

BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen und
gesundheitsbedingte Frühverrentung

2013

BPtK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung.....	4
1.1.	Große Bedeutung psychischer Erkrankungen für Frühverrentung	4
1.2.	Politischer Handlungsbedarf.....	5
1.3.	Arbeitsunfähigkeit: Der Trend setzt sich fort.....	6
2.	Ergebnisse der Datenanalyse	7
2.1.	Psychische Erkrankungen und Erwerbsminderungsrenten	7
2.1.1	Fast jede zweite Frühverrentung psychisch bedingt.....	8
2.1.2	Psychisch bedingt: Vor allem Frauen vorzeitig in Rente.....	9
2.1.3	Depressionen häufigste Ursache für Frühverrentung	10
2.1.4	Sucht bei Männern besonders häufig	14
2.1.5	Psychisch bedingte Frühverrentung bereits mit 49 Jahren.....	15
2.2.	Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit.....	15
2.2.1	Rund 70 Millionen Fehltage durch psychische Erkrankungen	16
2.2.2	Anteil psychisch bedingter Fehltage verdoppelt	16
2.2.3	Dauer der Krankschreibungen deutlich gestiegen	18
2.2.4	Zahl der AU-Fälle gestiegen.....	20
2.2.5	Große Unterschiede zwischen den Krankenkassen	22
2.2.6	Psychische Erkrankungen und Langzeitarbeitsunfähigkeit.....	25
3.	Zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen für Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – eine Ursachenanalyse	29
3.1.	Nehmen psychische Erkrankungen in der Bevölkerung zu?.....	29
3.2.	Ärzte erkennen psychische Erkrankungen zuverlässiger	29
3.3.	Psychisch Kranke suchen häufiger Hilfe.....	30
3.4.	Macht Arbeit psychisch krank?	30

3.5. Fazit.....	31
4. Unzureichende Versorgung psychisch Kranker belastet Sozialversicherungen.....	32
4.1. Psychisch krank ohne Behandlung.....	32
4.2. Psychisch krank ohne Rehabilitation	33
4.3. Armutsrisiko für Menschen mit psychischen Erkrankungen erhöht	34
4.4. Wegfall von Arbeit kann psychische Belastung verursachen.....	34
4.5. Schnittstellenprobleme in der Sozialversicherung	35
5. Forderungen der BPtK: Versorgung verbessern, Kooperation der Sozialversicherungen stärken	38
5.1. Psychischen Erkrankungen vorbeugen	38
5.2. Psychische Erkrankungen frühzeitig erkennen.....	39
5.3. Psychische Erkrankungen frühzeitig und angemessen behandeln.....	39
5.4. Kooperation im Sozialversicherungssystem stärken	40
5.5. Versicherte aufklären und beraten.....	41
5.6. Rehabilitationsmaßnahmen verbessern	42
6. Was plant die neue Bundesregierung?	46
7. Zur Methodik der Auswertung	47
8. Anhang A: Ergänzende Abbildungen und Tabellen	49
9. Anhang B: Hintergrundinformationen zu den Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation.....	52
10. Anhang C: Hintergrundinformationen über die rechtlichen Grundlagen von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.....	57
11. Literatur	61

1. Zusammenfassung

1.1. Große Bedeutung psychischer Erkrankungen für Frühverrentung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat in diesem Jahr erstmalig die Bedeutung psychischer Erkrankungen für gesundheitsbedingte Frühverrentung (Erhalt einer Erwerbsminderungsrente) untersucht und hierfür die Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ausgewertet.

Dabei zeigte sich, dass 2012 nahezu jede zweite Frühverrentung (42 Prozent) durch psychische Erkrankungen verursacht wurde. Depressionen waren hierbei – auch im Vergleich zu allen körperlichen Krankheiten – die häufigste Diagnose. Bei Frauen war fast die Hälfte der psychisch bedingten Frühverrentungen im Jahr 2012 auf Depressionen zurückzuführen. Bei Männern spielten nach Depressionen auch Alkoholerkrankungen eine wesentliche Rolle.

Psychische Erkrankungen führen außerdem dazu, dass Arbeitnehmer früher als bei körperlichen Erkrankungen in Rente gehen müssen. Das durchschnittliche Eintrittsalter bei psychisch bedingten Frühverrentungen lag 2012 bei 49 Jahren und damit unter dem Durchschnitt von 50 Jahren bei Frauen und 52 Jahren bei Männern.

Dass psychische Erkrankungen so häufig und so früh zu Verrentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit führen, liegt auch an der unzureichenden Versorgung psychisch erkrankter Menschen sowie Zuständigkeits- und Schnittstellenproblemen im Sozialversicherungssystem.

Psychisch krank ohne Behandlung und Rehabilitation

Nur jeder dritte psychisch Kranke erhält in Deutschland eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung (Wittchen & Jacobi, 2012; Gaebel, Kowitz, Fritze & Zielasek, 2013). Damit bleibt die Mehrzahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen unbehandelt. Auch die Versorgung mit rehabilitativen Maßnahmen ist unzureichend. Jeder zweite Rentner, der aufgrund einer psychischen Erkrankung vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheidet, erhielt in den fünf Jahren vor dem Rentenbescheid keine Rehabilitationsleistung (Widera, 2012).

Defizite im Sozialversicherungssystem

Krankenbehandlung und Rehabilitation werden im deutschen Sozialversicherungssystem von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert. Diese sozialrechtliche Trennung zwischen Akuttherapie, Wiedereingliederung sowie beruflicher und medizinischer Rehabilitation führt zu Verantwortungsdiffusion zwischen den Sozialversicherungsträgern und fördert die Tendenz, eigene Kosten auf andere Sozialversicherungsträger zu verschieben. Damit wird eine schnelle, kontinuierliche und angemessene Versorgung psychisch Erkrankter häufig unnötig erschwert oder sogar verhindert.

1.2. Politischer Handlungsbedarf

Pläne der neuen Bundesregierung

Es besteht dringender politischer Handlungsbedarf zur Verbesserung der Prävention, Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen. Im Koalitionsvertrag haben sich CDU/CSU und SPD bereits darauf verständigt. Geplant sind die stärkere Berücksichtigung psychischer Gesundheit beim Arbeitsschutz und beim betrieblichen Gesundheitsmanagement, die Verbesserung des Zugangs zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch eine Verkürzung der Wartezeiten, die Weiterentwicklung des Rehabilitationsbudgets der gesetzlichen Rentenversicherung sowie eine Verbesserung der Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern.

BPtK: Krankenbehandlung sicherstellen, Rehabilitation anpassen und Patienten stärken

Eine möglichst kurzfristige Umsetzung dieser Vereinbarungen ist notwendig, um Menschen mit psychischen Erkrankungen so lange wie möglich eine gesellschaftliche und berufliche Teilhabe zu ermöglichen. Vor der Rente muss eine angemessene Krankenbehandlung sichergestellt werden. Genauso wichtig ist jedoch, die Rehabilitationsmaßnahmen besser an den Bedarf psychisch kranker Menschen anzupassen und auf die individuelle Situation des Betroffenen abzustimmen. Dazu müssen insbesondere die Autonomie und das Mitentscheidungsrecht der Patienten beziehungsweise Versicherten gestärkt werden.

1.3. Arbeitsunfähigkeit: Der Trend setzt sich fort

Auch 2012 setzt sich die Entwicklung fort, dass Krankschreibungen immer häufiger in Verbindung mit psychischen Erkrankungen erfolgen. Knapp 14 Prozent aller betrieblichen Fehltag gingen 2012 auf psychische Erkrankungen zurück. Damit hat sich der Anteil von betrieblichen Fehltagen, die durch psychische Erkrankungen bedingt sind, seit 2000 fast verdoppelt. Diese Zunahme läuft der allgemeinen Entwicklung entgegen, dass der Anteil betrieblicher Fehlzeiten aufgrund körperlicher Erkrankungen seit Jahren stetig abnimmt. 2012 waren psychische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage.

Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind mit rund 34 Tagen überdurchschnittlich lang. Muskel-Skelett-Erkrankungen dauern dagegen durchschnittlich nur halb so lange und Atemwegserkrankungen sogar nur sechs Tage. Die Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Ursachen hat außerdem seit 2001 um fast ein Drittel deutlich zugenommen. Im Jahr 2000 dauerte die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung 26 Tage.

2. Ergebnisse der Datenanalyse

Die BPtK hat in diesem Jahr erstmalig die gesundheitsbedingten Frühverrentungen von 2001 bis 2012¹ analysiert. Dabei ging es darum, die Entwicklung der Frühverrentungen genauer zu untersuchen, die jährlich aufgrund psychischer Erkrankungen (ICD-10 F00 bis F99: Psychische und Verhaltensstörungen) erfolgen. Die Datengrundlagen hierfür bilden die Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu Renten wegen Erwerbsminderung in der gesetzlichen Rentenversicherung².

Weiterhin wurden – wie bereits in den vergangenen Jahren – die Angaben der großen gesetzlichen Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeit (AU) und psychischen Erkrankungen für den Zeitraum 2000 bis 2012 ausgewertet. Bis 2012 liegen die Auswertungen der Daten zum AU-Geschehen der großen gesetzlichen Krankenkassen AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse), BARMER GEK, BKK (Betriebskrankenkassen Bund), DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse) und TK (Techniker Krankenkasse) vor³. Im Folgenden sind die Ergebnisse auch dieser Analyse dargestellt.

2.1. Psychische Erkrankungen und Erwerbsminderungsrenten

Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird dann geleistet, wenn ein Versicherter aufgrund einer Erkrankung nicht mehr oder nur noch eingeschränkt fähig ist, Erwerbsleistungen zu erbringen. Je nachdem, ob der Versicherte dem Arbeitsmarkt gesundheitsbedingt weniger als drei Stunden oder drei bis sechs Stunden pro Tag zur Verfügung stehen kann, zahlt die gesetzliche Rentenversicherung eine Rente wegen voller oder teilweiser (sogenannter halber) Erwerbsminderung.

¹ Da das Erwerbsminderungsrenten-Reformgesetz, das am 01.01.2001 in Kraft getreten ist, zu Neuregelungen der Voraussetzungen für den Erhalt einer Erwerbsminderungsrente geführt hat, sind zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit der Angaben in diesem Bericht die Zahlen ab dem Jahr 2001 dargestellt.

² Die Daten sind abrufbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecher-che.prc.them_rech?tk=700&tk2=2900&p_uid=gast&p_aid=91720825&p_sprache=D&cnt_ut=7&ut=2940

³ Da durch die verbindliche Einführung des ICD-10-Systems zum 01.01.2000 eine kontinuierlich einheitliche Datenbasis zur Verfügung steht, beginnt die Analyse des AU-Geschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Jahr 2000.

Die Ersatzkassen (BARMER GEK, DAK, TK) geben in ihren Gesundheitsreporten standardisierte Kennziffern an. Das bedeutet, dass den Zahlen der Krankenkassen zum AU-Geschehen rechnerisch eine identische Altersstruktur und Geschlechterverteilung unterlegt wird. Hierdurch werden die Angaben verschiedener Krankenkassen vergleichbar. Da ab dem Berichtsjahr 2012 zur Standardisierung erstmalig Angaben zu Erwerbstätigen in Deutschland aus dem Jahr 2010 verwendet wurden, ist ein Vergleich der Ergebnisse aus dem Jahr 2012 mit den Ergebnissen der Vorjahre für die genannten Krankenkassen nur eingeschränkt möglich. Die AOK und die BKK geben nicht-standardisierte Kennwerte an.

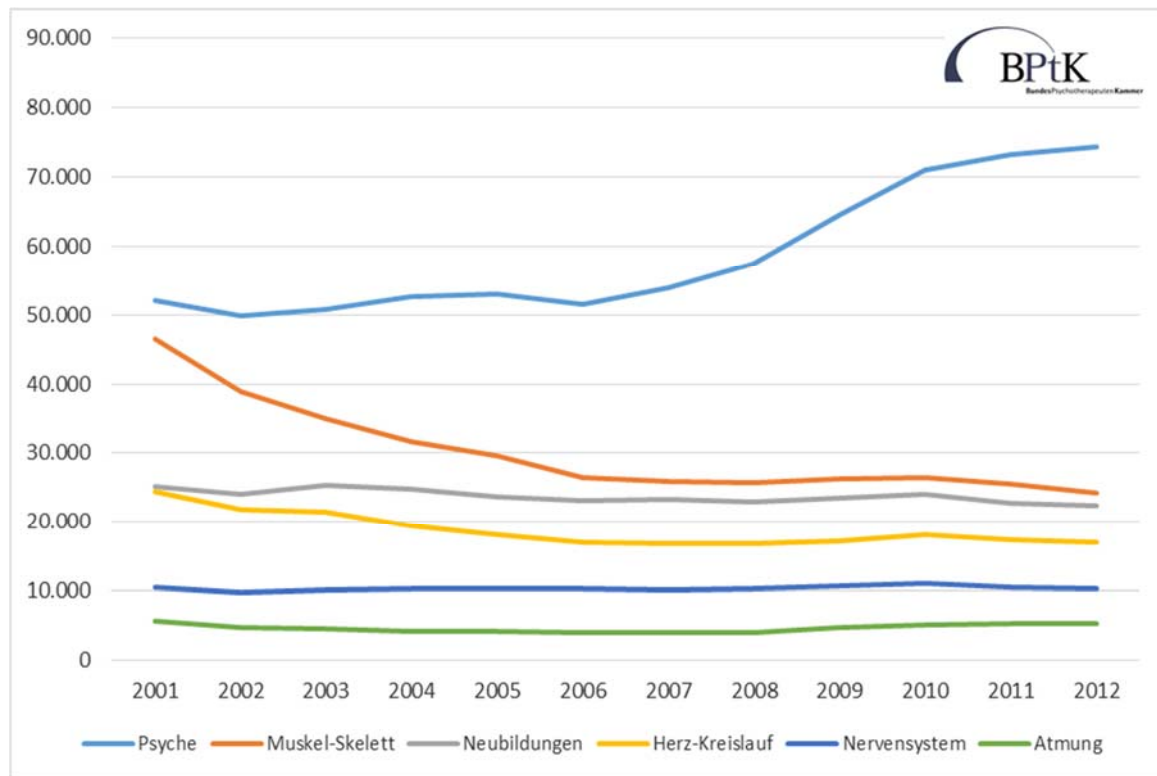
Die Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung deckt den größten Versorgungsbereich ab und kann damit als Indikator für die Gesamtentwicklung der gesundheitsbedingten Frührenten betrachtet werden. Neben der Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung gibt es weiterhin die Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung, die Pensionen wegen Dienstunfähigkeit aus der Beamtenversorgung und die Schädigungsrenten wegen Erwerbsminderung nach dem Bundesversorgungsgesetz.

2.1.1 Fast jede zweite Frühverrentung psychisch bedingt

Psychische Erkrankungen sind seit mehr als zehn Jahren die Hauptursache für gesundheitsbedingte Frühverrentung (Abbildung 1). 2012 lag ihr Anteil bei 42,1 Prozent. Fast jede zweite Frühverrentung pro Jahr ist damit psychisch verursacht. Psychische Erkrankungen sind mit großem Abstand vor körperlichen Erkrankungen die Hauptursache für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente.

Schon 2001 waren psychische Erkrankungen mit 26,0 Prozent die häufigste Ursache für die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Ihr Anteil stieg bis heute um 42,9 Prozent. Körperliche Erkrankungen als Gründe für gesundheitsbedingte Frühverrentung nahmen hingegen seit 2001 ab. Der Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen, der zweithäufigsten Ursache für Frühverrentung, sank um 48,0 Prozent, der Anteil der Erkrankungen des Kreislaufsystems ging um 30,2 Prozent und der Anteil der bösartigen Neubildungen (Krebs) um 11,2 Prozent zurück. Allein die jährliche Anzahl der Frühverrentungen wegen Atemwegserkrankungen (minus 6,8 Prozent) und Erkrankungen des Nervensystems (minus 1,7 Prozent) blieben zwischen 2001 und 2012 auf einem niedrigen Niveau vergleichsweise stabil.

Abbildung 1: Frühverrentung von 2001 bis 2012 – am häufigsten psychisch bedingt



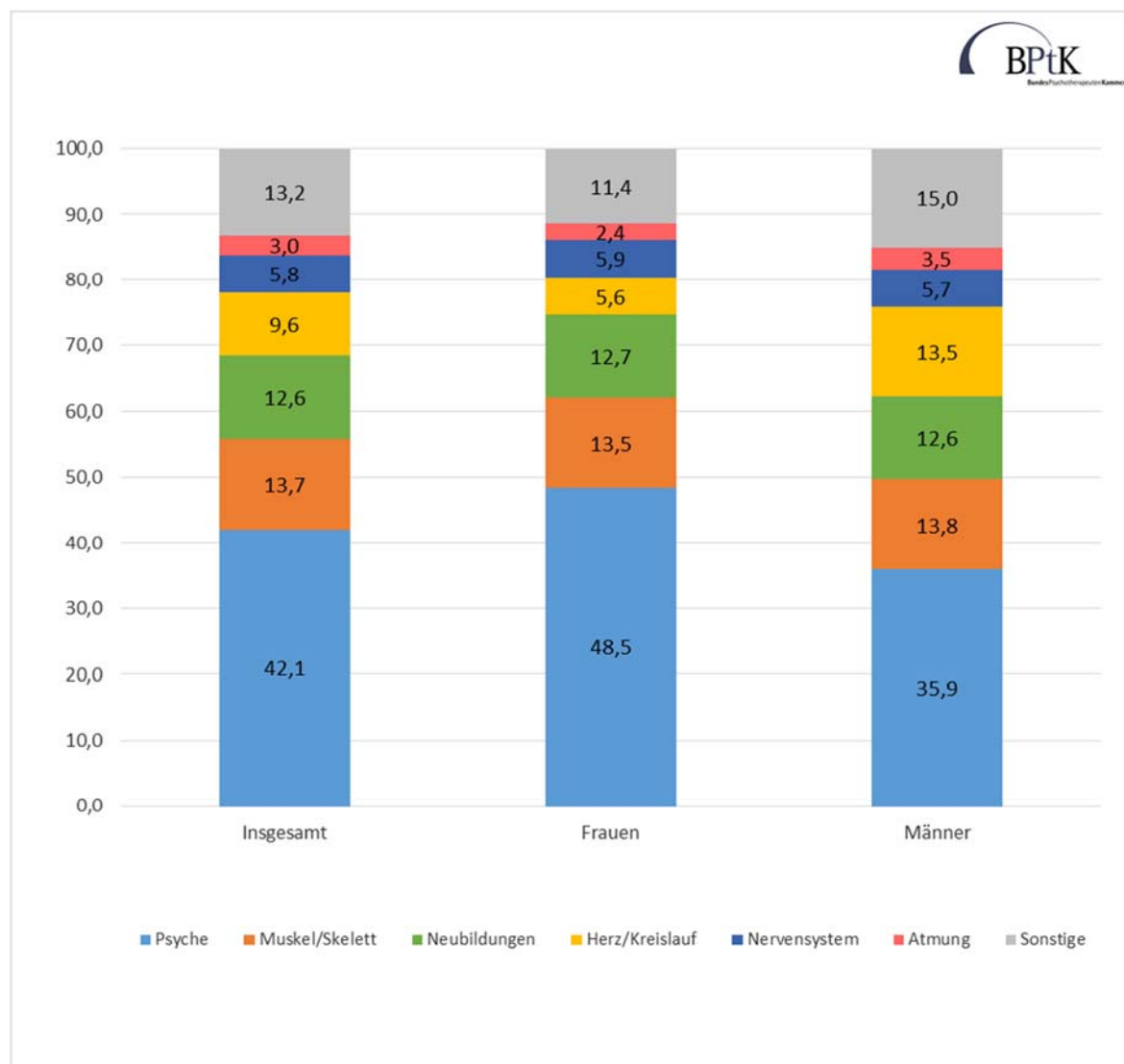
Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang

Dargestellt ist die Zahl der Rentenneuzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit pro Jahr aufgrund der sechs wichtigsten Krankheitsarten.

2.1.2 Psychisch bedingt: Vor allem Frauen vorzeitig in Rente

Vor allem Frauen erhalten aufgrund einer psychischen Erkrankung vorzeitig eine Rente (Abbildung 2). 2012 verursachten psychische Erkrankungen jede zweite Frühverrentung einer weiblichen Versicherten (48,5 Prozent). Bei Männern war sie der Grund für jede dritte Frühverrentung (35,9 Prozent).

Abbildung 2: Männer und Frauen – Krankheiten und Frühverrentungen 2012



Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang

Dargestellt ist der Anteil (%) der wichtigsten Krankheitsarten an den Rentenneuzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für das Jahr 2012 insgesamt, für Frauen und für Männer.

Zugrundeliegende Population: Insgesamt: N = 177.061; Frauen: N = 86.517; Männer: N = 90.544.

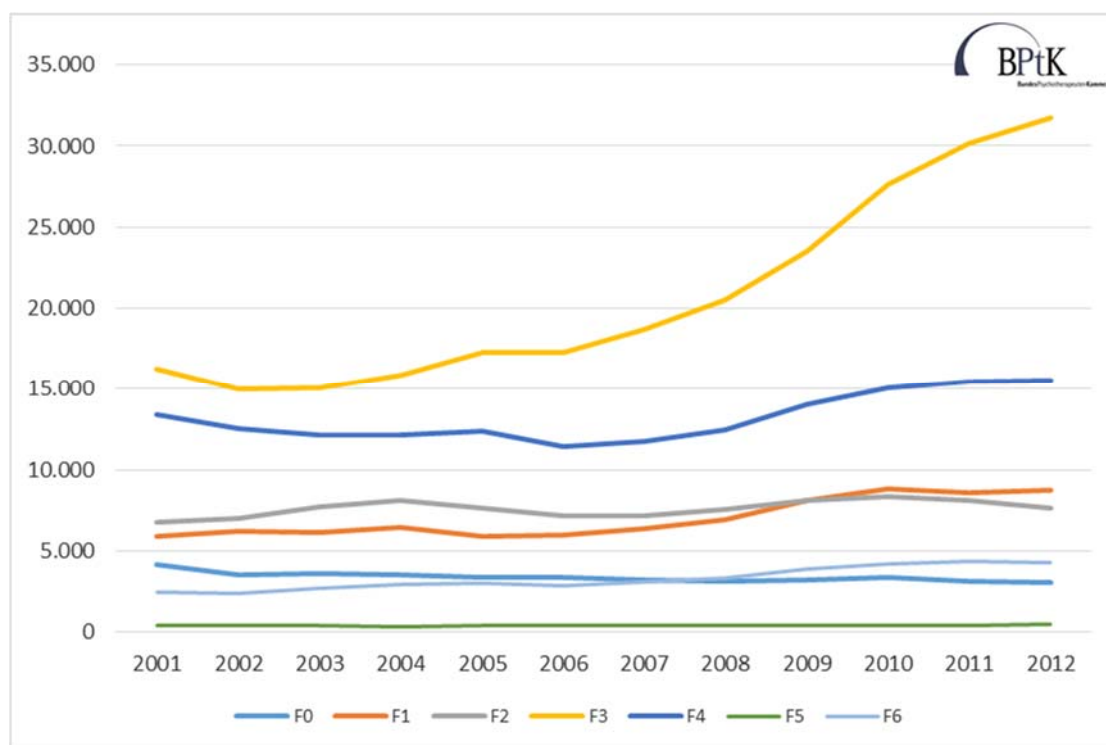
2.1.3 Depressionen häufigste Ursache für Frühverrentung

Bei den psychischen Erkrankungen nehmen seit 2001 vor allem die affektiven Störungen (ICD-10: F3) – und hier vor allem Depressionen – als Ursache für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente zu. Ihre Anzahl verdoppelte sich fast in den vergangenen zehn Jahren – ausgehend von einem bereits hohen Niveau (plus 95,6 Prozent). Auch die Zahl der jährlichen Frühverrentungen aufgrund von Persönlichkeits- und Ver-

haltensstörungen (ICD-10: F6; plus 74,2 Prozent) sowie substanzbezogenen Störungen (ICD-10: F1, unter anderem Alkohol, Medikamente, Drogen; plus 48,9 Prozent) stieg von 2001 bis 2012 weiter an, allerdings ausgehend von einem deutlich niedrigeren Niveau (Abbildung 3).

Die Anzahl der jährlich gewährten Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychotischer Störungen (ICD-10: F2; plus 12,5 Prozent), neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen (ICD-10: F4; plus 16,3 Prozent) sowie Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10: F5; plus 24,5 Prozent) nahm im Vergleich dazu im Zeitraum 2001 bis 2012 nur geringfügig zu. Die Anzahl der organischen psychischen Störungen (ICD-10: F0) nahm im selben Zeitraum ab (minus 26,9 Prozent; Abbildung 3).

Abbildung 3: Psychische Diagnosen – Frühverrentungen von 2001 bis 2012



Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang

Dargestellt ist die Zahl der Rentenneuzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit pro Jahr aufgrund verschiedener psychischer Störungsgruppen.

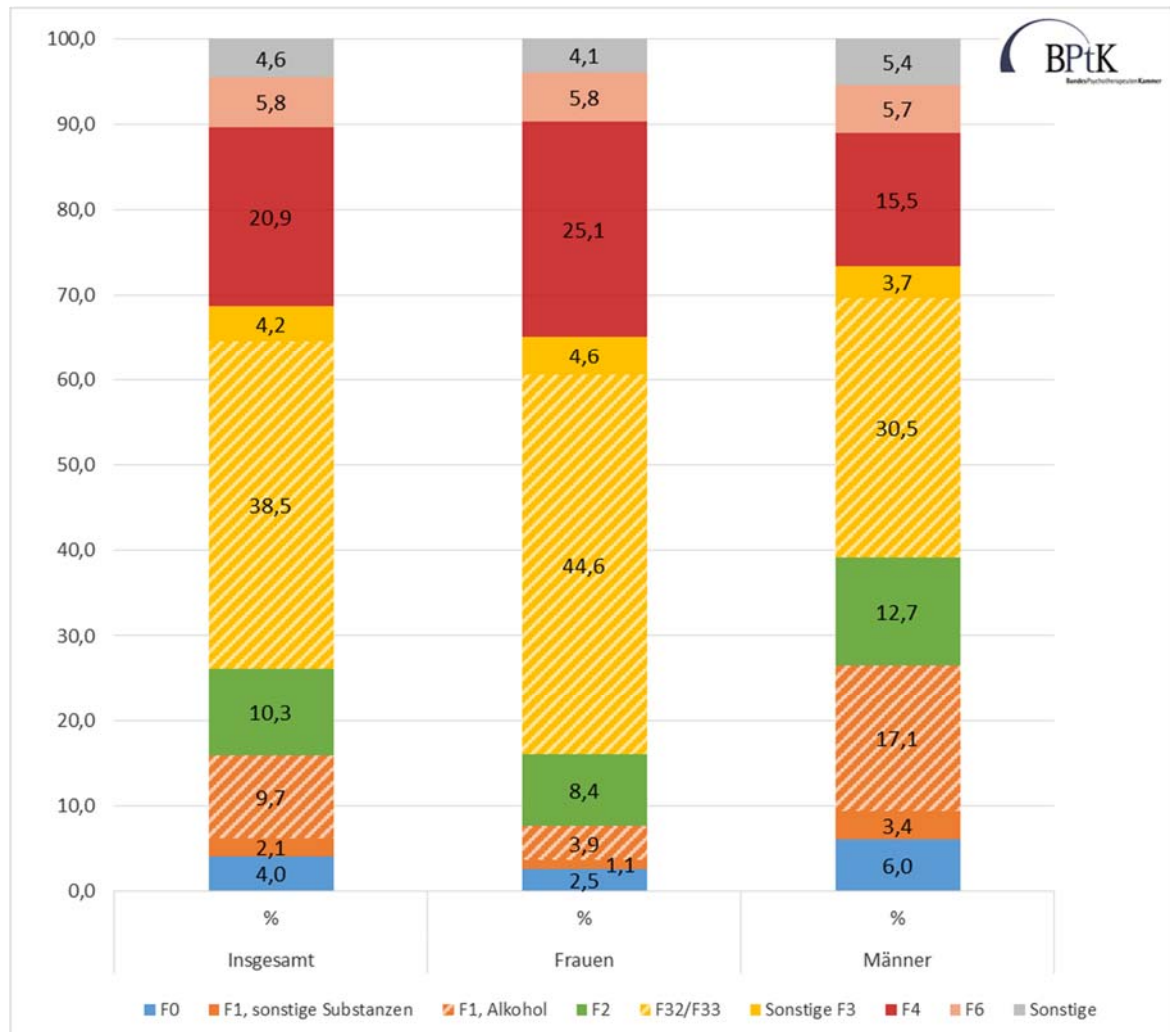
F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; **F1:** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; **F2:** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; **F3:** Affektive Störungen; **F4:** Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; **F5:** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; **F6:** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Im Jahr 2012 waren affektive Störungen (ICD-10: F3) für 42,7 Prozent der psychisch bedingten Frühverrentungen verantwortlich. Hierbei entfielen 90,1 Prozent der F3-Diagnosen auf depressive Episoden und wiederkehrende depressive Erkrankungen (unipolare Depressionen, ICD-10: F32 und F33)⁴. Mit 38,5 Prozent waren unipolare Depressionen damit die häufigste Diagnose bei Frühverrentungen wegen psychischer Erkrankungen. Bei Männern war fast jede dritte (30,5 Prozent), bei Frauen nahezu jede zweite (44,6 Prozent) Frühverrentung wegen psychischer Erkrankungen durch unipolare Depressionen bedingt (Abbildung 4).

Auch bei Betrachtung aller Krankheiten, einschließlich der körperlichen (Abbildung 5), zeigt sich, dass 2012 keine andere Erkrankung so häufig zu einer vorzeitigen Verrentung führte wie unipolare Depression (16,2 Prozent).

⁴ Eine genaue Aufstellung der Daten findet sich in Tabelle 1 in Anhang A.

Abbildung 4: Psychische Diagnosen bei Frühverrentung – Anteile im Jahr 2012



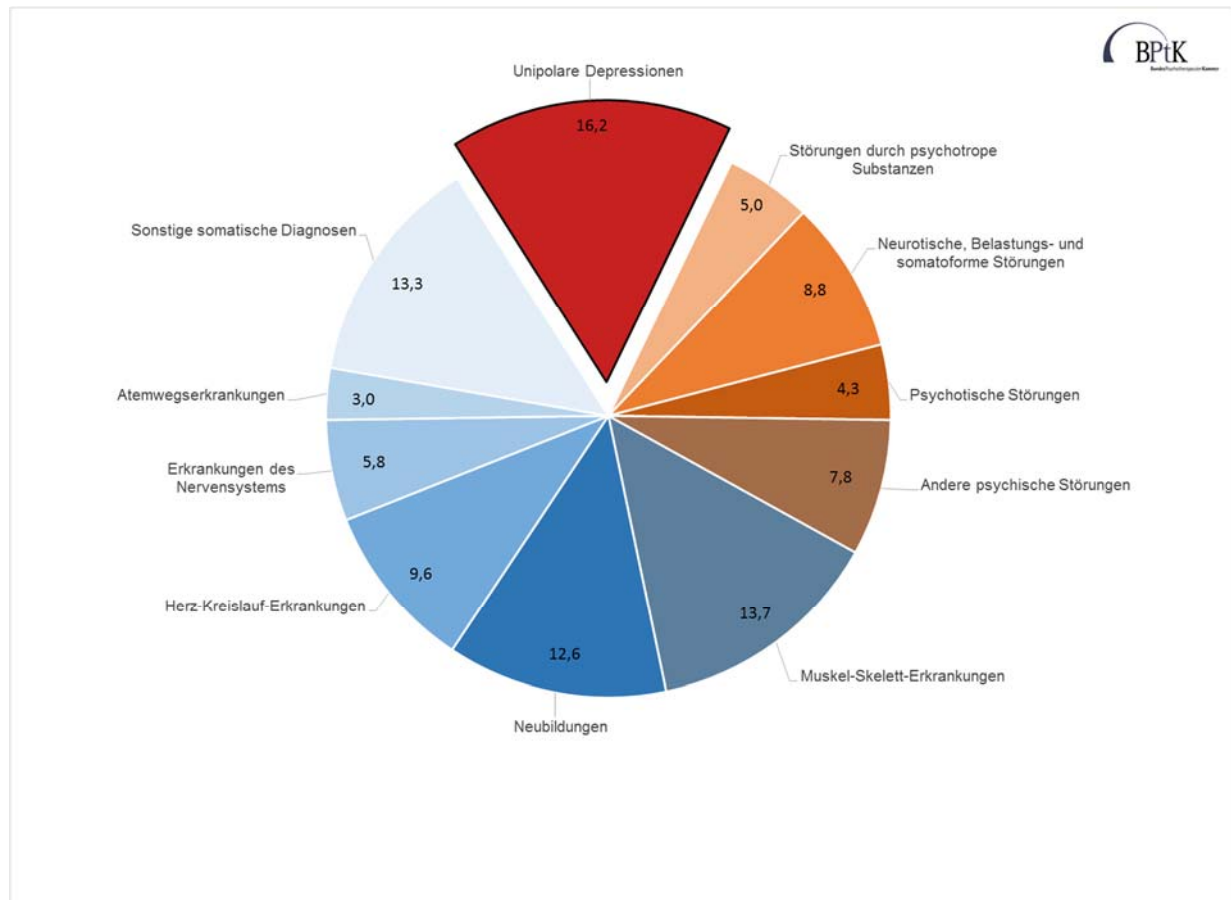
Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang

Dargestellt ist der relative Anteil (%) einzelner psychischer Störungsgruppen an den psychisch verursachten Frühverrentungen im Jahr 2012.

F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; **F1, sonstige Substanzen:** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, außer Alkohol; **F1, Alkohol:** Psychische und Verhaltensstörungen aufgrund von Alkohol; **F2:** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; **F32/F33:** Depressive Episode und rezidivierende depressive Störung; **Sonstige F3:** Affektive Störungen, außer unipolare Depressionen (F32/F33); **F4:** Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; **F6:** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. **Sonstige:** Sonstige psychische Störungen (F5, F7 bis F9).

Zugrundeliegende Population: Alle Rentenanzugänge aufgrund einer psychischen Erkrankung 2012
 Insgesamt: N = 74.460; Frauen: N = 41.944; Männer: N = 32.516.

Abbildung 5: Krankheiten insgesamt – Frühverrentungen 2012



Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang

Dargestellt sind die prozentualen Anteile der Rentenanzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2012 unterschieden nach einzelnen Erkrankungen.

Zugrundeliegende Population: Rentenzugänge 2012 insgesamt: N = 177.061.

2.1.4 Sucht bei Männern besonders häufig

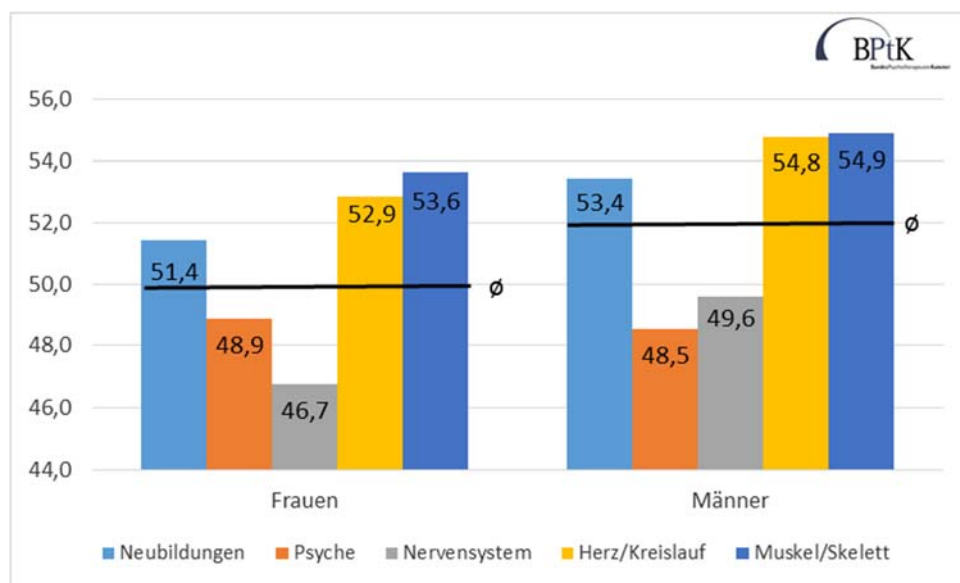
Bei Männern erfolgt eine Frühverrentung neben Depressionen auch besonders häufig in Verbindung mit einer Suchterkrankung. Jede fünfte der psychisch bedingten Frühverrentungen (20,5 Prozent) ist bei Männern durch psychotrope Substanzen⁵, 83 Prozent dieser Erkrankungen wiederum auf Alkohol zurückzuführen. Psychische Erkrankungen durch Alkohol waren bei Männern die zweithäufigste Ursache (17,1 Prozent) für psychisch bedingte Frühverrentungen (Abbildung 4). Bei Frauen spielten Suchterkrankungen bei Frühverrentung dagegen mit 5,0 Prozent nur eine untergeordnete Rolle.

⁵ Psychotrope Substanzen sind Stoffe, die die Psyche eines Menschen beeinflussen und süchtig machen können, zum Beispiel Alkohol, Medikamente, Drogen.

2.1.5 Psychisch bedingte Frühverrentung bereits mit 49 Jahren

Psychische Erkrankungen führen besonders früh zu vorzeitigen gesundheitsbedingten Renten. 2012 gingen Männer und Frauen bereits mit durchschnittlich knapp 49 Jahren in Frührente. Bei körperlichen Erkrankungen erfolgten Frühverrentungen erst bei einem Durchschnittsalter von 50 bis 55 Jahren (Abbildung 6). Nur Erkrankungen des Nervensystems zeigten ein noch niedrigeres Renteneintrittsalter.

Abbildung 6: Alter bei Beginn der Frührente 2012



Quelle: DRV Renteneintrittsalter

Dargestellt ist das durchschnittliche Renteneintrittsalter bei verminderter Erwerbsfähigkeit von Männern und Frauen im Jahr 2012.

2.2. Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit

Die Auswertungen der Daten der gesetzlichen Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit zeigen, dass psychische Erkrankungen auch 2012 als Grund für Arbeitsunfähigkeit weiter zunehmen. Dieser Trend ist damit bereits seit mehr als zehn Jahren ungebrochen. Dabei nahmen 2012 sowohl der Anteil an den betrieblichen Fehltagen, der durch psychische Erkrankungen verursacht wird (AU-Tage) als auch der Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitsfällen (AU-Fälle) sowie die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung aufgrund einer psychischen Erkrankung zu.

2.2.1 Rund 70 Millionen Fehltage durch psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen führen in Deutschland dazu, dass Arbeitnehmer aus den in die Analyse einbezogenen Krankenkassen AOK, BARMER GEK, BKK, DAK und TK 2012 rund 70 Millionen Tage in ihren Betrieben gefehlt haben. Die Datenbasis der Auswertung der Angaben der genannten Krankenkassen aus dem Jahr 2012 bezieht sich auf circa 85 Prozent der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hochgerechnet auf alle GKV-Versicherten kann daher davon ausgegangen werden, dass rund 82 Millionen AU-Tage auf psychische Erkrankungen zurückgeführt werden können.

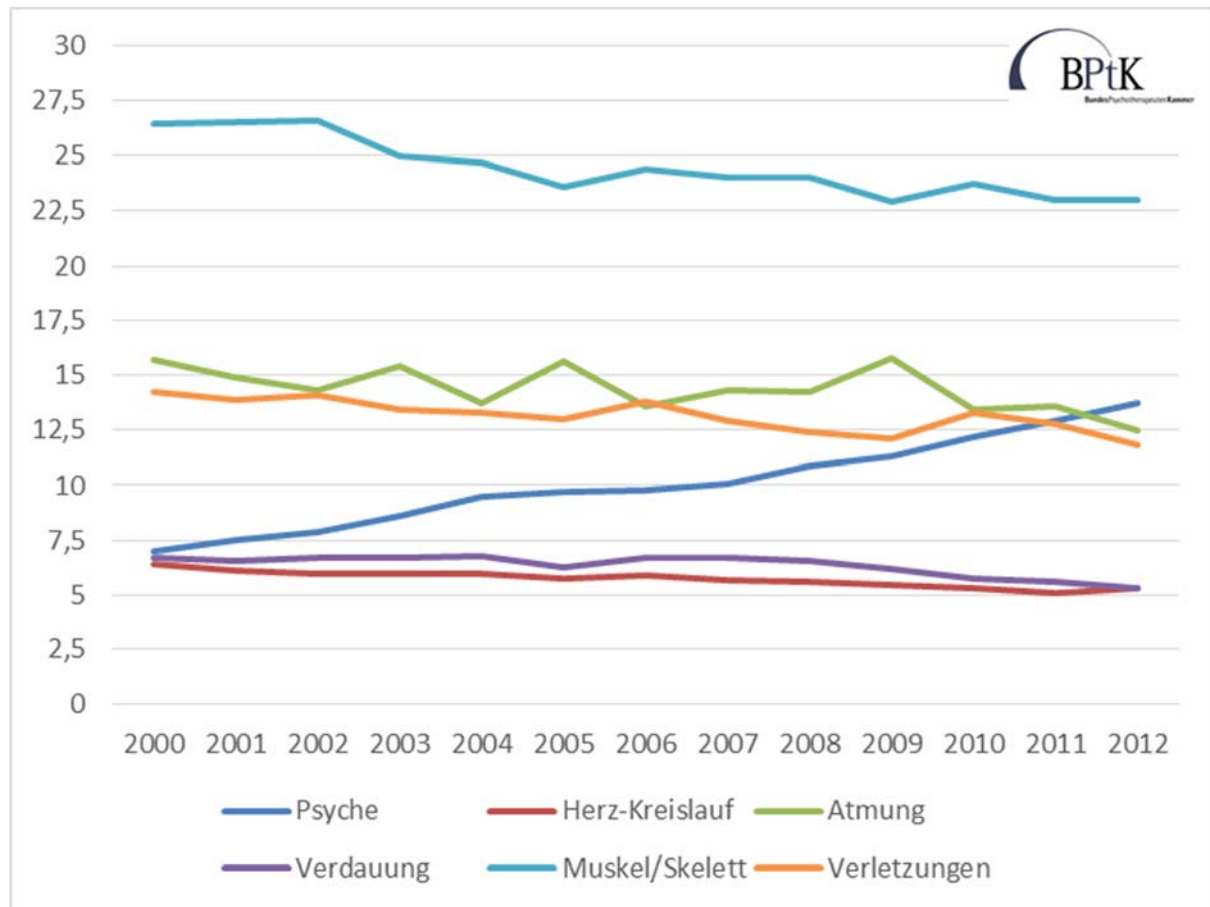
2012 wurde etwa jeder siebte Fehltag (13,7 Prozent) von psychischen Erkrankungen verursacht. Psychische Erkrankungen sind damit der zweithäufigste Grund für Fehltage nach Muskel-Skelett-Erkrankungen (Abbildung 7).

2.2.2 Anteil psychisch bedingter Fehltage verdoppelt

Der Anteil an den betrieblichen Fehltagen, der durch psychische Erkrankungen verursacht wird, steigt seit 2000 stetig an (Abbildung 7). Er hat sich von 2000 bis 2012 fast verdoppelt (plus 95,7 Prozent). Dagegen hat der Anteil von betrieblichen Fehltagen aufgrund körperlicher Erkrankungen abgenommen: Muskel-Skelett-Erkrankungen minus 12,9 Prozent, Verletzungen minus 16,2 Prozent, Herz-Kreislauf-Erkrankungen minus 17,2 Prozent, Atemwegserkrankungen minus 20,4 Prozent und Krankheiten des Verdauungssystems minus 20,9 Prozent⁶.

⁶ Die hier angegebenen Zahlen ergeben sich aus der Veränderung der Anteile der jeweiligen Krankheiten an den betrieblichen Fehltagen von 2000 bis 2012, zum Beispiel für Krankheiten des Verdauungssystems von 6,7 Prozent im Jahr 2000 auf 5,3 Prozent im Jahr 2012, was eine Reduktion um 20,9 Prozent darstellt.

Abbildung 7: AU-Tage – die häufigsten Erkrankungen 2000 bis 2012



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Dargestellt sind die Anteile (%) der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen seit 2000, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen und gewichtetet anhand der jeweiligen Versichertenzahl.

In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK.

In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK.

In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK.

In den Wert für die Jahre 2010 bis 2012 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

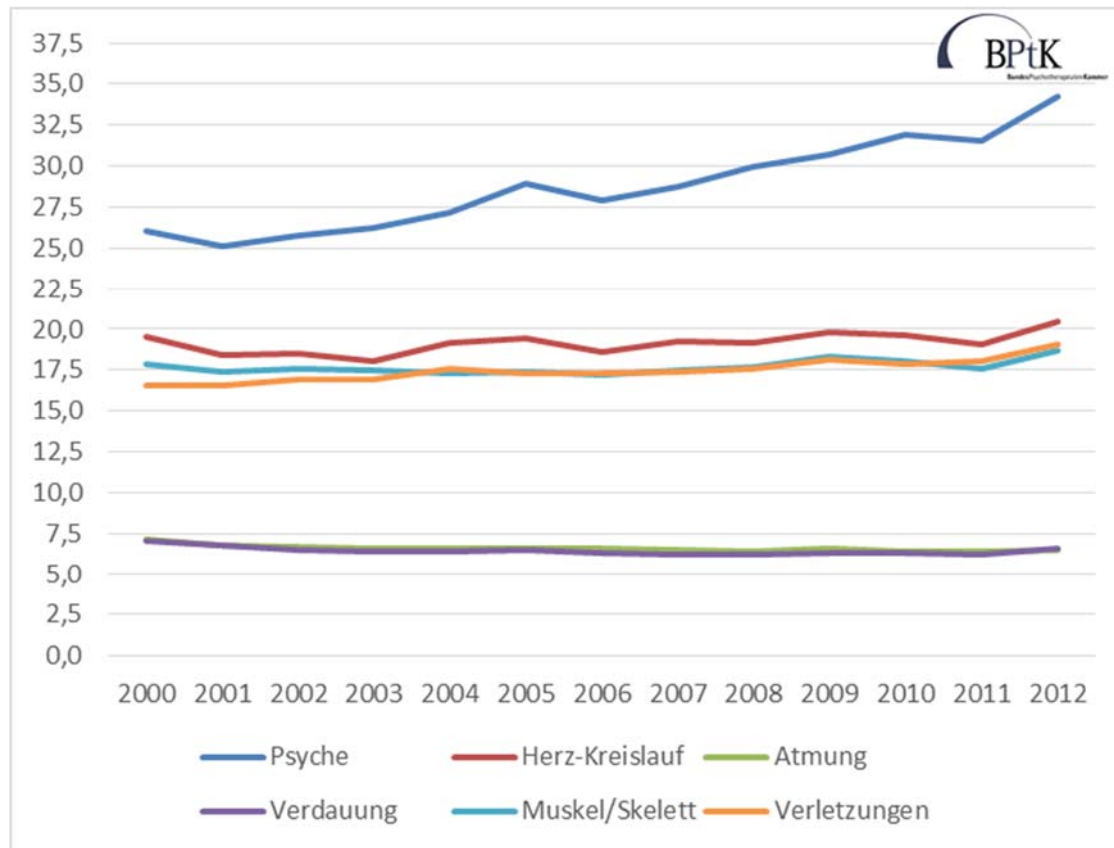
- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse

2.2.3 Dauer der Krankschreibungen deutlich gestiegen

Die Zunahme des Anteils psychisch bedingter betrieblicher Fehltag ist vor allem auf die immer längere Dauer der Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen zurückzuführen. Diese hat sich von 2000 bis 2012 um 31,0 Prozent verlängert. Psychische Erkrankungen führten damit 2012 zu einer durchschnittlichen Krankschreibungsdauer von 34,2 Tagen. Dies ist deutlich länger als bei körperlichen Erkrankungen (Abbildung 8).

Ursache für diesen Trend ist wahrscheinlich der demografische Wandel und damit der höhere Anteil älterer Arbeitnehmer. Entsprechend einer Analyse der BPtK (2011a) steigt die Dauer der Krankschreibung wegen psychischer Erkrankungen mit dem Alter erheblich an. So sind über 50-Jährige doppelt so lange krankgeschrieben wie 20- bis 25-Jährige.

Abbildung 8: Dauer der Krankschreibung bei den wichtigsten Krankheiten



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Dargestellt ist die über die großen gesetzlichen Krankenkassen gemittelte und anhand der jeweiligen Versichertenzahl gewichtete Krankschreibungsdauer pro Fall in Tagen für die wichtigsten sechs Krankheitsarten seit 2000.

In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK.

In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK.

In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK.

In den Wert für die Jahre 2010 bis 2012 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse

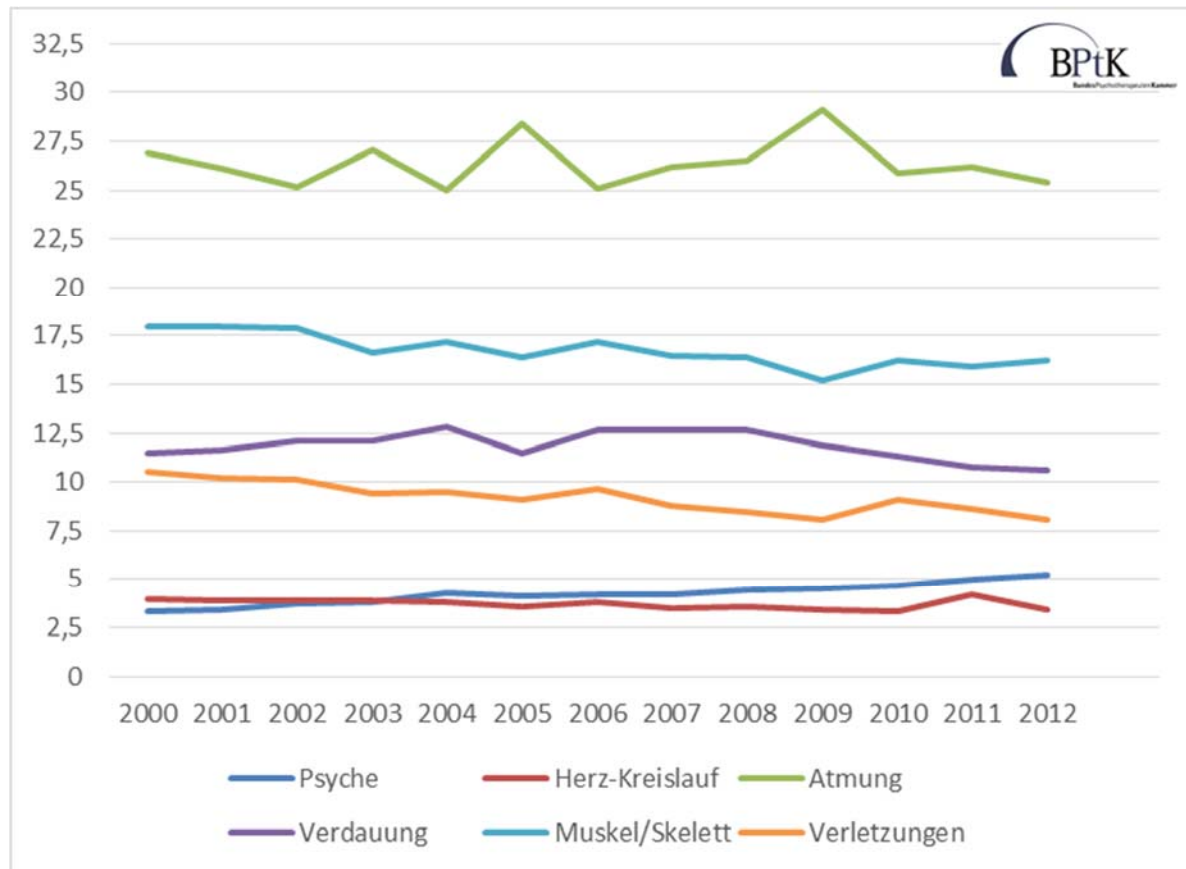
2.2.4 Zahl der AU-Fälle gestiegen

2012 ging jede zwanzigste Krankschreibung auf psychische Erkrankungen zurück. Damit wurden in den in die Analyse einbezogenen Krankenkassen AOK, BARMER GEK, BKK, DAK und TK etwa 2,2 Millionen AU-Fälle durch psychische Erkrankungen verursacht. Die Datenbasis der Auswertung der Angaben der genannten Krankenkassen aus dem Jahr 2012 bezieht sich auf circa 85 Prozent der GKV-Versicherten. Hochgerechnet auf alle GKV-Versicherten kann daher davon ausgegangen werden, dass rund 2,6 Millionen AU-Fälle auf psychische Erkrankungen zurückgeführt werden können.

In den vergangenen 13 Jahren nahm der Anteil an den AU-Fällen, der durch psychische Erkrankungen verursacht wurde, um 57,6 Prozent zu, von durchschnittlich 3,3 Prozent (2000) auf 5,2 Prozent (2012). Demgegenüber nahm der Anteil der Krankschreibungen aufgrund körperlicher Erkrankungen um 5,6 Prozent (Atemwegserkrankungen) bis 22,9 Prozent (Verletzungen) ab (Abbildung 9)⁷.

⁷ Die hier angegebenen Zahlen ergeben sich aus der Veränderung der Anteile der jeweiligen Krankheiten an den AU-Fällen von 2000 bis 2012, zum Beispiel für Atemwegserkrankungen von 26,9 Prozent im Jahr 2000 auf 25,4 Prozent im Jahr 2012, was eine Reduktion um 5,6 Prozent darstellt.

Abbildung 9: AU-Fälle – Anteile der wichtigsten Erkrankungen



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Dargestellt ist der über die großen gesetzlichen Krankenkassen gemittelte und anhand der jeweiligen Versichertenzahl gewichtete Anteil der wichtigsten sechs Krankheitsarten an den AU-Fällen seit 2000.

In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK.

In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK.

In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK.

In den Wert für die Jahre 2010 bis 2012 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse

2.2.5 Große Unterschiede zwischen den Krankenkassen

Zwischen den Krankenkassen bestehen große Unterschiede bei den psychisch bedingten Fehltagen. Bei der AOK lag der Anteil betrieblicher Fehlzeiten, der durch psychische Erkrankungen verursacht wird, 2012 bei 10,1 Prozent. In der BARMER GEK war er mit 18,8 Prozent fast doppelt so hoch (Abbildung 10).

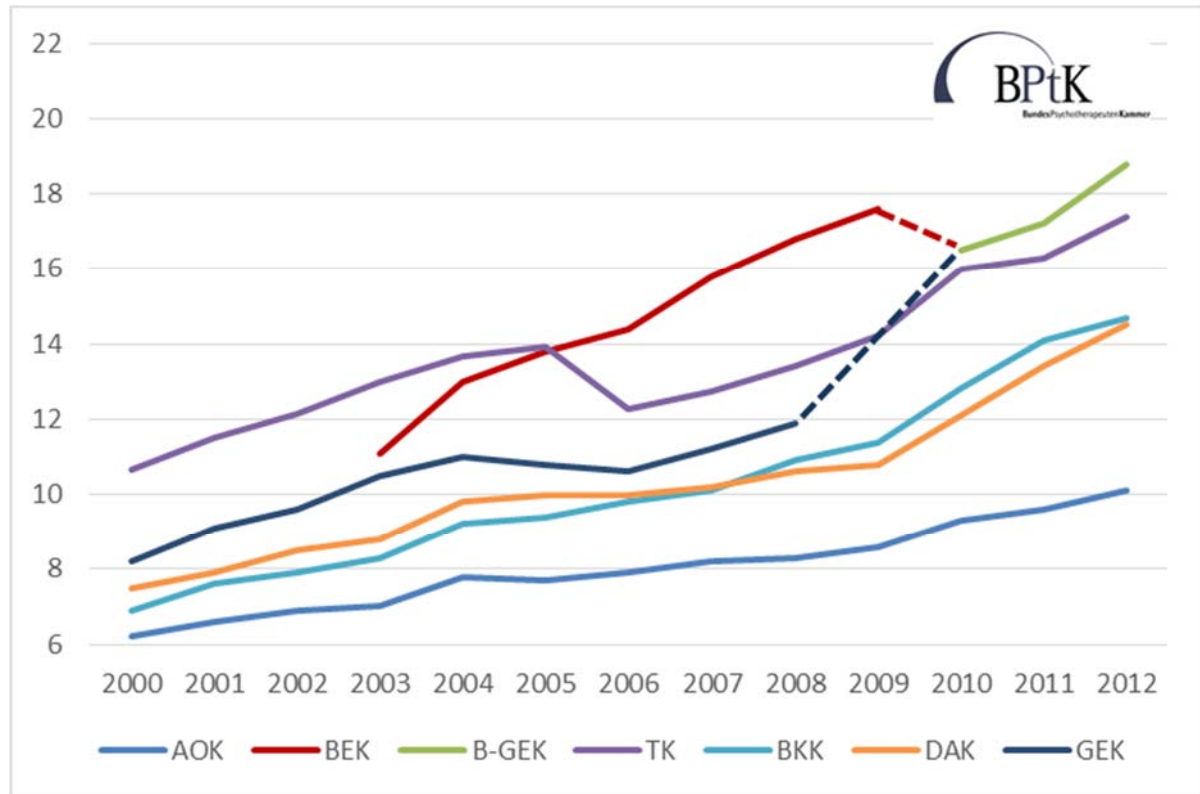
Diese Unterschiede erklären sich vor allem durch die unterschiedlich lange Dauer der Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen je nach Krankenkasse. In der AOK sind Arbeitnehmer wegen einer psychischen Erkrankung durchschnittlich 24,9 Tage pro Fall krankgeschrieben; in der BARMER GEK hingegen 46,9 Tage (Abbildung 11). Hinsichtlich des Anteils der AU-Fälle, der auf psychische Erkrankungen zurückgeführt werden kann, zeigen sich hingegen nur geringfügige Unterschiede zwischen den Krankenkassen (Abbildung 12).

Ursachen für die unterschiedlich langen Arbeitsunfähigkeitszeiten bei psychischen Erkrankungen können Unterschiede zwischen den Krankenkassen hinsichtlich der Versichertenstruktur sowie möglicherweise auch des Versorgungsmanagements sein. So unterscheiden sich zum Beispiel Menschen unterschiedlichen Alters und Menschen mit unterschiedlichen Berufen hinsichtlich der Länge der Krankschreibung. Entsprechend einer Analyse der BPtK (2011a) steigt die Dauer der Krankschreibung mit dem Alter erheblich an. Weiterhin berichtet die BARMER in ihrem Gesundheitsreport (BARMER, 2009), dass sich die Krankschreibungsdauer zwischen verschiedenen Berufen deutlich unterscheidet. Sozialarbeiter (53,5 Tage) waren wegen einer Depression beispielsweise länger krankgeschrieben als Bankfachleute (40,8 Tage). Demnach können die Versichertenstruktur hinsichtlich Alter und Branchenzugehörigkeit die Unterschiede der Dauer der Krankschreibungen zwischen den Krankenkassen unter anderem erklären.

Außerdem beziehen sich die Angaben der AOK auf beschäftigte Mitglieder. Arbeitslose Mitglieder sind – im Gegensatz zu den anderen Krankenkassen – in den Analysen der AOK nicht enthalten. Gerade Arbeitslose sind wegen psychischer Erkrankungen jedoch durchschnittlich deutlich länger krankgeschrieben als Beschäftigte (zum Beispiel BKK Bundesverband, 2008: 34,7 Tage versus 12,1 Tage). Dies könnte die im

Vergleich zu den anderen Krankenkassen geringere durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Erkrankungen in der AOK erklären.

Abbildung 10: Psychisch bedingte AU-Tage nach Krankenkasse

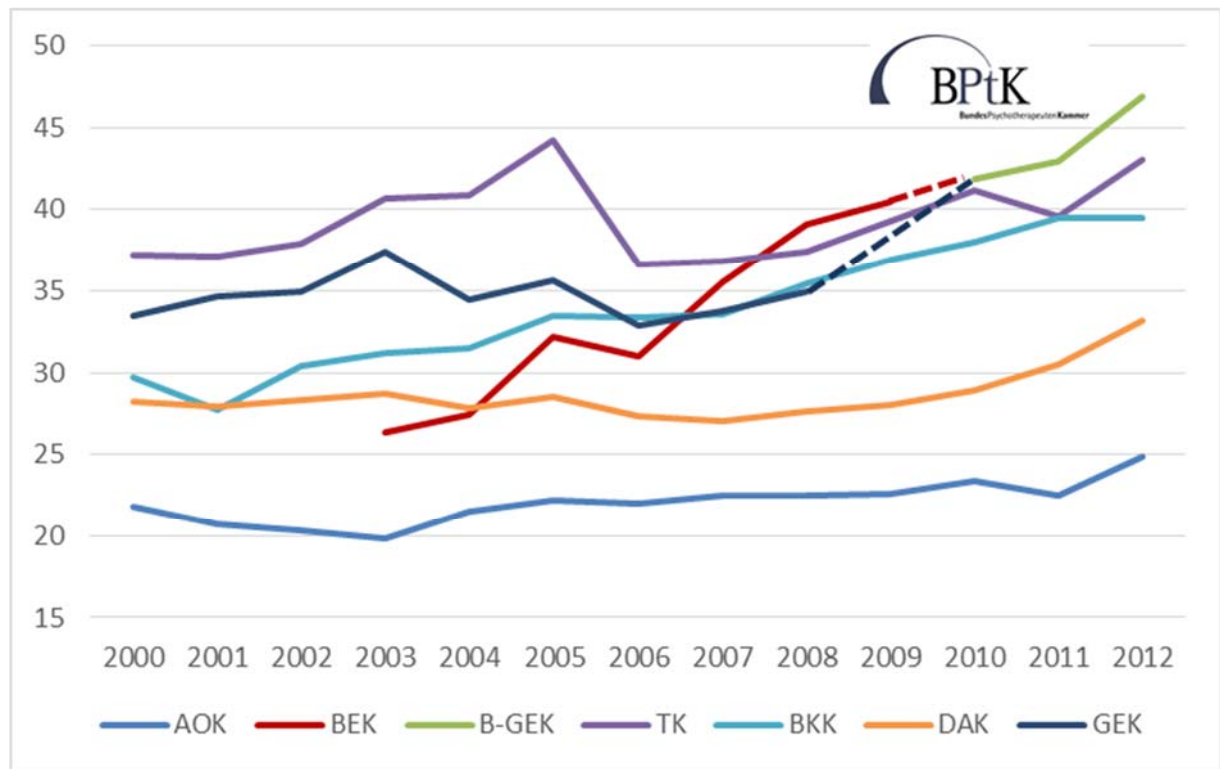


Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Angegeben sind prozentuale Anteile von Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen an allen betrieblichen Fehltagen in den angegebenen Jahren. Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Jahreszeitraum.

- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse

Abbildung 11: Dauer psychisch bedingter Krankschreibungen nach Krankenkasse

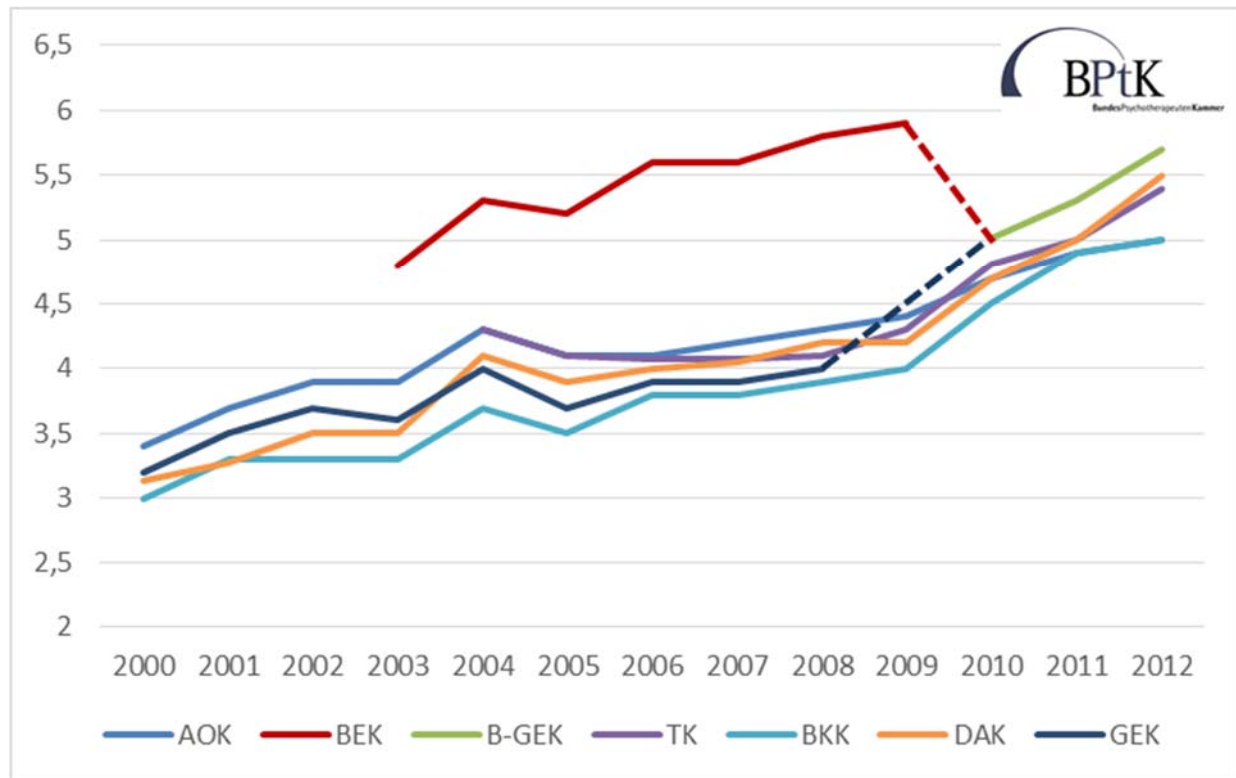


Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Angegeben ist die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Jahreszeitraum.

- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse

Abbildung 12: Psychisch bedingte AU-Fälle nach Krankenkassen 2012



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Angegeben sind prozentuale Anteile von AU-Fällen aufgrund psychischer Erkrankungen an allen betrieblichen Krankschreibungsfällen in den angegebenen Jahren. Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Jahreszeitraum.

AOK:	Allgemeine Ortskrankenkasse
BEK:	BARMER Ersatzkasse
GEK:	Gmünder Ersatzkasse
B-GEK:	BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
BKK:	Betriebskrankenkassen (Bund)
DAK:	Deutsche Angestellten Krankenkasse
TK:	Techniker Krankenkasse

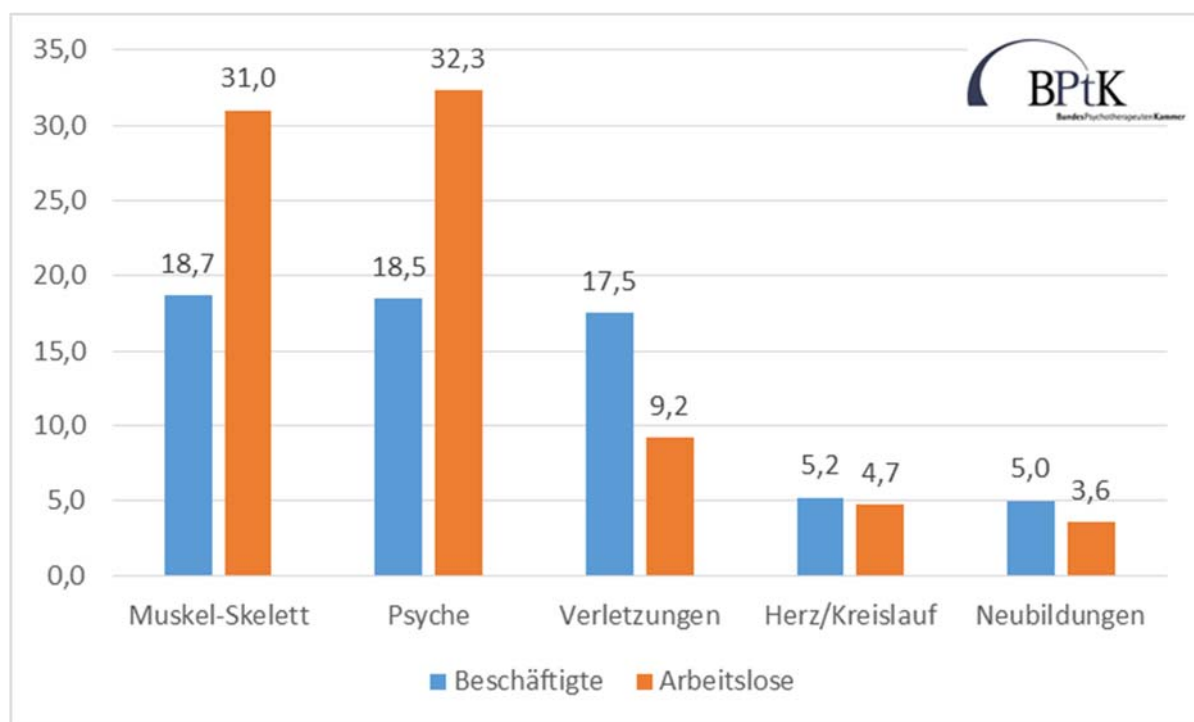
2.2.6 Psychische Erkrankungen und Langzeitarbeitsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen sind auch für Langzeitarbeitsunfähigkeit (Langzeit-AU) eine wesentliche Ursache. Von Langzeit-AU spricht man, wenn Krankschreibungen mindestens sechs Wochen betragen. Diese Frist geht mit der Zahlung von Krankengeld durch die Krankenkassen einher. Um den Einfluss psychischer Erkrankungen bei Langzeit-AU genauer zu betrachten, haben die BKK und die BARMER GEK der BPtK Angaben zum Langzeit-AU-Geschehen für das Jahr 2012 zur Verfügung gestellt⁸.

⁸ Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenkassen für die engagierte Zusammenarbeit und die zur Verfügung gestellten Daten. Auch die AOK hat uns Daten zur Langzeit-AU zur Verfügung gestellt, diese können wir jedoch leider aufgrund fehlender Vergleichbarkeit an dieser Stelle nicht darstellen.

Psychische Erkrankungen gehören zu den wichtigsten Gründen für Langzeit-AU. Der Anteil an den Langzeit-AU-Fällen, der durch psychische Erkrankungen verursacht ist, betrug 2012 bei Beschäftigten 18,5 Prozent. Bei Arbeitslosen waren sie für 32,3 Prozent der Langzeit-AU-Fälle verantwortlich (Abbildung 13). Psychische Erkrankungen stehen damit bei Beschäftigten an zweiter, bei Arbeitslosen sogar an erster Stelle der Ursachen für Langzeit-AU-Fälle. Zur Erinnerung: In Durchschnitt waren nur 5,2 Prozent aller AU-Fälle psychisch bedingt.

Abbildung 13: Psychische Erkrankungen und Langzeit-AU-Fälle 2012

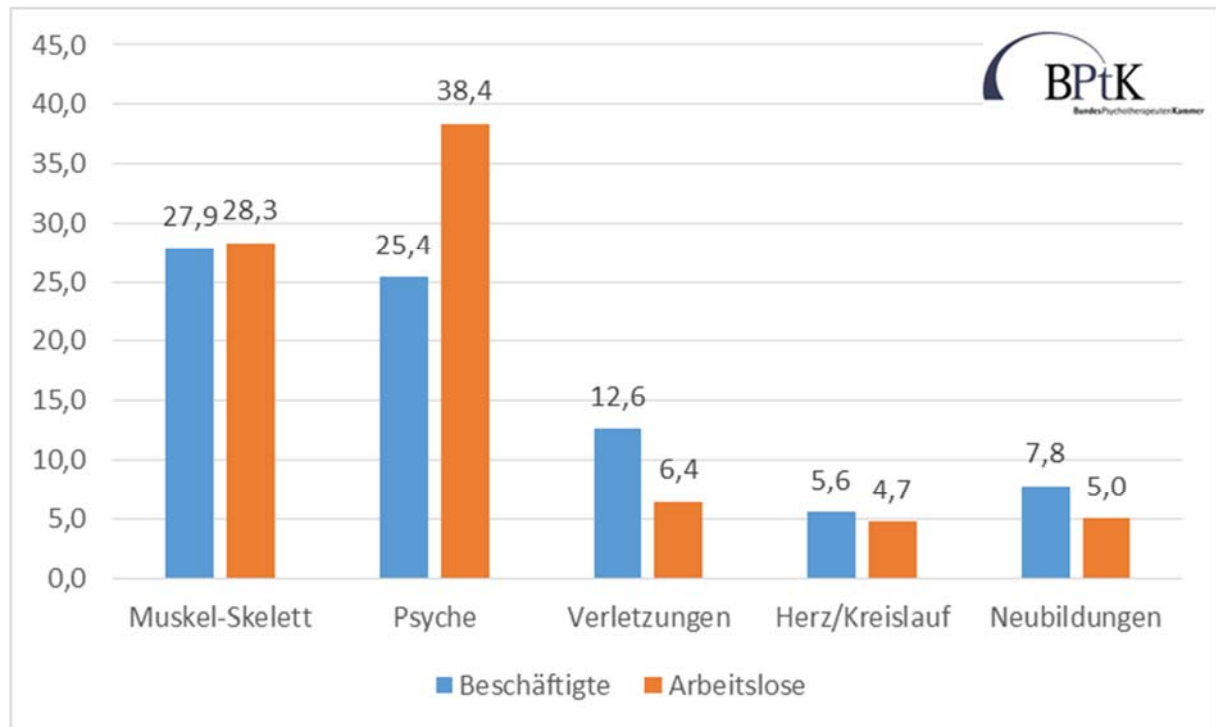


Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Dargestellt sind die über die Angaben der BARMER GEK und BKK gemittelten und anhand der Versicherungszahl der beiden Krankenkassen gewichteten Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den Langzeit-AU-Fällen für 2012, getrennt für beschäftigte und arbeitslose Versicherte. Die Angaben beziehen sich damit auf 28,9 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten.

Die besondere Bedeutung psychischer Erkrankungen bei Langzeit-AU zeigt sich auch hinsichtlich der betrieblichen Fehltag. Bei den Krankschreibungstagen insgesamt zeigte sich 2012, dass psychische Erkrankungen für 13,7 Prozent der Fehltag verantwortlich waren (Abbildung 7). Bei Krankschreibungen von mindestens sechs Wochen steigt der Anteil der psychisch bedingten Fehltag bei Beschäftigten auf 25,4 Prozent; bei Arbeitslosen sogar auf 38,4 Prozent (Abbildung 14).

Abbildung 14: Psychische Erkrankungen und Langzeit-AU-Tage 2012

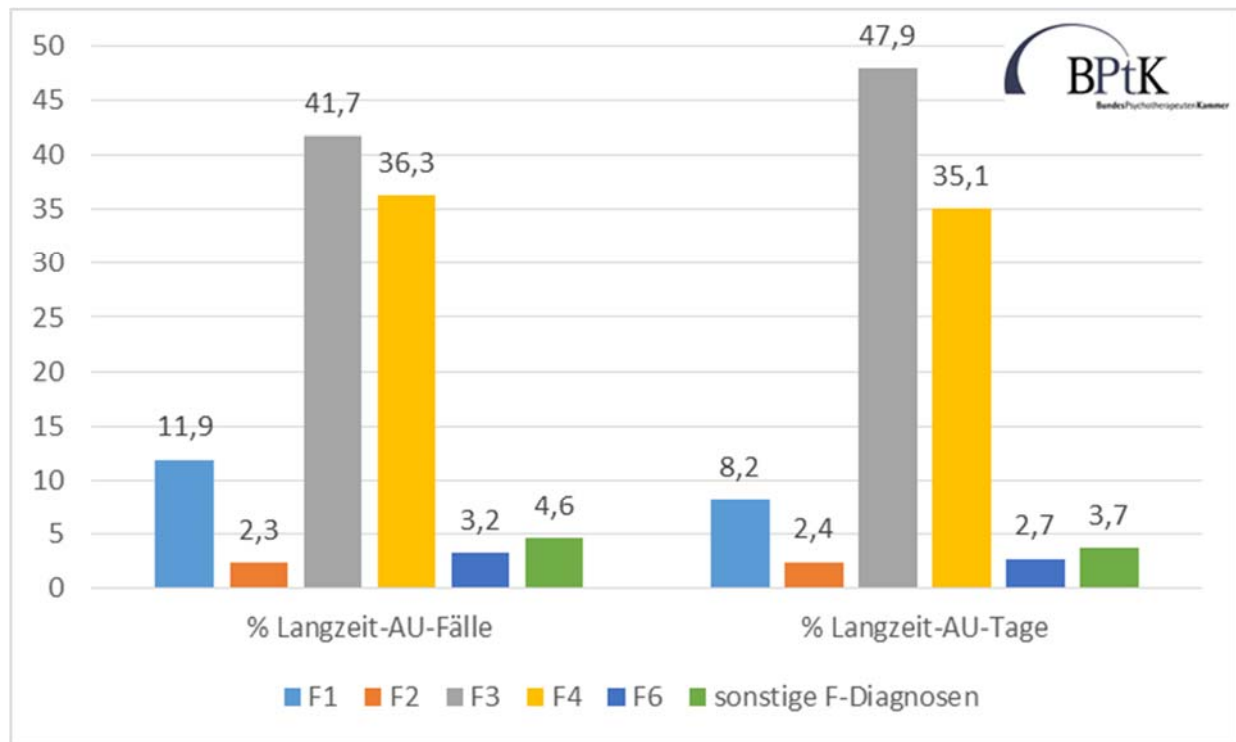


Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Dargestellt sind die über die Angaben der BARMER GEK und BKK gemittelten und anhand der Versicherungszahl der beiden Krankenkassen gewichteten Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den Langzeit-AU-Tagen für 2012, getrennt für beschäftigte und arbeitslose Versicherte. Die Angaben beziehen sich damit auf 28,9 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten.

Langzeit-AU wird vor allem durch affektive Störungen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen verursacht (Abbildung 15). 78,0 Prozent der Langzeit-AU-Fälle und 83,0 Prozent der Langzeit-AU-Tage, die 2012 durch psychische Erkrankungen entstanden sind, entfielen auf diese beiden Diagnosegruppen.

Abbildung 15: Einzelne psychische Erkrankungen, Langzeit-AU-Fälle und -Tage 2012



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Dargestellt sind die über die Angaben der BARMER GEK und der BKK gemittelten und anhand der Versichertenzahl der beiden Krankenkassen gewichteten Anteile einzelner psychischer Erkrankungsgruppen an den Langzeit-AU-Fällen und -Tagen für beschäftigte Versicherte für das Jahr 2012. Die Angaben beziehen sich damit auf 28,9 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten.

F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; **F2:** Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen; **F3:** Affektive Störungen; **F4:** Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; **F6:** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. **Sonstige F-Diagnosen:** F0, F5, F7 bis F9.

3. Zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen für Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – eine Ursachenanalyse

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen für Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nimmt seit mehr als zehn Jahren stetig zu. Psychische Erkrankungen waren 2012 die zweithäufigste Ursache für betriebliche Fehltage und die Hauptursache für Frühverrentung.

3.1. Nehmen psychische Erkrankungen in der Bevölkerung zu?

Es stellt sich die Frage, ob die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung durch eine Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung erklärt werden kann. Diese Frage lässt sich nur mithilfe bevölkerungsrepräsentativer Untersuchungen beantworten. Eine solche Untersuchung ist die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS; Zeitraum 2008 bis 2011) des Robert Koch-Instituts mit dem Zusatzmodul zu psychischen Störungen (Jacobi et al., in press). Anhand des Vergleichs der Befunde der DEGS-Studie mit den Ergebnissen des Zusatzmoduls zu psychischen Störungen des Bundes-Gesundheitssurveys, das im Zeitraum 1997 bis 1999 durchgeführt wurde (unter anderem Jacobi et al., 2004), kann beurteilt werden, ob die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung in den letzten zehn Jahren zugenommen hat. Gewisse Einschränkungen im Vergleich ergeben sich zwar dadurch, dass sich zum Beispiel die Altersgruppen in den beiden Erhebungen unterscheiden. Stellt man aber die Zahlen gegenüber, so ist die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der DEGS-Untersuchung etwas geringer als im Bundes-Gesundheitssurvey. Entsprechend des Bundes-Gesundheitssurveys waren innerhalb eines Jahres 31,1 Prozent der erwachsenen deutschen Bevölkerung psychisch erkrankt (Jacobi et al., 2004). In der DEGS-Studie waren es 27,7 Prozent (Jacobi et al., in press).

3.2. Ärzte erkennen psychische Erkrankungen zuverlässiger

Psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, werden in der primärärztlichen Versorgung zuverlässiger als früher erkannt (Jacobi, Höfler, Meister & Wittchen, 2002). Dies kann zu einer Erhöhung des Anteils psychischer Diagnosen bei Arbeitsunfähig-

keit und Frühverrentung beitragen. Allerdings gibt es immer noch Verbesserungsbedarf. 40 Prozent der Depressionen werden vom Hausarzt weiterhin nicht erkannt (Katon, Unützer & Simon, 2004).

Es könnte auch sein, dass Ärzte Symptome, die Patienten schildern, anders diagnostisch zuordnen als in der Vergangenheit (Jacobi, 2009). Es gibt zum Beispiel Zusammenhänge zwischen Depressionen und Rückenschmerzen (Carroll, Cassidy & Cote, 2004). Es ist deshalb denkbar, dass ein Diagnosewechsel etwa von „unspezifischen Rückenschmerzen“ zu Depressionen stattgefunden hat. Dieser kann zu der starken Zunahme der Diagnose „Depression“ bei Arbeitsunfähigkeit (BPtK, 2010) und Frühverrentung beigetragen haben.

3.3. Psychisch Kranke suchen häufiger Hilfe

Schließlich existiert seit fast 15 Jahren (Psychotherapeutengesetz, 1999) ein neuer, niedrigschwelliger Zugang zu einer evidenzbasierten Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Versicherte können sich bei psychischen Beschwerden direkt – ohne den Umweg über einen Hausarzt – an einen Psychotherapeuten wenden. Gleichzeitig ist der Umgang mit psychischen Erkrankungen in jüngeren Generationen offener geworden. Ebenso hat das Wissen zugenommen, dass die meisten psychischen Störungen gut zu behandeln sind. Insgesamt hat dies zu einem Abbau der Stigmatisierung bestimmter psychischer Erkrankungen beigetragen. Über 60-Jährige scheuen allerdings bis heute, einen Psychotherapeuten bei psychischen Erkrankungen zu konsultieren. Höhere Akzeptanz und bessere Kenntnisse über die wirksame Behandlung von psychischen Erkrankungen mittels Psychotherapie können zu einer höheren Diagnoserate beigetragen haben.

3.4. Macht Arbeit psychisch krank?

Psychische Erkrankungen haben selten nur eine einzelne Ursache. Neben biologischer Veranlagung sowie persönlichen Merkmalen und Erfahrungen gehören hierzu auch gesellschaftliche Entwicklungen (bio-psycho-soziales Modell), unter anderem auch Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt.

Die deutsche Expertenkommission „Zukunft der betrieblichen Gesundheitspolitik“ hat sich mit diesem Thema befasst: Die Entwicklung von einer Industriegesellschaft zur wissens- und kommunikationsintensiven Dienstleistungsgesellschaft hat die Belastungen in der Arbeitswelt verändert. Körperliche Belastungen nehmen ab und psychosoziale Belastungen zu. Dazu gehören zunehmender Zeitdruck, hohe Aufgabenkomplexität und Verantwortung bei gleichzeitiger Abnahme von Arbeitsplatzsicherheit und Zunahme diskontinuierlicher Erwerbskarrieren (Ulich, 2008). Damit übereinstimmend zeigt die Studie der Techniker Krankenkasse zur Stresslage der Nation (TK, 2013), dass sich mehr als die Hälfte der Arbeitnehmer heute gestresster fühlt als noch vor drei Jahren. Im gleichen Zeitraum haben nach Einschätzung der Befragten stressauslösende Faktoren wie ein hohes Arbeitspensum, Termindruck und Informationsflut deutlich zugenommen.

Diese Einschätzung wird durch Befunde einer Erwerbstätigenbefragung des Landesinstituts für Arbeit und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW, 2009) gestützt. Die befragten Arbeitnehmer berichten, am häufigsten von folgenden Aspekten der Arbeit ziemlich oder sogar stark belastet zu sein: hoher Zeitdruck (40 Prozent), hohe Verantwortung (35 Prozent) und Überforderung durch die Arbeitsmenge (30 Prozent). Dies entspricht auch den Ergebnissen des Stressreports Deutschland 2012 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, 2013). Die befragten Arbeitnehmer fühlen sich vor allem durch starken Termin- und Leistungsdruck (34 Prozent), Arbeitsunterbrechungen und Störungen (26 Prozent) sowie Multitasking (17 Prozent) belastet.

3.5. Fazit

Zusammenfassend zeigen die wissenschaftlichen Befunde, dass die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen für Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nicht durch eine Zunahme psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung erklärt werden kann. Vielmehr kann sie einerseits auf verändertes Wissen und veränderte Einstellungen sowohl auf Seiten der Patienten als auch der Leistungserbringer und andererseits auf höhere psychosoziale Belastungen in der Arbeitswelt zurückgeführt werden.

4. Unzureichende Versorgung psychisch Kranker belastet Sozialversicherungen

Psychische Erkrankungen stehen an zweiter Stelle der häufigsten Ursachen für betriebliche Fehlzeiten und führen zu deutlich längeren Krankschreibungen als körperliche Krankheiten. Außerdem sind sie die Hauptursache für den Bezug von Erwerbsminderungsrenten und führen dazu, dass Arbeitnehmer früher als bei körperlichen Erkrankungen Erwerbsminderungsrenten beziehen.

Dass psychische Erkrankungen eine so bedeutende Rolle bei Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit spielen, lässt sich nicht ausschließlich durch die Art der Erkrankungen erklären. Gründe sind vor allem eine unzureichende Versorgung psychisch erkrankter Menschen sowie Zuständigkeits- und Schnittstellenprobleme im Sozialversicherungssystem.

4.1. Psychisch krank ohne Behandlung

Zu viele psychisch kranke Menschen erhalten in Deutschland keine Behandlung. Studien zeigen, dass nur etwa jeder dritte psychisch Erkrankte ärztlich oder psychotherapeutisch behandelt wird (Wittchen & Jacobi, 2012; Gaebel et al., 2013). Dies liegt vor allem daran, dass in Deutschland zu wenige psychotherapeutische Praxen zugelassen sind. In Deutschland beträgt die Wartezeit auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten durchschnittlich drei Monate (BPtK, 2011b).

Dieser Missstand spiegelt sich auch darin wider, dass bei der Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) vor allem Probleme beim Zugang zur ambulanten Psychotherapie im Mittelpunkt stehen. Entsprechend des Jahresberichts der UPD 2013 standen 43 Prozent der dokumentierten Hinweise auf Problemlagen im Bereich ambulanter Psychotherapie in Zusammenhang mit zu langen Wartezeiten oder nicht erreichbaren Versorgungsangeboten (UPD, 2013).

4.2. Psychisch krank ohne Rehabilitation

Zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen gehören neben der ambulanten und stationären Behandlung auch Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben („berufliche Rehabilitation“)⁹. Sie alle haben das Ziel, einen Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu verringern und dem Betroffenen eine selbstbestimmte Teilhabe an der Gesellschaft und dem Erwerbsleben zu ermöglichen. Nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ sollen durch Rehabilitationsmaßnahmen die Teilhabe am Erwerbsleben gesichert und das Risiko einer gesundheitsbedingten Frühverrentung so weit wie möglich reduziert werden.

Die aktuelle Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit rehabilitativen Maßnahmen wird jedoch der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen für das Frührentengeschehen nicht gerecht. Die von der Deutschen Rentenversicherung bewilligten Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind zwar von 2001 bis 2011 um 23 Prozent gestiegen¹⁰. Allerdings nahm die Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen damit nicht im gleichen Maße zu wie die Zahl der Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen. Diese stieg im gleichen Zeitraum um 43 Prozent. Im Jahr 2011 waren psychische Erkrankungen für 41 Prozent der Rentenanzugänge verantwortlich, nahmen jedoch nur einen Anteil von 19,8 Prozent an den Rehabilitationsleistungen der DRV ein¹¹.

Entsprechend der Angaben der DRV erhält die Hälfte der Frührentner wegen psychischer Erkrankungen in den letzten fünf Jahren vor Eintritt in die Frührente keine Rehabilitation (Widera, 2012). Rehabilitationsmaßnahmen finden jedoch nicht nur vor, sondern insbesondere auch während der Frührente nur selten statt. Dies zeigt sich auch in den geringen Zahlen von Rehabilitationsempfehlungen in Rentengutachten. In einer Studie des Instituts für Rehabilitationsforschung Norderney (IfR Norderney, 2001) wurden jeweils nur neun Prozent der Frührentner wegen psychischer Erkrankungen eine medizinische beziehungsweise berufliche Rehabilitation empfohlen.

⁹ Vergleiche Anhang B mit Hintergrundinformationen zu den Rehabilitations- und Teilhabeleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

¹⁰ Vergleiche Abbildung 16 in Anhang A.

¹¹ Vergleiche Abbildung 17 in Anhang A.

4.3. Armutsrisiko für Menschen mit psychischen Erkrankungen erhöht

Die durchschnittliche Erwerbsminderungsrente ist seit 2000 stark gefallen (Bäcker, Kistler & Stapf-Fine, 2011). Sie betrug 2012 monatlich durchschnittlich rund 600 Euro. Entsprechend einer Analyse von Krause und Mitarbeitern (2013) lebte im Zeitraum 2001 bis 2011 durchschnittlich mehr als ein Viertel der Erwerbsminderungsrentner in Einkommensarmut.

Aber nicht nur diejenigen psychisch erkrankten Menschen, die Frührente beziehen, haben ein erhöhtes Armutsrisiko. Auch Langzeitarbeitslose sind stark von Armut bedroht (BMAS, 2013). Gerade diese Menschen leiden besonders häufig unter psychischen Erkrankungen. Entsprechend des Gesundheitsreports 2008 der Techniker Krankenkasse waren 37 Prozent der Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld II im Jahr 2006 psychisch erkrankt. Hingegen lag die Rate bei Berufstätigen bei 22 Prozent und bei Leistungsempfängern von Arbeitslosengeld I bei 28 Prozent (TK, 2008).

Befragungen der Hans-Böckler-Stiftung (2011) sowie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB, 2013) zeigen, dass sich besonders die (Wieder-)Eingliederung psychisch erkrankter Menschen in den Arbeitsmarkt schwierig gestaltet. Es fehlen geeignete Vermittlungskonzepte, flexible Arbeitszeitmodelle und Beschäftigungsangebote, die an die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen angepasst sind. Daher gelingt es zu selten, Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Arbeitsmarkt zu (re-)integrieren (IAB, 2013).

4.4. Wegfall von Arbeit kann psychische Belastung verursachen

Nicht nur psychische Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (vergleiche Kapitel 3.4), sondern auch Arbeitslosigkeit selber kann psychische Belastung, Depressionen, Angst und psychosomatische Symptome verursachen (Paul & Moser, 2009). Als Gründe werden dabei unter anderem aufgeführt, dass das Bedürfnis nach Tagesstruktur, Aktivität und sozialen Kontakten sowie das Gefühl, für die Gesellschaft nützlich zu sein, nicht mehr ausreichend befriedigt werden kann (Selenko, Batinic & Paul, 2011).

Dieser Effekt kann auch für Frührentner angenommen werden. Eine Untersuchung von Kobelt und Mitarbeitern (2009) zeigt, dass Frührentner hinsichtlich der Befriedigung

wichtiger Bedürfnisse wie Kontrolle, Bindung und Selbstwernerleben sowie hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit eingeschränkter sind als vergleichbare, nicht frühverrentete Personen mit psychischen Erkrankungen.

4.5. Schnittstellenprobleme in der Sozialversicherung

Die Verantwortung für die Krankenbehandlung und Rehabilitation der Versicherten liegt in Deutschland bei verschiedenen Sozialversicherungszweigen. Krankenbehandlung wird in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen sichergestellt. Rehabilitationsmaßnahmen werden von unterschiedlichen Kostenträgern angeboten. Häufigster Träger ist die gesetzliche Rentenversicherung. Weitere Kostenträger sind – je nach Ausgangslage – die Krankenkassen, die Bundesanstalt für Arbeit, die Unfallversicherung und auch die Sozialhilfeträger.

Diese segmentierten Angebote führen zu Schnittstellenproblemen zwischen den Sozialversicherungsträgern. Dies hat nicht selten zur Folge, dass eine zeitnahe, angemessene und kontinuierliche Versorgung psychisch kranker Menschen nicht gewährleistet werden kann. Betroffene „sind häufig überfordert und orientierungslos. Sie verstehen nicht, wann welche Institution zuständig ist [...]“ (UPD, 2013, Seite 28).

Außerdem versuchen die Sozialversicherungsträger, eigene Kosten zulasten anderer Sozialversicherungsträger zu reduzieren. Ein Beispiel hierfür stellt die Vermeidung von Krankengeldzahlungen durch die Krankenkassen dar. Psychische Erkrankungen sind eine der Hauptursachen für Langzeitarbeitsunfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit mit einer Mindestdauer von sechs Wochen) und damit für Krankengeldzahlungen. Entsprechend der Analyse der BPtK standen bei Beschäftigten 2012 psychische Erkrankungen an zweiter Stelle (25 Prozent), bei Arbeitslosen sogar an erster Stelle (38 Prozent) der Ursachen für Krankengeldtage. Psychische Erkrankungen führen daher für die Krankenkassen zu hohen Ausgaben für Krankengeld – jährlich rund zwei Milliarden Euro (BPtK, 2012a).

Entsprechend der Ergebnisse des aktuellen Jahresberichts der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD, 2013) ist Krankengeld diejenige Kassenleistung, zu der bei der UPD am häufigsten Rat eingeholt wird, vor allem von psychisch erkrankten

Menschen. Wichtige Problemlagen stellen hierbei die Ablehnung von Krankengeldzahlungen sowie die – von den Betroffenen häufig als Schikane erlebten – Anrufe von Krankengeldfallmanagern der Krankenkassen dar. Solche Anrufe finden statt, wenn „beispielsweise [...] Patienten aus dem Krankengeldbezug in die Rentenversicherung wechseln sollen: ‚Das sind die Fälle, wo sozusagen die Leute von der Krankenkasse aus dem Krankengeldbezug rausgeschoben werden sollen in Richtung Rentenversicherung [...]‘“ (UPD, 2013, Seite 28).

Hintergrund dieses Vorgehens ist, dass Krankenkassen¹² nach § 51 Absatz 1 SGB V Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichen Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, aktiv zum Antrag auf Rehabilitations- und Teilhabeleistungen auffordern können¹³. Dies bietet ihnen die Möglichkeit, Ausgaben für Krankengeld zulasten der Rentenversicherung zu sparen. Kommt nämlich der Antragssteller der Aufforderung zur Antragsstellung nicht nach, entfällt sein Anspruch auf Krankengeld. Wenn der Versicherte jedoch den Antrag stellt, ein Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen aber nicht zu erwarten ist, oder wenn die rehabilitativen Leistungen nicht erfolgreich gewesen sind (§ 116 Absatz 2 SGB VI), dann wird der Antrag auf Rehabilitation automatisch in einen Rentenantrag umgedeutet. Dieser führt dann in etwa 50 Prozent der Fälle zu einer Frühverrentung (DRV, 2012a). Für Versicherte, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, endet der Anspruch auf Krankengeld von Beginn dieser Leistung an (§ 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V). Krankenkassen müssen dann kein Krankengeld mehr zahlen. Bei einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wird das Krankengeld noch bis zur Höchstdauer von 78 Wochen gezahlt, aber um den Betrag der Rente gekürzt.

Andererseits kann die DRV einen Antrag auf Rehabilitation ablehnen, wenn vor Antragsstellung nicht in ausreichendem Maße Krankenbehandlung – die von der Krankenkasse zu finanzieren ist – stattgefunden hat. Sie kann demnach einen Antrag auf Rehabilitation mit dem Verweis auf die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung der Erkrankung ablehnen. Diese Politik des „Verschiebebahnhof“ verhindert eine zeitnahe, angemessene und kontinuierliche Gesundheitsversorgung von Menschen mit

¹² Bei Arbeitslosen kann die Bundesagentur für Arbeit die Versicherten hierzu auffordern.

¹³ Für detaillierte Hintergrundinformationen zu den rechtlichen Grundlagen von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird auf den Anhang C verwiesen.

psychischen Erkrankungen. Sie führt dazu, dass diese Menschen schlechtere Chancen haben, von ihrer Erkrankung zu genesen, indem die Chronifizierung gefördert wird, bis sie schließlich von einer gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe ausgeschlossen werden. Auf diesen Zusammenhang hat bereits das im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1991 erstellte Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes (Meyer et al., 1991) hingewiesen.

5. Forderungen der BPTK: Versorgung verbessern, Kooperation der Sozialversicherungen stärken

Bisher gelingt es aufgrund der in Kapitel 4 beschriebenen Probleme zu selten, Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig eine gesellschaftliche und berufliche Teilhabe zu ermöglichen. Um dies zu gewährleisten, ist eine rechtzeitige, bedarfsgerechte, kontinuierliche und abgestimmte Versorgung psychisch Erkrankter, die die Kooperation der verschiedenen Sozialversicherungsträger voraussetzt, notwendig. Daher fordert die BPTK:

5.1. Psychischen Erkrankungen vorbeugen

Studien zeigen, dass psychische Belastungsfaktoren in der modernen Arbeitswelt das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen. Zeitdruck, Störungen des Arbeitsablaufs und ein eingeschränkter Entscheidungsspielraum gelten als Faktoren, die insbesondere Depressionen verursachen können (Siegrist & Dragano, 2008; Rau, Morling & Rösler, 2010). Dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und der betrieblichen Gesundheitsförderung kommen deshalb bei der Prävention psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle zu. Bisher werden Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung allerdings nur in 30 bis 40 Prozent der Unternehmen umgesetzt (Faller, 2011).

Die BPTK unterstützt deshalb eine Verbesserung des präventiven betrieblichen Gesundheitsmanagements, wie sie CDU/CSU und SPD in den Koalitionsvereinbarungen planen. Auch Initiativen wie beispielsweise eine Anti-Stress-Verordnung (IG Metall Vorstand, 2012) sind nützlich, um psychische Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt zu verringern. Ansätze zur Gesundheitsförderung in Betrieben können zum Beispiel eine Ausweitung von Entscheidungsspielräumen sowie die Schaffung von Möglichkeiten zur selbstbestimmten zeitlichen Einteilung von Tätigkeiten sein. Arbeitnehmer mit hoher Leistungsorientierung oder perfektionistischer Grundhaltung benötigen überdies hinaus spezifische Maßnahmen, die über allgemeine Angebote zur Entspannung und Stressbewältigung hinausgehen. Bei Dienstleistungsberufen mit hohen psychosozialen Anforderungen sollten außerdem Fertigkeiten zur besseren Konfliktbewältigung vermittelt werden.

5.2. Psychische Erkrankungen frühzeitig erkennen

Hausärzte sind meist die ersten Ansprechpartner, wenn Menschen unter psychischen Problemen leiden. Psychische Erkrankungen werden jedoch in der primärärztlichen Versorgung häufig nicht erkannt (Ani et al., 2008; Badger et al., 1994; Linden et al., 1996; Löwe et al., 2004; Wittchen et al., 2001). Daher ist es von besonderer Wichtigkeit, die Sensitivität für und das Wissen über psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis zu erhöhen.

Auch Betriebsärzte sollten bei der Früherkennung psychischer Erkrankungen unterstützt werden, zum Beispiel indem sie psychotherapeutische und fachärztliche Kollegen konsiliarisch hinzuziehen (Wege & Angerer, 2013). Van der Feltz-Cornelis und Mitarbeiter (2010) konnten zeigen, dass dies bei Arbeitnehmern mit psychischen Erkrankungen dazu führt, dass die Zeit bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz verkürzt wird. Weiterhin ist es hilfreich, sowohl Arbeitnehmer als auch Führungskräfte über psychische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und damit zur Enttabuisierung beizutragen. Hierbei kann es hilfreich sein, externe Expertise von Psychotherapeuten hinzuzuziehen (vergleiche hierzu BPtK-Broschüre zur Förderung der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern mit Beratungsprogrammen; BPtK, 2012b).

5.3. Psychische Erkrankungen frühzeitig und angemessen behandeln

Um ein langfristiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben zu vermeiden, ist es wichtig, Menschen mit psychischen Erkrankungen frühzeitig und angemessen zu behandeln. Die BPtK fordert deshalb sicherzustellen, dass psychisch erkrankte Menschen vor der Entscheidung über eine Frühverrentung eine angemessene, möglichst ambulante Behandlung erhalten.

Nach Leitlinien ist Psychotherapie bei allen psychischen Erkrankungen ein oder das Mittel der Wahl. Einen zeitnahen Zugang zur Behandlung kann die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland aktuell jedoch nicht sicherstellen. Durchschnittlich warten Menschen drei Monate auf ein Erstgespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten (BPtK, 2011b). Fast drei Viertel der psychisch Erkrankten werden nur durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für somatische Medizin versorgt (Gaebel et al., 2013).

Eine frühzeitige und ausreichende Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist außerdem eine notwendige Voraussetzung für den Erhalt von Rehabilitationsleistungen. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV, 2012b) weist hierzu darauf hin, dass „oftmals [...] Menschen mit einer unbehandelten psychischen Störung auch gar nicht in der Lage [sind], an einer auf die Teilhabe am Erwerbsleben ausgerichteten Rehabilitationsleistung Erfolg versprechend teilzunehmen. [...]. Die vielfach bestehenden Wartezeiten auf ambulante Psychotherapie oder einen Termin beim Facharzt dürfen nicht als Argument für die Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe durch die Rentenversicherung herangezogen werden: Rehabilitation als erste und möglicherweise einzige Intervention ist bei psychischen Störungen ebenso wenig angezeigt wie beispielsweise bei [...] einem Diabetes mellitus“ (Seite 27).

5.4. Kooperation im Sozialversicherungssystem stärken

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert häufig die Zusammenarbeit verschiedener Akteure der Sozialversicherungen. Die segmentierte Versorgung durch die sozialrechtliche Trennung zwischen Akuttherapie, Wiedereingliederung sowie beruflicher und medizinischer Rehabilitation erschwert jedoch diese Zusammenarbeit häufig und verhindert eine angemessene Versorgung psychisch kranker Menschen (vergleiche Kapitel 4.5.). Daher sollten zukünftig die Übergänge zwischen Akutbehandlung, Rehabilitation sowie verschiedenen Arbeitsangeboten und Eingliederungsmaßnahmen durchlässiger gestaltet (Längle, Welte & Niedermeier-Bleier, 1997) und eine Verantwortungsdiffusion zwischen Kostenträgern vermieden werden.

Auch aus Sicht psychisch erkrankter Menschen ist für eine erfolgreiche Wiedereingliederung eine enge Kooperation zwischen Kranken- und Rentenversicherung sowie eine verbesserte Verzahnung zwischen dem Gesundheitssystem und den Betrieben erforderlich (Anderson et al., 2012 – zitiert nach Wege & Angerer, 2013). Diese Kooperation gilt es zukünftig zu stärken.

Eine Möglichkeit zur besseren Verzahnung der Sozialversicherungen stellt die Reform des derzeitigen Verfahrens dar, nach dem Krankenkassen einen Versicherten auffordern können, einen Antrag auf Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zu stellen

(§ 51 Absatz 1 SGB V). Bereits die Entscheidung, den Versicherten aufzufordern, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen, sollte nicht allein von der Krankenkasse getroffen werden, sondern in Kooperation mit der Rentenversicherung erfolgen. Es ist nicht auszuschließen, dass Krankenkassen – mit dem Ziel der Vermeidung der Zahlung von Krankengeld – die Versicherten dazu auffordern, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen, obwohl erst eine Krankenbehandlung notwendig wäre (vergleiche Kapitel 4.5.). Eine Rehabilitationsleistung kann eine Krankenbehandlung nicht ersetzen und eine Rehabilitationsmaßnahme kann gerade deshalb keine Erfolgsaussichten haben oder erfolglos bleiben, weil im Vorfeld keine ausreichende Krankenbehandlung durchgeführt wurde.

Für die Rentenversicherungsträger könnte allerdings ein ökonomisches Interesse bestehen, einer Aufforderung zur Antragsstellung durch die Krankenkasse zu widersprechen, um Kosten für Rehabilitation beziehungsweise gegebenenfalls Erwerbsminderungsrente zu vermeiden. Es ist daher keine Lösung, eine einvernehmliche Entscheidung von Kranken- und Rentenversicherung vorzusehen. Die Entscheidung über die Aufforderung zur Antragsstellung sollte bei der Krankenkasse verbleiben. Allerdings sollte die Rentenversicherung die Möglichkeit haben, auf relevante Aspekte hinzuweisen, wie beispielsweise dass aus ihrer Sicht zunächst noch eine (weitere) Krankenbehandlung erforderlich ist, um sinnvoll Rehabilitationsmaßnahmen durchführen zu können.

Rechtlich ist hierzu eine Entscheidung „im Benehmen mit dem zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung“ vorzusehen. Diese Voraussetzung sollte sowohl in § 51 SGB V als auch in § 145 SGB III verankert werden. § 145 SGB III regelt ein entsprechendes Aufforderungsverfahren für Bezieher von Arbeitslosengeld I mit dem Unterschied, dass hier ein Antrag gestellt werden muss und anders als bei Krankenkassen kein Ermessen der Bundesagentur für Arbeit besteht.

5.5. Versicherte aufklären und beraten

Entsprechend des aktuellen Jahresberichts der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland verstehen Betroffene häufig nicht, wann welche Institution (Krankenkasse, Rentenversicherung, Arbeitsagentur) für sie zuständig ist (UPD, 2013). Sie sind

überfordert und hilflos wegen der Komplexität des deutschen Sozialversicherungssystems und leiden unter der Verantwortungsdiffusion zwischen den Kostenträgern. Ziel sollte es daher sein, dass die Sozialversicherungsträger die Betroffenen unaufgefordert über die ihnen zur Verfügung stehenden Leistungen und möglichen Probleme an den Schnittstellen zwischen den Sozialversicherungsträgern aufklären und umfassend beraten.

5.6. Rehabilitationsmaßnahmen verbessern

Das Gesundheits- und Rentenversicherungssystem wird dem Grundsatz „Reha vor Rente“ nur unzureichend gerecht. Sowohl vor als auch während der Frührente erhalten psychisch kranke Menschen zu selten Rehabilitationsmaßnahmen. Es darf nicht so bleiben, dass die Hälfte der Frührentner wegen psychischer Erkrankungen in den letzten fünf Jahren vor Eintritt in die Frührente keine Rehabilitation erhält (Widera, 2012). Deshalb müssen die gegenwärtigen Rehabilitationsmaßnahmen weiterentwickelt werden.

Klassische Rehabilitationsverfahren wie stationäre Rehabilitation und herkömmliche Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sind für psychisch kranke Menschen, die von Erwerbsunfähigkeit bedroht oder bereits betroffen sind, nur teilweise geeignet (IfR Norderney, 2001). Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen einer Studie des Instituts für Rehabilitationsforschung Norderney (IfR Norderney, 2001) wider: Lediglich sechs Prozent der befristeten Frührentner mit psychischen Erkrankungen kehrten an ihren Arbeitsplatz zurück.

Daher ist es notwendig, für diese Menschen spezifische, angepasste Rehabilitationskonzepte zu entwickeln. Wichtig ist es hierbei die psychotherapeutischen Angebote auszubauen. Weitere Ansatzpunkte stellen vor allem eine stärkere Einbindung des ambulanten Sektors in die Rehabilitation, eine Ausweitung der Konzepte zur „Rehabilitation psychisch kranker Menschen“ (RPK) und eine Weiterentwicklung der Konzepte zur beruflichen Rehabilitation dar.

Ambulanten Sektor stärken

Mögliche Ansatzpunkte für eine bessere Einbindung niedergelassener Behandelnder und Akteure in die Rehabilitation sind:

- Sicherstellung einer rechtzeitigen und angemessenen Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die von Frühverrentung bedroht sind, um ihnen eine Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen zu ermöglichen,
- Betriebsärzte, Hausärzte, Psychotherapeuten und weitere niedergelassene Behandelnde für das Risiko von Frühverrentung bei Arbeitnehmern mit psychischen Erkrankungen sensibilisieren, ihre Handlungsbereitschaft bezüglich einer frühzeitigen Rehabilitation erhöhen und sie über das rehabilitative Spektrum und die Beantragungsmodalitäten informieren (IfR Norderney, 2001),
- Aufhebung der Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten (§ 73 SGB V): Psychotherapeuten sollte zukünftig auch die Befugnis eingeräumt werden, Rehabilitationsleistungen zu verordnen. Weitere relevante Befugnisweiterungen sind die Verordnung von Heilmitteln und Soziotherapie, die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, die Überweisung zu einer fachärztlichen Abklärung und die Einweisung in ein Krankenhaus,
- Stärkung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen (entsprechend einer Analyse der DRV [Widera, 2012] werden nur vier Prozent der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ambulant durchgeführt). Hierbei sollte vor allem der Ausbau psychotherapeutischer Angebote im Vordergrund stehen,
- Ausbau der Angebote zur ambulanten Rehabilitationsnachsorge, um die während der stationären Rehabilitation erreichten Erfolge langfristig aufrechtzuerhalten. Hierzu gehören – in Übereinstimmung mit den Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rehabilitationsnachsorge in der Rentenversicherung (DRV, 2008) – auch eine intensivere Vernetzung zwischen Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtungen, eine stärkere Anpassung der Nachsorgeangebote an den individuellen Bedarf des Rehabilitanden sowie eine bessere Kooperation der Träger von Nachsorgeangeboten.

Konzepte zur „Rehabilitation psychisch kranker Menschen“ ausweiten

Für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, die in ihrer gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe besonders beeinträchtigt sind, bieten sogenannte Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen ein längerfristiges Angebot. Hierbei werden medizinische Maßnahmen, berufliche Trainings und soziotherapeutische Angebote integriert. RPK-Maßnahmen wurden vor allem für jüngere Menschen mit Psychosen oder schweren Persönlichkeitsstörungen entwickelt.

Sie werden der Forderung gerecht, die verschiedenen Aspekte der Rehabilitation – medizinisch, beruflich, sozial, stationär, ambulant – besser aufeinander abzustimmen und miteinander zu verzahnen. Die regionalen Bezüge der Einrichtungen ermöglichen eine hohe Realitätsnähe und Flexibilität in der individuellen Ausgestaltung der Rehabilitation. Vergleichbare Konzepte sollten zukünftig auch für andere psychische Erkrankungen wie Depressionen, Ängste, Anpassungsstörungen und Somatisierungsstörungen, die chronisch verlaufen können und die aktuell in das Indikationsspektrum für eine „traditionelle“ psychosomatische Rehabilitation fallen, entwickelt werden. Auch hierbei sollte die Notwendigkeit eines Ausbaus psychotherapeutischer Angebote berücksichtigt werden.

Konzepte für die berufliche Rehabilitation verbessern

Um die Chance auf eine berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, sollten die beruflichen Rehabilitationsangebote – wie von der Reha-Kommission des Verbands deutscher Rentenversicherungsträger (Reha-Kommission, 1991) empfohlen – stärker als bisher an den spezifischen Bedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen angepasst werden. Dies beinhaltet beispielsweise die Schaffung von Teilerwerbs- oder Betreuungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz (zum Beispiel Arbeitsassistenz), einen Nachteilsausgleich für Arbeitgeber für schwankende Arbeitsleistungen von Arbeitnehmern mit psychischen Erkrankungen und gegebenenfalls auch den Einbezug von Angehörigen bei der Umsetzung der beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen.

Problematisch ist, dass die Mehrzahl der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben aktuell dem traditionellen „Train-and-Place“-Ansatz folgt. Dieser Ansatz beinhaltet im ersten Schritt ein Training zur Vorbereitung auf den Arbeitsplatz, bevor die Arbeitsaufnahme

an einem Arbeitsplatz stattfindet. Die arbeitsrehabilitativen Hilfen enden meist mit dem Ende des Trainings. Unterstützung am Arbeitsplatz gehört nicht zu den Programmen.

Ein Erfolg versprechendes Alternativkonzept stellt der „Place-and-Train“-Ansatz dar. Hierbei werden die Rehabilitanden ohne lange Vorbereitung ins Arbeitsleben zurückgeführt. Ihnen steht dann ein „Job Coach“ zur Seite, der den Rehabilitanden bei der beruflichen Reintegration direkt am Arbeitsplatz unterstützt. Zusätzlich wird der Arbeitgeber beraten und gegebenenfalls auch finanziell unterstützt (Eikelmann, Zacharias-Eikelmann, Richter & Reker, 2005). So kann das Integrationsamt auch bei chronisch psychisch erkrankten Arbeitnehmern Teile der Lohnkosten übernehmen, damit die Minderleistung des Erkrankten, zum Beispiel durch zusätzliches Personal, kompensiert werden kann (Linden, 2013).

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation tritt die Schnittstellenproblematik bei der Versorgung psychisch Erkrankter besonders zu Tage. Eine Versorgungslücke entsteht vor allem dadurch, dass während der Rehabilitation Kontakte zum Arbeitgeber erst spät oder gar nicht hergestellt werden (Wege & Angerer, 2013). Die Aufgabe des Arbeitgebers ist es jedoch, erkrankte Personen bei der Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit zu unterstützen. Für eine gelungene berufliche Rehabilitation sind daher ein frühzeitiger Einbezug des Arbeitgebers in den Rehabilitationsprozess sowie eine Stärkung der Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit und den Betriebsärzten notwendig. Eine Befragung der Hans-Böckler-Stiftung (2011) zeigt in diesem Zusammenhang, dass zwei Drittel der befragten betrieblichen Akteure deutlichen Verbesserungsbedarf bezüglich der Strategien zur nachhaltigen Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen in das Erwerbsleben sehen.

Auch eine Expertenbefragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2013) zeigt auf, dass es an geeigneten Vermittlungskonzepten, flexiblen Arbeitszeitmodellen und Beschäftigungsangeboten mangelt, die an die Bedürfnisse der Menschen mit psychischen Erkrankungen angepasst sind. Außerdem verfügen Vermittlungsfachkräfte in den Arbeitsagenturen nicht über genügend Wissen über psychische Erkrankungen, um die betroffenen Menschen angemessen beraten zu können. Hier kann es zukünftig hilfreich sein, zum Beispiel im Rahmen von Schulungs- und Supervisionsangeboten die Expertise von Psychotherapeuten einzubeziehen.

6. Was plant die neue Bundesregierung?

Es besteht dringender politischer Handlungsbedarf bei der Prävention, Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen. Im Koalitionsvertrag haben CDU/CSU und SPD entsprechende Maßnahmen bereits geplant. Dazu gehören die stärkere Berücksichtigung psychischer Gesundheit beim Arbeitsschutz und beim betrieblichen Gesundheitsmanagement, die Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung durch die Verkürzung der Wartezeiten, die Weiterentwicklung des Rehabilitationsbudgets der gesetzlichen Rentenversicherung sowie eine Verbesserung der Kooperation zwischen den unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern.

Eine möglichst kurzfristige Umsetzung dieser Pläne ist notwendig. Ziel sollte es sein, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen frühzeitig und angemessen behandelt und Rehabilitationsmaßnahmen besser an den Bedarf psychisch kranker Menschen angepasst werden, um Menschen so lange wie möglich eine gesellschaftliche und berufliche Teilhabe zu ermöglichen und vor Armutsrisiken wegen Erwerbsminderung oder Langzeitarbeitslosigkeit zu schützen. Die BPtK hat mit dieser Studie konkrete Vorschläge vorgelegt, wie die im Koalitionsvertrag vereinbarten Ziele erreicht und die dort vereinbarten Maßnahmen umgesetzt werden können.

7. Zur Methodik der Auswertung

Die BPTK wertet jährlich die Gesundheitsreporte der gesetzlichen Krankenkassen aus. Da mit der verbindlichen Einführung des ICD-10-Systems zum 01.01.2000 eine kontinuierlich einheitliche Datenbasis zur Verfügung steht, beginnt die Analyse der Gesundheitsreporte mit dem Jahr 2000. Die in den Abbildungen angegebenen Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Zeitraum, die aufgeführten Daten von 2012 beispielsweise wurden in den 2013er Reporten der Krankenkassen analysiert.

In diesem Jahr wurden erstmalig auch die Angaben der Deutschen Rentenversicherung zu den jährlichen Rentenanzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ausgewertet. Da das Erwerbsminderungsrenten-Reformgesetz, das am 01.01.2001 in Kraft getreten ist, zu Neuregelungen der Voraussetzungen für den Erhalt einer Erwerbsminderungsrente geführt hat, sind zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit der Angaben in diesem Bericht die Zahlen ab dem Jahr 2001 dargestellt.

Basis der Auswertungen sind alle in den Gesundheitsreporten publizierten Statistiken der großen gesetzlichen Krankenkassen: AOK, BARMER GEK, BKK, DAK und TK. Fehlende Angaben wurden nachberechnet. Teilweise haben die Krankenkassen Angaben nachgereicht¹⁴. Die Innungskrankenkassen sind nicht berücksichtigt, da in den letzten zehn Jahren nur drei Reporte veröffentlicht wurden. Aus denselben Gründen sind Angaben der weiteren nicht genannten gesetzlichen Krankenkassen nicht berücksichtigt. Die Datenbasis der Auswertung der Angaben von 2012 bezieht sich damit auf 84,6 Prozent der GKV-Versicherten.

Zur Berechnung der Jahresdurchschnittswerte (vergleiche Abbildungen 7 bis 9) wurden die verfügbaren Angaben der Krankenkassen anhand der jeweiligen Mitgliederzahlen der Krankenkassen gewichtet und anschließend gemittelt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die publizierten Angaben der Krankenkassen untereinander nur mit Einschränkungen vergleichbar sind; sie unterscheiden sich teilweise hinsichtlich der Analysemethoden, der Grundpopulation (Erwerbspersonen insgesamt versus be-

¹⁴ An dieser Stelle sei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenkassen für ihre konstruktive Zusammenarbeit gedankt.

schäftigte Mitglieder; Pflichtmitglieder versus freiwillig Versicherte) sowie der Festlegung der Hochrechnung der Daten auf eine definierte Standarderwerbstätigenpopulation.

Zur Standardisierung wurden bis zum Berichtsjahr 2011 in der Regel Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland aus dem Jahr 1992 verwendet. Für die Analysen seit dem Berichtsjahr 2012 gibt es bezüglich der Standardisierung eine Neuerung. Zur Standardisierung verwenden die BARMER GEK, die DAK und die TK Angaben zu Erwerbstätigen in Deutschland aus dem Jahr 2010. Ein Vergleich der Ergebnisse aus dem Jahr 2012 mit den Ergebnissen der Vorjahre ist hierdurch nur eingeschränkt möglich. Die AOK sowie die BKK berichten in ihren Gesundheitsreporten vorwiegend nichtstandardisierte Werte.

Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn die Krankenkassen in ihren Gesundheitsreporten detaillierter und nach vereinheitlichten statistischen Standards über psychische Erkrankungen berichten würden. Dies umfasst vor allem auch die Verwendung einheitlicher Grundpopulationen und die Verwendung derselben Standardisierungspopulation. Besonders erschwert ist der kassenübergreifende Vergleich unterschiedlicher Branchen und Berufsgruppen. Eine einheitliche Datenlage würde hier jedoch die Grundlage bieten, um betriebliche Präventionsprogramme, Rehabilitationsmaßnahmen oder Wiedereingliederungsprogramme auf die spezifischen Erfordernisse der jeweiligen Zielgruppe anzupassen.

8. Anhang A: Ergänzende Abbildungen und Tabellen

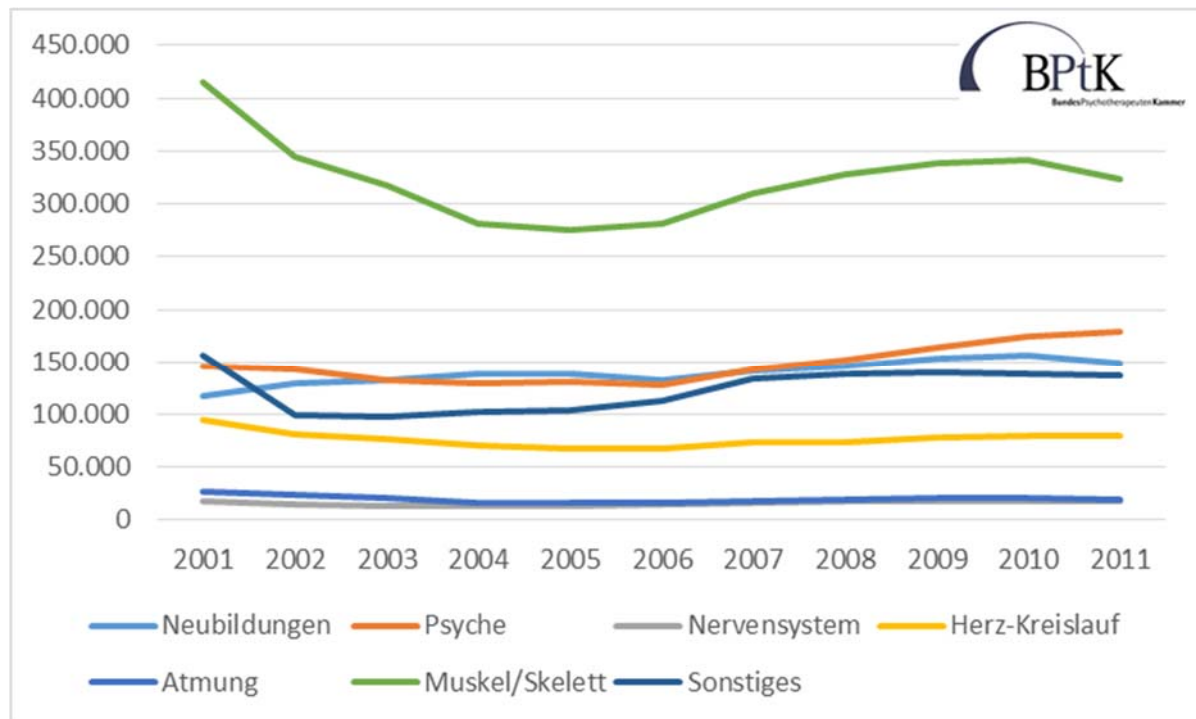
Tabelle 1: Anzahl der Rentenneuzugänge wegen einer affektiven Erkrankung und Anteil an den Rentenneuzugängen wegen a) F3-Diagnose, b) F-Diagnose und c) Erkrankungen insgesamt im Jahr 2012

	Zahl (N) der Rentenneuzugängen 2012	Anteil (%) an den Rentenneuzugängen 2012 wegen einer F3-Diagnose	Anteil (%) an den Rentenneuzugängen 2012 wegen einer F-Diagnose	Anteil (%) an den Rentenneuzugängen 2012 insgesamt
Depressive Episode (F32)	12.490	39,3	16,8	7,1
Rezidivierende depressive Störung (F33)	16.143	50,8	21,7	9,1
Anhaltende affektive Störungen (F34)	1.457	4,6	2,0	0,8
Bipolare Störung (F31)	1.579	5,0	2,1	0,9
Andere F3-Diagnosen	106	0,3	0,1	< 0,01

Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang

Dargestellt ist die Zahl der Rentenneuzugänge wegen einer bestimmten affektiven Erkrankung sowie die Anteile a) an den Rentenneuzugängen wegen einer F3-Diagnose (N = 31.775); b) an den Rentenneuzugängen wegen einer F-Diagnose (N = 74.460) sowie c) an den Rentenneuzugängen insgesamt (N = 177.061) für das Jahr 2012.

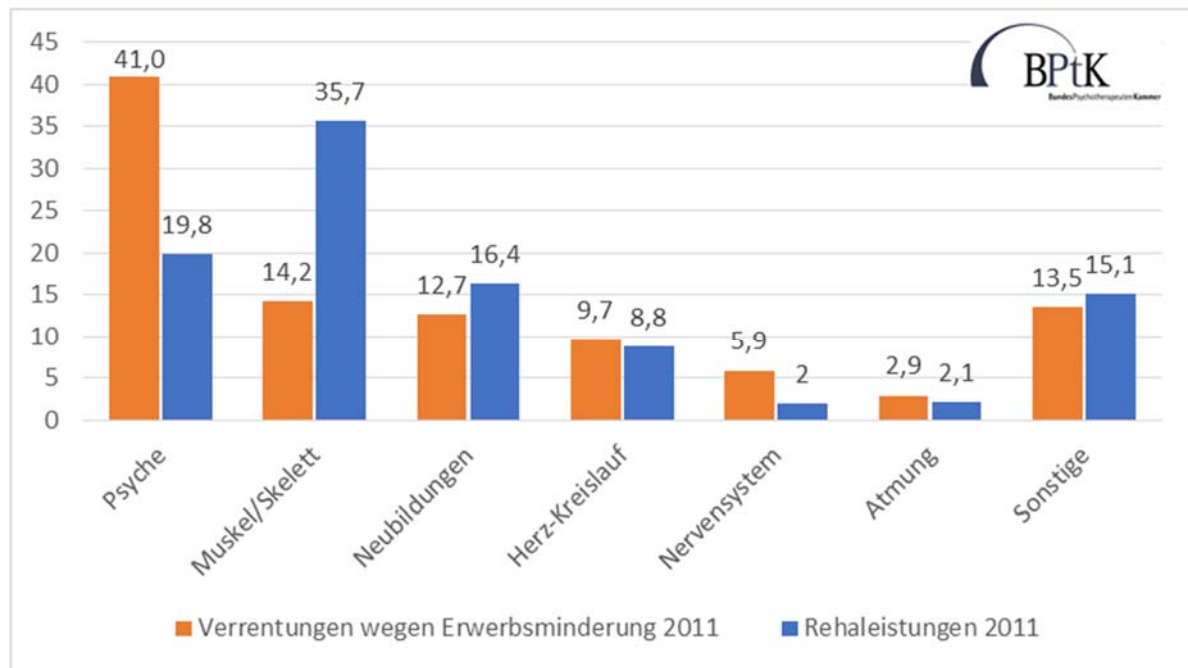
Abbildung 16: Anzahl der Rehabilitationsmaßnahmen pro Jahr für die wichtigsten Krankheitsarten



Quelle: DRV-Statistik Leistungen zur Rehabilitation

Dargestellt ist die Anzahl der von der DRV genehmigten Leistungen zur Rehabilitation pro Jahr aufgrund der sechs wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 17: Anteil (%) der wichtigsten sechs Krankheiten an den gesundheitsbedingten Frühverrentung und den Rehabilitationsleistungen 2011



Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang und Leistungen zur Rehabilitation

Dargestellt ist der Anteil der wichtigsten sechs Krankheiten an den Rentenanzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2011 sowie den von der DRV genehmigten Leistungen zur Rehabilitation 2011.

9. Anhang B: Hintergrundinformationen zu den Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation

Im Folgenden sind die unterschiedlichen Angebote der **Leistungen zur Teilhabe** für Menschen mit psychischen Erkrankungen zusammengefasst dargestellt. Leistungen zur Teilhabe umfassen im Wesentlichen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben („berufliche Rehabilitation“). Die Informationen basieren auf den Ausführungen in den Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV, 2012b).

Versicherte erfüllen die Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe, wenn ihre Erwerbsfähigkeit gesundheitsbedingt erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Eine weitere Voraussetzung für Leistungen zur Teilhabe ist eine „positive Reha-Erfolgsprognose“. Das heißt, dass die Leistung zur Teilhabe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum Erhalt beziehungsweise Wiedererlangen der Erwerbsfähigkeit führt.

Für die Finanzierung von Leistungen zur Teilhabe sind – je nach Ausgangslage – unterschiedliche Träger verantwortlich. Für Versicherte im erwerbsfähigen Alter ist am häufigsten ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig. Weitere Träger sind die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge sowie Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe.

1) Medizinische Rehabilitation

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zielen auf eine Behebung oder Minderung krankheitsbedingter Funktionsstörungen und der sich daraus ergebenden teilhaberelevanten Fähigkeitsstörungen ab. Die weit überwiegende Zahl der medizinischen Rehabilitationsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen wird in **psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen** durchgeführt. Die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation kann in stationärer oder ganztätig ambulanter Form oder in einer Kombination beider Modalitäten durchgeführt werden. Bei der stationären Rehabilitation kann zwischen wohnortnahen und

wohntfernen Angeboten unterschieden werden. Das Konzept beinhaltet eine komplexe, multimodale Behandlung.

2) Rehabilitation psychisch kranker Menschen in spezialisierten Einrichtungen

Einige psychische Erkrankungen wie Schizophrenie oder schwere Persönlichkeitsstörungen führen zu Schweregraden der Teilhabebeeinträchtigung, die neben dem Rehabilitationsbedarf auch einen spezifischen medizinischen Behandlungs- und psychosozialen Betreuungsbedarf erfordern. Hierfür steht mit der RPK ein trägerübergreifendes und meist wohnortnahes längerfristig angelegtes Konzept zur Verfügung, das medizinische Behandlung und Rehabilitation, psychosoziale Betreuung sowie berufliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stationär und ambulant integriert.

3) Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker werden vorwiegend bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit im Anschluss an eine akutmedizinische Entgiftungsbehandlung durchgeführt. Die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen umfasst das gesamte therapeutische Spektrum der Rehabilitationsmedizin. Die Suchtrehabilitation kann sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden. Nach Durchführung der Rehabilitationsleistung kann die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zur Sicherung des Erfolges beitragen¹⁵.

4) Medizinisch-berufliche Rehabilitation

Bei Menschen mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Teilhabe soll die medizinisch-berufliche Rehabilitation die Lücke zwischen Akutbehandlung oder medizinischer Rehabilitation und einer anschließenden beruflichen Rehabilitation schließen.

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation wird in spezialisierten Einrichtungen erbracht. Ziel ist die Steigerung der beruflichen Belastbarkeit mit dem Ergebnis der Wiedereingliederung in die Arbeit. Häufige Angebote sind Belastungserprobung oder Arbeitstherapie. Hierbei sollen nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit vom

¹⁵ Die Ausführungen orientieren sich an den auf der Homepage der DRV dargestellten Informationen zur Suchtrehabilitation:
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/rehatipp/suchtrehabilitation.html.

Arbeitsplatz Fähigkeiten wie Ausdauer, Belastbarkeit, Kommunikationsfähigkeit und soziale Kompetenz trainiert werden.

5) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Wiedereingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben. Das Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist vielfältig.

Berufliche Trainingszentren (BTZ)

BTZ wurden speziell für psychisch kranke Menschen eingerichtet. Hier wird berufsfeldorientiert ein Aufbautraining mit dem Ziel der Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durchgeführt.

Berufsförderungswerke (BFW)

Leistungen in BFW sind besonders dann indiziert, wenn der Versicherte seinem vor der Erwerbsunfähigkeit ausgeübten Beruf nicht mehr nachkommen kann und eine Umschulung erforderlich ist. Mögliche Leistungen für psychisch kranke Menschen in BFW sind:

- (1) Qualifizierung/Umschulung,
- (2) Abklärung der beruflichen Eignung und erweiterte Arbeitserprobung, zum Beispiel wenn Unsicherheit bezüglich der angestrebten Berufstätigkeit und der Eignung des Rehabilitanden für die Berufstätigkeit besteht,
- (3) Rehabilitationsvorbereitungstraining als eine der Umschulung vorgeschaltete Maßnahme, wenn die Umschulung nicht ohne Vorbereitung (Schulung der sozialen Kompetenz) durchgeführt werden kann,
- (4) Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge sind verlängerte oder speziell zugeschnittene umschulungsvorbereitende Maßnahmen zur Behebung der Defizite im schulischen Bereich und der Erhöhung der Sozialkompetenz.

Berufliche Fortbildungszentren (BFZ)

BFZ sind eine Spezialform der BFW und der BTZ, die vorwiegend in Bayern angeboten wird.

Reintegrationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Störungen

Diese Angebote sind für Menschen indiziert, deren Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht ohne integrierende Hilfe möglich ist. Die Programme bestehen in der Regel aus einem Trainingsprogramm, einem berufsfeldorientierten Aufbautraining sowie betrieblichen Praktika, über die idealerweise eine Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen soll.

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

WfbM sollen für Menschen, die behinderungsbedingt (noch) nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, eine angemessene berufliche Bildung oder vergütete Beschäftigung vorhalten. Es gibt Werkstätten mit spezifisch für Menschen mit psychischen Erkrankungen eingerichteten Berufsbildungs- und Arbeitsbereichen. WfbM sind dann eine Rehabilitationsmaßnahme, wenn der Rehabilitand voraussichtlich auf die Rückkehr in den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden kann. In der Regel beziehen die Teilnehmer eine Erwerbsminderungsrente.

6) Rehabilitationsnachsorge

Zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs sollten nach einer medizinischen Rehabilitation Nachsorgeleistungen durchgeführt werden, mit dem Ziel eine begonnene Therapie fortzuführen und Anstoß zu regelmäßiger Eigenaktivität zu geben. Nachsorgeleistungen werden in der Regel in Gruppen durchgeführt. Es gibt unterschiedliche Nachsorgekonzepte. Die bekanntesten sind die Module für Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Intensivierten Rehabilitations-Nachsorge (IRENA) sowie das Curriculum Hannover.

7) Stufenweise Wiedereingliederung

Neben den Nachsorgeangeboten können auch Leistungen zur stufenweisen Wiedereingliederung am bestehenden Arbeitsplatz im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme erbracht werden. Während der stufenweisen Wiedereingliederung besteht Arbeitsunfähigkeit und es wird Übergangsgeld gezahlt.

8) Persönliches Budget

Mit dem persönlichen Budget können behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen ihren Bedarf an Leistungen zur Teilhabe eigenverantwortlich gestalten und decken.

Zusatzinformation: Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Arbeitgeber sind zur Durchführung eines BEM gesetzlich verpflichtet. Das BEM soll Arbeitnehmern, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen oder wiederholt arbeitsunfähig waren, dabei unterstützen, möglichst zeitnah an den Arbeitsplatz zurückkehren zu können. Der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit soll im Rahmen des BEM frühzeitig erkannt und die Leistungen sollen zeitnah eingeleitet werden.

10. Anhang C: Hintergrundinformationen über die rechtlichen Grundlagen von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Im Folgenden werden kurz die zentralen rechtlichen Grundlagen des Zusammenhangs zwischen Krankengeld, Arbeitslosengeld I beziehungsweise Arbeitslosengeld II und Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dargestellt.

Krankengeld

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Krankengeld im Falle einer Krankenhausbehandlung, einer stationären Rehabilitation oder ansonsten ab dem Tag, der auf die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt (§ 46 SGB V). Das Krankengeld wird ohne zeitliche Beschränkung geleistet, wegen *derselben* Krankheit längstens jedoch für 48 Wochen innerhalb einer Blockfrist von drei Jahren. Auf diese Dauer werden die Zeiten angerechnet, in denen ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bestand (regelmäßig sechs Wochen). Nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraumes besteht nach § 48 Absatz 2 SGB V wegen derselben Krankheit ein erneuter Anspruch auf Krankengeld nur dann, wenn der Versicherte in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate wegen dieser Krankheit nicht arbeitsunfähig war oder wenn er erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Für Versicherte, die Rente wegen voller Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld von Beginn dieser Leistung an (§ 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V). Außerdem wird das Krankengeld um den Zahlbetrag der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder der Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung gekürzt, wenn diese Leistungen von einem Zeitpunkt nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung anerkannt werden.

Aufforderung der Antragsstellung durch die Krankenkasse

Teilhabe- und Rentenleistungen hängen in der Regel von einem Antrag ab. Eine Prüfung des Rentenanspruchs ohne Antrag „von Amts wegen“ gibt es grundsätzlich nicht. Daher gibt § 51 Absatz 1 SGB V den Krankenkassen die Möglichkeit, den Versicherten zum Antrag auf Teilhabeleistungen aufzufordern. Die Krankenkasse kann nach dieser

Vorschrift dem Versicherten eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der er einen Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen hat. Stellt der Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist (§ 51 Absatz 3 Satz 1 SGB V).

Voraussetzung für die Aufforderung ist, dass „die Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet ist“. Bloße Atteste oder Bescheinigungen reichen nicht aus. Im Rahmen von § 51 SGB V hat die Krankenkasse nur die Möglichkeit, den Versicherten eine Frist für einen Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilnahme am Arbeitsleben zu stellen. Die Möglichkeit zur Aufforderung zur Stellung eines Rentenantrages ergibt sich nicht unmittelbar.

Umdeutung des Antrags auf Rehabilitation und Teilhabe in einen Antrag auf Rente

Der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilnahme am Arbeitsleben gilt jedoch als Antrag auf Rente, wenn der Versicherte vermindert erwerbsfähig ist und entweder ein Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilnahme am Arbeitsleben nicht zu erwarten ist oder diese Leistungen nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben (§ 116 Absatz 2 SGB VI). Damit ist die entscheidende Frage, ob Maßnahmen zur Rehabilitation zur Teilnahme am Arbeitsleben entsprechende Erfolgsaussichten haben oder entsprechenden Erfolg gehabt haben. Ist dies nicht der Fall, gilt ein Rentenantrag als gestellt und die weiteren Voraussetzungen sind im Rentenverfahren zu prüfen.

Faktisch haben damit die Krankenkassen die Möglichkeit, den Versicherten zu einem Antrag aufzufordern, der als Rentenantrag umgedeutet wird und damit dann wohl auch zur Rente führt, wenn der Versicherte nicht seinen Anspruch auf Krankengeld verlieren möchte.

Rentenanspruch

Der Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung setzt voraus (versicherungsrechtliche Voraussetzungen wie Erfüllung der allgemeinen Wartezeit und der sogenannten 3/5-Belegung ausgeklammert), dass der Versicherte „wegen Krankheit oder

Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein“ (§ 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI).

Nach der Rechtsprechung kommt bei der Beurteilung der Frage der Leistungsfähigkeit der tatsächlich geleisteten Arbeit ein höherer Beweiswert als medizinischen Befunden zu. Werden aus einer Tätigkeit Einkünfte in einer Höhe erzielt, die mindestens der Hälfte dessen entspricht, was eine Vergleichsperson zu erwerben in der Lage ist, dann wird ein Gericht auch bei anderslautenden medizinischen Befunden davon ausgehen, dass die Person nicht erwerbsgemindert ist. Es gibt davon Ausnahmen, zum Beispiel wenn die Tätigkeit unter unzumutbaren Schmerzen ausgeübt wird oder objektiv zu einer Verschlechterung der Gesundheit führt.

Der Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung setzt voraus (versicherungsrechtliche Voraussetzungen ausgeklammert), dass der Versicherte „wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein“ (§ 43 Absatz 1 Satz 2 SGB VI).

Bei der Prüfung der Voraussetzungen kann es zu einem „Gutachtenmarathon“ kommen. Zunächst können bereits im Verwaltungsverfahren mehrere Begutachtungen erfolgen. Dann wird ein Gericht gegebenenfalls erneut einen unabhängigen Gutachter beauftragen und auch die Parteien im Prozess können unter Umständen Gutachter beauftragen beziehungsweise vernehmen lassen.

Allerdings sind Versicherte, deren Restleistungsvermögen zwischen drei und unter sechs Stunden täglich liegt, dennoch voll erwerbsgemindert, wenn ihnen der Teilzeitarbeitsmarkt verschlossen ist. Es kommt also nicht allein darauf an, dass der Versicherte medizinisch in der Lage ist noch (in Teilzeit) zu arbeiten, sondern auch auf die Lage am Arbeitsmarkt. Das bedeutet, die Voraussetzungen der vollen Erwerbsminderungsrente sind auch erfüllt, wenn dem Versicherten innerhalb eines Jahres kein leistungsgerechter Teilzeitarbeitsplatz angeboten werden kann (und er einen solchen auch nicht innehat).

Nach § 102 Absatz 2 Satz 1 SGB VI werden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit grundsätzlich auf längstens drei Jahre befristet. Ausnahme hiervon sind Renten, auf die ein Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht. Diese werden unbefristet geleistet, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann, wobei hiervon nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen ist (§ 102 Absatz 2 Satz 2 SGB VI). Wird eine Rente unbefristet geleistet, besteht grundsätzlich kein Anlass mehr, die Voraussetzungen erneut zu überprüfen.

Ein Verdienst bis zur Hinzuverdienstgrenze bleibt beim Bezug von Erwerbsminderungsrenten ohne Auswirkungen (vergleiche §§ 96a, 313 SGB VI). Danach wird sie gemindert oder entfällt. Die Hinzuverdienstgrenze ist abhängig von der jeweils geltenden Bezugsgröße. Bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung können derzeit 450 Euro im Monat ohne Auswirkungen hinzuverdient werden.

Arbeitslosengeld I

Eine ähnliche Vorschrift findet sich in § 145 Absatz 2 SGB III. Nach § 145 Absatz 1 SGB III besteht der Anspruch auf Arbeitslosengeld, solange eine verminderte Erwerbsfähigkeit nicht festgestellt worden ist. Nach § 145 Absatz 2 SGB III hat die Agentur für Arbeit die leistungsgeminderte Person unverzüglich aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilnahme am Arbeitsleben zu stellen. Wird der Antrag fristgemäß gestellt, so gilt er (rückwirkend) als zum Zeitpunkt des Antrags auf Arbeitslosengeld gestellt und die Feststellung kann getroffen werden. Wird der Antrag nicht gestellt, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Arbeitslosengeld II

Nach § 12a SGB II sind Leistungsberechtigte verpflichtet, Sozialleistungen anderer Träger in Anspruch zu nehmen und die dafür erforderlichen Anträge zu stellen, soweit dies zur Vermeidung, Beseitigung, Verkürzung oder Verminderung der Hilfebedürftigkeit erforderlich ist. Eine Verletzung dieser Pflicht kann unter Umständen zu Leistungskürzungen führen.

11. Literatur¹⁶

Daten der Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeit

Badura, B. et al. (Hrsg., 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013). *Fehlzeiten Report*. Heidelberg: Springer.

Die Reporte der anderen Krankenkassen sind im Internet verfügbar: www.bkk.de;
www.dak.de; www.barmer-gek.de; www.tk-online.de.

Daten der Deutschen Rentenversicherung zu Erwerbsminderungsrente

Die Daten der Deutschen Rentenversicherung zu Erwerbsminderungsrenten sind auf der Homepage der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes verfügbar: <http://www.gbe-bund.de>.

Weitere Literatur

Ani, C.; Bazargan, M.; Hindman, D.; Bell, D.; Farooq, M.; Akhanjee, L.; Yemofio, F.; Baker, R. & Rodriguez, M. (2008). Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Family Practice*, 9 (1), 1-9.

Badger, L.; DeGruy, F.; Hartman, J.; Plant, M.; Leeper, J.; Anderson, R.; Ficken, R.; Gaskins, S.; Maxwell, A.; Rand, E. & Tietze, P. (1994). Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians. *Psychosomatic Medicine*, 56 (2), 128-135.

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013). *Stressreport Deutschland 2012. Die wichtigsten Ergebnisse*. Abrufbar unter: www.baua.de/dok/3430796.

Bäcker, G.; Kistler, E.; Stapf-Fine, H. (2011). *Erwerbsminderungsrente – Reformnotwendigkeit und Reformoptionen*. WISO Diskurs. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/08063.pdf>.

BARMER (2009). *Gesundheitsreport 2009 – Psychische Gesundheit und psychische Belastungen*. Abrufbar unter: http://www.haward.de/cms_pdf/2009_Gesundheitsreport.pdf.

BKK Bundesverband (2008). *BKK Gesundheitsreport 2008 – Seelische Krankheiten prägen das Krankengeschehen*. Abrufbar unter: http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/Gesundheitsreport2008_kompletter_Report.pdf.

¹⁶ Alle angegebenen Internetadressen wurden zuletzt am 20.12.2013 aufgerufen.

- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013). Lebenslagen in Deutschland – Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Abrufbar unter: http://www.bmas.de/Shared-Docs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?_blob=publicationFile.
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2010). *Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank – BPtK-Studie zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt*. Abrufbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/20100323_belastung-moderne-arbeitswelt_bptk-studie.pdf.
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2011a). *Psychische Erkrankungen – Keine Frage des Alters. BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit*. Abrufbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/2011_BPtK-Studie_Arbeitsunfähigkeit-2010.pdf.
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2011b). *BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK*. Abrufbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2012a). Reform der Bedarfsplanung: G-BA bedingt handlungsfähig? *BPtK-Newsletter, Ausgabe III / 2012*, S. 1. Abrufbar unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-newsletter/einzelansicht/artikel/bptk-newslet-33.html>.
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2012b). EAP – Employee Assistance Programs – Psychische Gesundheit von Mitarbeitern mit Beratungsprogrammen fördern. Abrufbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK_Infomaterial/EAP/BPtK_EAP_Flyer.pdf.
- Carroll, L. J.; Cassidy, J. D. & Cote, P. (2004). Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*, 107, 1-2, 134-139.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung (2008). Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Deutschen Rentenversicherung. Abrufbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207030/publicationFile/2264/rahmenkonzept_nachsorge.pdf

- DRV – Deutsche Rentenversicherung (2012a). Statistik über Rentenanträge gemäß § 5 RSVwV – Berichtszeitraum: Januar bis Dezember 2012. Abrufbar unter: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?stataktID=A943C1348584E110C1257AFA00372E62&chstatakt_RenteRentenantr%E4ge=WebPagesIOP5702&open&viewName=statakt_RenteRentenantr%E4ge#WebPagesIOP5702.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung (2012b). *Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung: Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen*. Abrufbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208330/publicationFile/49884/leitlinien_rehabeduerftigkeit_psychische_stoerungen_pdf.pdf
- Eikelmann, B.; Zacharias-Eikelmann, B.; Richter, D. & Reker, T. (2005). Integration psychisch Kranker. Ziel ist die Teilnahme am „wirklichen“ Leben. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (16), 1104-11.
- Faller, G. (2011). Wie verbreitet ist die Betriebliche Gesundheitsförderung wirklich? Präventionskongress Dresden 05.12.2011. Abrufbar unter: http://www.bvpraevention.de/bvpg/images//Kongress2011/Praesentation_Faller.pdf.
- Gaebel, W.; Kowitz, S.; Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundäranalyse von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (47), 799-808.
- Hans-Böckler-Stiftung (2011). *Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen – Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure*. Düsseldorf: Setzkasten GmbH.
- IfR – Institut für Rehabilitationsforschung Norderney (2001). *Rehabilitation und Frühberentung bei jüngeren Antragsstellern mit psychischen Erkrankungen. Gesamtbericht*. Institut für Rehabilitationsforschung Norderney – Abteilung Sozialmedizin Münster. Abrufbar unter: http://www.rehaforschung-norderney.de/img/eigene/Abschlussbericht_projekt_90.pdf
- IG Metall Vorstand (2012). *Anti-Stress-Verordnung – Eine Initiative der IG Metall*. Frankfurt: Bund-Verlag.
- IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2013). *IAB-Forschungsbericht 12/2013. Aktuelle Ergebnisse aus der Projektarbeit des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Menschen mit psychischen Störungen im SGB II*. Abrufbar unter: <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2013/fb1213.pdf>.

- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34, 16-28.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Meister, W. & Wittchen, H.-U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt*, 73, 651-8.
- Jacobi, F.; Wittchen, H.-U.; Höltling, C.; Höfler, M.; Pfister, H.; Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Siegert, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M.; Hapke, U.; Maske, U.; Gaebel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H.U. (in press). 12-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.
- Katon, W. J.; Unützer, J. & Simon, G. (2004). Treatment of depression in primary care: where we are, where we can go. *Medical Care*, 43, 1153-7.
- Krause, P.; Ehrlich, U. & Möhring, K. (2013). Erwerbsminderungsrentner: Sinkende Leistungen und wachsende Einkommensunterschiede im Alter. *DIW Wochenbericht* Nr. 24.2013. Abrufbar unter: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.422616.de/13-24-1.pdf.
- Kobelt, A.; Grosch, E.; Hesse, B.; Gebauer, E. & Gutenbrunner, C. (2009). Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59, 273-80.
- Längle, G.; Welte, W. & Niedermeier-Bleier, M. (1997). Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 30 Jg. Abrufbar unter: http://doku.iab.de/mittab/1997/1997_2_mittab_laengle_welte_niedermeier-bleier.pdf.
- LIGA.NRW – Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2009). *Gesunde Arbeit NRW 2009. Belastungen – Auswirkung – Gestaltung – Bewältigung*. LIGA.Praxis 3. Düsseldorf: LIGA.NRW.
- Linden, M.; Maier, W.; Achberger, M.; Herr, R.; Helmchen, H. & Benkert, O. (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland: Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Nervenarzt*, 67, 205-215.

- Linden, M. (2013). Critical incidents und sozialmedizinische Weichenstellungen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation*, 25 (2), 62-70.
- Löwe, B.; Spitzer, R. L.; Gräfe, K.; Kroenke, K.; Quenter, A.; Zipfel, S.; Buchholz, B.; Witte, S. & Herzog, W. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78, 131-140.
- Meyer, A.-E.; Richter, R.; Grawe, K.; Graf v.d. Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. *Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf*.
- Paul, K. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282.
- Rau, R.; Morling, K. & Rösler, U. (2010). Is there a relationship between major depression and both objective assessed and perceived job demand and job control? *Work Stress*, 24, 1-18.
- Reha-Kommission (1991). *Abschlussberichte – Band III Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“*, Teilband 2. Frankfurt am Main: VDR.
- Selenko, E.; Batinic, B. & Paul, K. (2011). Does latent deprivation lead to psychological distress? Investigating Jahoda's model in a four-wave study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84, 723-740.
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (3), 305-312.
- TK – Techniker Krankenkasse (2008). Gesundheitsreport 2008. Abrufbar unter: <http://www.tk.de/tk/broschueren-und-mehr/studien-und-auswertungen/gesundheitsreport-2008/49602>.
- TK – Techniker Krankenkasse (2013). *Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation*. Hamburg: TK-Hausdruckerei.
- Ulich, E. (2008). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. In Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.). *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland* (S. 8-13). Psychologie – Gesellschaft – Politik.

- UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2013). Monitor Patientenberatung 2013 – Jahresbericht der UPD. Abrufbar unter: http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/fileadmin/upd/bugs/dokumente/MonitorPatientenberatung/UPD_Monitor-Patientenberatung_Zusammenfassung_Stand_1-Juli-2013_BITV_130629_19.00.pdf
- Van der Feltz-Cornelis, C. M. et al. (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 375-85.
- Wege, N. & Angerer, P. (2013). Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. *Die Psychiatrie*, 2, 71-81.
- Widera, T. (2012). Deutsche Rentenversicherung Bund: Psychische Störungen in der Reha und bei Erwerbsminderung aus Sicht der Rentenversicherung. DEGEMED – Symposium „Psychische und psychosomatische Erkrankungen im Erwerbsleben“. Abrufbar unter: <https://www.degemed.de>.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2012). *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?* Robert Koch-Institut. DEGS Symposium 14.06.2012. Abrufbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?blob=publicationFile.
- Wittchen, H.-U. et al. (2001). GAD-P-Studie. Bundesweite Studie "Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich". *Münchener Medizinische Wochenschrift. Fortschritt in der Medizin*, 119 (Sonderheft 1), 1-49.