminderungsrenten entziehen. Zielke und Stapel haben mit Hilfe einer belastbaren Forschungsmethodik nachgewiesen, dass die offensichtliche Zunahme psychischer Erkrankungen bei den Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen zu überwiegendem Ausmaß zu Lasten der demographischen Entwicklung geht. Weitere geburtenstarke Jahrgänge sind wohl inzwischen ebenfalls in das Risikofenster für Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen gelangt. Wenn man die weiteren Verläufe der Risikoaltersgruppen verfolgt, ist zu erwarten, dass wir mit einem weiteren Anstieg der Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen rechnen müssen – als demographische Nachwirkungen aus den sechziger Jahren. In Bezug auf das AU-Geschehen und auf die diesbezüglichen Veröffentlichungen kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Unwissenheit großer Teile der Bevölkerung, aber auch der in der Krankenversorgung Tätigen, auf welcher Datenbasis Aussagen zur Prävalenz und Inzidenz gemacht werden, willkommene Möglichkeiten eröffnet, interessengeleitete Positionierungen vorzunehmen. Kaum jemand in Deutschland ist in der Lage, zu überprüfen, ob bestimmte Aussagen über Krankheitsinzidenzen nun tatsächlich stimmen; es sei denn, man hat sich einmal mit den Niederungen und Unwägbarkeiten der Versorgungsforschung beschäftigt.

Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer (2014). BPTK-Studie zu psychischen Erkrankungen und Frührente. Pressemeldung vom Jan. 2014 und Newsletter 1/2014.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2012). BKK Gesundheitsreport 2012. Eigendruck.
- Busch, M., Hapke, U., Mensink, G. B. M. (2011). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. GBE Kompakt, 2 (7), Robert Koch Institut Berlin.
- Busch, M., Maske, U., Ryl, L., Schlack, R., Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, 56, 733-739. Heidelberg: Springer.
- Deutsche Angestellten Krankenkasse DAK (2015). DAK-Gesundheitsreport 2015. Hamburg, Eigendruck
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014). Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin, Eigendruck.
- Melchior, H., Schulz, H., Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit Depression. Bertelsmann-Stiftung.
- Kliner, K., Rennert, D., Richter, M. (Hrsg.) (2015). BKK Gesundheitsatlas 2015: Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. MWV Berlin.
- Köllner, V., Flückinger, C., Wilms, B. (Hrsg.) (2016). Arbeitswelt – Ein blinder Fleck in der Psychotherapie? Psychotherapie im Dialog, 2.
- Richter, D., Berger, K., Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Psychiatrische Praxis, 35, 321-330.
- Richter, D., Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. Psychiatrische Praxis, 40, 176-182.
- Rosenthal, R., Rosnow, R., Rubin, D. B. (2000). Contrasts and Effect Sizes in Behavioral Research – A Correlation Approach. University Press, Cambridge.
- Statistisches Bundesamt (2012/2013/2014/2015). www.destatis.de/DE/Zahlen/Fakten
- Statistik des Rentenzugangs 2000 bis 2013 (2014). www.gbe-bund.de
- Techniker Krankenkasse (2014). Gesundheitsreport 2014 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 29.
- Wittchen, H. U. (2015). Psychische Störungen in Deutschland: Ausmaß und Größe des Problems. In 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2015 in Augsburg „Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation“ DRV-Schriften Bd. 107.
- Zielke, M. (1993). Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Zielke, M. (2013). Inzidenzraten psychischer Erkrankungen auf der Basis von Krankheitsartenstatistiken der Krankenkasse: Fehleinschätzungen mit fatalen Folgen. In Lutz, W., Bergmann-Warnecke, K. (Hrsg.), 8. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Trier. Abstractband (S. 221-222). Universität Trier.
- Zielke, M. (2014). Epidemiologische Forschung zu psychischen Erkrankungen – Fehleinschätzungen mit fatalen Folgen. Psychotherapeut, 59, 399-406.
- Zielke, M. (2009). Versorgungsforschung im Brennpunkt. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 83 und 84.
- Zielke, M. (2013). Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen und demographische

Entwicklung. In DRV Bund (Hrsg.), 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 4. bis 6. März 2013 in Mainz. DRV-Schriften Bd. 101, S. 327-328.

Zielke, M. (2014). Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen: Epidemiologische Forschung zwischen wissenschaftlichem Anspruch und Augenscheinplausibilität. *Psychotherapeut*, 59, 323-328.

Zielke, M., Borgart, E. J., Carls, W., Herder, F., Lehenhagen, J., Leidig, S., Limbacher, K., Meermann, R., Reschenberg, I., Schwickerath, J. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Zielke, M., Stapel, M. (2015). ja geht's denn noch? Die epidemiologische Forschung zu psychischen Erkrankungen auf der Basis von Krank-

heitsartenstatistiken der Krankenkassen außer Rand und Band. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 96, 160-178.

Zielke, M., Stapel, M. (2016). Auf der falschen Spur: Die epidemiologische Forschung zu Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 97, 57-74.

Prof. Dr. phil. Manfred Zielke

Dipl.-Psych., Approbierter Psychotherapeut

Professor für Klinische Psychologie

Baltic Bay Clinical Consulting

Lange Koppel 10

24248 Mönkeberg

zielke@baltic-bay-clinical-consulting.de

www.baltic-bay-clinical-consulting.de



116 Seiten,
ISBN 978-3-95853-324-0,
Preis: 12,- €

Hans Delfs

False Memory – „Erinnerungen“ an sexuellen Missbrauch, der nie stattfand

Erinnerungsinhalte werden nicht aus einem „Speicher“ abgerufen, sondern jeweils neu rekonstruiert. Das Gedächtnis kann durch Träume, Erzählungen, Ängste, Erwartungsdruck, Suggestivfragen oder andere Einflüsse „Erinnerungen“ entwickeln, denen kein reales Ereignis zugrunde liegt.

In Extremfällen können falsche „Erinnerungen“ an sehr traumatische Erlebnisse, die nie stattgefunden haben, insbesondere an sexuellen Missbrauch, erzeugt werden. Die/der Betroffene lügt nicht, sondern ist von der neu gewonnenen „Erinnerung“ überzeugt. Dieses false memory-Phänomen wurde erstmalig in den USA der 90er Jahre in sehr vielen Fällen bekannt.

TherapeutInnen können KlientInnen durch suggestive Einflüsse unbeabsichtigt dazu verleiten, Pseudoerinnerungen an Kindesmissbrauch zu entwickeln. Eine derartige Therapie ist nicht fachgerecht und basiert meist auf der Annahme, eine psychische Störung oder ein störendes Symptom sei auf Missbrauch in der Kindheit zurückzuführen.

Die falsche Erinnerung führt zu falschen Anschuldigungen und zerstört regelmäßig Familien. Oft werden Polizei und Justiz eingeschaltet, demütigende und zermürende Verfahren beginnen. Die Schäden im Leben sowohl der Therapierten als auch der zu Unrecht Beschuldigten sind – auch bei einem Freispruch – nicht wieder gut zu machen.



PABST SCIENCE PUBLISHERS · Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich

Tel. ++ 49 (0) 5484-308 · Fax ++ 49 (0) 5484-550 · E-Mail: pabst.publishers@t-online.de

www.pabst-publishers.de · www.psychologie-aktuell.com