

BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen
und Burnout

2012

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

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
2	Starke Zunahme der Burnout-Krankschreibungen	5
3	Burnout und psychische Erkrankungen	8
3.1	Höhere Bedeutung psychischer Erkrankungen	8
3.2	Krankschreibungen nur aufgrund von Burnout sind selten	11
3.3	Viele unspezifische Diagnosen bei Burnout	13
3.4	Burnout erfordert rasche Abklärung und Behandlung	14
4	Weiterer Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen.....	16
5	Hintergrund zu Burnout.....	20
5.1	Theoretische Konzepte und Befunde	20
5.2	Zusammenhänge zwischen Burnout und psychischen Erkrankungen	21
5.3	Kodierung von Burnout im ICD-10	22
5.4	Diagnose psychischer Erkrankungen am Beispiel der mittelgradigen depressiven Episode	23
5.5	Rechtliche Grundlagen von Krankschreibungen	25
6	Zur Methodik der Auswertung.....	26
7	Literatur.....	28

1 Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat die Angaben der großen gesetzlichen Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeit (AU), psychischen Erkrankungen und Burnout ausgewertet. Dabei zeigt sich, dass die Anzahl der Krankschreibungen aufgrund eines Burnout (Z73 im ICD-10-GM) seit 2004 um 700 Prozent, die Anzahl der betrieblichen Fehltage sogar um fast 1.400 Prozent gestiegen ist. Diese Zunahme fällt damit deutlich größer aus als die Zunahme von betrieblichen Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen (insgesamt).

2011 entfielen nach Angaben von Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) und Betriebskrankenkasse (Bund) (BKK) 0,4 Krankschreibungen und 9,1 Tage pro 100 Versicherte auf die Kodierung Burnout (Z73) im ICD-10-GM. 2004 waren es noch 0,05 Krankschreibungen und 0,67 Fehltage pro 100 Versicherte. Der enorme Anstieg der Krankschreibungen aufgrund von Burnout begann jedoch von einer niedrigen Basis. Auch heute ist Burnout im Vergleich zur Gesamtheit der psychischen Erkrankungen selten. 2011 fehlten 100 Versicherte mehr als 200 Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen an ihrem Arbeitsplatz. Im Vergleich zu psychischen Erkrankungen machen die Ausfälle aufgrund von Burnout also nur 4,5 Prozent der Fehltage aus. Depressionen oder Anpassungsstörungen sind jeweils erheblich häufiger die Ursache einer Krankschreibung als Burnout.

Burnout ist gemäß der Weltgesundheitsorganisation keine anerkannte psychische Erkrankung, sondern eine Zusatzkodierung im ICD10. Die Symptome von Burnout können sehr unterschiedlich und unspezifisch sein. Entsprechend gibt es keinen Konsens darüber, wie Burnout zu diagnostizieren ist. Demgegenüber sind in der Klassifikation einer psychischen Erkrankung im ICD-10 definierte Symptome und Zeitverläufe festgelegt. Die Zusatzkodierungen des Kapitels Z hingegen können zur Dokumentation von Faktoren verwendet werden, die den Gesundheitszustand zusätzlich zu einer Erkrankung beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens auch dann führen, wenn keine Erkrankung vorliegt. Unter Z73 werden bestimmte Probleme bei der Lebensbewältigung bezeichnet, zu denen neben unspezifischen körperlichen und psychischen Belastungen, Mangel an Entspannung oder Freizeit oder Erschöpfungszuständen auch Burnout gehört.

Burnout (Z73) wird in 85 Prozent der Krankschreibungsfälle zusammen mit psychischen oder anderen Erkrankungen (z. B. Rückenschmerzen) diagnostiziert. In knapp der Hälfte der Krankschreibungsfälle erfolgt die Angabe Burnout (Z73) als ergänzende Information zu einer psychischen Erkrankung, meist einer Depression oder Anpassungsstörung. In diesen Fällen ist eine unverzügliche Behandlung der psychischen Erkrankung notwendig.

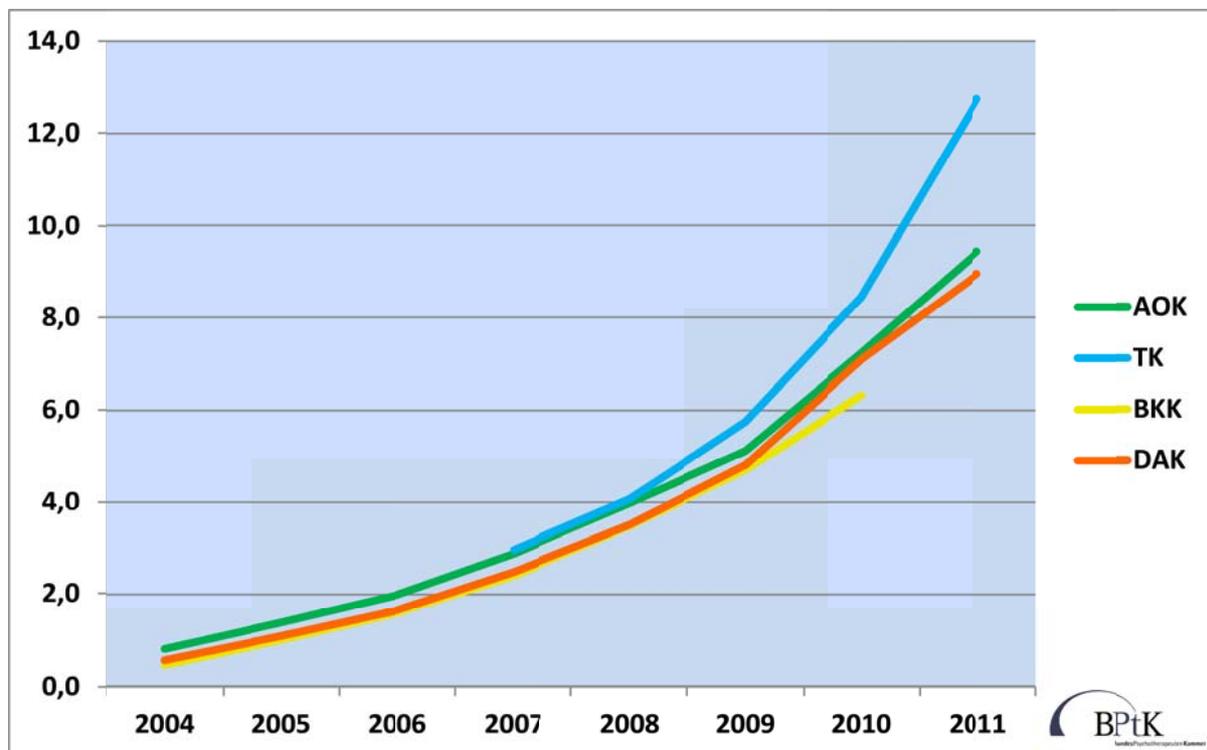
Nur 15 Prozent der Burnout (Z73)-Diagnosen erfolgen ohne weitere Angabe anderer Diagnosen. Dies ist nach den Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) möglich, wenn aufgrund eines „Krankheitszustandes“ absehbar ist, dass durch die Weiterführung der Berufstätigkeit eine mögliche Arbeitsunfähigkeit droht. Bei Burnout-Krankschreibungen ohne akute körperliche oder psychische Erkrankung ist zunächst davon auszugehen, dass die Ärzte die entsprechenden Patienten mit dem Ziel krankgeschrieben haben, eine ausgeprägte Erkrankung oder längere Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Den betroffenen Arbeitnehmern sollte eine qualifizierte Beratung zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen und Anleitung zur Selbsthilfe gegen seelische Überlastung angeboten werden. Diese sollte neben Entspannung oder körperlicher Aktivität auch gezielte psychotherapeutische Interventionen beinhalten. Mit einem solchen Vorgehen könnten längere betriebliche Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen verhindert werden. Vor allem ist es notwendig, die psychischen Beschwerden ergänzend durch Fachärzte oder Psychotherapeuten beurteilen zu lassen, falls der Verdacht auf eine psychische Erkrankung vorliegt. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Betroffene keine adäquate Behandlung erhalten und die psychischen Erkrankungen chronisch werden.

Insgesamt setzt sich auch im Jahr 2010 der Trend fort, dass deutsche Arbeitnehmer immer häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz fehlen. Erste Auswertungen des Jahres 2011 (DAK, TK, AOK) zeigen, dass dieser Trend sich auch 2011 fortsetzt. Aktuell werden fünf Prozent aller Krankschreibungen bzw. 12,5 Prozent aller betrieblichen Fehltagen durch psychische Erkrankungen verursacht. Damit hat sich der Anteil der AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen an allen betrieblichen Fehltagen seit 2000 in etwa verdoppelt. Die Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind überdurchschnittlich lang, durchschnittlich 30 Tage. Depressiv erkrankte Arbeitnehmer fehlen im Schnitt sogar 39 Tage.

2 Starke Zunahme der Burnout-Krankschreibungen

Die BPtK hat in Kooperation mit großen gesetzlichen Krankenkassen die Angaben zu Krankschreibungen¹ aufgrund der ICD-10-Kodierung Z73 (Burnout) ausgewertet. Seit 2004 liegen diesbezüglich verlässliche Daten von AOK, DAK, TK und BKK vor. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen, dass sowohl die Anzahl der Krankschreibungsfälle, als auch die AU-Tage pro 100 Versicherten seit 2004 stark zugenommen haben. Entfielen im Jahr 2004 noch 0,67 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre auf Burnout (Z73)-Krankschreibungen, waren dies 2011 bereits 9,1, also ca. vierzehnmal so viele.

Abbildung 1: Burnout (Z73): AU-Tage pro 100 Versichertenjahre



Quelle: BPtK, 2012

Legende zu der Abbildung 1:

AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
TK: Techniker Krankenkasse

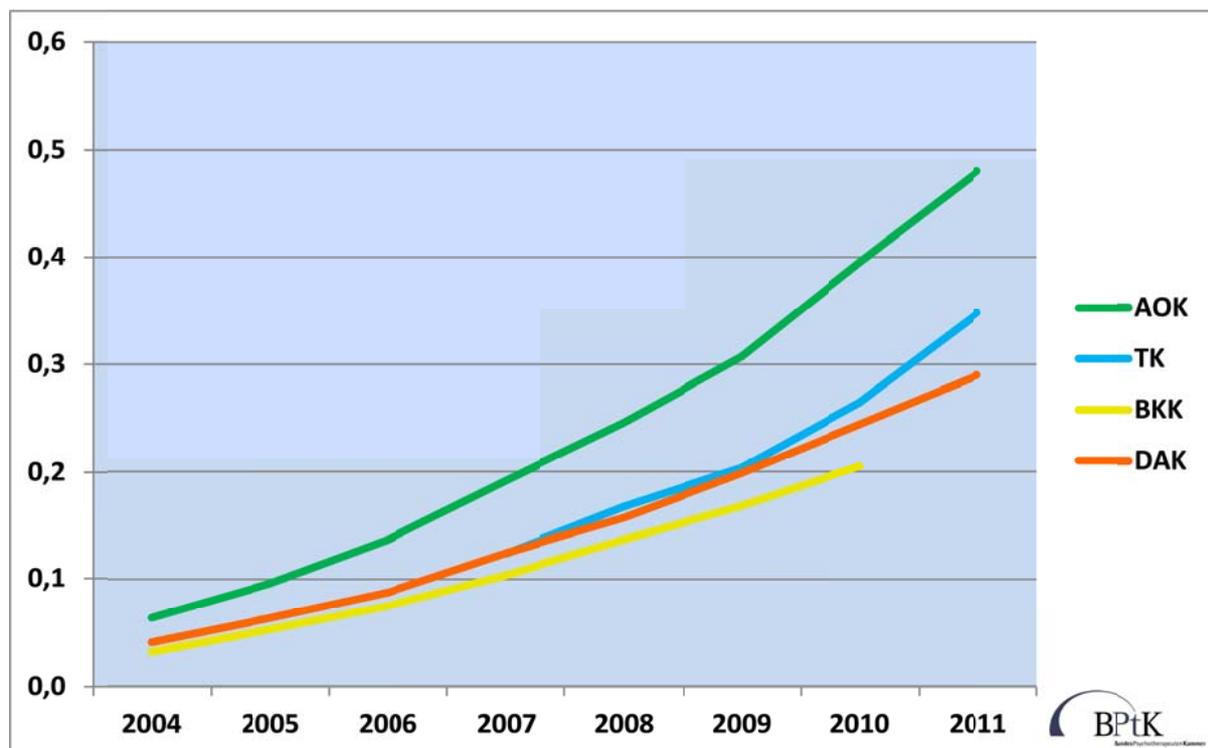
Angegeben sind Fehltage pro 100 Versicherte in den angegebenen Jahren. Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Jahreszeitraum.

¹ Krankschreibungen dürfen nach § 73 SGB V nicht von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgefüllt werden, sodass sich die hier ausgeführten Erläuterungen zu Krankschreibungsdiagnosen ausschließlich auf Allgemein- und Fachärzte beziehen.

Der Anteil der Krankschreibungsfälle hat sich zwischen 2004 und 2011 verachtfacht. Während 2004 nur 0,05 Krankschreibungsfälle pro 100 Versicherten auftraten, sind es 2011 bereits 0,4 (Abbildung 2). Im Vergleich zur absoluten Anzahl der AU-Tage durch Burnout (Z73) ist dieser Anstieg geringer, was darauf zurückzuführen ist, dass diese Krankschreibungen im Verlauf der letzten Jahre mit längerer Krankschreibungsdauer verbunden sind.

Die vorliegenden Daten liefern Rückschlüsse auf 65 bis 72 Prozent aller gesetzlich Versicherten (je nach Auswertungsjahr schwanken die Mitgliederzahlen). Die Auswertungen der BKK für 2011 liegen aktuell nicht vor – die Auswertungen für dieses Jahr (AOK, DAK, TK) beziehen sich auf 54 Prozent aller gesetzlich Versicherten.

Abbildung 2: Burnout (Z73): AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre



Quelle: BPtK, 2012

Legende zu der Abbildung 2:

AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
TK: Techniker Krankenkasse

Angegeben sind Krankschreibungsfälle pro 100 Versicherte in den angegebenen Jahren. Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Jahreszeitraum.

Zum Begriff Burnout sind gerade im deutschsprachigen Raum in letzter Zeit viele Veröffentlichungen erschienen (z. B. Koch & Broich, 2012, DGPPN, 2012). Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hatte im Rahmen einer umfangreichen Literatur-Recherche insgesamt 825 Studien zu Diagnostik, ökonomischen Auswirkungen und ethischen Aspekten von Burnout gesichtet (Korczak et al. 2010). Alle Übersichtsarbeiten kommen zu der Schlussfolgerung, dass Burnout keine Erkrankung ist, vor allem weil weder eine einheitliche Beschreibung von Burnout möglich ist noch verbindliche Empfehlungen oder Messinstrumente existieren, mit denen sich dies diagnostizieren ließe.

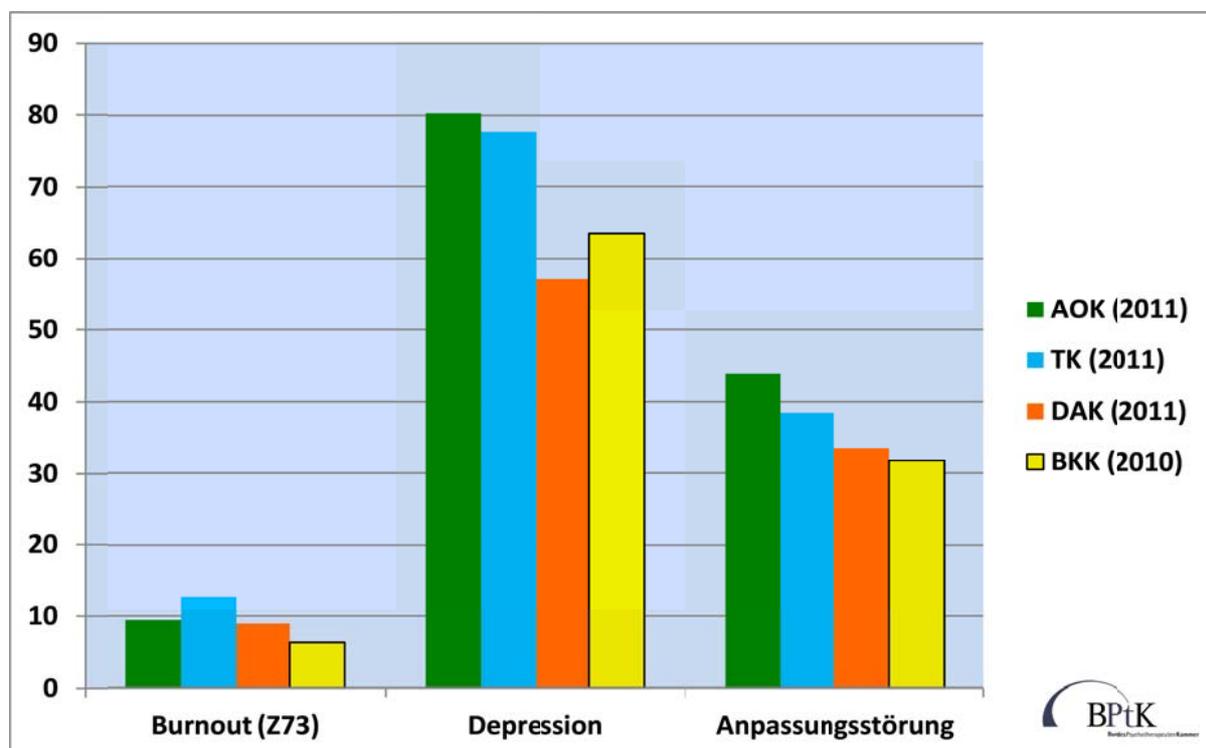
Burnout wird daher im Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht als eigenständige Krankheitsdiagnose kodiert, sondern in der Gruppe von Zusatzdiagnosen (Z-Diagnosen), in denen ergänzende Informationen zu anderen Erkrankungen oder „Krankheitszuständen“ beschrieben werden, die nicht unbedingt den Status einer Erkrankung erreichen. Burnout wird dabei in die Kategorie Z73 eingeteilt, in der „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (u. a. Ausgebranntsein/Burnout, körperliche oder psychische Belastung o. n. A. Erschöpfung) aufgeführt sind. Während die Klassifikation einer vorhandenen psychischen Erkrankung im Kapitel F des ICD-10 in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbindlichen und differenzierten Kriterien und Zeitvorgaben folgt, liegt die ergänzende Klassifikation „Z73/Burnout“ im „Ermessen des Arztes“ (Korczak et al. 2010).

3 Burnout und psychische Erkrankungen

3.1 Höhere Bedeutung psychischer Erkrankungen

Der Anstieg der Burnout-Diagnosen zeigt die gestiegene Sensitivität der Ärzte für berufliche Beanspruchungen und deren psychische Folgen. Das Ausmaß der Burnout (Z73)-Krankschreibungen relativiert sich allerdings mit Blick auf die Gesamtzahl der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Die häufigsten Gründe für Krankschreibungen sind Depressionen oder Anpassungsstörungen. Während im Jahr 2011 auf 100 Versicherte 9,1 Tage Krankschreibung aufgrund von Burnout entfielen, waren es 73 Tage aufgrund von Depressionen und 39 Tage aufgrund von Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen (Abbildung 3). Insgesamt entfielen 2011 rund 200 Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen, was einen Anteil von 12 bis 13 Prozent aller AU-Tage ausmacht (s. u.).

**Abbildung 3: Burnout (Z73), Anpassungsstörungen und Depressionen:
AU-Tage/100 Versichertenjahre**



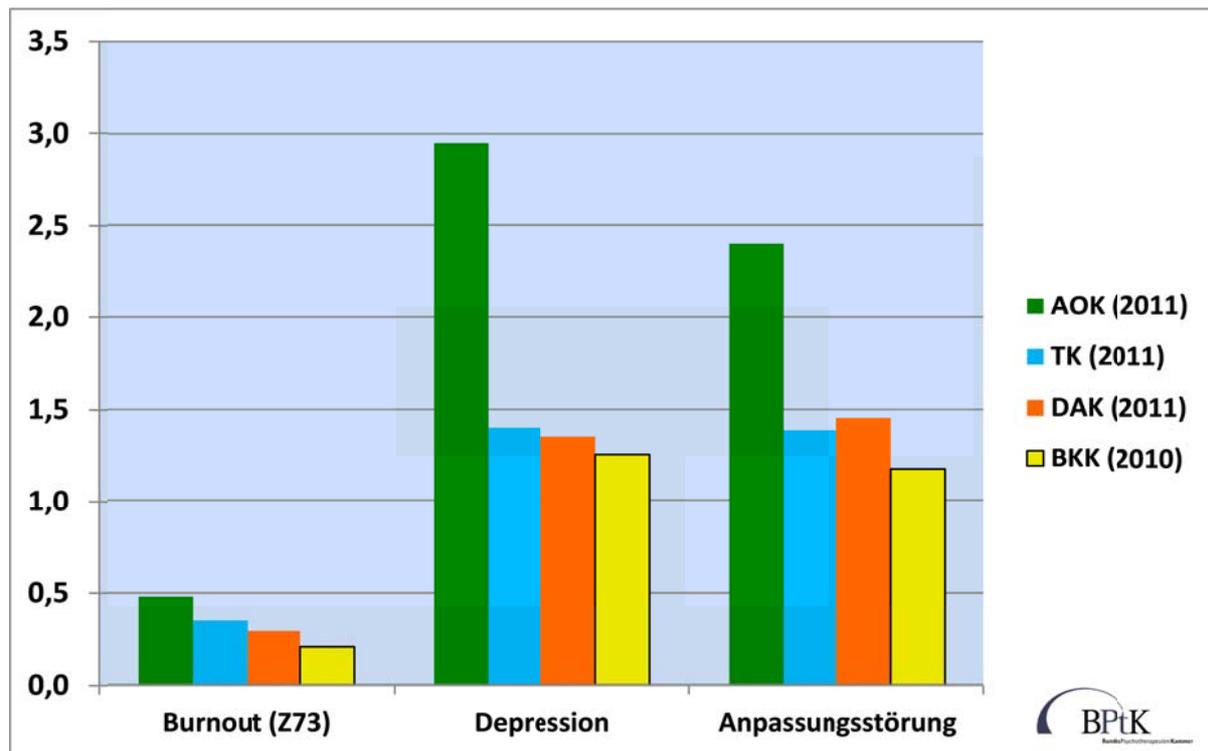
Legende zu der Abbildung 3:

AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
TK: Techniker Krankenkasse

Angegeben sind Fehltag pro 100 Versicherte in den angegebenen Jahren. Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Jahreszeitraum.

Ähnliches zeigt sich bei den Krankschreibungsfällen. 0,4 Krankschreibungsfälle aufgrund von Burnout (Z73) stehen 2,1 aufgrund von Depressionen und 1,8 aufgrund von Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen gegenüber.

**Abbildung 4: Burnout (Z73), Anpassungsstörungen und Depressionen:
AU-Fälle/100 Versichertenjahre**



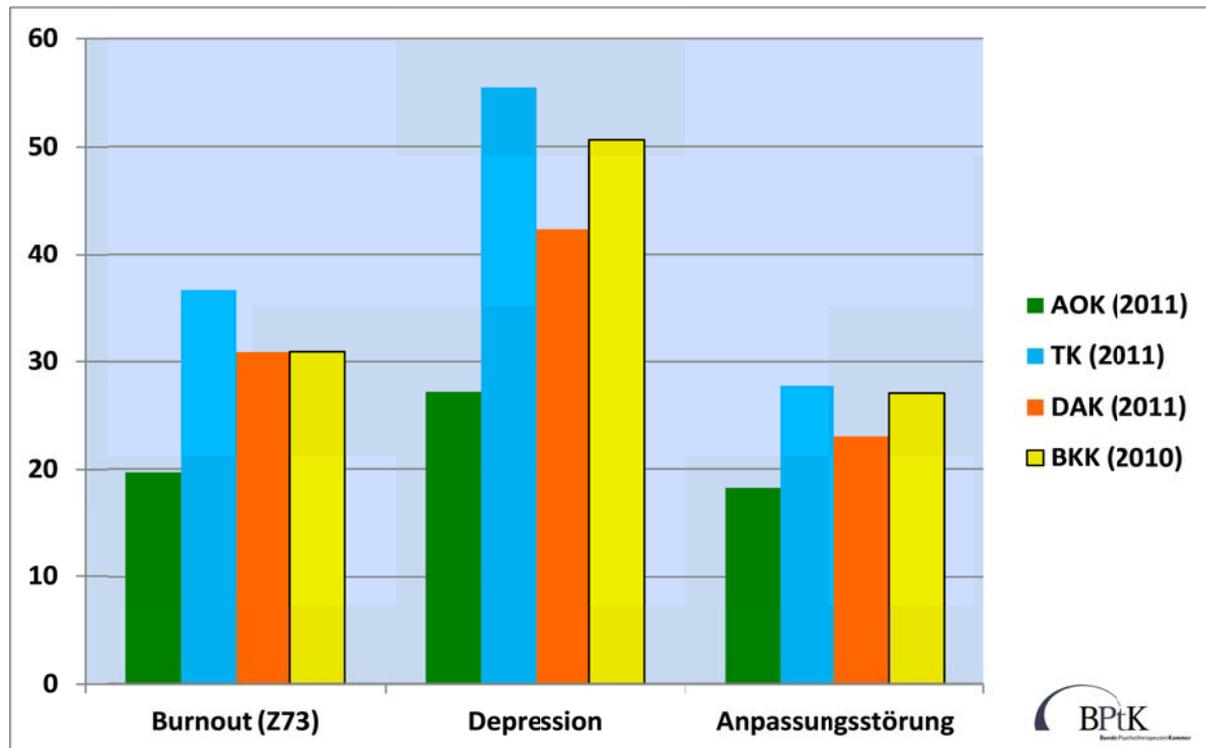
Legende zu der Abbildung 4:

AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
TK: Techniker Krankenkasse

Angegeben sind Krankschreibungsfälle pro 100 Versicherte in den angegebenen Jahren. Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Jahreszeitraum.

Krankschreibungen aufgrund von Burnout (Z73) dauern mit durchschnittlich 26 Tagen jedoch ähnlich lange wie Krankschreibungen aufgrund von psychischen Erkrankungen (psychische Erkrankungen insgesamt: ca. 30 Tage; Depressionen: 39 Tage; Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen: 22 Tage, Abbildung 5).

**Abbildung 5: Burnout (Z73), Anpassungsstörungen und Depressionen:
Dauer einer Krankschreibung in Tagen**



Legende zu der Abbildung 5:

AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
TK: Techniker Krankenkasse

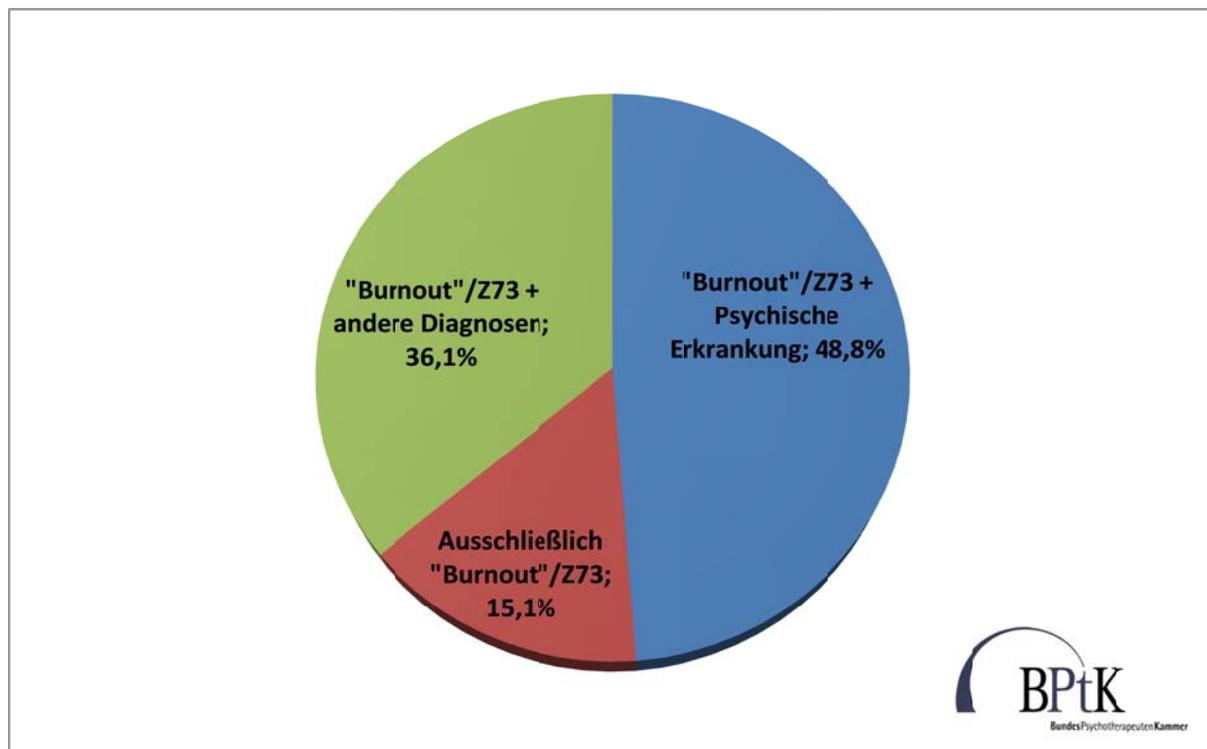
Angegeben ist die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung in den angegebenen Jahren. Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Jahreszeitraum.

Dabei fallen Unterschiede zwischen den Krankenkassen hinsichtlich der Anzahl der Krankschreibungsfälle und -tage sowie der Dauer einer Krankschreibung auf. Beispielsweise ist das Ausmaß der Krankschreibungsfälle mit Depression, Anpassungsstörung oder Burnout (Z73) bei der AOK größer als bei den beiden Ersatzkassen oder der BKK – wobei die Krankschreibungsdauer pro Fall bei der AOK deutlich geringer ist. Neben Unterschieden in der Versichertenstruktur (z. B. Geschlecht, Alter, soziale Schicht, Branchenzugehörigkeit) könnten hier auch Unterschiede im Fallmanagement eine Rolle spielen. Allerdings können auch unterschiedliche Formen der Aufbereitung der Daten zur Erklärung der Unterschiede nicht ausgeschlossen werden, da es für die Krankenkassen noch immer keine verbindlichen Vorgaben zu Auswertung und Bericht der AU-Statistiken gibt. Die BPtK hatte bereits in ihrer Studie 2010 darauf hingewiesen und Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen (s. u.).

3.2 Krankschreibungen nur aufgrund von Burnout sind selten

Die Burnout (Z73)-Kodierung ist – da eine Zusatzklassifikation – ohne den Bezug zu einer Krankheit wenig aussagekräftig. So zeigt eine Auswertung der AOK in Kooperation mit der BPtK, dass Krankschreibungen ausschließlich aufgrund von Burnout selten sind. Bei knapp der Hälfte der Krankschreibungsfälle aufgrund von Burnout lag auch eine psychische Erkrankung vor (Abbildung 6). Bei weiteren 36,1 Prozent der Krankschreibungen wurde Burnout gemeinsam mit anderen Diagnosen vergeben. Nur bei 15,1 Prozent wurde ausschließlich Burnout diagnostiziert.

Abbildung 6: Burnout (Z73)-Krankschreibungen mit/ohne anderen Diagnosen



Analyse auf Basis der Krankschreibungsdaten der AOK, 2011. Angegeben sind die Anteile aller Krankschreibungsfälle aufgrund von Burnout/Z73 bei AOK-Versicherten im Jahr 2011.

Die Tabelle 1 zeigt die häufigsten psychischen Erkrankungen, die zusammen mit Burnout kodiert wurden. Die mit Abstand häufigsten Burnout (Z73)-Krankschreibungen erfolgen aufgrund von Depressionen und Belastungsreaktionen/Anpassungsstörungen. Danach folgen andere neurotische Erkrankungen, somatoforme Störungen und Angststörungen. Burnout-Symptome überschneiden sich durchaus mit Symptomen psychischer Erkrankungen - wobei die größten Ähnlichkeiten mit Depressionen oder Anpassungsstörungen bestehen (s. u.). Andererseits gibt es aber auch keine klaren Zusammenhänge mit bestimmten psychischen Erkrankungen – da die Häufigkeiten der psychischen Er-

krankungen im Zusammenhang mit Burnout sich ähnlich verteilen wie die Häufigkeiten psychischer Erkrankungen bei betrieblichen Fehltagen generell.

Tabelle 1: Die zehn häufigsten psychischen Erkrankungen bei Krankschreibung aufgrund von Burnout (Z73)

ICD-10-Kodierung	Beschreibung	Anteil an allen Z73-Krankschreibungsfällen (N = 39.305)
F32	Depressive Episode	21,7 Prozent
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	15,2 Prozent
F48	Andere neurotische Störungen	8,7 Prozent
F45	Somatoforme Störungen	8,5 Prozent
F41	Andere Angststörungen	4,3 Prozent
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,2 Prozent
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	1,2 Prozent
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,0 Prozent
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1,0 Prozent
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe	1,0 Prozent

Analyse auf Basis der Krankschreibungsdaten der AOK, 2011. Angegeben sind die Anteile aller Krankschreibungsfälle aufgrund von Burnout/Z73 bei AOK-Versicherten im Jahr 2011, inkl. Mehrfachnennungen.

Leider gibt es trotz der Fülle der Forschungsarbeiten zu Burnout nach unserem Wissensstand bislang nur eine wissenschaftliche Studie, in der Menschen nach Burnout-Symptomen gefragt wurden und gleichzeitig eine Diagnostik psychischer Erkrankungen durchgeführt wurde (Ahola et al. 2005). Dabei zeigte sich, dass 53 Prozent der Arbeitnehmer mit „schwerem Burnout“ und 20 Prozent der Arbeitnehmer mit „leichtem Burnout“ depressiv erkrankt waren. Die Analyse anhand der Daten der AOK bestätigt, dass viele Menschen, die aufgrund von Burnout/Z73 krankgeschrieben wurden, an Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen litten.

Allerdings werden bei den Burnout-Konzepten Symptome berichtet, die unabhängig von spezifischen psychischen Erkrankungen wie Depressionen sein können, wie beispielsweise Zynismus oder Gleichgültigkeit gegenüber anderen Personen (siehe unten). Burnout-Diagnosen können daher als Ergänzung sinnvoll sein, weil sie für den Behandler zusätzliche Informationen liefern, die über die Symptome der diagnostizierten psychischen Erkrankung hinausgehen.

Bei den 15,1 Prozent der Burnout (Z73)-Diagnosen, die ohne weitere Erkrankung zur Begründung der Krankschreibung notiert wurden, stellt sich die Frage, inwieweit diese Krankschreibungen zur Vorbeugung ausgeprägter Erkrankungen ausgestellt werden. Ärzte haben nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die Möglichkeit,

nicht nur aufgrund einer Erkrankung Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen, sondern auch dann, wenn „aufgrund eines „Krankheitszustandes“ absehbar ist, dass durch die Berufstätigkeit Arbeitsunfähigkeit hervorgerufen werden kann“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2006). Burnout wäre in diesem Sinn als „Krankheitszustand“ einzuschätzen, also als Warnsignal für eine drohende manifeste Erkrankung. Einige Vorschläge (z. B. DGPPN, 2012) – gehen in die Richtung, dass die Burnout-Angabe vor allem zur Kodierung einer subklinischen Arbeitsüberforderung verwendet werden sollte. Alternativ besteht die Möglichkeit, dass bei einem Teil der alleinigen Krankschreibungen aufgrund von Burnout eine bestehende psychische Erkrankung nicht erwähnt wird – beispielsweise um Stigmatisierungen zu vermeiden, die immer noch mit psychischen Erkrankungen verbunden sind. Aufgrund der vorliegenden Daten lässt sich dies nicht klären – hierzu wären Forschungsprojekte erforderlich.

3.3 Viele unspezifische Diagnosen bei Burnout

Bei 36 Prozent der Krankschreibungen aufgrund von Burnout (Z73) wurde zwar keine psychische Erkrankung, aber eine andere Erkrankung oder Zusatzdiagnose angegeben. Die Tabelle 2 zeigt die Aufstellung der zehn häufigsten dieser Diagnosen.

Tabelle 2: Die zehn häufigsten Erkrankungen und andere Zusatzdiagnosen bei Krankschreibung aufgrund von Burnout (Z73)

ICD-10-Kodierung	Beschreibung	Anteil an allen Z73-Krankschreibungsfällen (N = 39.305)
R69	Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen	7,8 Prozent
R53	Unwohlsein und Ermüdung	4,2 Prozent
M54	Rückenschmerzen	2,9 Prozent
G47	Schlafstörungen	2,3 Prozent
Z56	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben	1,9 Prozent
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1,8 Prozent
K29	Gastritis und Duodenitis	1,6 Prozent
R45	Symptome, die die Stimmung betreffen	1,4 Prozent
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	1,4 Prozent
R51	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1,4 Prozent

Analyse auf Basis der Krankschreibungsdaten der AOK, 2011. Angegeben sind die Anteile aller Krankschreibungsfälle aufgrund von Burnout (Z73) bei AOK-Versicherten im Jahr 2011, inkl. Mehrfachnennungen.

Hierbei fällt auf, dass am häufigsten unspezifische Erkrankungen bzw. Krankheitssymptome kodiert werden. Bei vielen Burnout (Z73)-Krankschreibungen ohne zusätzliche psychische Erkrankung wurde eine Diagnose aus dem Kapitel R der ICD-10 verwendet, in

dem krankheitswertige Symptome und Laborbefunde kodiert werden, die andernorts (d. h. bei definierten Erkrankungen) nicht klassifiziert sind. Am häufigsten (bei 7,8 Prozent aller Burnout-Diagnosen) wurde dabei die unspezifische Restkategorie („Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen/nichtdiagnostizierte Krankheit ohne nähere Angabe“, ICD-10 R69) angegeben. Darüber hinaus werden „Unwohlsein und Ermüdung“ (ebenfalls aus der R-Kategorie des ICD-10), sowie Rückenschmerzen und (nicht psychisch bedingte) Schlafstörungen angegeben. Akute Erkrankungen, die Krankenschreibungen begründen können (wie z. B. Atemwegsinfektionen) werden eher selten in Zusammenhang mit Burnout kodiert. Auch hier kann vermutet werden, dass die Symptome des Arbeitnehmers nicht die diagnostischen Kriterien für eine definierte Erkrankung erfüllen oder dass bestehende psychische Erkrankungen nicht erkannt oder benannt werden. Die geringe Spezifität der Kodierungen kann letztlich auch mit der diagnostischen Unspezifität der Burnout-Konzepte einhergehen (s. u.).

3.4 Burnout erfordert rasche Abklärung und Behandlung

15 Prozent der Burnout (Z73)-Krankschreibungen erfolgen ohne akute, somatische oder psychische Erkrankung. Möglich ist auch, dass der Arzt sich bezüglich des zugrunde liegenden Krankheitsbildes nicht sicher ist bzw. zunächst den weiteren Verlauf der Symptome beobachten möchte. Dies kann auch bei einem Teil der Burnout-Krankschreibungen vermutet werden, die gemeinsam mit unspezifischen medizinischen Diagnosen vergeben wurden. In diesen Fällen wäre anzuraten, die psychischen Beschwerden ergänzend durch Fachärzte oder Psychotherapeuten beurteilen zu lassen, falls der Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Betroffene keine adäquate Behandlung erhält und die psychische Erkrankung chronisch wird.

Zudem sollten die betroffenen Menschen eine qualifizierte Beratung zu psychischen Erkrankungen und Anleitung zur Selbsthilfe gegen seelische Überlastung angeboten bekommen. Diese sollte neben Entspannung oder körperlicher Aktivität auch gezielte psychotherapeutische Interventionen beinhalten. Damit könnten längere betriebliche Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen verhindert werden.

Für den Fall, dass bei „reinen“ Burnout-Krankschreibungen eine bestehende psychische Erkrankung zwar erkannt, aber (z. B. aus Angst vor Stigmatisierung) nicht benannt wird,

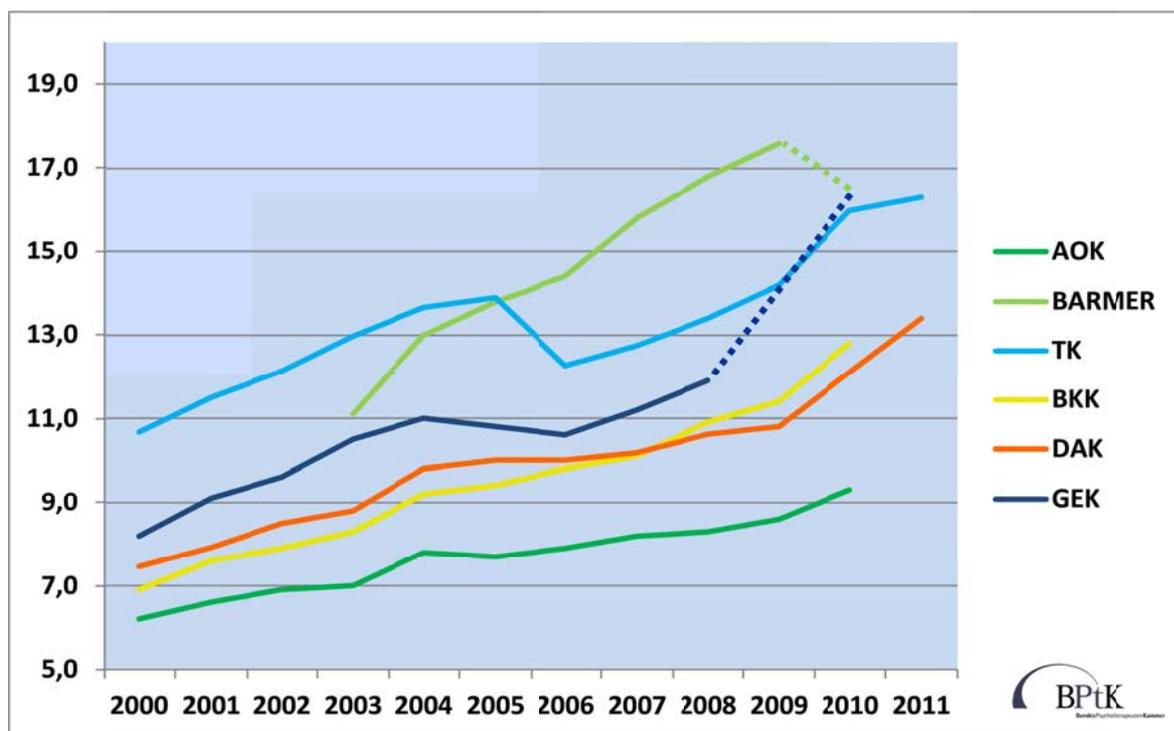
besteht die Gefahr, dass der betroffene Mensch keine adäquate Behandlung erhält und die psychische Erkrankung chronisch wird.

Insgesamt ist der Anteil der ausschließlichen Burnout-Krankschreibungen im Verhältnis zu allen Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen aber äußerst gering. Das verdeutlicht, dass bei betrieblichen Fehltagen nicht Burnout, sondern die psychischen Erkrankungen das Hauptproblem sind. In der Hälfte aller Burnout-Krankschreibungsfälle wird Burnout als Zusatzdiagnose zu einer psychischen Erkrankung vergeben. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, eine unverzügliche Behandlung der psychischen Erkrankung zu gewährleisten. Hier können auch psychotherapeutische Angebote mit Schwerpunkt auf den Arbeitskontext hilfreich sein.

4 Weiterer Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen

Bis 2010 liegen die Auswertungen der AU-Daten von allen großen gesetzlichen Krankenkassen mit Ausnahme der GEK vor. Die TK und die DAK haben bereits die Daten des Jahres 2011 ausgewertet. Dabei zeigt sich, dass sich der Trend der Zunahme der psychischen Erkrankungen bei betrieblichen Fehltagen auch 2011 fortsetzt. Alle gesetzlichen Krankenkassen verzeichnen seit der Einführung des ICD-10 im Jahr 2000 einen deutlichen Anstieg des Anteils der AU-Tage durch psychische Erkrankungen (Abbildung 7). Dies gilt auch für den Anteil der psychischen Erkrankungen an den Krankschreibungen (AU-Fälle; Abbildung 8).

Abbildung 7: Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit: Anteil der AU-Tage



Quelle: BPtK, 2012

Legende zu der Abbildung 7:

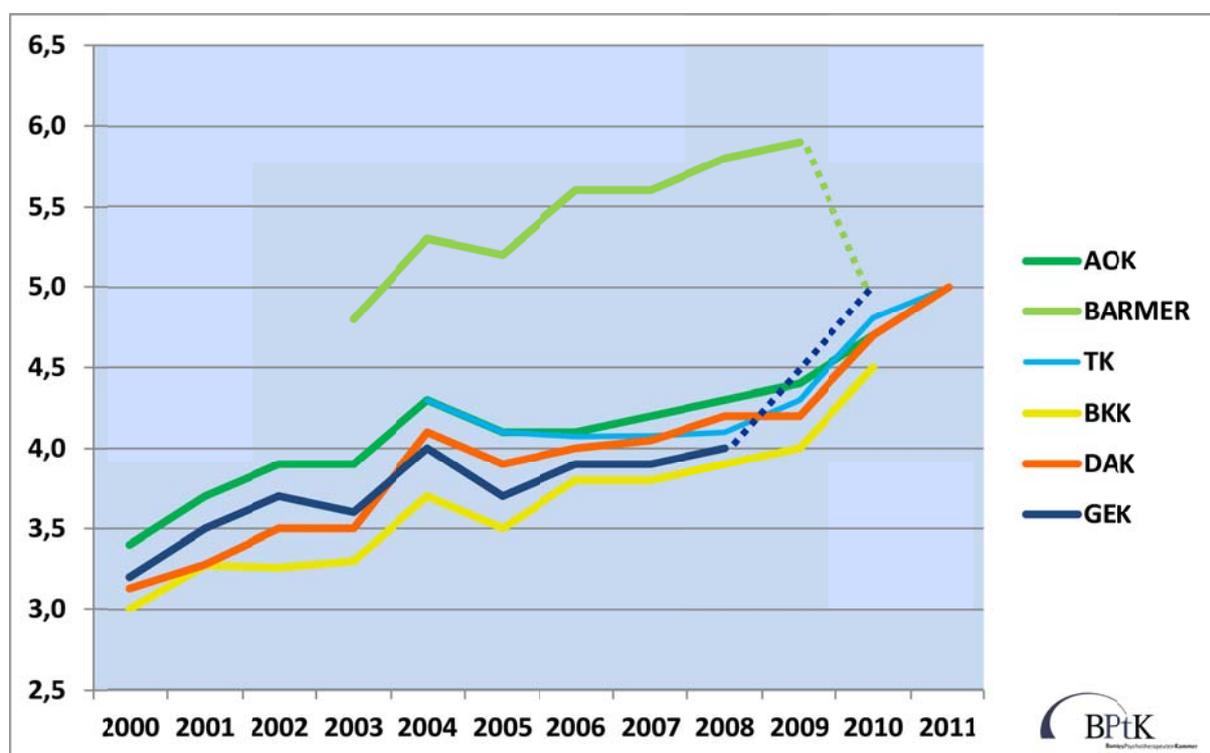
AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
BEK: BARMER Ersatzkasse
BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
GEK: Gmünder Ersatzkasse
TK: Techniker Krankenkasse

Die Angaben der BARMER-GEK im Jahr 2010 sind durch die Zusammenführung der gestrichelten Linien von BARMER und GEK gekennzeichnet.

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.

Nach unseren Berechnungen wurden im Jahr 2010 12,2 Prozent aller Fehltage durch psychische Erkrankungen verursacht. Konservativ geschätzt ergeben sich für 2011 mindestens 12,4 Prozent aller AU-Tage durch psychische Erkrankungen. Dies ist eine konservative Schätzung, da die Krankenkassen, von denen Auswertungen zum Jahr 2011 vorliegen (DAK, TK, teilweise AOK) weitere Anstiege berichten und die Berechnung voraussetzt, dass der Anteil psychischer Erkrankungen bei den restlichen Klassen konstant bleibt.

Abbildung 8: Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit: Anteil der AU-Fälle



Quelle: BPTK, 2012

Legende zu der Abbildung 8:

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

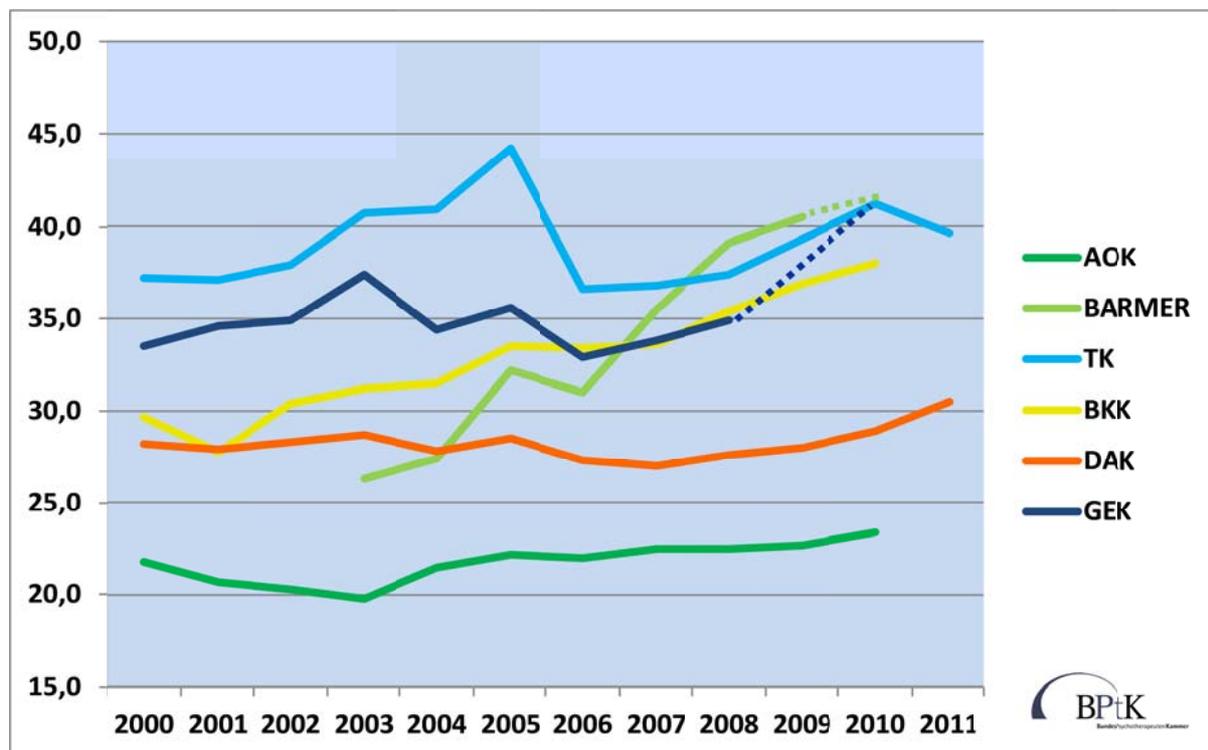
Die Angaben der BARMER-GEK im Jahr 2010 sind durch die Zusammenführung der gestrichelten Linien von BARMER und GEK gekennzeichnet.

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

Die Bundesregierung hat in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der LINKEN zu psychischen Belastungen in der Arbeitswelt (BT-Drs. 17/9478) Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zitiert, nach denen für 2010 der Anteil von psychischen Erkrankungen an allen Krankschreibungstagen 13 Prozent betrug – was einer Verdopplung des Anteils seit 2000 entspricht (BMAS/BAuA 2012). Nach unseren Berechnungen hat der Anteil psychischer Erkrankungen zwischen 2000 und 2010 um 75 Prozent zugenommen. Hintergrund für die leicht abweichenden Zahlen ist, dass sich die Berechnungen der BAuA auf eine Auswahl der Angaben anderer Krankenkassen (AOK, IKK, BKK) beziehen. Die BAuA schätzt für das Jahr 2010 insgesamt 181,5 AU-Tage pro 100 Versicherte durch psychische Erkrankungen – nach unseren Auswertungen ergeben sich für 2010 204 AU-Tage/100 Versichertenjahr (VJ), für 2011 (konservativ geschätzt) rund 200 AU-Tage/100 VJ.

Die Dauer der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen hat über die Jahre mit 14 Prozent eher geringfügig zugenommen (Abbildung 9). Im Jahr 2011 waren Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung durchschnittlich ca. 30 Tage lang krankgeschrieben, im Jahr 2000 waren es 26 Tage. Die leichte Zunahme der Dauer der Krankschreibung erklärt aber nicht die deutliche Zunahme der AU-Tage durch psychische Erkrankungen, die im Wesentlichen auf die Zunahme der entsprechenden Krankschreibungsfälle zurückgeht. 2011 waren dies knapp 5 Prozent aller Krankschreibungen (AU-Fälle, Abbildung 8).

Abbildung 9: Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen in Tagen



Quelle: BPtK, 2012

Legende zu der Abbildung 9:

AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
BEK: BARMER Ersatzkasse
BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
GEK: Gmünder Ersatzkasse
TK: Techniker Krankenkasse

Die Angaben der BARMER-GEK im Jahr 2010 sind durch die Zusammenführung der gestrichelten Linien von BARMER und GEK gekennzeichnet.

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

Psychische Erkrankungen führen im Vergleich mit anderen Erkrankungen zu langen Krankschreibungen, durchschnittlich zwischen drei und sechs Wochen. Demgegenüber fällt ein Arbeitnehmer mit einer Atemwegserkrankung etwa nur eine Woche aus. Allerdings zeigen sich hier nach wie vor deutliche systematische Unterschiede zwischen den Krankenkassen (Minimum: 19,8 Tage – AOK, 2003; Maximum: 44,2 Tage – TK, 2005). Diese Unterschiede gehen auf die Versichertenstruktur, Unterschiede im Fallmanagement zurück. Auch hier können unterschiedliche Formen der Aufbereitung der Daten zur Erklärung der Unterschiede nicht ausgeschlossen werden (s. u.).

5 Hintergrund zu Burnout

5.1 Theoretische Konzepte und Befunde

Der Begriff Burnout geht auf den Psychoanalytiker H. J. Freudenberger zurück, der ihn zunächst auf die Krise sozial Engagierter bezog, die nicht mehr in der Lage waren, ihr hohes Engagement aufrechtzuerhalten und sich müde, überfordert und lustlos fühlten. Eine einheitlich anerkannte wissenschaftliche Definition des Begriffs existiert bis heute nicht. Die Anzahl an Modellen, Definitionen und assoziierten Symptomen ist kaum überschaubar. „Weitgehender Konsens“ (Koch & Broich 2012) bestehe hinsichtlich folgender Kernsymptome:

- emotionale Erschöpfung,
- geringere Zufriedenheit mit der eigenen Leistung sowie
- beeinträchtigtes Verhältnis zur beruflichen Umgebung (Arbeitsüberdruß, Zynismus).

Neben dem fehlenden Konsens über theoretische Konzepte steht die Burnout-Forschung insgesamt in der Diskussion. So wird kritisiert, dass die Vielzahl der möglichen assoziierten Symptome jede Spezifität verliert. Für die klinische Praxis ist zudem der Mangel an Fremdbeurteilungskriterien problematisch. Ein einheitliches Messinstrument für Burnout existiert aktuell nicht. In vielen einschlägigen Publikationen wird das Maslach Burnout Inventory (MBI, z. B. in Kaschka et al. 2011) verwendet. Hierfür existieren jedoch keine verbindlichen Normwerte, da das Messinstrument eher für Forschungszwecke und nicht als „Diagnosetool“ entwickelt wurde. Dementsprechend ist es aktuell nicht möglich, sinnvolle Angaben zur Prävalenz von Burnout in der Bevölkerung zu machen (Korczak et al. 2011).

Weiterhin ist besonders die Abgrenzung zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angsterkrankungen problematisch. Anfangs wurde das Konzept Burnout nach Freudenberger nicht als Krankheit konzipiert. Allerdings weisen die Symptome, die mit Burnout assoziiert sind, hohe Übereinstimmungen mit Symptomen psychischer Erkrankungen auf, besonders hinsichtlich Depressionen. Typischerweise wird Burnout als Prozess bzw. Verlaufsform in unterschiedlichen Stadien beschrieben. Die von den jeweiligen Autoren postulierten Phasentheorien basieren jedoch meist auf klinischen Beobachtun-

gen, deren Validitätsnachweise durch empirische Längsschnittuntersuchungen weitgehend ausstehen bzw. nicht nachweisbar waren.

Korczak et al. (2010) bringen das Dilemma der Burnout-Forschung auf den Punkt:

„Entsprechend der initialen Definition des Burnout von Freudenberger wird zwar einerseits in den breit anerkannten Definitionen wie der von Schaufeli und Enzmann (1998) „Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler“ Individuen ...“ davon ausgegangen, dass es sich nicht um eine Erkrankung handelt. Andererseits werden hier schwerste psychische Krankheitssymptome wie Depression, Suizidalität, schwere Konzentrations- und Gedächtnisstörungen oder existenzielle Verzweiflung angeführt.“

Speziell die für schwere Verläufe beschriebenen Symptome haben große Überschneidungsbereiche mit denen einer Depression. Letztlich ist zu beachten, dass Burnout assoziierte Symptome auch in Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen wie hormonellen Störungen oder Multipler Sklerose auftreten können.

5.2 Zusammenhänge zwischen Burnout und psychischen Erkrankungen

Trotz der beschriebenen Überschneidungen existiert nach unserem Kenntnisstand aktuell nur eine Studie, in der gleichzeitig eine Diagnostik psychischer Erkrankungen durchgeführt und Burnout-Symptome erhoben wurden. Dies verwundert in Anbetracht der Vielzahl an Studien zu Burnout im Allgemeinen und der bereits beschriebenen Überlappungen der Symptome. Die Ergebnisse dieser Studie aus Finnland (Ahola et al. 2005) sprechen dafür, dass mit zunehmender Schwere des „Burnouts“ die Überlappungen mit psychischen Erkrankungen zunehmen. Es wurde gezeigt, dass 53 Prozent der Arbeitnehmer mit „schwerem Burnout“ und 20 Prozent der Arbeitnehmer mit leichtem Burnout depressiv erkrankt waren. Ohne Anzeichen von Burnout waren 7 Prozent der Arbeitnehmer an Depressionen erkrankt.

Studien, in denen Zusammenhänge zwischen Depressivität bzw. depressiven Symptomen und Burnout-Symptomen untersucht wurden, zeigen in der Regel hohe Korrelationen zwischen „emotionaler Erschöpfung“, „Entfremdungserleben“ und Depressivität. Allerdings wird in den genannten Studien stets betont, dass die Konzepte nicht deckungsgleich sind. Speziell Symptome wie arbeitsbezogener Zynismus oder das persönliche

Verhältnis zur beruflichen Umgebung dürften auch unabhängig von psychischen Erkrankungen existieren (z. B. Brenninkmeyer et al. 2001; Bakker et al. 2000; Iacovides et al. 2003).

Ein wesentlicher Unterschied der Diagnostik psychischer Erkrankungen – insbesondere bei Depressionen – ist der, dass diese unabhängig von dahinterliegenden Ursachen diagnostiziert werden (s. u.) – wohingegen sich die Burnout-Konzepte meist auf Faktoren der Arbeitswelt beziehen.

5.3 Kodierung von Burnout im ICD-10

Burnout wird vor dem Hintergrund der diagnostischen Unklarheiten im ICD-10 nicht als anerkannte Erkrankung kodiert. Ärzte und Psychotherapeuten haben allerdings die Möglichkeit, ein Burnout-Syndrom als Zusatzdiagnose der sogenannten „Z-Kategorie“ des Kapitels XXI des ICD-10 zu verschlüsseln, in der „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“, benannt werden. Diese Z-Kodierungen (Z00 - Z99) sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder „äußere Ursache“ klassifizierbar sind.

Dieses Kapitel des ICD-10 bietet Möglichkeiten, einerseits Faktoren zu dokumentieren, die relevante Zusatzinformationen zu einer diagnostizierten Erkrankung liefern. Andererseits können hier Informationen erfasst werden, die den Anlass zur Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitssystem auch dann beschreiben, wenn keine krankheitswertigen Symptome vorliegen. Beispielsweise kann ein Psychotherapeut den Anlass der Kontaktaufnahme mit einem Klienten auch dann kodieren, wenn er keine psychische Erkrankung diagnostiziert und es dementsprechend nicht zur Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung kommt. Im ICD-10 heißt es hierzu (www.dimdi.de), dass Kodierungen aus dem Kapitels XXI (Z-Kodierungen) vergeben werden:

- a. „Wenn eine Person (unabhängig von einer Krankheit) das Gesundheitswesen zu einem speziellen Zweck in Anspruch nimmt, z. B. um eine begrenzte Betreuung oder Grundleistung wegen eines bestehenden Zustandes zu erhalten, um ein Organ oder Gewebe zu spenden, sich prophylaktisch impfen zu lassen oder Rat zu einem Problem einzuholen, das an sich keine Krankheit oder Schädigung ist“.

oder

- b. „Wenn irgendwelche Umstände oder Probleme vorliegen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine bestehende Krankheit oder Schädigung sind. Solche Faktoren können bei Reihenuntersuchungen der Bevölkerung festgestellt werden, wobei eine Person krank sein kann oder nicht, oder sie werden als ein Zusatzfaktor dokumentiert, der dann berücksichtigt werden muss, wenn die Person wegen irgendeiner Krankheit oder Schädigung behandelt wird“.

Unter der Kodierziffer Z73, mit der „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ kodiert werden, wird unter anderem „Ausgebrannt sein/Burnout“ aufgeführt. Streng genommen lässt sich bei der Auswertung dieser Angaben zwischen Burnout, „Stress, andernorts nicht klassifiziert“, „Zustand der totalen Erschöpfung“, „körperliche oder psychische Belastung o .n. A.“, „Mangel an Entspannung oder Freizeit“ oder anderen nicht unterscheiden. Die massive Zunahme der Z73-Kodierungen bei betrieblichen Fehltagen lässt in Kombination mit der aktuellen Präsenz von Burnout in den Medien kaum einen anderen Schluss zu, als dass die Z73-Kodierungen vorwiegend auf Burnout zurückzuführen sind.

5.4 Diagnose psychischer Erkrankungen am Beispiel der mittelgradigen depressiven Episode

Die Kritik an Reliabilität, Validität und Objektivität von Diagnosen psychischer Erkrankungen hat seit den 1970er-Jahren zu erheblichen Bemühungen geführt, dies zu verbessern. Wegweisend dafür war 1980 die Vorstellung des US-amerikanischen „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)“, auf dessen Basis auch die ICD-10 der WHO beruht. Grundprinzipien sind vor allem detailliert beschriebene Kriterien auf der Symptom- und Syndromebene und die Beschränkung auf zuverlässig beobachtbare Symptome, welche letztlich zur Verbesserung der Objektivität und Reliabilität der Diagnostik führen sollten. Auf der Basis von Forschungsarbeiten werden diese Kriterien in Konsensverfahren von internationalen Experten festgelegt und in regelmäßigen Abständen überarbeitet. Als Ergebnis dieser Prozesse erfolgt die Entscheidung über das Vorliegen einer Kodierung über die Operationalisierung von Symptomen der Erkrankung,

deren Intensität und Zeitverlauf, sowie über Ausschlusskriterien – die analog zur Klassifikation somatischer Erkrankungen beurteilt werden.

Eine (mittelgradige) Depression kann kodiert werden, wenn die betroffene Person sich innerhalb des letzten Jahres über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen fast täglich und die meiste Zeit des Tages über

- traurig, niedergeschlagen oder deprimiert fühlte, bzw. ständig müde, abgespannt oder erschöpft war, ohne körperlich krank gewesen zu sein oder schwer gearbeitet zu haben oder
- das Interesse an fast allen Dingen (Hobbys, Freizeit, Zusammensein mit Freunden, Dinge die gewöhnlich Freude bereiten, Verlust des sexuellen Interesses) verloren hatte.

Darüber hinaus müssen zur Klassifikation als mittelgradige depressive Episode mindestens vier der folgenden Symptome vorliegen:

- Appetitverlust
- Gewichtsverlust ohne abnehmen zu wollen (mehrere Wochen > 1kg/Woche)
- deutlich gesteigerten Appetit/Gewichtszunahme (mehrere Wochen > 1kg/Woche)
- fast jede Nacht Einschlafschwierigkeiten (mindestens 2 Stunden, um einzuschlafen), Durchschlafstörungen oder Früherwachen (mindestens 2 Stunden früher aufwachen als gewollt) oder übermäßiges Schlafbedürfnis
- psychomotorische Verlangsamung (fast täglich langsames Sprechen oder Bewegen als üblich – sodass es anderen auffällt) oder psychomotorische Unruhe (fast täglicher ununterbrochener Bewegungsdrang)
- fast täglich Gefühle von Wertlosigkeit, Schuld oder Minderwertigkeit
- fast tägliche Probleme sich zu erinnern, sich zu entscheiden oder sich zu konzentrieren
- wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung des Suizids.

Dabei darf keines der genannten Symptome auf somatische Ursachen (Erkrankungen, beispielsweise Hypothyreose, Verletzungen oder Unfälle) oder Medikamente, Alkohol oder Rauschmittel zurückzuführen sein. Die Symptome dürfen zudem nicht durch „einfach-

che Trauer“ etwa als Reaktion auf den Verlust einer nahestehenden Person erklärbar sein, es sei denn sie dauert länger als zwei Monate an.

Im ICD-10 werden Depressionen (und fast alle anderen psychischen Erkrankungen) explizit nicht nach Ursachen klassifiziert, sondern ausschließlich nach objektivierbaren Symptomen und Syndromen.

5.5 Rechtliche Grundlagen von Krankschreibungen

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien; Gemeinsamer Bundesausschuss 2006; www.g-ba.de) geben vor, dass eine Krankschreibung grundsätzlich nur aufgrund von Krankheit erfolgen soll. Dies wird aber durch den Zusatz ergänzt, dass Krankschreibungen auch dann erfolgen dürfen, wenn „aufgrund eines „*Krankheitszustandes*“ absehbar ist, dass durch die Berufstätigkeit Arbeitsunfähigkeit hervorgerufen werden kann. Die Burnout-Krankschreibungen ohne weitere Krankheitsdiagnose werden wahrscheinlich zu diesem Zweck ausgestellt – sofern zugrunde liegende psychische Erkrankungen nicht „verheimlicht“ werden.

6 Zur Methodik der Auswertung

Die BPtK wertet jährlich die Gesundheitsreporte der gesetzlichen Krankenkassen aus. Damit 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 2010 beispielsweise wurden in den Reporten der Kassen von 2011 analysiert.

Basis der Auswertungen sind alle in den Gesundheitsreporten publizierten Statistiken der großen gesetzlichen Krankenkassen: AOK, BARMER-GEK, BKK, DAK und TK. 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 2010 bezieht sich damit auf 84,8 Prozent der GKV-Versicherten.

Wenn die Statistiken zum Anteil der Diagnosegruppe an den Gesamttagen von einer Krankenkasse nicht explizit berichtet wurden, so wurden diese Anteile anhand der absoluten Angaben nachberechnet. Zur Berechnung der Jahres-Durchschnittswerte wurden die verfügbaren Angaben der Krankenkassen, unter Berücksichtigung der Mitgliederzahl der jeweiligen Kasse, gewichtet hochgerechnet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die publizierten Angaben der Krankenkassen leider nicht standardisiert sind und bezüglich der Auswertungsmethodik variieren können, beispielsweise hinsichtlich der Grundpopulation (Erwerbspersonen/erwerbstätige Mitglieder; Pflichtmitglieder/freiwillige Mitglieder) oder der Festlegung der Hochrechnung der Daten auf eine definierte Standardpopulation. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, dass die Krankenkassen in ihren Gesundheitsreporten detaillierter und nach vereinheitlichten statistischen Standards über psychische Erkrankungen berichten.

Für das Jahr 2011 lagen bei der Erstellung dieser Studie bereits Angaben zu AU-Daten von DAK, TK und (teilweise) von der AOK vor. Zur Schätzung der durchschnittlichen Angaben 2011 wurden die bereits vorliegenden Daten gemeinsam mit den Daten von 2010 der anderen Krankenkassen verwendet. Dies stellt hinsichtlich der Fehltag- und -fälle aufgrund psychischer Erkrankungen eine statistisch konservative Schätzung dar, zumal

die Angaben von 2011 erneut eine Erhöhung des Anteils psychischer Erkrankungen nachweisen.

Die Auswertungen zu Fehltagen aufgrund von Burnout erfolgten anhand der Publikationen in den Gesundheitsreporten und zusätzlichen Berechnungen von AOK, BKK und DAK. Die verfügbare Datenbasis (inklusive der publizierten Angaben der TK) umfasst im Zeitraum 2004 bis 2010 65 - 72,3 Prozent der Mitglieder der GKV. Die Analysen zu Burnout beginnen erst im Jahr 2004, da uns aus vorangehenden Jahren keine Angaben vorliegen.

7 Literatur

Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, et al. (2005) The relationship between job-related burnout and depressive disorders - results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord* 88:55–62.

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann, Sabine Zimmermann, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. BT-Drucksache 17/9287. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/094/1709478.pdf>

Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E., Janssen PPM, Van der Hulst R, & Brouwer J (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13 247-268.

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

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

Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010. Unfallverhütungsbericht Arbeit. www.baua.de/suga

Bundespsychotherapeutenkammer (2010). Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank – BPtK-Studie zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt. www.bptk.de/

Bundespsychotherapeutenkammer (2011). Psychische Erkrankungen – Keine Frage des Alters. BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. www.bptk.de/

Brenninkmeyer V, Van Yperen NW & Buunk BP (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences* 30 : 873-880

DGPPN (2012). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Thema Burnout. www.dgppn.de.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2006): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V. *Bundesanzeiger* Nummer. 241: S. 7.356.

Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S & Kaprinis G (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders* 75: 209-221.

Kaschka WP, Korczak D & Broich K (2011). Modediagnose Burnout. *Deutsches Arztebl*; 108: 781-7.

Koch U & Broich K (2012). Das Burn-out Syndrom. *Bundesgesundheitsblatt* 55: 161-163.

Korczak D, Kister C, Huber B (2010): Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland (Bd. 105). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln.