

5 Fragen an...

## Prof. Dr. Frank Jacobi

*Prof. Dr. Frank Jacobi ist Psychologischer Psychotherapeut und Professor für Klinische Psychologie an der Psychologischen Hochschule Berlin (PHB). Zudem leitet er die Arbeitsgruppe Epidemiologie und Versorgungsforschung am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden. Schwerpunkt seiner Forschung sind neben der Psychotherapie die psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Prof. Jacobi leitete die bundesweite „Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit“ zur Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS).*

### **Aus welchen Gründen können psychische Störungen als Volkskrankheiten angesehen werden?**

Als Volkskrankheiten werden im Allgemeinen nichtübertragbare Krankheiten bezeichnet, bei denen Verhaltensfaktoren eine wichtige Rolle spielen, die weit verbreitet sind und die große wirtschaftliche Auswirkungen haben – durch hohe Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit der Betroffenen oder häufige Frühberentung. Ganz klar zählen dazu sogenannte Zivilisationskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthrose oder Diabetes, die durch unseren Lebensstil in den industrialisierten Ländern mitbedingt werden.

Psychische Störungen werden hier im Vergleich – zu Unrecht – oft weniger ernst genommen. Das mag zum einen daran liegen, dass die Diagnosen aufgrund fehlender „objektiver“ Laborparameter als weniger handfest erscheinen. Zum anderen sind psychische Störungen nicht so unmittelbar lebensbedrohlich beziehungsweise lebensverkürzend wie „richtige“, körperliche Krankheiten. Und meist wird – angesichts der zwar hierzulande vergleichsweise hohen, aber dennoch begrenzten Gesundheitsressourcen – dann den unmittelbar kurzfristig lebenserhaltenden und lebensverlängernden Maßnahmen Priorität eingeräumt.

Diese Tendenz ist zunächst einmal typisch menschlich: Wir neigen dazu, kurzfristige und direkt sichtbare Effekte höher zu bewerten als einen indirekten oder langfristigen Nutzen. Zumindest derzeit wäre es politisch noch kaum durchsetzbar, verstärkt Maßnahmen zu bevorzugen, die die Lebenszeit zwar nicht direkt verlängern, aber helfen, die nicht verlängerte Lebenszeit mit höherer gesundheitsbezogener Lebensqualität und weniger Rolleneinschränkungen zu verbringen. Übersehen wird dabei, dass psychische Erkrankungen viel häufiger auftreten als früher angenommen, und dass sie außerdem mit einer besonders großen gesellschaftlichen Krankheitslast verbunden sind. Obwohl seit Jahren allgemein ein Rückgang des Krankenstandes über alle Krankheitsarten hinweg festzustellen ist, steigt das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen kontinuierlich an.

Vernachlässigt wird im Zusammenhang mit der Mortalität übrigens auch, dass zwar mit psychischen Störungen assoziierte tödliche Ereignisse – wie Suizid oder letal verlaufende Unterernährung bei Anorexie – zwar absolut betrachtet eher selten, aber dennoch für die Gesellschaft besonders „teure“ Ereignisse sind. Denn betroffen sind häufiger als bei körperlichen Erkrankungen vergleichsweise junge Leute. Zudem – das sollte man nicht vergessen – sind psychische Störungen mächtige Risikofaktoren für eine erhöhte Mortalität im Verlauf von körperlichen Erkrankungen: Depressive Herzerkrankte beispielsweise sterben im Durchschnitt früher als nicht-depressive Herzerkrankte.

### **Angesichts der Zunahme von Krankschreibungen aufgrund psychischer Diagnosen wird gelegentlich von einer „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ gesprochen. Inwiefern halten Sie diese Bezeichnung für gerechtfertigt?**

Wie gesagt: Psychische Störungen treten häufig auf – viel häufiger auf als früher angenommen. Aus den repräsentativen epidemiologischen Studien, die in den vergangenen 20 Jahren durchgeführt wur-

den, geht hervor, dass etwa jeder dritte bis vierte Erwachsene im Zeitraum eines Jahres mindestens eine aktuelle Diagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen erhält. Das heißt, dass im jeweils vergangenen Jahr die Kriterien für mindestens eine psychische Störung – zumindest zeitweise – erfüllt waren. Das Risiko, irgendwann im Laufe des Lebens einmal von einer psychischen Störung betroffen zu sein, wird auf rund 50 Prozent geschätzt. Etwa jeder Zweite leidet also im Laufe seines Lebens mindestens einmal unter gesundheitsrelevanten psychischen Problemen.

Betrachtet man die Zahlen zu Tagen der Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung, zeigt sich, dass der relative Anteil aufgrund psychischer Störungen seit etwa 1995 stark angestiegen ist: bei den Arbeitsunfähigkeitstagen von fünf bis zehn Prozent auf bis zu 15 Prozent und bei den Berentungen von rund 20 Prozent auf mittlerweile 40 Prozent. Der Stellenwert psychischer Störungen im gesamten Krankheitsgeschehen hat sich demzufolge in etwa verdoppelt. Kein Wunder also, dass psychische Erkrankungen seit den 1990er Jahren zunehmend in den Fokus der öffentlichen und gesundheitspolitischen Aufmerksamkeit rücken. Und angesichts gesellschaftlicher Veränderungen – wie zum Beispiel Globalisierung und vermehrtem Wettbewerb, unsicheren Erwerbskarrieren und einem immer stärkeren Verschwimmen von Arbeit und Freizeit oder auch dem Schwinden traditioneller Unterstützungssysteme – stellt sich verständlicherweise die Frage, ob es sich um eine reale Zunahme psychischer Probleme handelt.

Dennoch gibt es meines Erachtens einige Argumente, die dafür sprechen, dass es für vermehrte Krankenschreibungen in diesem Bereich auch andere Gründe als eine dramatische Zunahme psychischer Störungen gibt. Zu diesen zählen neben der Ausdifferenzierung des Diagnose-Spektrums auch die Möglichkeit des Direktzugangs zum Psychotherapeuten in Folge des Psychotherapeutengesetzes und die verbesserte Wahrnehmung psychischer Störungen durch Hausärzte. Auch beobachten wir eine erhöhte Akzeptanz psychischer Probleme und Symptome auf Patientenseite – insbesondere unter jüngeren Männern. Verstehen Sie mich nicht falsch, ich will damit nicht sagen, dass die vermehrte Diagnostik in den vergangenen Jahren nur ein Artefakt ist, dass also viele Personen, die als Fälle in den Statistiken auftauchen, eigentlich gar nicht wirklich krank sind. Es ist vielmehr so, dass mittlerweile Fälle von psychischen Störungen mit höherer Wahrscheinlichkeit erkannt beziehungsweise richtig diagnostiziert werden. Und immer noch ist in der Praxis das Phänomen des Überdiagnostizierens – dass also eine Krankenschreibung aufgrund einer psychischen Störung erfolgt, obwohl die diagnostischen Kriterien gar nicht erfüllt sind – viel seltener als das des Unterdiagnostizierens – im Sinne von Nicht-Erkennen und Nicht-Behandeln einer Störung.

Inwiefern die derzeitigen gesellschaftlichen Veränderungen tatsächlich mit veränderten Raten psychischer Störungen einhergehen, kann, solange die entsprechenden Prävalenzen nicht auf dieselbe Weise in größeren Zeitabständen wiederholt gemessen werden, nur Spekulation sein. Leider sind derartige umfassende Wiederholungs-Surveys sehr aufwendig und daher selten. Aufgrund der bisher vorliegenden internationalen Studienlage scheint jedoch zumindest eine dramatische Zunahme psychischer Störungen unwahrscheinlich.

Ich denke daher, es hat wenig Sinn, von einer „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ zu sprechen. Psychische Erkrankungen gehörten schon immer zum Leben dazu – so wie körperliche Erkrankungen auch. Sie werden heute nur öfter als solche wahrgenommen und diagnostiziert. Angesichts des zunehmenden Gewährwerdens der Bedeutung psychischer Störungen kann vielleicht eher gesagt werden, dass nicht die Prävalenz von Störungen, sondern der Behandlungsbedarf angewachsen ist.

### **Wie erklären sich die hohen Krankheitskosten psychischer Störungen?**

Das liegt zum einen an der hohen Prävalenz psychischer Störungen: Bei 20 Millionen Betroffenen in Deutschland sind die Kosten in der Summe auch bei vergleichsweise niedrigen Kosten des Einzelfalls verständlicherweise hoch. Zum anderen ist ein Grund in der Dauer der Erkrankungen zu suchen beziehungsweise in der Zeit, die mit psychischen Störungen und den damit assoziierten Einschränkungen

verbracht wird. Angesichts des oft chronischen oder episodischen Verlaufs psychischer Erkrankungen, können viele körperliche Erkrankungen oder Verletzungen vergleichsweise kurzfristig geheilt werden. Ende der 1980er Jahre entwickelte die WHO, die Weltgesundheitsorganisation, eine Maßzahl für die Krankheitslast, mit der auch die Folgen von nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankungen quantifiziert werden können: genannt „years lived with disability“. Dabei werden auch Aspekte wie verminderte Lebensqualität und Beeinträchtigung von Rollenfunktionen in die Krankheitslast einbezogen. Für die Europäische Union wird geschätzt, dass über 40 Prozent der durch nicht tödlich verlaufende Krankheiten produzierten Einschränkungsjahre auf psychische Störungen zurückzuführen sind.

Nicht zu vernachlässigen ist auch die Tatsache, dass – anders als bei den klassischen körperlichen Volkskrankheiten – von psychischen Störungen vermehrt jüngere Menschen im produktiven und reproduktiven Alter betroffen sind. Das führt aus gesamtgesellschaftlicher Sicht ebenfalls zu einem vergleichsweise höheren Schaden.

Zudem fallen psychische Einschränkungen in der modernen Arbeitswelt stärker ins Gewicht. Im Vergleich zur traditionellen Arbeitswelt, bei der eher körperliche Tätigkeiten im Mittelpunkt standen, sind heute die Anforderungen zunehmend psychomentaler, emotionaler und kommunikativer Art. Die Krankheitslast verschiedener Erkrankungsarten hat sich folglich in ihrer Größenordnung von der körperlichen Seite hin zur psycho-sozialen verschoben. Dies zeigt sich in den Zahlen zum Krankenstand: Die Ausfalltage stiegen besonders stark im Dienstleistungsbereich, der erhöhte Anforderungen an den Umgang mit den eigenen Emotionen stellt. In Studien aus diesem Bereich wird ebenfalls deutlich, dass zum Beispiel auch bei nicht krankgeschriebenen depressiven Berufstätigen die reduzierte Arbeitsleistung pro Monat mehreren Abwesenheitstagen entspricht.

Nicht zu vergessen sind schließlich auch die Auswirkungen von körperlich-psychischer Komorbidität und die damit verbundenen indirekten Krankheitskosten.

Es kann daher gesagt werden, dass psychische Störungen heute insgesamt tatsächlich höhere Krankheitskosten produzieren als klassische „harte“ Diagnosen: Schätzungen zufolge betragen die jährlichen durch psychische Störungen verursachten Kosten in der Europäischen Union über 500 Milliarden Euro.

### **Sie erwähnten bereits die Komorbidität körperlicher und psychischer Erkrankungen. Welchen Einfluss haben psychische Störungen auf Entstehung und Aufrechterhaltung sowie Auswirkungen körperlicher Erkrankungen?**

Bisherige Studien und Statistiken haben sich meist auf einzelne Hauptdiagnosen konzentriert. Es ist jedoch eher die Regel als die Ausnahme, dass bei einer Person mehrere Diagnosen vorliegen. So weisen Personen mit psychischen Störungen überzufällig häufig körperliche Erkrankungen auf. Im Bundesgesundheitsurvey von 1998 traten zum Beispiel sieben der 16 erfassten Krankheitsgruppen bei depressiven Personen signifikant häufiger auf als bei nicht depressiven. Oder umgekehrt: Bei diesen sieben Krankheitsgruppen war die Depressionsrate erhöht.

Die bestehenden Auswirkungen und Wechselwirkungen – kurz- wie langfristig – sind nicht zu vernachlässigen. Denn nicht nur die psychische, sondern auch die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität ist deutlich reduziert, wenn psychische Störungen im Spiel sind. In Studien der Weltgesundheitsorganisation wurde deutlich, dass psychische und Verhaltensfaktoren bei einer Vielzahl von Ursachen für Behinderung und Tod eine wichtige Rolle spielen. Illustrieren kann man das am Beispiel der Störungen im Zusammenhang mit Alkohol und Tabak, deren körperliche Folgeerkrankungen hinlänglich bekannt sind. Ohne psychische Störung im Sinne von Missbrauchs- und Abhängigkeitsphänomenen würden die Erkrankten weniger konsumiert haben. Dennoch werden die psychischen Diagnosen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit oft nicht berücksichtigt.

Andere Bereiche, bei denen psychische Faktoren entscheidend beteiligt sein können oder für deren Rehabilitation sich klinisch-psychologische Interventionen bewährt haben, sind zum Beispiel Herzerkrankungen, Schlaganfälle, ernährungsbedingte Störungen, Migräne, Asthma, Verkehrsunfälle oder

auch selbstverletzende und suizidale Handlungen. Beispielsweise lässt sich durch die Behandlung von Depressionen oder Angststörungen, präventiv der Erkrankungsverlauf von Diabetes verbessern. Auch wirtschaftlich betrachtet ist Komorbidität ein nicht zu vernachlässigender Faktor: Die Zahl der Ausfalltage ist laut Gesundheitsreports der Krankenkassen bei anderen Krankheitsarten durchschnittlich um das Dreifache erhöht, wenn zusätzlich auch noch psychische Störungen vorliegen.

### **Wie sehen Sie die derzeitige Versorgungslage?**

Wie wir bereits besprochen haben, ist angesichts der nunmehr klar gewordenen Größenordnung psychischer Störungen auch ohne eine direkte Zunahme Handlungsbedarf angezeigt. Das deutsche Gesundheitssystem ist zwar im internationalen Vergleich relativ umfangreich ausgebaut und zeichnet sich durch vergleichsweise aufwändige und umfassende, von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern finanzierte Angebote aus. Dennoch ist es leider so, dass im Bereich der Psychotherapie nach wie vor eine Unterversorgung besteht. Obwohl eine gewisse Hinwendung zur Problematik der psychischen Erkrankungen zu beobachten ist, wird dieser Erkrankungsgruppe immer noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Ausgaben für Psychotherapie – laut Leitlinien eine erste Methode in der Behandlung psychischer Störungen – betragen nur knapp fünf Prozent aller ambulanten Gesundheitsausgaben. Der Anteil der Personen, die wegen einer psychischen Störung jemals eine auch nur minimale professionelle Intervention erhalten – zum Beispiel ein Gespräch beim Hausarzt – wird auf nur knapp 40 Prozent geschätzt. Und ein noch deutlich kleinerer Teil der Betroffenen erhält eine angemessene Behandlung.

Im Übrigen sollte meiner Meinung nach das Thema psychische Gesundheit in allen Gesundheitsberufen aufgewertet werden. Beispielsweise beträgt der Anteil solcher Inhalte im Medizinstudium weit unter zehn Prozent – obwohl der Anteil der gesellschaftlichen Krankheitslast psychischer Störungen unter allen Gesundheitsstörungen geschätzt mindestens das Dreifache ausmacht.

Allgemein bekannt sind zudem die langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nach der ersten Abklärung der Problematik. Meist warten Patienten – obwohl eine hinreichende Indikation angenommen werden kann – zwischen drei Monaten und über einem Jahr auf einen Therapieplatz. Untersuchungen haben darüber hinaus ergeben, dass etwa ein Drittel der Psychotherapie-Suchenden, trotz des anscheinenden Bedarfs, nach probatorischer Abklärung überhaupt keinen Therapieplatz erhält. Dies liegt allerdings nicht immer nur an mangelnden Angeboten: Auch von Seiten der Patienten gibt es zum Teil Verzögerungen, bevor die Entscheidung für eine Psychotherapie beziehungsweise für einen bestimmten Psychotherapeuten getroffen wird.

Ich denke, man kann dennoch klar sagen, dass sowohl ärztliche als auch psychologische Behandlungsangebote dem wahren Bedarf noch weit hinterherhinken. Und die Prävalenzraten sind weitaus höher als das, was unser Gesundheitssystem derzeit an Patienten vertragen kann. Es ist sicher nicht realistisch zu hoffen, dass die Gesamtprävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung drastisch zu senken sein wird. Wie gesagt, psychische Erkrankungen gehören wie körperliche schlichtweg zum Leben dazu. Aber, was wir mit Hilfe von Prävention und Intervention tun können, ist, frühzeitige Hilfen anzubieten – um Chronifizierungen zu vermeiden und die Zeit zu verkürzen, die Betroffene mit psychischen Störungen verbringen. Geeignete Behandlungsmaßnahmen sind im Prinzip vorhanden, aber es besteht auch ein Bedarf nach struktureller Weiterentwicklung, zum Beispiel der Ermöglichung ambulanter psychotherapeutischer Angebote auch jenseits der „klassischen“ Richtlinienpsychotherapie oder der Aufwertung ärztlicher Gesprächsleistungen. Ob und wie stark psychologische, psychiatrische und andere Behandlungsplätze ausgebaut werden können, ist und bleibt letztendlich eine (gesellschafts-)politische und keine wissenschaftliche Frage – auch wenn man hoffen darf, dass die Erkenntnisse, die zum Beispiel aus Epidemiologie und Versorgungsforschung hervorgehen, zunehmend in gesundheitspolitischen Diskursen berücksichtigt werden.