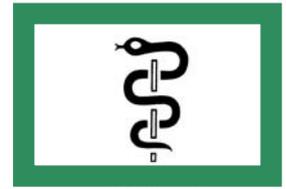


# SONDERHEFTE

A IV/S

Bestellnummer:  
45025



## Gesundheitswesen

## Psychische Gesundheit

2000 - 2009



SACHSEN-ANHALT

Statistisches Landesamt

Herausgabemonat: Juli 2011

Zu beziehen durch das  
Statistische Landesamt Sachsen-Anhalt  
Dezernat Öffentlichkeitsarbeit  
Postfach 20 11 56  
06012 Halle (Saale)

Preis: 7,00 EUR (zum gleichen Preis als PDF-Datei verfügbar - Bestellnummer: 6S025)

Inhaltliche Verantwortung:

Dezernat: Wirtschaftsrechnungen, Soziales, Wohngeld, Gesundheitswesen  
Herr Gödicke                      Telefon: 0345 2318-401  
Herr Müller                         Telefon: 0345 2318-510

Auskünfte erhalten Sie unter:

Telefon: 0345 2318-777  
Telefon: 0345 2318-715  
Telefon: 0345 2318-716

Telefax: 0345 2318-913  
Internet: <http://www.statistik.sachsen-anhalt.de>  
E-Mail: [info@stala.mi.sachsen-anhalt.de](mailto:info@stala.mi.sachsen-anhalt.de)

Vertrieb:

Telefon: 0345 2318-718  
E-Mail: [shop@stala.mi.sachsen-anhalt.de](mailto:shop@stala.mi.sachsen-anhalt.de)

Druck: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

© Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Halle (Saale), 2011

Auszugsweise Vervielfältigung und Verbreitung mit Quellenangabe gestattet.

Bibliothek und Besucherdienst (Merseburger Straße 2):

Montag bis Donnerstag: 9.00 Uhr bis 15.30 Uhr  
Freitag: 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr } möglichst nach Vereinbarung

Telefon: 0345 2318-714  
E-Mail: [bibliothek@stala.mi.sachsen-anhalt.de](mailto:bibliothek@stala.mi.sachsen-anhalt.de)

# Sonderheft

Psychische Gesundheit

2000 - 2009

Land Sachsen-Anhalt

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Begriffsbestimmungen	4
2. Psychische Gesundheit im Fokus der Öffentlichkeit	4
3. Psychische und Verhaltensstörungen als Kostenfaktor im Gesundheitssystem	5
4. Krankheitstage durch psychische Erkrankungen	9
5. Krankenhausfälle durch psychische Erkrankungen	14
6. Rentenzugänge durch psychische Erkrankungen	18
7. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund psychischer Erkrankungen	21
8. Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	24
8.1. Alkoholabhängigkeit und deren Folgen	24
8.2. Abhängigkeit von sonstigen psychotropen Substanzen bei Jugendlichen und Kindern	30
9. Psychosen	32
9.1. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	32
9.2. Manie, Depression und depressive Zustände	33
10. Neurosen	37
11. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	37
11.1. Zwangsstörungen, Phobien und andere Angststörungen	37
11.2. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	38
12. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	41
13. Suizide und Suizidversuche	42
14. Gerontopsychiatrische Erkrankungen	47
14.1. Demenz	50
14.2. Depressive Erkrankungen und Angststörungen im Alter	54
15. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung	55
16. Verwendete Literatur und Quellenverzeichnis	62

**Zeichenerklärung:**

- Nichts vorhanden, das Zeichen " - " steht für den mathematisch exakten Wert Null.
- 0 Weniger als die Hälfte von 1 in der letzten besetzten Stelle, jedoch mehr als nichts.
- x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll.
- ( ) Aussagewert eingeschränkt, da der Zahlenwert statistisch relativ unsicher ist

## Psychische Gesundheit

### 1. Begriffsbestimmungen

Was krank oder gesund ist, lässt sich im körperlichen Bereich recht leicht sagen. Im psychischen Bereich ist dies in der Regel schwerer. Eine einheitliche und präzise Definition darüber, was psychische Gesundheit eigentlich ist, gibt es nicht.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit jedoch als Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, und nicht nur als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.

Psychische Gesundheit bildet somit die Basis für Wohlbefinden und die Gesundheit im Allgemeinen. Psychische Gesundheit ermöglicht das Leben sinnvoll zu erleben und ist Voraussetzung, um sich als kreativer und aktiver Bürger in die Gesellschaft einzubringen. Damit ist psychische Gesundheit ein wesentliches Element für Produktivität, gesellschaftlichen Zusammenhalt sowie für ein stabiles und friedliches Lebensumfeld.

Die psychische Gesundheit bildet damit auch das Kernstück der Gesundheit. Nach einem Konzept von Marie Jahoda (1958) gehören folgende Komponenten zur psychischen Gesundheit:

- Einstellung eines Individuums zu sich selbst (realistische Selbsteinschätzung, Selbstvertrauen)

- Fähigkeit des Individuums zur Selbstverwirklichung (Sinnfindung für das eigene Leben, Lebensmut)
- Fähigkeit zur flexiblen Identifikation mit dem eigenen Ich (Individuelle Annahme der eigenen Persönlichkeit)
- Autonomie gegenüber sozialen Einflüssen (Fähigkeit zur Selbstbestimmung des Handelns, Stabilität gegenüber Manipulation)
- Unverzerrte Wahrnehmung der Realität (Fähigkeit zur Unterscheidung von Wunsch und Realität, zur Vermeidung von Selbsttäuschung)
- Fähigkeit zum Meistern der Umwelтанforderungen (Durchsetzungs- und Anpassungsfähigkeiten)

Als Psychische Störungen werden erhebliche Abweichungen vom Erleben oder Verhalten psychisch gesunder Menschen bezeichnet. Häufig wird auch der Begriff psychisches Leid verwendet. Zu den psychischen Störungen zählen alle körperlich nicht begründbaren psychischen Erkrankungen, jedoch auch solche die als Folge von körperlichen Erkrankungen vorliegen und eine Bedeutung mit Eigenwert erlangt haben. Der Begriff Störung wird heutzutage jenem Begriff der Krankheit vorgezogen, um eine Stigmatisierung Betroffener zu vermeiden.

### 2. Psychische Gesundheit im Fokus der Öffentlichkeit

Psychische Störungen bzw. Erkrankungen rücken immer mehr in den Fokus der Gesellschaft.

Einigen Experten zufolge gilt psychisches Leid als „Epidemie des 21. Jahrhunderts“. Veränderungen in den Arbeitsstrukturen durch die zunehmende Globalisierung, durch die Einführung moderner Informationstechnologien sowie die Individualisierung sollen für den Anstieg an Depressionen, Suchterkrankungen, Psychosen oder Angststörungen verantwortlich sein.

Wiederum andere Experten zweifeln an, dass heute deutlich mehr Menschen an psychischen Erkrankungen leiden als vor 50 Jahren. Lediglich eine Zunahme demenzieller Erkrankungen wird eingeräumt. Sie glauben, dass psychische Erkrankungen heute mit weniger Vorurteilen behaftet sind und durch eine größere öffentliche Aufmerksamkeit sich Betroffene eher Psycho-

logen und Hausärzten anvertrauen. Sich in eine Psychotherapie zu begeben, empfinden insbesondere junge Männer heutzutage als weniger problematisch.

Fakt ist, dass psychische Erkrankungen die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränken, mit einigen Abstrichen sicher auch die ihrer Mitmenschen.

Voraussetzungen für seelische und auch körperliche Gesundheit ist vor allen Dingen ein stabiles soziales Netzwerk. Klarheit, Zielorientierung und Sicherheit im Berufsleben sowie im privaten Bereich sind Grundpfeiler dafür. Konkurrenzdruck, mangelnde Solidarität, Arbeitsplatzunsicherheit, die immer mehr geforderte Flexibilität und Mobilität sowie ständige Erreichbarkeit führen zu chronischem Stress und vergrößern das Gesundheitsrisiko.

### 3. Psychische und Verhaltensstörungen als Kostenfaktor im Gesundheitssystem

Auch dem Gesundheitssystem entstehen durch psychische und Verhaltensstörungen erhebliche Kosten. Aus gesundheitsökonomischer Sicht lassen sich direkte und indirekte Kosten voneinander abgrenzen. Unter direkten Kosten sind die Ausgaben innerhalb des Gesundheitssystems anzusehen. Das sind Kosten im Rahmen der Diagnostik, Therapie und der Medikamentengabe. Demzufolge werden private Arztfahrten oder die

unentgeltliche Pflege von Angehörigen in der Krankheitskostenrechnung nicht berücksichtigt.

Unter indirekten Kosten versteht man Ausgaben die aus Produktionsausfällen resultieren, wie zum Beispiel Lohnersatzleistungen, die Beschäftigung von Ersatzkräften oder die vorzeitigen Rentenzahlungen. Diese werden in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren nachgewiesen.

**Tabelle:** Direkte Krankheitskosten ausgewählter Krankheiten 2002, 2004, 2006 und 2008 in Deutschland

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Direkte Krankheitskosten im Jahr							
	2002		2004		2006		2008	
	in Mrd. Euro	in %	in Mrd. Euro	in %	in Mrd. Euro	in %	in Mrd. Euro	in %
<b>Insgesamt</b>	<b>218,8</b>	<b>100</b>	<b>225,0</b>	<b>100</b>	<b>236,5</b>	<b>100</b>	<b>254,3</b>	<b>100</b>
dar.								
C00 - D48 Neubildungen	13,8	6,3	15,7	7,0	17,1	7,2	18,1	7,1
<b>F00 - F99 Psychische und Verhaltensstörungen</b>	<b>23,3</b>	<b>10,7</b>	<b>24,7</b>	<b>11,0</b>	<b>26,8</b>	<b>11,3</b>	<b>28,7</b>	<b>11,3</b>
dar.								
F00 - F03 Demenz	7,1	3,3	7,8	3,5	8,6	3,6	9,4	3,7
F20 - F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	2,6	1,2	2,7	1,2	3,0	1,3	2,9	1,2
F32 - F34 Depression	3,9	1,8	4,2	1,9	4,7	2,0	5,2	2,1
I00 - I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	33,6	15,4	33,5	14,9	35,4	15,0	37,0	14,5
J00 - J99 Krankheiten des Atmungssystems	11,4	5,2	11,6	5,2	12,1	5,1	13,2	5,2
K00 - K93 Krankheiten des Verdauungssystems	31,4	14,3	33,5	14,9	32,6	13,8	34,8	13,7
M00 - M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	24,4	11,2	25,3	11,2	26,6	11,3	28,5	11,2
S00 - T98 Verletzungen und Vergiftungen	10,2	4,7	10,9	4,8	11,5	4,9	12,6	4,9

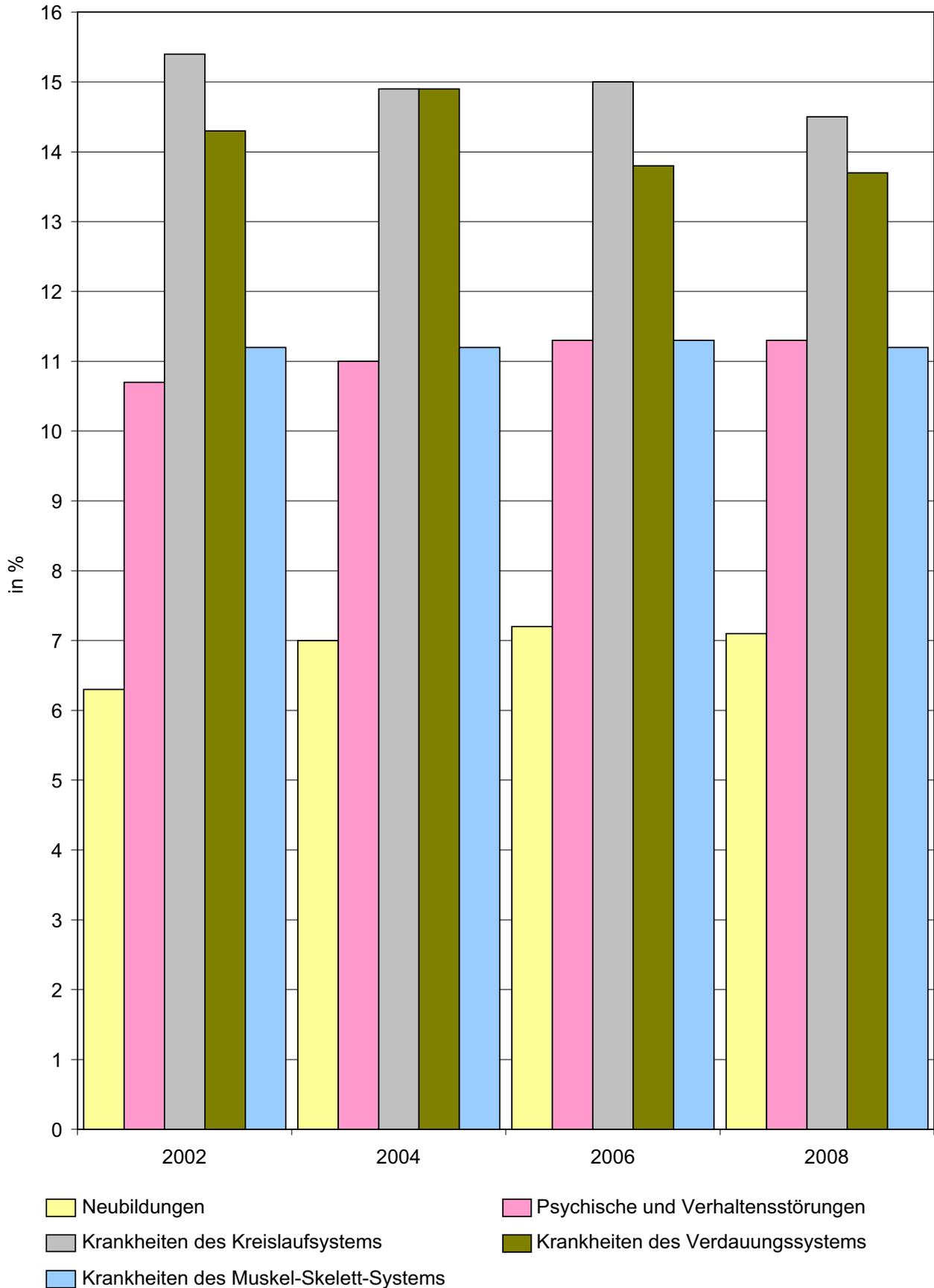
Quelle: Statistisches Bundesamt

Allein Ausgaben von knapp 28,7 Mrd. Euro im Jahr 2008 weist das Statistische Bundesamt für psychische Erkrankungen aus. Das sind 11,3 % der Gesamtausgaben für die Gesundheit. Sechs Jahre zuvor lag dieser Anteil noch bei 10,7 %.

Würde man die Kosten für zahnärztliche Behandlungen, die rund 50 % der Kosten für Krankheiten des Verdauungssystems ausmachen, wegrechnen, so würden im Jahr 2008 die psychischen Erkrankungen hinter den Krankheiten des Kreislaufsystems bereits an zweiter Stelle stehen.

Demenz und Depression sind die beiden treibenden Kostenfaktoren im Gesundheitssystem. Vergleicht man die angefallenen Krankheitskosten aus dem Jahr 2002 mit den Zahlen aus dem Jahr 2008 stellt man fest, dass allein bei den beiden Erkrankungen Demenz und Depressionen die Krankheitskosten in diesem Zeitraum um 32 % angewachsen sind. Die Ausgaben für alle Krankheiten insgesamt sind im selben Zeitraum im Gegensatz zu Demenz und Depression um lediglich 16 % gewachsen.

**Grafik:** Anteile der direkten Krankheitskosten der 5 kostenintensivsten Hauptdiagnosegruppen 2002, 2004, 2006 und 2008 in Deutschland



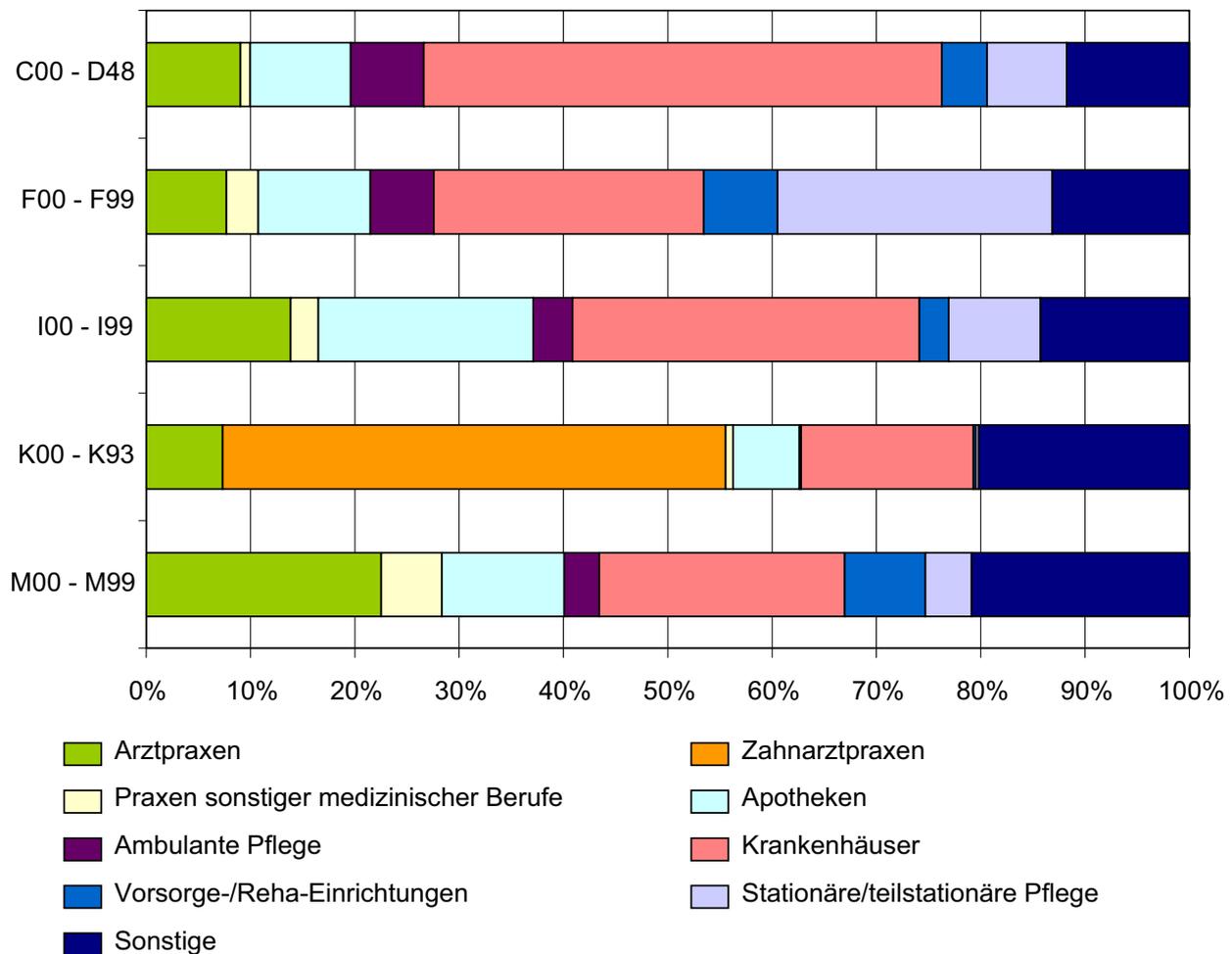
**Tabelle:** Direkte Krankheitskosten (in Mrd. Euro) der 5 kostenintensivsten Hauptdiagnosegruppen 2008 in Deutschland nach Einrichtungen

Pos.-Nr. der ICD-10	Insgesamt	Ambulante Einrichtungen					Stationäre / Teilstationäre Einrichtungen				Sonst.
		zusammen	darunter				zusammen	davon			
			Arztpraxen	Praxen sonstiger medizinischer Berufe	Apotheken	ambulante Pflege		Krankenhäuser	Vorsorge-/Reha-Einrichtungen	stationäre/teilstationäre Pflege	
C00 - D48	18,078	5,123	1,634	0,167	1,740	1,266	11,126	8,981	0,786	1,377	1,829
<b>F00 - F99</b>	<b>28,654</b>	<b>8,423</b>	<b>2,200</b>	<b>0,874</b>	<b>3,084</b>	<b>1,739</b>	<b>16,993</b>	<b>7,419</b>	<b>2,025</b>	<b>7,549</b>	<b>3,238</b>
I00 - I99	36,973	16,321	5,110	0,990	7,612	1,396	16,586	12,298	1,034	3,255	4,066
K00 - K93	34,814	26,226	*19,331	0,252	2,214	0,058	5,929	5,748	0,078	0,103	2,659
M00 - M99	28,545	15,194	6,426	1,665	3,350	0,951	10,190	6,724	2,202	1,264	3,161

Quelle: Statistisches Bundesamt

\* darunter 16,787 Mrd. Euro für Zahnarztpraxen

**Grafik:** Anteile direkter Krankheitskosten der 5 kostenintensivsten Hauptdiagnosegruppen 2008 in Deutschland nach Einrichtungen



Von den knapp 28,7 Mrd. Euro Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen schlugen insgesamt knapp 60 % bei Behandlungen in stationären oder teilstationären Einrichtungen zu Buche. Davon entfielen 43,7 % auf die Behandlungskosten in den Krankenhäusern und 44,4 % auf die stationäre oder teilstationäre Pflege.

10,8 % der Gesamtausgaben für Psychische und Verhaltensstörungen entfallen auf die Apotheken, 7,7 % auf die Arztpraxen, 6,1 % auf ambulante Pflegemaßnahmen und lediglich 3,1 % auf Praxen sonstiger medizinischer Berufe (z.B. nichtärztliche psychotherapeutische Praxen).

**Tabelle:** Direkte Krankheitskosten aufgrund psychischer Verhaltensstörungen 2002, 2004, 2006 und 2008 in Deutschland nach Altersgruppen

Jahr	Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung		Krankheitskosten in Mill. Euro						
			insges.	darunter in den Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren					
				unter 15	15 - 30	30 - 45	45 - 65	65 - 85	85 und mehr
2002	F00 - F99	Psychische und Verhaltensstörungen	23 318	1 345	2 098	4 039	5 107	6 144	4 586
	dar. F00 - F03	Demenz	7 143	0	4	16	139	3 095	3 888
	F20 - F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2 649	8	453	877	819	439	52
	F32 - F34	Depression	3 923	16	263	819	1 523	1 118	183
2004	F00 - F99	Psychische und Verhaltensstörungen	24 735	1 479	2 321	4 085	5 350	6 923	4 577
	dar. F00 - F03	Demenz	7 843	0	3	11	141	3 702	3 985
	F20 - F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2 732	7	502	871	855	452	45
	F32 - F34	Depression	4 163	19	323	899	1 606	1 152	164
2006	F00 - F99	Psychische und Verhaltensstörungen	26 753	1 672	2 437	4 118	5 839	7 599	5 089
	dar. F00 - F03	Demenz	8 611	0	3	9	126	4 028	4 445
	F20 - F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2 963	7	507	912	980	507	49
	F32 - F34	Depression	4 693	23	374	965	1 835	1 289	208
2008	F00 - F99	Psychische und Verhaltensstörungen	28 654	1 787	2 578	4 241	6 468	7 947	5 632
	dar. F00 - F03	Demenz	9 364	0	3	7	126	4 258	4 971
	F20 - F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2 936	7	466	872	1 029	506	55
	F32 - F34	Depression	5 233	33	455	1 073	2 122	1 326	224

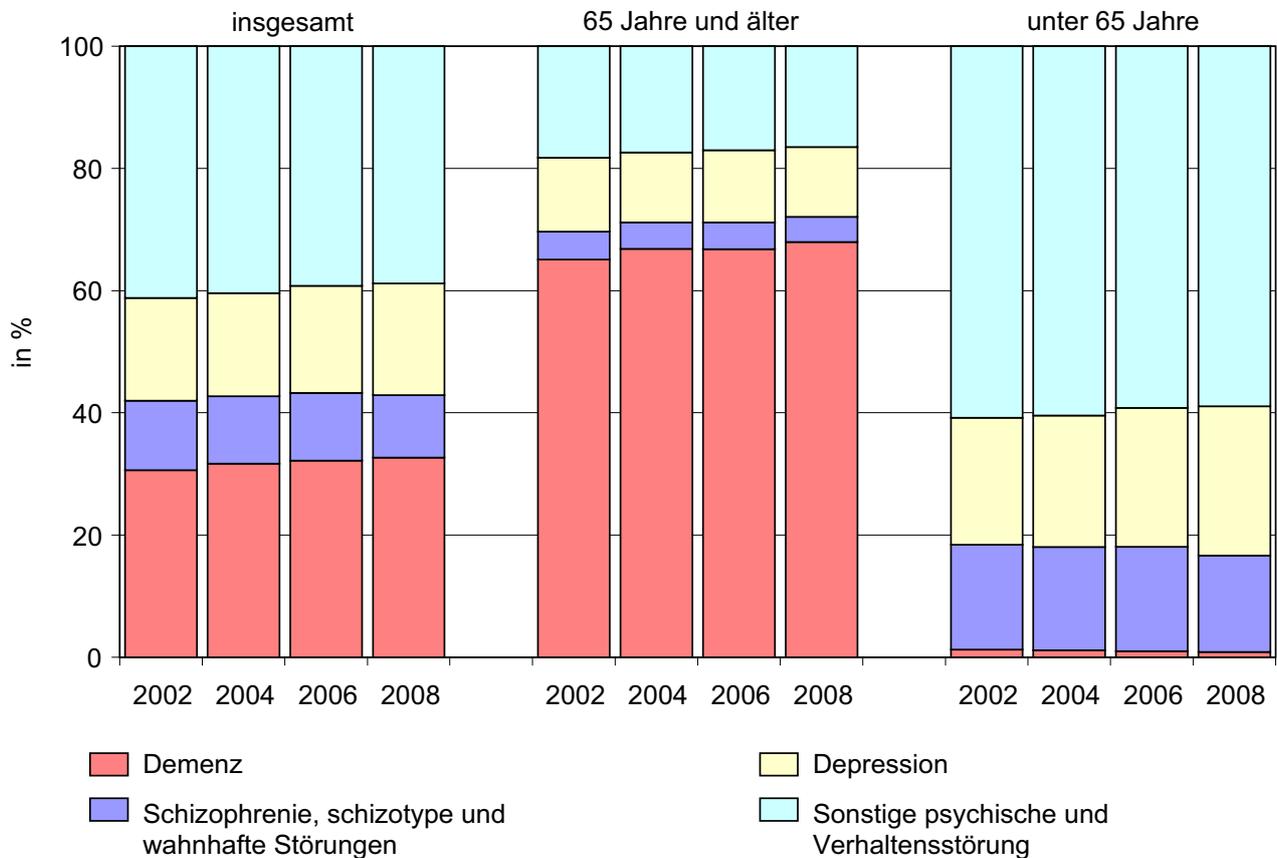
Quelle: Statistisches Bundesamt

Demenz, Depression und Schizophrenie zählen zu den kostenintensivsten Krankheitsgruppen unter den psychischen Erkrankungen.

Mit 9,364 Mrd. Euro schlugen 2008 die Demenzerkrankungen zu Buche. Unter den psychischen Erkrankungen machten diese damit fast ein Drittel (32,7 %) der direkten Krankheitskosten aus. Erwartungsgemäß entfielen diese fast vollständig (98,6 %) auf die Altersgruppe der Personen,

welche 65 Jahre oder älter sind. Demenzen spielten hingegen bei den unter 65-jährigen kaum eine Rolle. Depression verursachte im Jahr 2008 direkte Krankheitskosten in Höhe von 5,233 Mrd. Euro. Unter den psychischen Erkrankungen machten diese einen Anteil von knapp einem Fünftel (18,3 %) aus, hauptsächlich bei den unter 65-jährigen.

**Grafik:** Anteile direkter Krankheitskosten aufgrund psychischer Verhaltensstörungen 2002, 2004, 2006 und 2008 in Deutschland nach Altersgruppen



#### 4. Krankheitstage durch psychische Erkrankungen

Gesundheitsberichte verschiedener Krankenkassen haben in den letzten Jahren zunehmend die Bedeutung psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen in den Vordergrund gerückt, da auch Fehlzeiten durch Krankschreibung insbesondere bei diesen Erkrankungen am längsten sind.

Zwar liegt laut Angaben aller hier angeführten Ersatzkassen die Zahl der Fälle psychischer Erkrankungen deutlich hinter denen anderer Hauptdiagnosegruppen, doch keine Erkrankung verursacht, abgesehen von den Neubildungen, so viele Krankheitstage.

Die Krankheitsdauer ist damit mehr als doppelt so hoch wie im Schnitt aller anderen Hauptdiagnosegruppen. Zudem findet auch ein nachweisbarer Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) aufgrund psychischer Störungen statt.

Arbeitsunfähigkeitsdaten bilden nur einen Teil des Krankheitsgeschehens ab, da diese ja ausschließlich die Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Erwerbsuchende) berücksichtigen.

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) und die BARMER GEK veröffentlichen ihre Arbeitsunfähigkeitsdaten ausschließlich mit Bezug auf ihre in Beschäftigung stehenden Pflichtmitglieder. Die Betriebskrankenkassen (BKK) geben auch, und die Techniker Krankenkasse (TK) gibt ausschließlich, die Arbeitsunfähigkeitsdaten inklusive der Erwerbsuchenden (Pflichtversicherte nach § 5 SGB V bzw. § 2 KVLG 1989) an.

Die BARMER Ersatzkasse beziffert für das Jahr 2009 einen Arbeitsunfähigkeitstageanteil für psychische und Verhaltensstörungen von 17,6 %. Lediglich der Anteil der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems liegt hier mit 23,0 % höher. Mit durchschnittlich 40,5 Tagen erweist sich die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage für psychische Erkrankungen als die Zweithöchste nach denen für Neubildungen, die mit durchschnittlich 42,2 Tage angegeben werden. An dritter Stelle lag der BARMER zufolge die Arbeitsunfähigkeitsdauer der Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 21,9 Tagen. Im Jahr 2004 lag die Arbeitsunfähigkeitsdauer für

psychische und Verhaltensstörungen noch bei durchschnittlich 27,4 Tagen je Fall. Insofern zeigt sich bei diesen Erkrankungen ein sehr deutlicher Anstieg.

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) beziffern den Anteil der Arbeitsunfähigkeit für psychische Erkrankungen im Jahr 2009 auf 8,6 %. Damit lagen psychische Erkrankungen hinter den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (23,0 %), den Atemwegserkrankungen (14,0 %) und den Verletzungen und Vergiftungen (12,3 %). Im Jahr 2008 fielen laut AOK für psychische Erkrankungen im Schnitt 22,5 Tage je Fall an.

Laut Angaben der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) betrug die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit durch psychische und Verhaltensstörungen im Jahr 2009 ganze 28 Tage je Fall. Der Arbeitsunfähigkeitsanteil belief sich auf 10,8 %. Im Jahr 2004 lag deren Anteil noch bei 9,8 %.

Die Betriebskrankenkassen (BKK) gaben für das Jahr 2009 einen Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen für psychische Erkrankungen mit 10,7 % für die beschäftigten Pflichtmitglieder an. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer betrug 34,6 Tage. Für alle Erwerbspersonen gaben die Betriebskrankenkassen den Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen für psychische Erkrankungen mit 11,4 % und durchschnittlich 36,9 Tagen je Fall an.

Werden allein nur die Erwerbssuchenden betrachtet, so wird man für diese Versichertengruppe einen wesentlich höheren Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen durch psychische Erkrankungen feststellen. Die Betriebskrankenkassen wiesen für diese Versichertengruppe im Jahr 2008 einen Anteil von 24,0 % und im Jahr 2009 einen Anteil von 25,0 % für psychische Erkrankungen an allen Arbeitsunfähigkeitstagen aus.

Sehr auffallend ist diesbezüglich auch der Geschlechterunterschied. So gab die BKK für 2009 den Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen für psychische Erkrankungen mit 29,8 % bei den arbeitslosen Frauen an. Der geringste Anteil wurde hingegen bei den männlichen Arbeitern mit 6,4 % festgestellt. Unterschiede gibt es auch nach Branchen. So wurde den Angaben der BKK nach der höchste Anteil im Gesundheits- und Sozialwesen bzw. im Kredit- und Versicherungsgewerbe mit 15,2 % bzw. 14,3 % gemessen, der niedrigste Anteil hingegen im Baugewerbe mit 5,1 %. Gründe dafür werden in der modernen Arbeitswelt vermutet. So entwickeln Erwerbstätige bei einer Kombination aus hohen Anforderungen einerseits und geringem Einfluss auf den Arbeitsprozess andererseits überdurchschnittlich häufig psychische Erkrankungen. Psychisch gesund bleibt wohl, wer erlebt, dass er noch echten Einfluss auf seine Tätigkeitsabläufe und das Ergebnis hat und sein Arbeitseinsatz durch Wertschätzung und Vergütung angemessen honoriert wird.

**Tabelle:** Anteile der AU-Tage beschäftigter Pflichtmitglieder 2004, 2008 und 2009 in Deutschland

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	AOK			BKK			DAK			BARMER		
	AU-Tage in % je Jahr											
	2004	2008	2009	2004	2008	2009	2004	2008	2009	2004	2008	2009
C00 - D48 Neubildungen	3,6	3,5	3,6	3,1	3,7	3,8	4,2	3,9	3,7	5,5	6,5	6,3
<b>F00 - F99 Psychische und Verhaltensstörungen</b>	<b>7,8</b>	<b>8,3</b>	<b>8,6</b>	<b>8,3</b>	<b>10,0</b>	<b>10,7</b>	<b>9,8</b>	<b>10,6</b>	<b>10,8</b>	<b>13,0</b>	<b>16,8</b>	<b>17,6</b>
I00 - I99 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	7,2	6,9	6,8	4,6	4,5	4,4	5,6	4,6	4,4	5,6	5,3	5,1
J00 - J99 Krankheiten des Atmungssystems	12,0	12,5	14,0	15,5	15,7	17,2	15,5	16,7	19,0	16,2	14,6	16,0
K00 - K93 Krankheiten des Verdauungssystems	6,6	6,5	6,2	6,8	6,6	6,2	7,2	7,3	6,8	7,3	6,5	6,1
M00 - M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	25,2	24,2	23,0	26,7	26,3	25,5	22,6	21,7	20,8	23,3	23,7	23,0
S00 - T98 Verletzungen und Vergiftungen	13,2	12,6	12,3	15,4	14,1	13,5	14,4	14,1	13,6	8,8	8,1	8,0

Quelle: Gesundheitsreport der jeweiligen Krankenkassen, beschäftigte Pflichtmitglieder

**Tabelle:** Anteile der AU-Tage Pflichtversicherter aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen 2009 in Deutschland nach Versichertengruppen und Geschlecht

Versichertengruppe	BKK		
	AU-Tage in %		
	insgesamt	männlich	weiblich
Pflichtversicherte Arbeiter	7,4	6,4	11,9
Pflichtversicherte Angestellte	14,5	12,6	15,6
Freiwillig versicherte Mitglieder	9,9	9,2	14,1
Teilzeitbeschäftigte	12,6	9,9	13,0
Arbeitslose	25,0	20,8	29,8
<b>Pflichtversicherte insgesamt</b>	<b>11,4</b>	<b>8,6</b>	<b>14,8</b>

Quelle: Gesundheitsreport 2010 der BKK, Pflichtversicherte nach § 5 SGB V bzw. § 2 KVLG 1989

**Tabelle:** Anteile der AU-Tage beschäftigter Pflichtmitglieder aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen 2009 in Deutschland nach Branchen und Geschlecht

Branche	BKK		
	AU-Tage in %		
	insgesamt	männlich	weiblich
Gesundheits- u. Sozialwesen	15,2	15,1	15,2
Kredit- und Versicherungsgewerbe	14,4	15,2	14,1
Kultur, Sport und Unterhaltung	14,4	9,7	18,3
Informationsdienstleistungen	14,3	12,5	16,3
Erziehung und Unterricht	14,1	12,0	14,8
Verlage und Medien	13,2	8,6	15,4
Öffentliche Verwaltung	12,5	9,3	14,5
Telekommunikation	12,2	11,5	14,3
Dienstleistungen	12,1	9,3	14,6
Gastgewerbe	11,6	10,7	12,1
Handel	11,3	8,4	13,6
Textil, Bekleidung, Leder	10,9	8,5	13,1
Holz, Papier, Druck	8,8	7,2	13,9
Verkehr	8,6	7,6	12,3
Nahrung, Genuss	8,3	6,1	10,5
Postdienste	8,3	7,6	8,7
Chemie	8,2	7,1	11,3
Energie- und Wasserwirtschaft	8,2	6,6	12,4
Metallerzeugung/ -verarbeitung	7,3	6,3	11,3
Glas, Keramik, Steine/Erden	7,0	6,1	11,4
Baugewerbe	5,1	4,2	14,0
<b>Beschäftigte Pflichtmitglieder insgesamt</b>	<b>10,7</b>	<b>7,9</b>	<b>13,9</b>

Quelle: Gesundheitsreport 2010 der BKK, beschäftigte Pflichtmitglieder

Die Techniker Krankenkasse (TK) beziffert die Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2009 aufgrund psychischer Erkrankungen auf durchschnittlich 39,3 Tage. Diese nehmen damit hier sogar den ersten Rang vor den Neubildungen mit durchschnittlich 35,1 Tagen ein. Der Arbeitsunfähigkeitsanteil betrug im Jahr 2009 für psychische Erkrankungen 14,2 % nach 13,3 % im Jahr 2008 und 13,5 % im Jahr 2004. Die TK veröffentlicht die Angaben allein für alle Erwerbspersonen. Somit ist hier ein Vergleich beider Angaben, wie bei der BKK, leider nicht möglich.

Die BKK, die DAK und die TK haben auch Zahlen für Sachsen-Anhalt veröffentlicht. Diese beziehen sich jedoch auf alle Erwerbspersonen. Auffallend ist, dass die psychischen Erkrankungen sowohl bei der BKK, der DAK als auch bei der TK in Sachsen-Anhalt anteilig niedriger sind als bundesweit. So fiel der Anteil psychischer Erkrankungen an allen Fehltagen im Jahr 2009 bei der BKK um 18,4 %, bei der DAK um 36,1 % und bei der TK um 26,6 % geringer aus als in ganz Deutschland.

Im Gegensatz dazu wurden in Sachsen-Anhalt für die Krankheiten des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems höhere Anteile an Arbeitsunfähigkeitstagen ermittelt. So fiel der Anteil bei Krankheiten des Verdauungssystems bei der DAK um 13,2 % und bei der TK um 24,6 % höher aus als im bundesdeutschen Durchschnitt. Allein bei der BKK waren diese Anteile im Jahr 2009 nahezu gleich. In den Jahren zuvor waren

allerdings auch bei der BKK höhere Anteile für diese Krankheiten erkennbar.

Dennoch steigen die Werte auch in Sachsen-Anhalt stetig an. Bemerkenswert ist der auffallend konträr verlaufende Anteil zwischen psychischer und Verhaltensstörungen auf der einen Seite und den Krankheiten des Verdauungssystems auf der anderen Seite. Somit ist ein Zusammenhang bzw. Komorbidität beider Krankheitsgruppen durchaus feststellbar.

Die TK sowie die DAK beziffern für Deutschland insgesamt den Anteil depressiver Episoden (ICD-10: F32) mit 4,7 % bzw. 3,4 % an allen angefallenen Arbeitsunfähigkeitstagen des Jahres 2009. Depressive Episoden nahmen damit hier jeweils Rang 3 aller dreistelligen ICD-10-Diagnosen ein. Lediglich grippale Infekte (6,0 % bzw. 6,7 %) und Rückenschmerzen (5,2 % bzw. 6,7 %) zeichneten sich durch einen größeren Anteil aus.

Hierbei muss beachtet werden, dass die TK die Zahlen inklusive der Erwerbsuchenden angibt. Auch an dieser Tatsache dürften die etwas höheren Anteile für depressive Episoden bei der TK ursächlich sein. Ab dem Jahr 2006 werden diese Zahlen allerdings ohne die Empfänger von ALG-II veröffentlicht.

Für Sachsen-Anhalt ermittelte die TK im Jahr 2009 einen Anteil von nur 2,7 Prozent bei depressiven Episoden.

**Tabelle:** Anteile der AU-Tage beschäftigter Pflichtmitglieder in Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	DAK					
	AU-Tage in % je Jahr					
	2000	2002	2004	2006	2008	2009
C00 - D48 Neubildungen	3,3	3,5	3,8	3,2	3,0	2,9
<b>F00 - F99 Psychische und Verhaltensstörungen</b>	<b>4,4</b>	<b>5,6</b>	<b>6,0</b>	<b>6,9</b>	<b>7,8</b>	<b>6,9</b>
I00 - I99 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	7,5	6,9	6,9	6,2	5,4	5,5
J00 - J99 Krankheiten des Atmungssystems	19,8	18,9	17,4	16,9	18,1	20,8
K00 - K93 Krankheiten des Verdauungssystems	8,1	8,3	9,0	8,2	8,1	7,7
M00 - M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	20,7	21,7	21,3	21,6	21,1	21,6
S00 - T98 Verletzungen und Vergiftungen	16,4	16,2	15,5	16,9	15,7	14,5
Übrige	19,8	18,9	20,1	20,1	20,8	20,1

Quelle: Gesundheitsreport der DAK, beschäftigte Pflichtmitglieder

**Tabelle:** Anteile der AU-Tage Pflichtversicherter 2004 und 2008, 2009 in Deutschland

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	BKK			TK <sup>1)</sup>		
	AU-Tage in % je Jahr					
	2004	2008	2009	2004	2008	2009
C00 - D48 Neubildungen	3,2	3,7	3,8	5,3	4,2	4,0
<b>F00 - F99 Psychische und Verhaltensstörungen</b>	<b>9,2</b>	<b>10,9</b>	<b>11,4</b>	<b>13,5</b>	<b>13,3</b>	<b>14,2</b>
I00 - I99 Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems	4,7	4,5	4,4	6,6	4,6	4,4
J00 - J99 Krankheiten des Atmungssystems	14,8	15,1	16,7	12,8	16,1	17,4
K00 - K93 Krankheiten des Verdauungssystems	6,7	6,5	6,1	5,1	6,7	6,1
M00 - M99 Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems	27,0	26,6	25,7	19,6	19,8	19,3
S00 - T98 Verletzungen und Vergiftungen	15,2	13,7	13,2	13,1	12,7	12,4
Übrige	19,2	19,0	18,7	24,0	22,6	22,2

Quelle: Gesundheitsreport der jeweiligen Krankenkassen, Pflichtversicherte nach § 5 SGB V bzw. § 2 KVLG 1989

<sup>1)</sup> ab dem Jahr 2006 ohne ALG-II - Empfänger

**Tabelle:** Anteile der AU-Tage Pflichtversicherter je Krankenkasse 2004 und 2008, 2009 in Sachsen-Anhalt

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	BKK			TK <sup>1)</sup>		
	AU-Tage in % je Jahr					
	2004	2008	2009	2004	2008	2009
C00 - D48 Neubildungen	3,7	4,2	4,9	5,7	4,5	4,3
<b>F00 - F99 Psychische und Verhaltensstörungen</b>	<b>6,6</b>	<b>8,4</b>	<b>9,3</b>	<b>8,9</b>	<b>8,8</b>	<b>8,8</b>
I00 - I99 Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems	6,4	6,8	6,6	6,2	5,7	6,2
J00 - J99 Krankheiten des Atmungssystems	15,2	15,4	16,9	15,3	17,8	20,0
K00 - K93 Krankheiten des Verdauungssystems	8,0	7,3	6,7	8,6	8,3	7,6
M00 - M99 Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems	24,4	25,0	24,3	17,4	18,9	18,2
S00 - T98 Verletzungen und Vergiftungen	16,3	14,6	13,9	15,5	13,2	12,7
Übrige	19,4	18,3	17,4	22,4	22,8	22,2

Quelle: Gesundheitsreport der jeweiligen Krankenkassen, Pflichtversicherte nach § 5 SGB V bzw. § 2 KVLG 1989

<sup>1)</sup> ab dem Jahr 2006 ohne ALG II - Empfänger

Seit 2002 nahmen nach Angaben der BKK die Anteile an Arbeitsunfähigkeitstagen in allen Bundesländern stetig zu. Besonders hoch ist dieser Anteil in allen Jahren in den Stadtstaaten

Hamburg und Berlin. Deutlich geringer sind die Krankschreibungen aufgrund dieser Erkrankung in den östlichen Bundesländern, obwohl gerade dort der Anteil der Arbeitslosen höher ist. Die Anteile

an Arbeitsunfähigkeitstagen bei Krankheiten des Verdauungssystems sind dafür in den östlichen Bundesländern höher als die in den westlichen. Allerdings haben von 2002 bis 2009 in Sachsen-Anhalt die Anteile an Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen um 66 %

zugenommen. Im Bundesdurchschnitt waren das dagegen nur knapp 36 % an Zunahme. Insofern ist in den nächsten Jahren eine Angleichung Sachsen-Anhalts an den Bundesdurchschnitt zu erwarten.

**Tabelle:** Anteile der AU-Tage Pflichtversicherter aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen 2002, 2004, 2006, 2008 und 2009 nach Bundesländern und Deutschland im Vergleich

Land	BKK				
	AU-Tage in % je Jahr				
	2002	2004	2006	2008	2009
Baden - Württemberg	8,1	9,3	9,7	10,4	10,9
Bayern	8,0	8,7	9,3	10,5	11,1
Berlin	11,1	12,6	12,5	13,2	13,0
Brandenburg	6,8	7,9	8,6	9,6	10,3
Bremen	7,5	9,2	9,1	10,1	12,1
Hamburg	12,8	15,6	16,5	16,9	16,4
Hessen	7,7	8,9	9,4	10,9	11,4
Mecklenburg - Vorpommern	6,1	7,8	8,2	9,4	9,5
Nordrhein - Westfalen	8,0	9,6	10,5	11,8	12,7
Niedersachsen	7,0	8,6	9,0	9,7	10,9
Rheinland - Pfalz	6,8	8,6	9,3	10,0	10,3
Saarland	8,8	10,5	11,5	11,8	12,3
Sachsen	6,7	8,2	9,1	9,7	9,7
<b>Sachsen - Anhalt</b>	<b>5,6</b>	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>	<b>8,4</b>	<b>9,3</b>
Schleswig - Holstein	9,4	11,0	11,8	13,0	13,1
Thüringen	5,6	6,7	7,4	8,5	8,8
<b>Deutschland</b>	<b>7,3</b>	<b>9,2</b>	<b>9,8</b>	<b>10,9</b>	<b>11,4</b>

Quelle: Gesundheitsreport der BKK, Pflichtversicherte nach § 5 SGB V bzw. § 2 KVLG 1989

## 5. Krankenhausfälle durch psychische Erkrankungen

Im Jahr 2009 wurden laut Diagnosedaten der Krankenhausstatistik 614 157 Männer und Frauen Sachsen-Anhalts in deutschen Krankenhäusern behandelt. Den größten Anteil der Behandlungsfälle nehmen nach wie vor die Krankheiten des Kreislaufsystems mit 15,9 % ein. An zweiter Stelle folgten die Behandlungsfälle aufgrund von Neubildungen mit 10,9 % und an dritter Stelle die Krankheiten des Verdauungssystems mit 10,0 %. Erst an siebenter Stelle traten mit 5,8 % die psychischen und Verhaltensstörungen, allerdings mit zunehmender Tendenz und mit der längsten Verweildauer in den Krankenhäusern, in Erscheinung. Allein die durchschnittliche Verweildauer betrug hier 20,7 Tage. Die durchschnittliche

Verweildauer aller Behandlungsfälle schlug im Gegensatz dazu mit lediglich 8,1 Tagen zu Buche.

Damit nahm die Summe der Pfl egetage für Patienten aus Sachsen-Anhalt aufgrund eines psychischen Leidens mit über 14,9 % aller im Jahr 2009 angefallenen Pfl egetage den zweiten Rang nach den Krankheiten des Kreislaufsystems mit über 17,0 % ein. Für das Jahr 2009 nahmen die Patienten aus Sachsen-Anhalt insgesamt gut 4,9 Millionen Pfl egetage in Anspruch.

**Tabelle:** Krankenhausfälle 2000 bis 2009 in Deutschland nach je 100 000 der mittleren Bevölkerung, Pflegetagen und durchschnittlicher Verweildauer

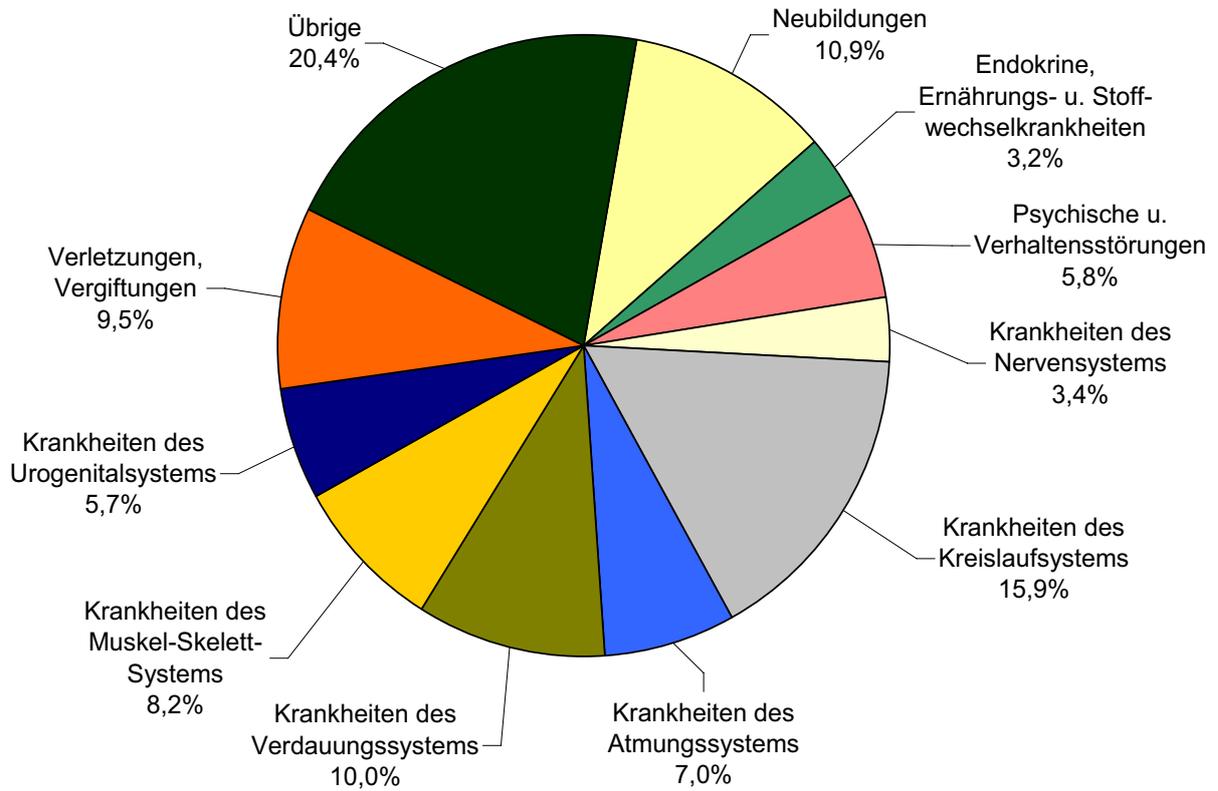
Jahr	Diagnosen und Behandlungsanlässe (A00 - T98, Z00 - Z99)			Psychische und Verhaltensstörungen (F00 - F99)				
	Fälle		Pflege tage		Fälle		Pflege tage	
	je 100 000 der Bevölkerung	Anzahl	durch- schnittliche Verweil- dauer	je 100 000 der Bevölkerung	Anzahl	Anteil in % aller Pflege- tage	durch- schnittliche Verweil- dauer	
2000	20 818	165 775 602	9,7	1 109	21 614 554	13,0	23,7	
2001	20 869	162 179 638	9,4	1 185	22 095 896	13,6	22,6	
2002	21 012	160 974 479	9,3	1 191	22 321 044	13,9	22,7	
2003	20 897	154 788 252	9,0	1 199	22 630 262	14,6	22,9	
2004	20 799	147 601 883	8,6	1 230	21 743 845	14,7	21,4	
2005	20 580	145 553 062	8,6	1 264	21 752 817	14,9	20,9	
2006	20 735	144 330 817	8,5	1 279	22 009 165	15,2	20,9	
2007	21 270	145 564 587	8,3	1 325	22 663 751	15,6	20,8	
2008	21 760	145 258 620	8,1	1 369	22 861 653	15,7	20,3	
2009	22 212	145 608 642	8,0	1 402	23 373 055	16,1	20,4	

Quelle: Statistisches Bundesamt

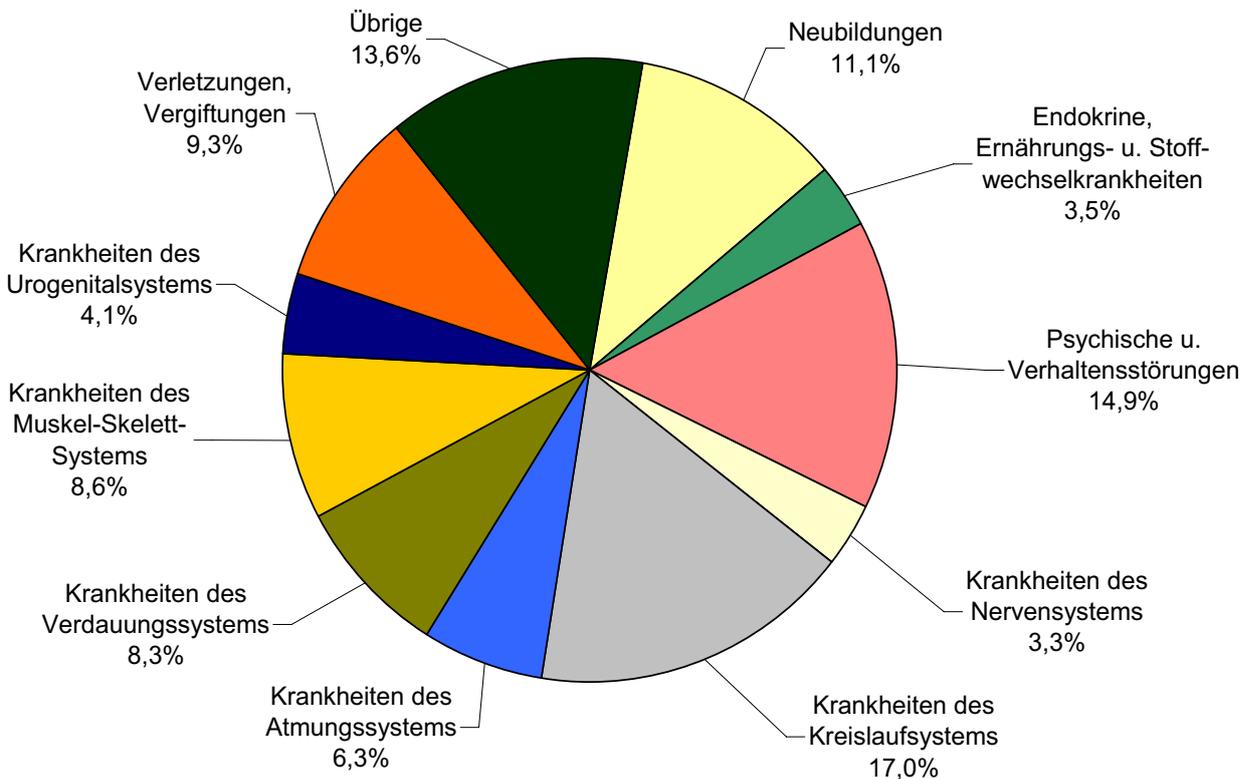
**Tabelle:** Krankenhausfälle 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach je 100 000 der mittleren Bevölkerung, Pflegetagen und durchschnittlicher Verweildauer

Jahr	Diagnosen und Behandlungsanlässe (A00 - T98, Z00 - Z99)				Psychische und Verhaltensstörungen (F00 - F99)				
	Fälle		Pflege tage		Fälle		Pflege tage		
	Anzahl	je 100 000 der Bevölke- rung	Anzahl	durch- schnittliche Verweil- dauer	Anzahl	je 100 000 der Bevölke- rung	Anzahl	Anteil in % aller Pflege- tage	durch- schnittliche Verweil- dauer
2000	606 621	23 039	5 711 781	9,4	31 772	1 207	661 670	11,6	20,8
2001	607 426	23 377	5 618 858	9,3	32 279	1 242	677 196	12,1	21,0
2002	555 566	21 661	5 060 287	9,1	30 292	1 181	676 375	13,4	22,3
2003	599 476	23 644	5 355 098	8,9	32 298	1 274	701 497	13,1	21,7
2004	596 820	23 780	5 201 011	8,7	32 565	1 298	692 827	13,3	21,3
2005	588 600	23 710	5 101 035	8,7	34 034	1 371	694 949	13,6	20,4
2006	587 734	23 933	5 034 136	8,6	34 392	1 400	703 453	14,0	20,5
2007	603 651	24 866	5 028 549	8,3	34 755	1 432	702 135	14,0	20,2
2008	608 146	25 367	4 938 226	8,1	35 115	1 465	705 001	14,3	20,1
2009	614 157	25 936	4 902 410	8,0	35 407	1 495	731 484	14,9	20,7

**Grafik:** Anteil der Krankenhausfälle nach Diagnosen in Sachsen-Anhalt 2009



**Grafik:** Anteil der Krankenhauspflegetage nach Diagnosen in Sachsen-Anhalt 2009



**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in Sachsen-Anhalt nach Diagnosen und Geschlecht im Zeitvergleich

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Geschl.	Krankenhausfälle					
		2000	2002	2004	2006	2008	2009
A00 - T98, Z00 - Z99 Alle Diagnosen/ Behandlungsanlässe	i	606 621	555 566	596 820	587 734	608 146	614 157
	m	277 138	257 024	279 497	280 033	290 529	293 770
	w	329 483	298 541	317 323	307 701	317 617	320 387
A00 - T98 Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	i	605 447	536 368	578 699	569 742	588 661	597 163
	m	276 779	248 283	270 823	270 800	280 807	284 963
	w	328 668	288 085	307 876	298 942	307 854	312 200
F00 - F99 Psychische und Verhal- tensstörungen	i	31 772	29 700	32 565	34 392	35 115	35 407
	m	19 172	17 522	18 599	20 108	20 324	20 330
	w	12 600	12 178	13 966	14 284	14 791	15 077
F00 - F09 Organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen	i	2 191	2 848	3 423	3 544	3 802	4 015
	m	883	1 086	1 316	1 444	1 575	1 683
	w	1 308	1 762	2 107	2 100	2 227	2 332
F10 - F19 Psychische u. Verhal- tensstörungen d. psy- chotrope Substanzen	i	13 521	12 126	11 994	13 551	14 106	14 168
	m	11 226	9 932	9 742	11 069	11 319	11 278
	w	2 295	2 194	2 252	2 482	2 787	2 890
F20 - F29 Schizophrenie, schizo- type u. wahnhafte Störungen	i	3 211	3 040	3 264	3 238	3 129	3 148
	m	1 530	1 541	1 658	1 655	1 562	1 542
	w	1 681	1 499	1 606	1 583	1 567	1 606
F30 - F39 Affektive Störungen	i	4 134	4 447	5 054	5 114	5 488	5 469
	m	1 402	1 585	1 722	1 812	1 865	1 921
	w	2 732	2 862	3 332	3 302	3 623	3 548
F40 - F48 Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	i	4 449	4 261	4 937	5 142	4 913	4 824
	m	1 834	1 721	2 021	2 101	1 955	1 854
	w	2 615	2 540	2 916	3 041	2 958	2 970
F50 - F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen u. Faktoren	i	502	545	536	542	396	401
	m	101	119	131	135	92	94
	w	401	426	405	407	304	307
F60 - F69 Persönlichkeits- u. Verhaltensstörungen	i	1 114	907	1 014	974	949	966
	m	608	421	466	404	376	345
	w	506	486	548	570	573	621
F70 - F79 Intelligenzminderung	i	(30)	538	528	572	493	512
	m	(18)	335	336	307	318	300
	w	(12)	203	192	265	175	212
F80 - F89 Entwicklungsstörungen	i	124	144	143	164	159	126
	m	78	89	105	104	95	84
	w	46	55	38	60	64	42
F90 - F98 Verhaltens- u. emotio- nale Störungen mit Beginn in der Kindheit	i	1 427	1 424	1 661	1 548	1 672	1 773
	m	1 018	996	1 098	1 075	1 162	1 226
	w	409	428	563	473	510	547
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	i	(1 069)	12	11	3	8	5
	m	(474)	8	4	2	5	3
	w	(595)	4	7	1	3	2

## 6. Rentenzugänge durch psychische Erkrankungen

Zu wichtigen sozialen und ökonomischen Folgen zählen auch Erwerbsunfähigkeit aufgrund von Krankheit oder Behinderung. Die Einschränkung oder der Verlust der Fähigkeit, den Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit verdienen zu können, wird als Minderung der Erwerbsfähigkeit bezeichnet.

net. Erwerbsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, regelmäßig eine Erwerbstätigkeit auszuüben oder mehr als nur geringfügige Einkünfte zu erzielen (SGB VI).

**Tabelle:** Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2008 in Sachsen-Anhalt nach Diagnosen und Geschlecht

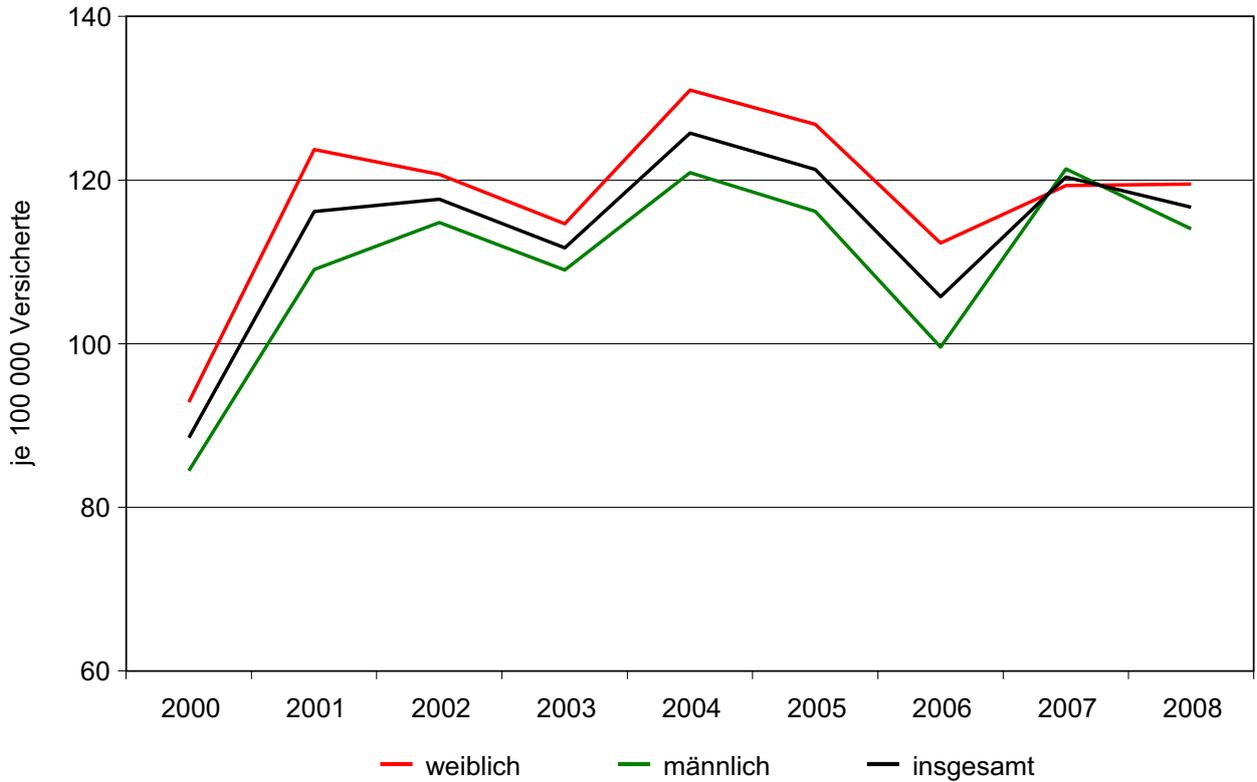
Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibliche aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männliche aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
<b>Insgesamt</b>	<b>2 209</b>	<b>378,8</b>	<b>3 142</b>	<b>506,7</b>	<b>5 351</b>	<b>444,7</b>
dar.						
C00 - D48 Neubildungen	463	79,4	532	85,8	995	82,7
<b>F00 - F99 Psychische und Verhaltensstörungen</b>	<b>697</b>	<b>119,5</b>	<b>707</b>	<b>114,0</b>	<b>1 404</b>	<b>116,7</b>
dar.						
F10 Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol	55	9,4	270	43,5	325	27,0
F11 - F19 Psychischen und Verhaltensstörungen durch sonstige psychotrope Substanzen	3	0,5	7	1,1	10	0,8
F20 - F29 Schizophrenie	83	14,2	99	16,0	182	15,1
F30 - F39 Affektive Störungen	258	44,2	101	16,3	359	29,8
I00 - I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	207	35,5	590	95,2	797	66,2
J00 - J99 Krankheiten des Atmungssystems	45	7,7	84	13,5	129	10,7
K00 - K93 Krankheiten des Verdauungssystems	41	7,0	115	18,5	156	13,0
M00 - M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	364	62,4	510	82,3	874	72,6

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung)

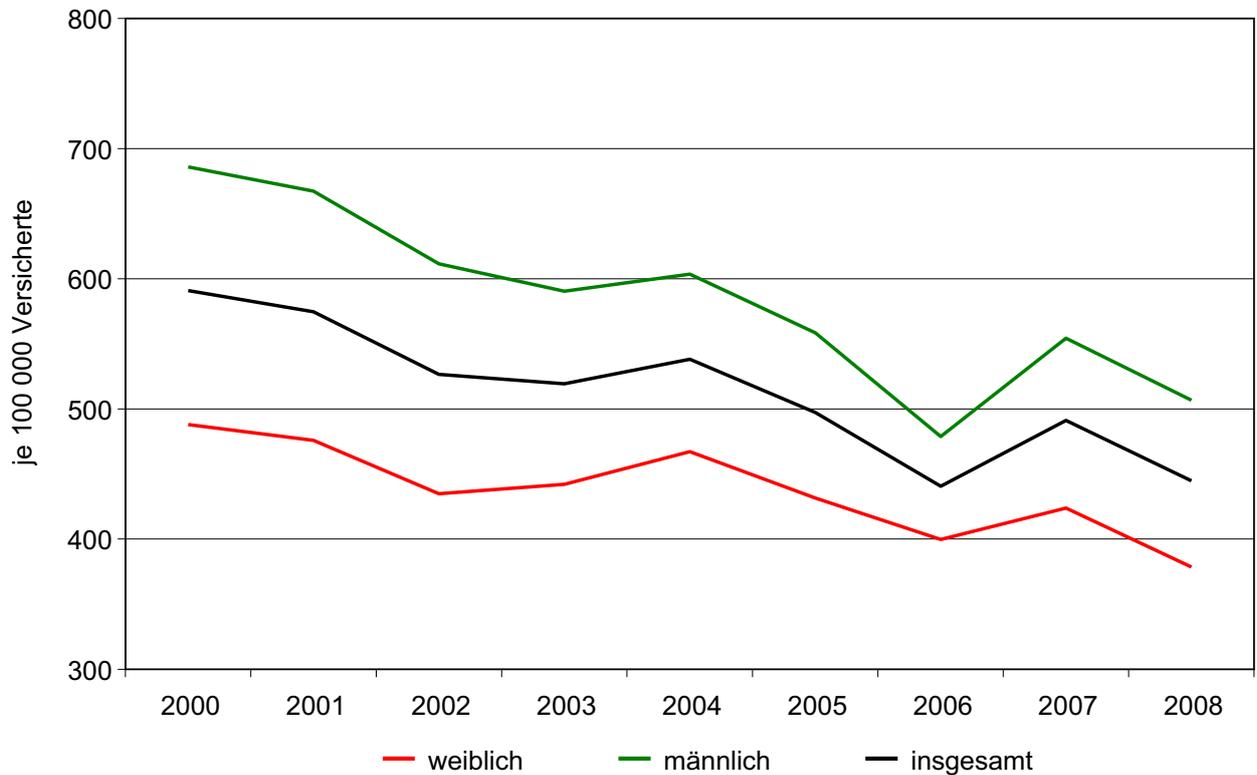
Frühverrentung aufgrund psychischer Erkrankungen wie Depression, Schizophrenie oder einer bipolaren Störung haben in den letzten Jahren dramatisch zugenommen und sind inzwischen Hauptgrund dafür. Fast jede dritte Frau aus Sachsen-Anhalt, die in den letzten Jahren wegen verminderter Erwerbsfähigkeit eine Rente erhält,

bekommt diese mittlerweile aufgrund psychischer Erkrankungen. Bei den Männern ist das knapp jeder fünfte. Sehr auffällig ist, dass im Allgemeinen immer weniger Erwerbspersonen frühverrentet werden, hingegen die Rentenzugänge wegen psychischer Erkrankungen steigen.

**Grafik:** Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen 2000 bis 2008 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht



**Grafik:** Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt 2000 bis 2008 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung)

Ebenso auffallend erweist sich der geschlechtsspezifische Unterschied. So werden mehr Frauen je 100 000 aktiv Versicherte durch psychische Erkrankungen frühverrentet als Männer. Bezogen

auf alle Diagnosen werden allerdings mehr Männer wegen verminderter Erwerbsfähigkeit der Rente zugeführt.

**Tabelle:** Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol bzw. Affektiven Störungen 2000 bis 2008 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht

Jahre	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von:							
	Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)				Affektiven Störungen (F30 - F39)			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte
2000	43	6,8	222	32,3	181	28,6	75	10,9
2001	52	8,5	251	38,3	214	34,9	84	12,8
2002	59	9,6	279	42,2	233	38,1	92	13,9
2003	41	6,8	242	37,1	207	34,5	98	15,0
2004	52	8,8	278	43,3	227	38,5	110	17,1
2005	50	8,4	238	37,1	253	42,4	143	22,3
2006	32	5,4	218	34,1	232	38,9	126	19,7
2007	47	7,9	265	42,0	277	46,7	129	20,5
2008	55	9,4	270	43,5	258	44,2	101	16,3

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung)

**Tabelle:** Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen 2000 bis 2008 zusammengefasst in Sachsen-Anhalt nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter in Jahren	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von:							
	Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)		Störungen d. sonst. psychotrope Substanzen (F11 - F19)		Schizophrenie, schizotypische Störungen (F20 - F29)		Affektiven Störungen (F30 - F39)	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
unter 35	11	57	2	17	181	289	64	21
35 - 40	48	197	2	5	140	140	104	46
40 - 45	77	397	2	3	172	126	208	87
45 - 50	91	580	6	1	172	111	342	153
50 - 55	119	588	6	11	137	96	602	251
55 - 60	81	402	7	5	89	56	734	354
60 und mehr	4	42	1	-	2	12	28	46
<b>Insgesamt</b>	<b>431</b>	<b>2 263</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>893</b>	<b>830</b>	<b>2 082</b>	<b>958</b>

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung)

Für Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von psychischen Störungen stehen insbesondere die Alkoholabhängigkeit und die affektiven Störungen.

Signifikant ist auch der geschlechtsspezifische Unterschied bei der Frühverrentung. Während Alkoholabhängigkeit eher bei Männern zu Frühverrentungen führt, so sind es bei den Frauen überwiegend die affektiven Störungen. Bei beiden Geschlechtern nahm jedoch die Frühverrentung bei den psychischen Störungen aufgrund von einer Alkoholabhängigkeit um etwa ein Drittel bezogen auf je 100 000 aktiv Versicherte ab dem Jahr 2000 zu.

Eine deutliche Zunahme der Frühverrentung ist auch aufgrund von affektiven Störungen zu verzeichnen. So nahm diese bei den Frauen um mehr als ein Drittel zu. Bei den Männern stieg der Anteil um 50 % je 100 000 aktiv versicherte Männer.

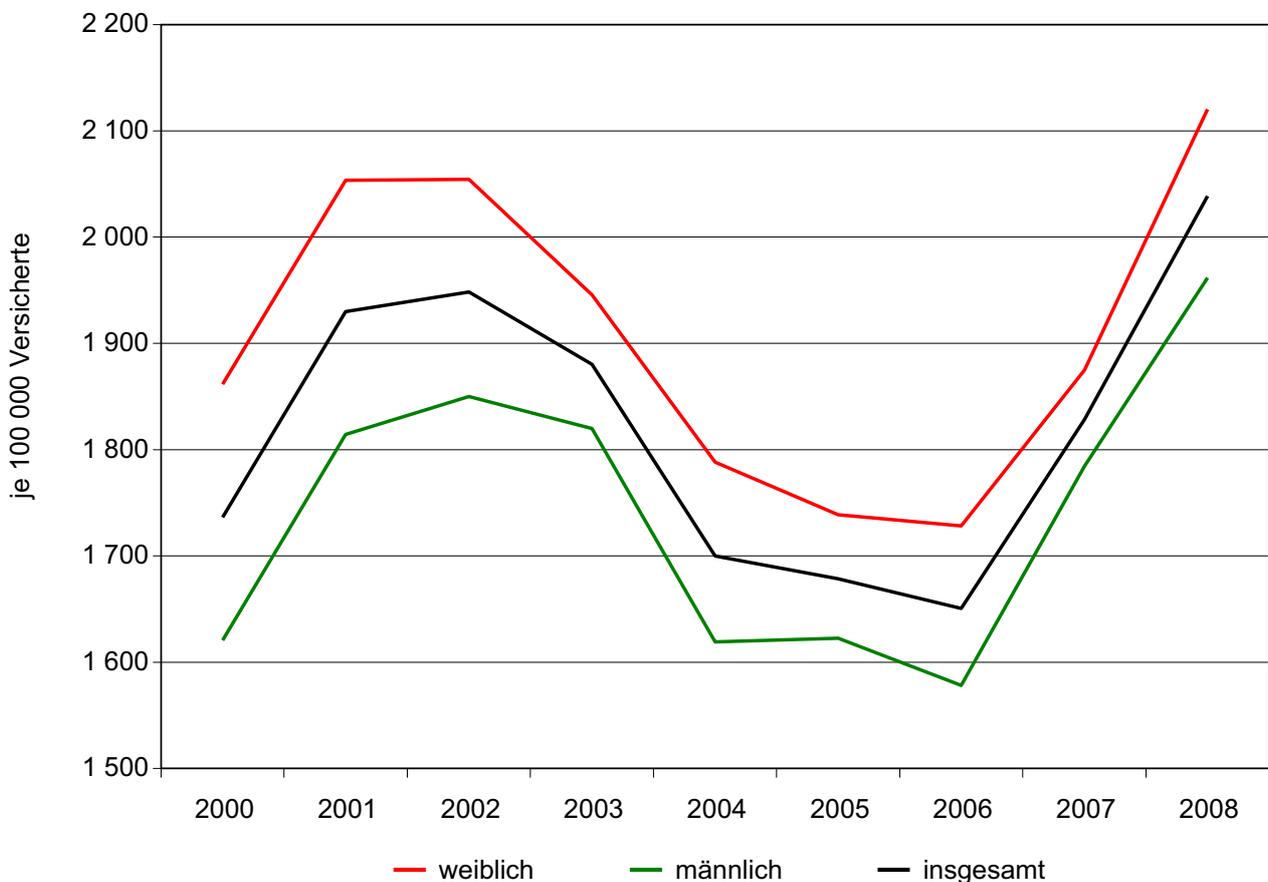
Betrachtet man die Altersgruppen, so stellt man fest, dass Schizophrenie bei unter 40-jährigen am häufigsten und psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol eher bei den 45 bis unter 55-jährigen zu Frühverrentungen unter den psychischen Leiden führt. Affektive Störungen führen hingegen mit zunehmendem Alter zu Frühverrentungen.

### 7. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund psychischer Erkrankungen

Um mitunter Frühverrentungen zu verhindern werden medizinische Leistungen zur Rehabilitation unter anderem von den Rentenversicherungsträgern erbracht. Diese haben zum Ziel, den Ver-

lust oder eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern. Rehabilitationsmaßnahmen dieser Art werden hauptsächlich ambulant erbracht.

**Grafik:** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe insgesamt 2000 bis 2008 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht (unter 65 Jahre)



Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe)

**Tabelle:** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe 2008 in Sachsen-Anhalt nach Diagnosen und Geschlecht (unter 65 Jahre)

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibliche aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männliche aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
<b>Insgesamt</b>	<b>12 366</b>	<b>2 120,5</b>	<b>12 163</b>	<b>1 961,7</b>	<b>24 529</b>	<b>2 038,6</b>
dar.						
C00 - D48 Neubildungen	2 104	360,8	1 449	233,7	3 553	295,3
<b>F00 - F99 Psychische und Verhaltensstörungen</b>	<b>1 853</b>	<b>317,7</b>	<b>1 673</b>	<b>269,8</b>	<b>3 526</b>	<b>293,0</b>
dar.						
F10 Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol	192	32,9	963	155,3	1 155	96,0
F11 - F19 Psychischen und Verhaltensstörungen durch sonstige psychotrope Substanzen	54	9,3	180	29,0	234	19,4
F20 - F29 Schizophrenie	22	3,8	29	4,7	51	4,2
F30 - F39 Affektive Störungen	704	120,7	161	26,0	865	71,9
I00 - I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	834	143,0	2 186	352,6	3 020	251,0
J00 - J99 Krankheiten des Atmungssystems	277	47,5	257	41,4	534	44,4
K00 - K93 Krankheiten des Verdauungssystems	142	24,3	184	29,7	326	27,1
M00 - M99 Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems	5 226	896,1	4 407	710,8	9 633	800,6

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe)

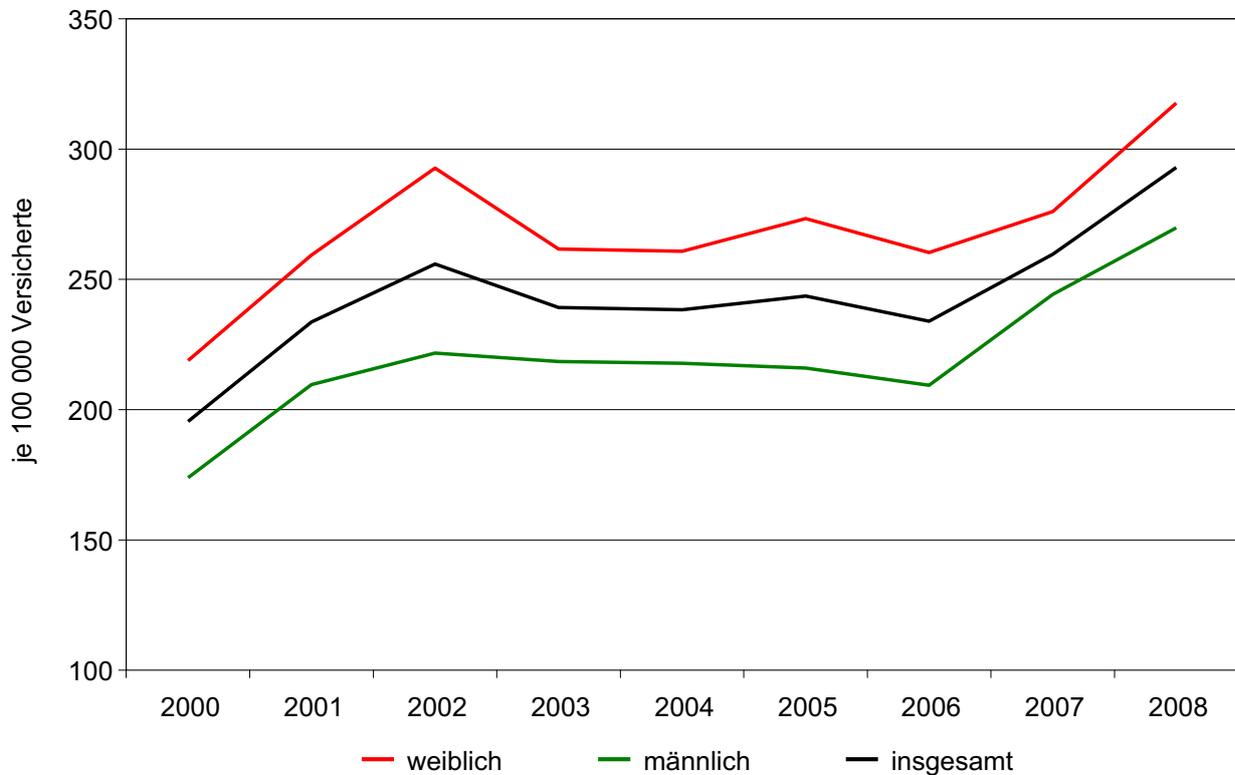
Insbesondere in den Jahren 2001 bis 2003 und ab 2007 wurden in Sachsen-Anhalt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe durch die deutsche Rentenversicherung erbracht.

Dabei nahmen Leistungen aufgrund psychischer Verhaltensstörungen hier ebenso zu, spielten aber in dieser Statistik bei weitem nicht eine so herausragende Rolle wie in der Krankenhausdiagnosestatistik oder der Statistik der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden fallen hier insbesondere Unterschiede in

den Altersgruppen auf. So sind in der Altersgruppe der unter 30-jährigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation infolge von Störungen durch sonstige psychotrope Substanzen, wie zum Beispiel Opioide, Cannabinoide oder Kokain, in der Hauptdiagnosegruppe der psychischen und Verhaltensstörungen signifikant hoch. Bei den 40 bis unter 60-jährigen sind unter dessen affektive Störungen, wie Depression, verbreiteter. Alkoholabhängigkeit ist in der Altersgruppe der 35 bis unter 55-jährigen häufig.

**Grafik:** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen 2000 bis 2008 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht (unter 65 Jahre)



Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe)

**Tabelle:** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol bzw. Affektiven Störungen 2000 bis 2008 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht (unter 65 Jahre)

Jahre	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von:							
	Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)				Affektiven Störungen (F30 - F39)			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte
2000	115	18,2	678	98,7	461	72,8	125	18,2
2001	118	19,2	769	117,3	485	79,1	135	20,6
2002	149	24,3	845	127,8	542	88,5	129	19,5
2003	131	21,8	810	124,2	544	90,7	128	19,6
2004	138	23,4	778	121,1	516	87,4	153	23,8
2005	153	25,7	755	117,6	572	95,9	158	24,6
2006	149	25,0	749	117,3	574	96,4	132	20,7
2007	162	27,3	845	134,0	599	101,1	179	28,4
2008	192	32,9	963	155,3	704	120,7	161	26,0

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe)

**Tabelle:** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von psychischen und Verhaltensstörungen 2000 bis 2008 zusammengefasst in Sachsen-Anhalt nach Altersgruppen und Geschlecht (unter 65 Jahre)

Alter in Jahren	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von:							
	Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)		Störungen d. sonst. psychotrope Substanzen (F11 - F19)		Schizophrenie, schizotype Störungen (F20 - F29)		Affektiven Störungen (F30 - F39)	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
unter 30	70	419	173	837	42	107	133	37
30 - 35	80	573	9	94	33	31	185	42
35 - 40	206	1 186	14	59	40	50	523	97
40 - 45	328	1 768	21	41	46	46	824	173
45 - 50	301	1 613	13	17	46	28	1 102	272
50 - 55	221	1 129	17	8	27	20	1 196	326
55 - 60	93	478	11	9	16	12	899	288
60 und mehr	8	26	1	0	1	1	135	65
<b>Insgesamt</b>	<b>1 307</b>	<b>7 192</b>	<b>259</b>	<b>1 065</b>	<b>251</b>	<b>295</b>	<b>4 997</b>	<b>1 300</b>

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe)

## 8. Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

Eine psychotrope Substanz ist ein die Psyche des Menschen beeinflussender Stoff. Man spricht auch von einer psychoaktiven Substanz, da diese Veränderungen der Psyche und des Bewusstseins eines Menschen zur Folge hat. Psychotrope Substanzen können sowohl anregend, enthemmend oder beruhigend wirken, als auch mit einem

stark veränderten Denk- und Wahrnehmungsvermögen einhergehen. Der Konsum psychotroper Substanzen kann zu gesundheitlichen Schäden und Abhängigkeit führen. Die Abhängigkeit kann sich sowohl auf einzelne Stoffe als auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen beziehen.

### 8.1. Alkoholabhängigkeit und deren Folgen

Alkoholabhängigkeit gilt neben dem Rauchen als weit verbreitet und gehört somit auch zu einer der folgeschwersten Suchtkrankheiten.

Alkoholkonsum ist in unserer Gesellschaft legitim. Bier, Wein oder Sekt sind leicht erhältlich und gehören einfach zum Leben dazu. In vielen Situationen wird deren Konsum geradezu erwartet.

Die Grenze, an der Genuss aufhört und Sucht anfängt, ist fließend. Mäßiger Alkoholgenuss muss nicht gleich zur Alkoholabhängigkeit führen. Die Krankheit kommt daher meist schleichend und oft auch unbewusst. Erst nach mehreren Jahren des regelmäßigen Konsums, wird ein Punkt erreicht, an dem der Konsument feststellt, dass er nicht mehr ohne die Droge Alkohol auskommt.

Alkoholmissbrauch ist ein schädlicher Gebrauch mit Folgeschäden auf körperlichem und psychosozialen Gebiet. Alkohol kann Änderungen des Verhaltens wie zum Beispiel Aggression oder

grundlose Euphorie und Selbstüberschätzung hervorrufen. Außerdem können die eigene Wahrnehmungsfähigkeit sowie die Gedächtnisleistung stark eingeschränkt sein.

Alkohol verlangsamt den Transport von Informationen sowohl an den einzelnen Körnernerven, als auch im Gehirn. Nicht ohne Grund ist deswegen das Führen von Kraftfahrzeugen unter Alkoholeinfluss untersagt.

Alkohol bremst außerdem das Hormon, welches dafür sorgt, dass die Niere nicht zu viel Wasser und Salze ausscheidet. Wird Alkohol in großen Mengen konsumiert, so kommt es zur vermehrten Ausscheidung von Salzen und Wasser und dadurch zu schweren Vergiftungserscheinungen mit herabgesetztem Bewusstsein bis hin zum Koma, zu Übelkeit und Erbrechen sowie zu Kreislaufstörungen.

Der erste Schritt auf dem Weg in die Abhängigkeit ist die Gewöhnung des Körpers an die regelmäßige Alkoholzufuhr. Dabei müssen immer größere Alkoholmengen aufgenommen werden, um die gleiche Rauschwirkung zu erzielen. Elvin Morton Jellinek (1960) unterschied zwischen unterschiedlichen Trinkgewohnheiten und Abhängigkeitsgraden:

- Der Alpha-Trinker, auch Konflikttrinker genannt, benötigt zur Bewältigung psychischer und körperlicher Probleme größere Mengen Alkohol. Dabei kommt es zur Entspannung. Er ist psychisch abhängig.
- Der Beta-Trinker trinkt nur zu bestimmten Anlässen im Übermaß wie auf Festen oder im Urlaub. Solche Gelegenheitstrinker sind nicht alkoholabhängig, dennoch wird die Gesundheit gefährdet.
- Der Gamma-Trinker kann die Höhe seines Alkoholkonsums nicht mehr steuern. Zwar kann dieser kurze Zeit auf Alkohol verzichten, doch seine psychische Alkoholabhängigkeit geht zunehmend durch immer größere Alkoholmengen in eine körperliche über.
- Der Delta-Trinker, auch Spiegeltrinker genannt, trinkt kontinuierlich und erlebt dabei meist keine Rauschzustände mehr. Er ist körperlich abhängig, da es bei fallendem Blutalkoholspiegel rasch zu Entzugserscheinungen kommt.
- Der Epsilon-Trinker trinkt zu besonderen Gelegenheiten oder Konfliktsituationen. Im Gegensatz zum Beta-Trinker verfällt er aber in mehrtägige Trinkexzesse mit enormem Alkoholverbrauch. Dieser ist psychisch abhängig, trotzdem kann er wochen- oder monatelang abstinenter bleiben.

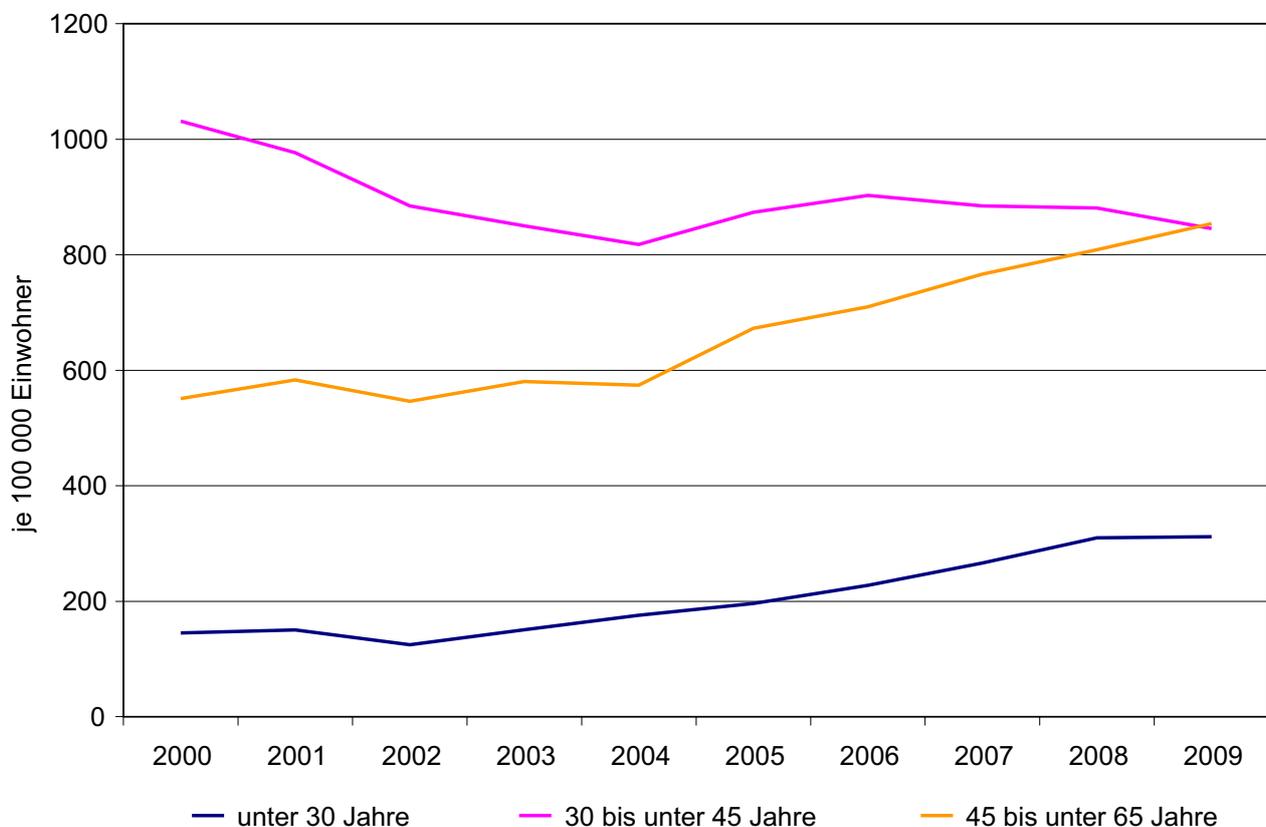
**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in Sachsen-Anhalt nach Diagnosen und Geschlecht im Zeitvergleich

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Geschl.	Krankenhausfälle					
		2000	2002	2004	2006	2008	2009
F10 - F19 Psychische u. Verhaltensstörungen d. psychotrope Substanzen	i	13 521	12 126	11 994	13 551	14 106	14 168
	m	11 226	9 932	9 742	11 069	11 319	11 278
	w	2 295	2 194	2 252	2 482	2 787	2 890
dar. F10 Psychische u. Verhaltensstörungen d. Alkohol	i	11 871	10 574	10 248	11 621	12 429	12 536
	m	10 062	8 839	8 498	9 647	10 097	10 140
	w	1 809	1 735	1 750	1 974	2 332	2 396
F11 Psychische u. Verhaltensstörungen d. Opioide	i	508	598	622	683	593	540
	m	386	430	423	492	432	348
	w	122	168	199	191	161	192
F12 Psychische u. Verhaltensstörungen d. Cannabinoide	i	170	131	220	242	224	196
	m	146	110	197	206	200	180
	w	24	21	23	36	24	16
F13 Psychische u. Verhaltensstörungen d. Sedativa oder Hypnotika	i	171	155	174	184	172	193
	m	77	61	77	72	66	81
	w	94	94	97	112	106	112
F14 Psychische u. Verhaltensstörungen d. Kokain	i	25	24	26	26	32	15
	m	20	20	22	19	16	11
	w	5	4	4	7	16	4
F15 Psychische u. Verhaltensstörungen d. andere Stimulanzien, einschl. Koffein	i	37	25	28	40	46	67
	m	19	18	17	24	32	45
	w	18	7	11	16	14	22
F16 Psychische u. Verhaltensstörungen d. Halluzinogene	i	40	19	17	12	13	5
	m	30	12	10	8	6	1
	w	10	7	7	4	7	4
F19 Psychische u. Verhaltensstörungen d. multiplen Substanzgebrauch	i	680	569	647	729	587	603
	m	471	428	491	589	464	462
	w	209	141	156	140	123	141

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Jahr	Krankenhausfälle								
	insges.	männl.	weibl.	darunter in den Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren					
				männl. 0 - 30 Jahre	weibl. 0 - 30 Jahre	männl. 30 - 45 Jahre	weibl. 30 - 45 Jahre	männl. 45 - 65 Jahre	weibl. 45 - 65 Jahre
2000	11 871	10 062	1 809	905	275	5 567	776	3 371	652
2001	11 674	9 822	1 852	894	280	5 079	800	3 585	658
2002	10 424	8 719	1 705	710	235	4 425	751	3 315	636
2003	10 531	8 782	1 749	844	273	4 107	703	3 506	671
2004	10 248	8 498	1 750	942	328	3 783	648	3 432	662
2005	11 324	9 432	1 892	1 071	334	3 937	694	4 048	731
2006	11 621	9 647	1 974	1 204	370	3 789	680	4 212	795
2007	12 115	9 819	2 296	1 351	433	3 542	656	4 419	1 021
2008	12 429	10 097	2 332	1 489	520	3 364	631	4 778	1 003
2009	12 536	10 140	2 396	1 464	491	3 091	663	5 061	1 061

**Grafik:** Krankenhausfälle je 100 000 der mittleren Bevölkerung aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach ausgewählten Altersgruppen



In Sachsen-Anhalt nahmen die Behandlungsfälle in den Krankenhäusern aufgrund psychischer und

Verhaltensstörungen durch Alkohol in den letzten Jahren wieder zu. Bemerkenswert sind dabei,

abgesehen von der Tatsache, dass rund 80 % dieser Patienten Männer sind, die unterschiedlichen Anteile und Entwicklungen in den Altersgruppen.

Bis einschließlich 2008 nahm die Altersgruppe der 30 bis unter 45-jährigen den größten Anteil aller an diesem Leiden Behandelte ein. Allerdings war in den vergangenen Jahren in dieser Gruppe eine leicht abnehmende Tendenz der Krankenhaufälle zu verzeichnen. So wurden im Jahr 2000 insgesamt 6 343 Männer und Frauen dieser Altersgruppe in Krankenhäusern Sachsen-Anhalts versorgt und im Jahr 2009 nur noch 3 754. Hingegen

nahm in den letzten fünf Jahren der Anteil in der Altersgruppe der 45 bis unter 65-jährigen stetig zu. So wurden im Jahr 2000 insgesamt 4 023 Sachsen-Anhalter aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol in Krankenhäusern versorgt. Im Jahr 2009 stellte deren Gruppe erstmals mit 6 122 behandelten Einwohnern sogar den größten Anteil. Wenn auch nicht ganz so stark wie in der Altersgruppe der 45 bis unter 65-jährigen, steigen auch die Fallzahlen in der Altersgruppe der unter 30-jährigen kontinuierlich. Im Jahr 2009 wurden aber immerhin schon 1 955 Behandelte gezählt.

**Tabelle:** Krankenhaufälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol 2009 je 100 000 Einwohner, Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer, Leistungsempfänger nach SGB II, Arbeitslosenquote und Armutsgefährdungsquote im Vergleich der Bundesländer

Land	Krankenhausfälle je 100 000 Einwohner	Bruttolöhne und -gehälter (Inland) je Arbeitnehmer in Euro	Leistungsempfänger nach SGB II in % der Erwerbspersonen	Arbeitslosenquote aller ziviler Erwerbspersonen in %	Armutsgefährdungsquote (Bundesmedian) in %
Baden - Württemberg	357	29 413	5,5	5,1	10,9
Bayern	394	28 915	4,9	4,8	11,1
Berlin	372	27 444	21,3	14,1	19,0
Brandenburg	419	23 322	15,2	12,3	16,7
Bremen	553	28 611	18,0	11,8	20,1
Hamburg	338	32 883	13,7	8,6	14,0
Hessen	360	31 043	9,0	6,8	12,4
Mecklenburg - Vorpommern	638	21 890	17,7	13,5	23,1
Niedersachsen	444	28 056	10,3	7,8	15,3
Nordrhein - Westfalen	424	26 390	11,3	8,9	15,2
Rheinland - Pfalz	369	26 858	7,6	6,1	14,2
Saarland	380	26 554	10,1	7,7	16,0
Sachsen	446	22 819	15,7	12,9	19,5
<b>Sachsen - Anhalt</b>	<b>529</b>	<b>22 648</b>	<b>18,5</b>	<b>13,6</b>	<b>21,8</b>
Schleswig - Holstein	480	25 300	10,5	7,8	14,0
Thüringen	430	22 289	13,3	11,4	18,1
<b>Deutschland</b>	<b>412</b>	<b>27 648</b>	<b>10,3</b>	<b>8,2</b>	<b>14,6</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Alkoholkonsum auf Dauer schädigt die Leber und kann zu einer Leberverfettung oder Leberzirrhose führen. Ebenso wirkt sich Alkohol auch auf das Gehirn aus. Bei jedem Rausch werden Millionen von Gehirnzellen zerstört. Dies führt zu Problemen mit dem Gedächtnis, zu Konzentrationsver-

lust sowie eingeschränktem Kritik- und Urteilsvermögen. Spätere Folgen sind ein Nachlassen der Intelligenz bis hin zur Demenz.

Als gesundheitliche Folgen können außerdem Entzündungen im Verdauungsapparat entstehen,

wie etwa in der Bauchspeicheldrüse, dem Magen oder dem Darm. Ebenso kann es zu einer Kardiomyopathie (Herzmuskelschwäche) kommen. Ein dauerhaft hoher Alkoholkonsum steigert zudem das Risiko an Kehlkopf-, Speiseröhren-, Bauchspeicheldrüsen-, Magen- oder Leberkrebs zu erkranken.

Bei der Entstehung von Alkoholismus wirken mehrere Faktoren zusammen. Zum einen die eigene Umgebung, wie zum Beispiel Elternhaus, Familie, Beruf, Arbeitsplatzsituation oder die Einstellung der Öffentlichkeit zu Alkohol und zu Alkoholkranken. Zum anderen wirken die eigenen körperlichen und psychischen Eigentümlichkeiten sowie die Wirkung des Alkohols an sich.

In den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Sachsen-Anhalt wurden im Jahr 2009 die meisten Krankenhausfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol in Bezug zur Einwohnerzahl registriert. Für Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern wurden für das gleiche Jahr die höchsten Arbeitslosenquoten errechnet. Auch der Anteil der Leistungsempfänger nach SGB II ist in diesen Bundesländern mit am höchsten, die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer, zusammen mit Thüringen, am niedrigsten.

Ein strenger mathematischer Zusammenhang zwischen diesen Kenngrößen kann anhand der

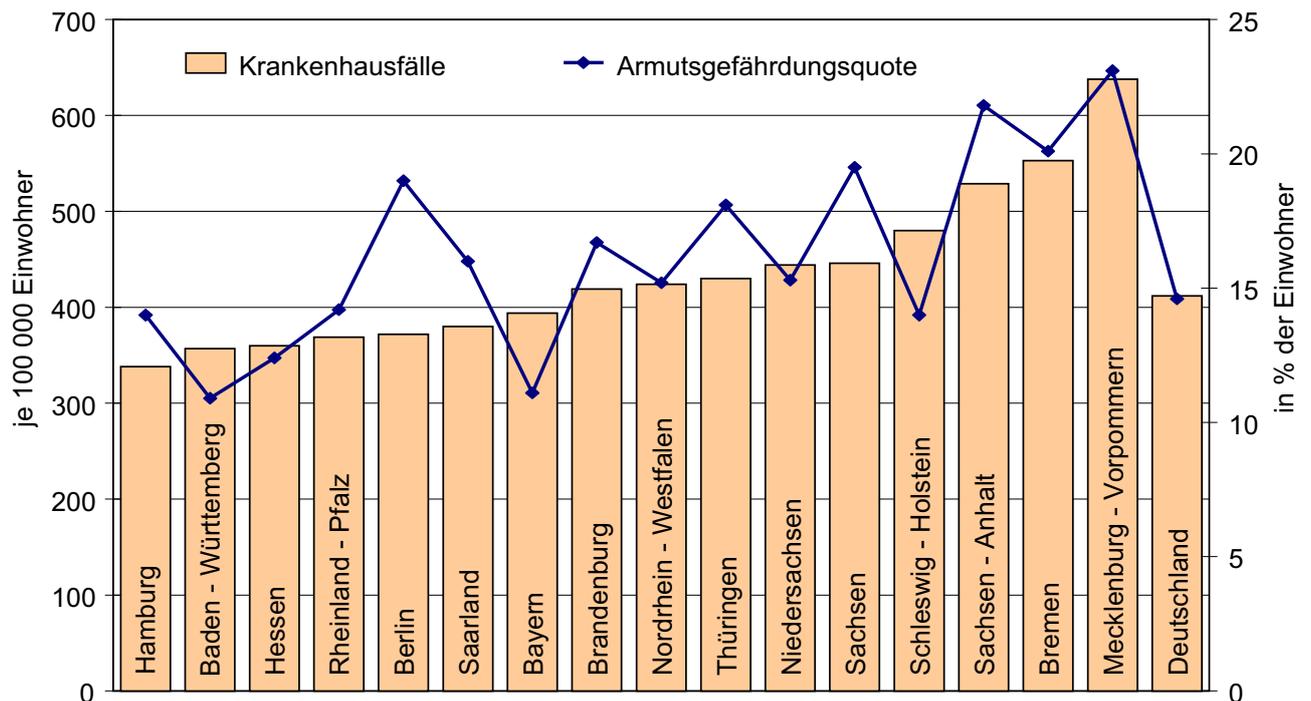
vorliegenden Daten jedoch nicht nachgewiesen werden. Am besten lassen sich die Zahlen jedoch mit der Armutsgefährdungsquote in Verbindung setzen. Die Armutsgefährdungsquote ist gemäß einer EU-Definition der Anteil der Personen, die mit weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens der Bevölkerung auskommen müssen.

Armut muss nicht zwangsläufig zu Alkoholmissbrauch führen. Jedoch besteht unverkennbar ein Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und sozialer Stellung.

Ein sicherer Arbeitsplatz und ein gutes Betriebsklima ist und bleibt das Rückgrat des Alltags und für viele Menschen ein psychosozialer Stabilisierungsfaktor. Arbeitslosigkeit wird hingegen zu einer psychosozialen Belastung, denn Untätigkeit ist nicht Freizeit. Man kann nicht gegen seinen Willen endlos ausspannen. Man droht vielmehr körperlich inaktiv, geistig träge und seelisch instabil zu werden. Das geht hin bis zum Verlust von Kontaktfähigkeit und Selbstachtung.

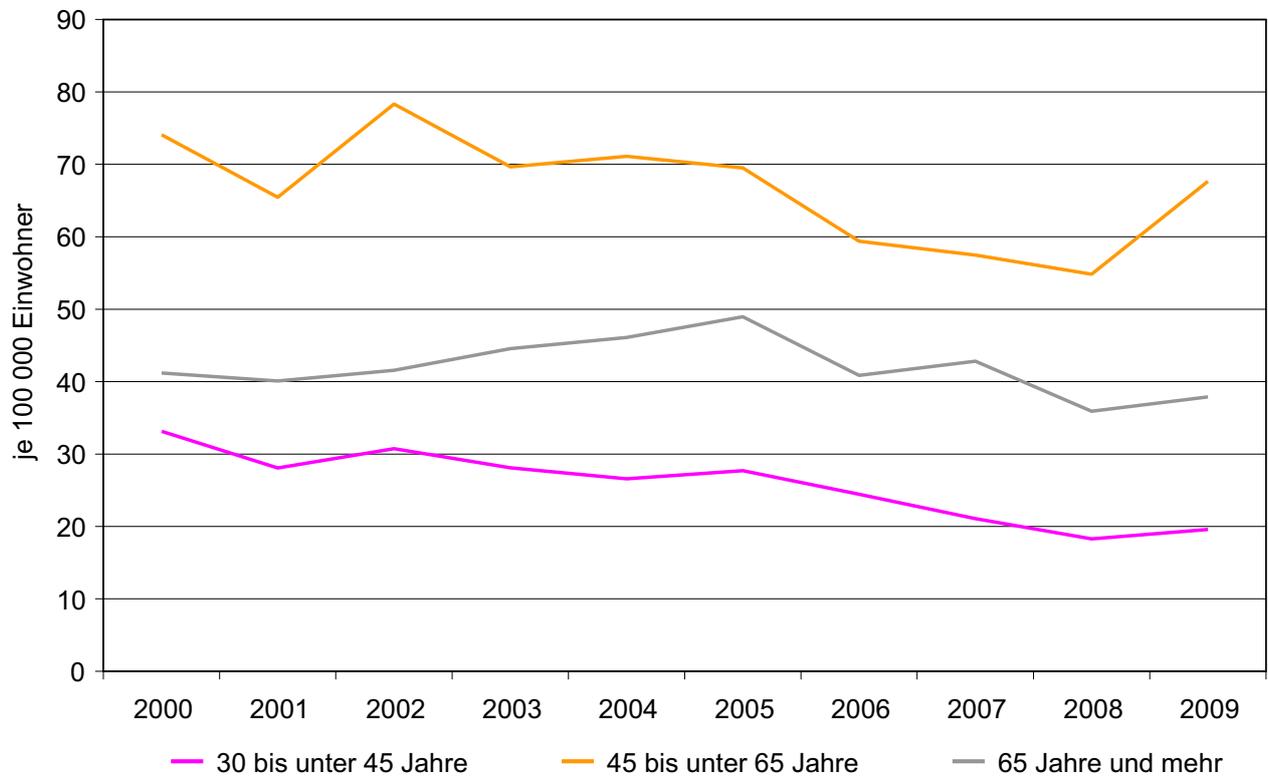
Die gesellschaftliche Isolation von Menschen, die von Armut betroffen oder alkoholkrank sind, wird in verschiedenen Studien thematisiert. Gesellschaftliche Isolation sowie fehlender familiärer Zusammenhalt begünstigen Depressionen. Alkoholkrankheit und Depressionen können sich mitunter gegenseitig bedingen.

**Grafik:** Krankenhausfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol je 100 000 Einwohner und Armutsgefährdungsquote 2009 im Vergleich der Bundesländer

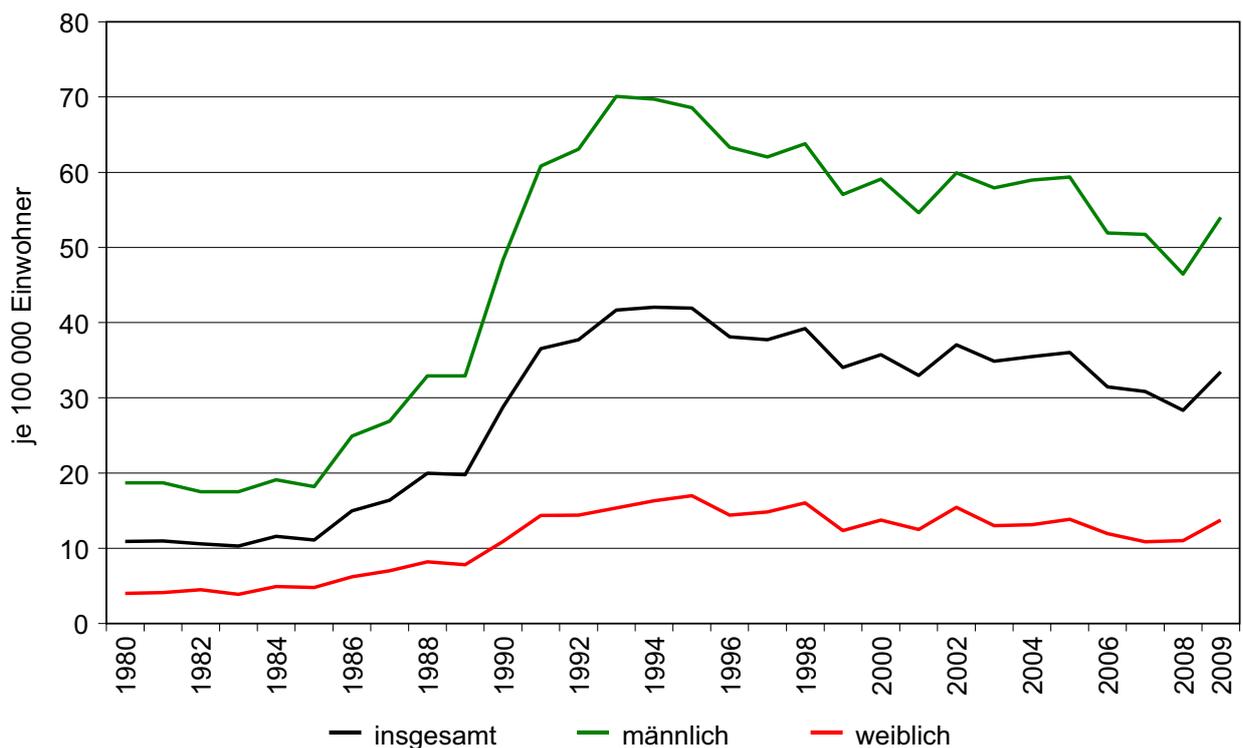


Quelle: Statistisches Bundesamt

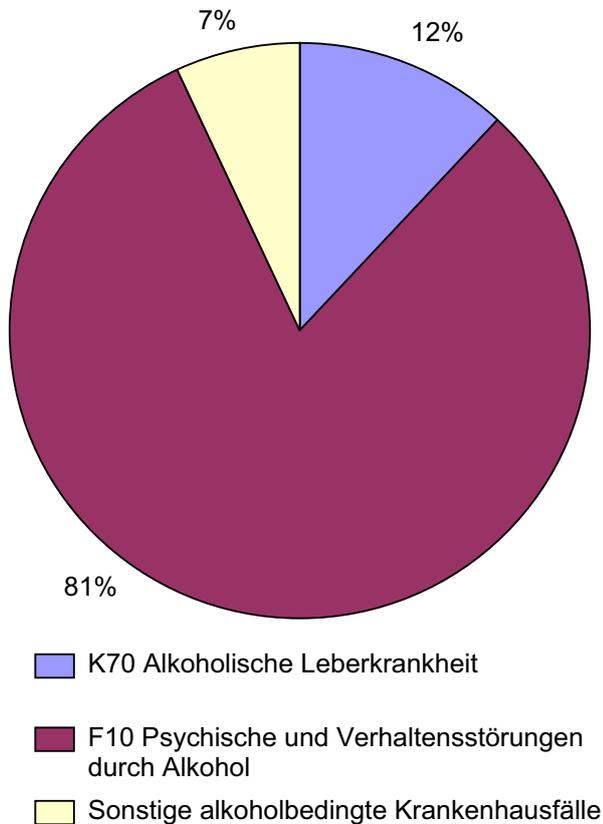
**Grafik:** Alkoholbedingte Sterbefälle je 100 000 der mittleren Bevölkerung 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach ausgewählten Altersgruppen



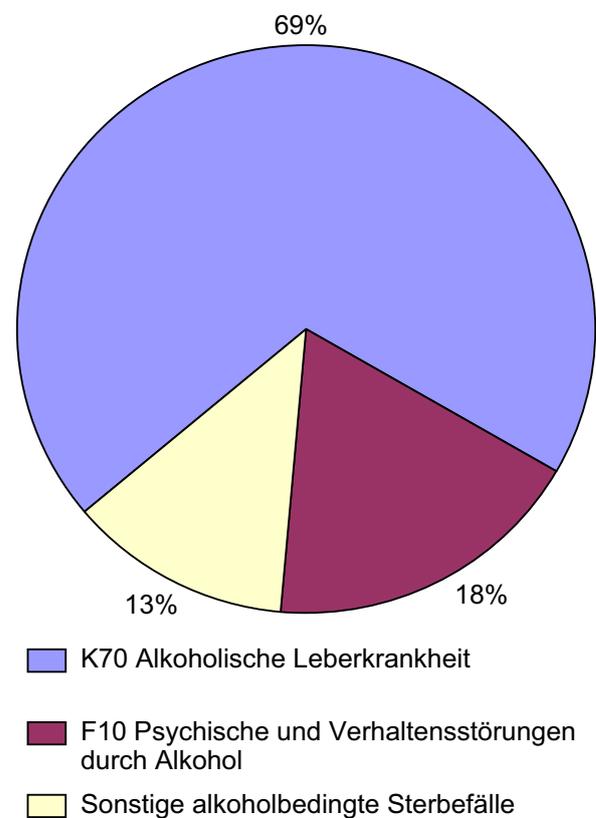
**Grafik:** Alkoholbedingte Sterbefälle je 100 000 Einwohner 1980 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht



**Grafik:** Alkoholbedingte Krankenhausfälle 2009 in Sachsen-Anhalt



**Grafik:** Alkoholbedingte Sterbefälle 2009 in Sachsen-Anhalt



Alkoholmissbrauch verläuft nicht selten tödlich, wengleich die direkten Todesursachen aus den Folgekrankheiten, wie zum Beispiel aus alkoholischer Leberzirrhose und sonstiger Organschädigungen, resultieren. Somit erklärt sich auch der Gegensatz zwischen Sterbefällen und Krankenhausbehandlungsfällen aufgrund von Alkohol. So wurden im Jahr 2009 insgesamt 81 % der Krankenhauspatienten mit alkoholbedingten Krankheiten aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol behandelt. Im gleichen Jahr starben hingegen 69 % aller alkoholbedingten Sterbefälle durch alkoholische Leberkrankheiten.

Sehr auffallend ist die Zunahme alkoholbedingter Sterbefälle ab Mitte der 80-er Jahre. Diese vervierfachte sich sogar bis Mitte der 90-er Jahre. Seitdem nahmen diese erfreulicherweise wieder ab, lagen aber dennoch zum Teil weit über den Jahreswerten von vor 1990.

Im Jahr 2008 wurde sogar der niedrigste Wert seit 1989 ermittelt. Im darauf folgenden Jahr wurde dann wieder ein erneuter Anstieg an alkoholbedingten Sterbefällen verzeichnet. Besonders groß war die Zunahme solcher Sterbefälle in der Altersgruppe der 45 bis unter 65-jährigen. Eine insgesamt abnehmende Tendenz ist hingegen in der Altersgruppe der 30 bis unter 45-jährigen zu beobachten. Bei den unter 30-jährigen sind alkoholbedingte Sterbefälle selten. Diese liegen in allen hier aufgeführten Jahren unter einem Sterbefall je 100 000 Einwohner. Damit stehen diese Werte im Gegensatz zu den zunehmenden Zahlen an Behandlungsfällen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol in den Krankenhäusern. Die alkoholbedingte Sterberate bei den über 65-jährigen ist seit dem Jahr 2005 in abnehmender Tendenz.

## 8.2. Abhängigkeit von sonstigen psychotropen Substanzen bei Jugendlichen und Kindern

Laut Psychiater und unabhängiger Experten verursachen Heroin, Kokain und Barbiturate (Sedativa und Hypnotika) in Bezug auf Gesundheitsrisiko, Suchtpotenzial und soziale Folgen des Drogengebrauchs, die größten Schäden.

In Bezug auf alle Krankenhausfälle aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nehmen Jugendliche und junge Erwachsene, mit steigender Tendenz, rund ein Fünftel solcher Fälle ein. Erfreulicherweise

wurde in Sachsen-Anhalt lediglich jeder zweihundertste Patient in der Altersgruppe der unter 30-jährigen zwischen den Jahren 2000 und 2009 aufgrund psychotroper Substanzen wie Opioide (z.B. Heroin, Codein), Cannabinoide (z.B. Cannabis, Haschisch, Marihuana), Kokain, Stimulanzien (z.B. Ecstasy) oder Halluzinogene (z.B. LSD) in den Krankenhäusern behandelt. Diese Alters-

gruppe nahm allerdings rund zwei Drittel der Krankenhausfälle aller in diesen Diagnosen Behandelte ein. Allerdings mit abnehmender Tendenz. Beachtlich ist die Zahl der unter 30-jährigen, die aufgrund des multiplen bzw. wahllosen Gebrauchs psychotroper Substanzen behandelt worden sind.

**Tabelle:** Krankenhausfälle der Altersgruppe der unter 30-jährigen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Altersgruppe unter 30 Jahre					
	Krankenhausfälle					
	2000	2002	2004	2006	2008	2009
F10 - F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2 335	2 110	2 572	2 986	3 165	3 022
dar. Psychische u. Verhaltensstörungen						
F10 ... durch Alkohol	1 180	968	1 270	1 574	2 009	1 955
F11 ... durch Opioide	438	509	497	536	400	341
F12 ... durch Cannabinoide	161	121	208	224	201	174
F13 ... durch Sedativa und Hypnotika	29	23	29	16	24	25
F14 ... durch Kokain	19	17	20	22	29	12
F15 ... durch andere Stimulanzien, einschl. Koffein	30	21	25	33	40	58
F16 ... durch Halluzinogene	33	15	15	12	13	5
F19 ... durch multiplen Substanzgebrauch	438	425	503	567	447	448

**Tabelle:** Anteile der Krankenhausfälle der Altersgruppe der unter 30-jährigen an den jeweils aufgeführten Diagnosen in Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Altersgruppe unter 30 Jahre					
	Anteile in % der Krankenhausfälle an den jeweiligen Diagnosen					
	2000	2002	2004	2006	2008	2009
F10 - F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	17,3	17,4	21,4	22,0	22,4	21,3
dar. Psychische u. Verhaltensstörungen						
F10 ... durch Alkohol	9,9	9,2	12,4	13,5	16,2	15,6
F11 ... durch Opioide	86,2	85,1	79,9	78,5	67,5	63,1
F12 ... durch Cannabinoide	94,7	92,4	94,5	92,6	89,7	88,8
F13 ... durch Sedativa und Hypnotika	17,0	14,8	16,7	8,7	14,0	13,0
F14 ... durch Kokain	76,0	70,8	76,9	84,6	90,6	80,0
F15 ... durch andere Stimulanzien, einschl. Koffein	81,1	84,0	89,3	82,5	87,0	86,6
F16 ... durch Halluzinogene	82,5	78,9	88,2	100	100	100
F19 ... durch multiplen Substanzgebrauch	64,4	74,7	77,7	77,8	76,1	74,3

## 9. Psychosen

Psychosen sind ein Sammelbegriff für schwere psychische Erkrankungen, welche durch gravierende Störungen im Bezug zur Umwelt gekennzeichnet sind. Zu den Symptomen zählen Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Angstzustände, Ichstörungen, Depression und Manie. Den Betroffenen fehlt in der Regel die Einsicht in ihren krankhaften Zustand.

Psychosen welche auf körperliche Erkrankungen bzw. Schädigungen wie zum Beispiel Tumoren, Infektionen, Verletzungen, Stoffwechselstörungen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch zurückgeführt

werden können, werden als exogene, symptomatische oder organische Psychose bezeichnet. Psychosen die nicht auf eine organische Schädigung zurückzuführen sind, werden als endogene oder funktionelle Psychose bezeichnet. Die häufigsten Formen einer endogenen oder funktionellen Psychose sind die Schizophrenie und die manisch-depressiven Erkrankungen. Eine psychogene oder reaktive Psychose kann auf traumatische Erlebnisse zurückgeführt werden. Von den Psychosen sind die Neurosen, geistige Behinderungen und Abhängigkeiten zu unterscheiden.

### 9.1. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

Die Schizophrenie ist die häufigste Form der Psychose und eine der häufigsten Diagnosen im stationären Bereich der Psychiatrie.

Schizophrenie ist eine psychische Störung, welche sich in Veränderungen des Denkens, der Wahrnehmung sowie der Affektivität kennzeichnet und oft in Schüben auftritt. Ein Hauptmerkmal dieser Störung ist ein tiefgreifender Realitätsverlust. Betroffene fallen in eine Psychose, bei dem diese ihren Bezug zur Realität verlieren. Die wichtigsten

Merkmale einer Schizophrenie sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebungen, Wahnvorstellungen, Kontrollwahn und das Stimmenhören. Intellektuelle Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Die Gedanken und Gefühle des Schizophrenen weisen keinen logischen Zusammenhang auf. Durch eine übersteigerte Wahrnehmungsfähigkeit können sich Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen (Halluzinationen) entwickeln. Die Ursachen der Schizophrenie sind bisher nicht hinreichend geklärt.

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen in Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Geschl.	Krankenhausfälle					
		2000	2002	2004	2006	2008	2009
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	i	3 211	3 040	3 264	3 238	3 129	3 148
	m	1 530	1 541	1 658	1 655	1 562	1 542
	w	1 681	1 499	1 606	1 583	1 567	1 606
dar. F20 Schizophrenie	i	1 955	2 038	2 115	2 047	1 964	1 928
	m	1 019	1 109	1 218	1 162	1 102	1 103
	w	936	929	897	885	862	825
F21 Schizotype Störung	i	22	17	21	15	29	18
	m	13	10	15	11	19	13
	w	9	7	6	4	10	5
F22 Anhaltende wahnhafte Störungen	i	162	112	122	177	166	146
	m	63	48	50	71	71	59
	w	99	64	72	106	95	87
F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen	i	316	189	233	185	176	237
	m	140	113	98	85	77	113
	w	176	76	135	100	99	124
F25 Schizoaffective Störungen	i	686	643	738	784	767	783
	m	258	245	261	309	278	236
	w	428	398	477	475	489	547

Ärzte unterscheiden je nach Symptomen verschiedene Formen der Schizophrenie. Darunter sind die paranoide Schizophrenie mit paranoiden Wahnvorstellungen und akustischen Sinnestäuschungen (Halluzinationen), die katatone Schizophrenie mit Störungen in der Motorik, die herephrene Schizophrenie mit Veränderungen im Gefühlsleben sowie die residuale Schizophrenie

mit Antriebsmangel, Gefühlsarmut und sozialem Rückzug. Episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome auftreten, aber die weder die Kriterien für Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode erfüllen bzw. affektive Störungen, die eine bestehende Schizophrenie überlagern, werden als schizoaffektive Störungen bezeichnet.

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht und Altersgruppen

Jahr	Krankenhausfälle										
	insges.	männl.	weibl.	darunter in den Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren							
				männl. 0 - 30 Jahre	weibl. 0 - 30 Jahre	männl. 30 - 45 Jahre	weibl. 30 - 45 Jahre	männl. 45 - 65 Jahre	weibl. 45 - 65 Jahre	männl. 65 Jahre und mehr	weibl. 65 Jahre und mehr
2000	3 211	1 530	1 681	412	234	623	523	413	635	82	289
2001	3 319	1 658	1 661	455	228	689	534	437	628	77	271
2002	3 040	1 541	1 499	449	219	607	460	397	573	88	247
2003	3 263	1 564	1 699	487	247	618	578	378	629	81	245
2004	3 264	1 658	1 606	505	253	626	492	454	606	73	255
2005	3 400	1 686	1 714	513	231	603	561	466	625	104	297
2006	3 238	1 655	1 583	490	184	537	485	523	634	105	280
2007	3 294	1 670	1 624	483	188	566	432	503	682	118	322
2008	3 129	1 562	1 567	423	193	521	428	502	631	116	315
2009	3 148	1 542	1 606	465	201	462	431	514	688	101	286

## 9.2. Manie, Depression und depressive Zustände

Als Manie wird ein Zustand gehobener Stimmung bezeichnet. Die Manie wird nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) den affektiven Störungen zugeordnet. Viele Betroffene erleben die Manie als angenehm. Deshalb ist es in solchen Fällen schwer, betroffene Kranke zielgerichtet zu behandeln. Die Manie ist geprägt durch gehobene und heitere Stimmung, unermüdliche Betriebsamkeit mit erhöhter Unruhe und vermindertem Schlafbedürfnis, Verlust von Hemmungen, Ideenflucht, übersteigertem Selbstwertgefühl, Denkstörungen und gelegentlich auch Wahnvorstellungen. Die Manie tritt nur selten isoliert auf. In den meisten Fällen bildet sie den Gegenpol zur Depression. Bei so genannten bipolaren affektiven Störungen oder auch manisch-depressiven Erkrankungen wechseln sich manische Phasen mit depressiven Perioden unterschiedlicher Dauer ab.

Die Depression ist ein Zustand emotionaler Niedergeschlagenheit und wird wie die Manie den

affektiven Störungen zugeordnet. Die Diagnose wird allein nach Symptomen und Verlauf gestellt. Depressionen können charakterisiert sein durch den Verlust der Fähigkeit zur Freude oder Trauer, durch Antriebslosigkeit, Schlafstörungen und Müdigkeit, Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeit, Hilflosigkeit, soziale Selbstisolation, übersteigerte Schuldgefühle, verringerte Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit, Grübelzwang, oft auch durch Appetitlosigkeit sowie ein verringertes sexuelles Interesse.

Halten mehrere dieser Symptome über mindestens zwei Wochen bei den Betroffenen an, so kann man von einer Depression sprechen. Diese lässt sich mit Medikamenten als auch psychotherapeutisch behandeln. Häufig erfolgt jedoch eine Kombination beider Behandlungsmethoden. Psychotherapeutische Methoden zielen darauf ab, das Leben der Betroffenen aktiver zu gestalten und negative Denkmuster abzubauen. Die medikamentöse Therapie erfolgt hauptsächlich mit sogenannten Antidepressiva. Antidepressiva wirken

indem sie in den Stoffwechsel und die Konzentrationen der Botenstoffe, der sogenannten Neurotransmitter, zwischen den Nervenzellen im Gehirn eingreifen. Neurotransmitter spielen bei der Entstehung und der Regulation von Gefühlen eine wichtige Rolle.

Man nimmt an, dass Neigungen hin zu einer Depression zum Teil vererbbar sind, da nahe Verwandte oft auch an Depressionen erkranken oder mal erkrankt waren.

Wer einmal eine Depression durchlebte, hat ein erhöhtes Risiko, erneut zu erkranken. Hinzu kommen aber definitiv auch psychologische Faktoren, wie negative Denkmuster und Erfahrungen oder falscher Umgang mit Misserfolgen. Diese führen

bei den Betroffenen zur Selbstablehnung und stehen dann ihrer Umwelt pessimistisch und misstrauisch gegenüber. Positive Ereignisse werden oft erst gar nicht mehr wahrgenommen. Depressionen dieser Art werden als primär angesehen.

Depressionen können aber auch Folge anderer körperlicher Erkrankungen, zum Beispiel durch Krankheiten der Schilddrüse oder Demenz, sein. Ebenso können diese durch Nebenwirkungen von Medikamenten oder durch eine Schwangerschaft verursacht werden. Aber auch andere psychische Erkrankungen wie Angststörungen können Depressionen auslösen. Diese werden als sekundäre Depression bezeichnet.

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von affektiven Störungen in Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Geschl.	Krankenhausfälle					
		2000	2002	2004	2006	2008	2009
F30 - F39 Affektive Störungen	i	4 134	4 447	5 054	5 114	5 488	5 469
	m	1 402	1 585	1 722	1 812	1 865	1 921
	w	2 732	2 862	3 332	3 302	3 623	3 548
dar.							
F30 Manische Episode	i	87	55	55	32	34	32
	m	34	30	32	21	21	16
	w	53	25	23	11	13	16
F31 Bipolare affektive Störung	i	318	362	398	480	541	517
	m	122	139	151	209	222	220
	w	196	223	247	271	319	297
F32 Depressive Episode	i	2 511	2 766	3 067	2 926	2 954	2 795
	m	913	1 056	1 076	1 116	1 043	1 072
	w	1 598	1 710	1 991	1 810	1 911	1 723
F33 Rezidivierende depressive Störung	i	1 000	1 105	1 451	1 619	1 873	2 074
	m	264	300	436	443	549	597
	w	736	805	1 015	1 176	1 324	1 477
F34 Anhaltende affektive Störungen	i	191	136	63	44	75	43
	m	58	51	16	18	24	12
	w	133	85	47	26	51	31
dar.							
F34.0 Zylothymia	i	17	9	7	4	3	2
	m	5	4	3	1	-	1
	w	12	5	4	3	3	1
F34.1 Dysthymia	i	129	117	54	40	55	39
	m	39	43	11	17	21	11
	w	90	74	43	23	34	28

Es gibt verschiedene Formen der Depression. Diese unterscheiden sich durch Intensität und Anzahl der Symptome. Traditionell teilt man die Depressionen diagnos-

tisch in körperlich begründbare (somatogene, symptomatische), in endogene und in neurotische bzw. psychoreaktive Depressionen ein. Nach der Internationalen statistischen Klassifikation der

Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der 10. Revision (ICD-10) werden Depressionen und depressive Zustände beschreibend und nach vorher festgelegten, manualisierten Kriterien und diagnostischen Leitlinien festgestellt und katalogisiert. Im Vordergrund der Betrachtungen stehen dabei nicht mehr die vermuteten Ursachen der Störung, sondern die Symptomatik, der Schweregrad und der zeitliche Verlauf.

Die ICD-10 unterscheidet grob zwischen einzelner depressiver Episode und rezidivierender depressiver Störung. Diese werden jeweils nochmals nach Schweregrad, Verlaufsart und Verlaufsdauer unterschieden. Das gemeinsame Kennzeichen jeder depressiven Erkrankung ist variabel, aber dennoch charakteristische Ansammlungen einzelner Symptome.

Die häufigste Form ist die unipolare Depression. Hierzu zählen die depressiven Episoden und die rezidivierende depressive Störung. Betroffene haben depressive, aber keine manischen Phasen. Hauptsymptome sind Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen in der zweiten Nachthälfte, das Aufwachen und das Morgentief.

Eine bipolare affektive Störung ist durch mindestens zwei Episoden charakterisiert, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese besteht zum einen aus einer gehobenen Stimmung mit vermehrtem Antrieb und großer Aktivität (Hypomanie oder Manie)

und dann wiederum aus einem darauf folgenden Stimmungstief mit vermindertem Antrieb und geringer Aktivität (Depression).

Bei einer Dysthymie handelt es sich um eine chronisch anhaltende depressive Verstimmung und eine sich meist schon im Jugendalter entwickelte Persönlichkeitsstörung, die sich über weite Lebensabschnitte erstreckt. Die Symptome sind etwas weniger ausgeprägt als bei einer unipolaren Depression.

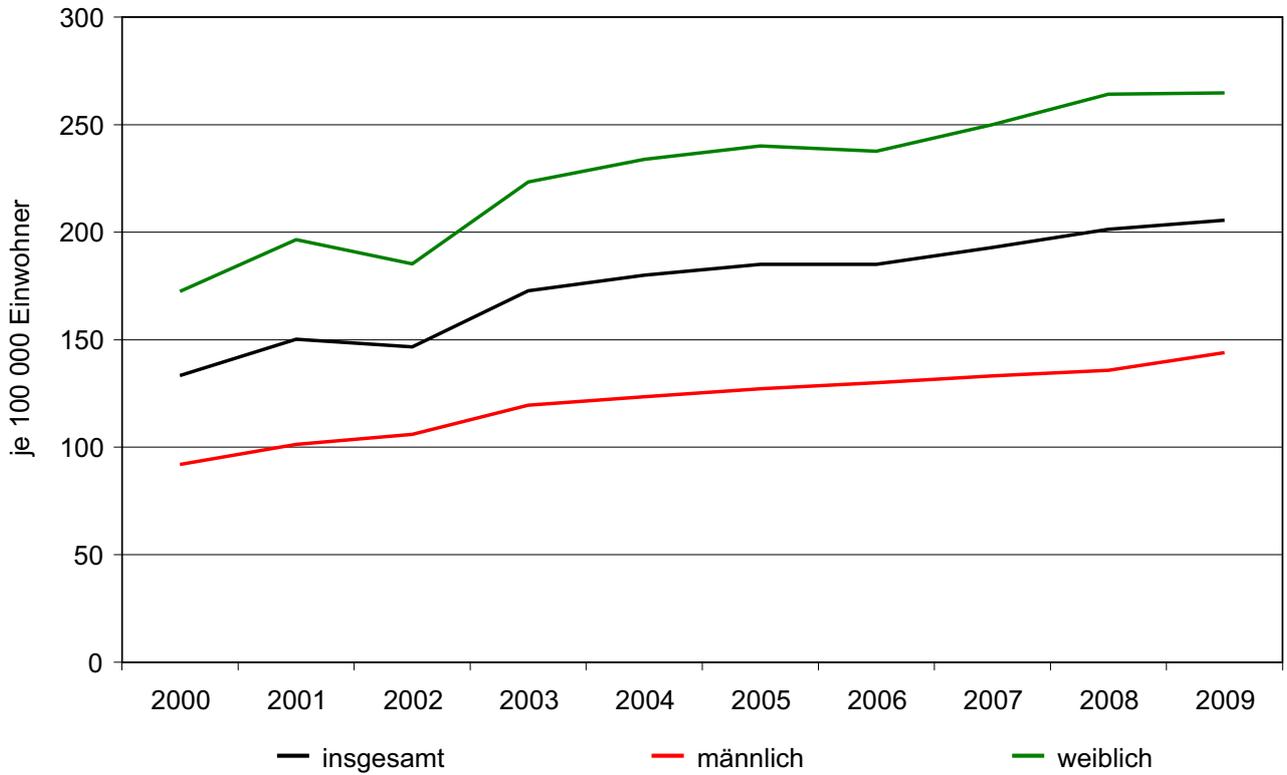
Bei einer Zylothymie handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und Hypomanie. Beide Phasen sind aber weniger ausgeprägt als bei einer bipolaren affektiven Störung.

Eine Schwangerschaftsdepression ist eine unipolare Depression während der Schwangerschaft und Folge einer Anpassungsstörung. Da eine solche Depression Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren kann, werden diese unter dem Kapitel „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ der ICD-10 katalogisiert. Treten Depressionen jedoch im Zusammenhang mit dem Wochenbett sechs Wochen nach der Entbindung auf, so werden diese den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren zugeordnet. Depressionen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett sind nicht selten, werden als normal angesehen und sind nur von kurzer Dauer.

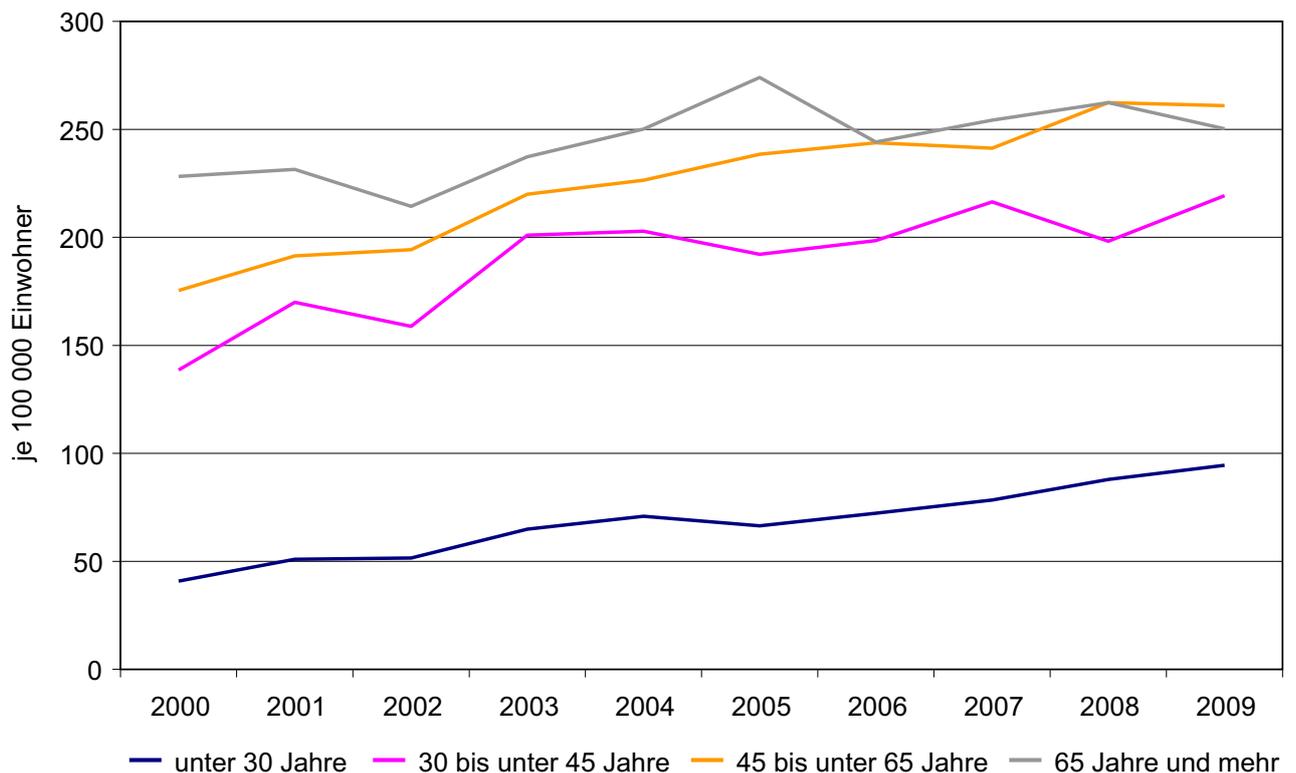
**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Depressionen (F32 - F33) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht und Altersgruppen

Jahr	Krankenhausfälle										
	insges.	männl.	weibl.	darunter in den Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren							
				männl. 0 - 30 Jahre	weibl. 0 - 30 Jahre	männl. 30 - 45 Jahre	weibl. 30 - 45 Jahre	männl. 45 - 65 Jahre	weibl. 45 - 65 Jahre	männl. 65 Jahre und mehr	weibl. 65 Jahre und mehr
2000	3 511	1 177	2 334	124	207	387	465	453	828	213	834
2001	3 903	1 280	2 623	144	253	439	584	500	892	197	894
2002	3 762	1 324	2 438	156	234	430	499	524	882	214	823
2003	4 381	1 478	2 903	181	299	439	698	607	975	251	931
2004	4 518	1 512	3 006	176	337	455	644	583	1 032	298	993
2005	4 594	1 542	3 052	168	308	419	600	651	1 043	304	1 101
2006	4 545	1 559	2 986	183	316	388	595	662	1 057	326	1 018
2007	4 684	1 581	3 103	193	332	398	629	663	1 050	327	1 092
2008	4 827	1 592	3 235	205	365	358	541	659	1 216	370	1 113
2009	4 869	1 669	3 200	231	373	394	580	719	1 152	325	1 095

**Grafik:** Krankenhausfälle je 100 000 der mittleren Bevölkerung aufgrund von Depressionen (F32 - F33) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht



**Grafik:** Krankenhausfälle je 100 000 der mittleren Bevölkerung aufgrund von Depressionen (F32 - F33) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Altersgruppen



In Sachsen-Anhalt nimmt die Zahl derer, die an Depressionen leiden, über alle Altersgruppen hinweg stetig zu. Dennoch gibt es gewisse Unterschiede. Von Depression betroffen sind eher die Frauen. Über Jahre hinweg waren auch eher Menschen ab dem mittleren Lebensalter von De-

pression betroffen. Mit jährlich rund 250 Krankenhausfällen je 100 000 Einwohner in der Altersgruppe der 65 und mehrjährigen, bilden die Rentner die größte Gruppe. Allerdings sind die größten Zunahmen bei den erwerbsfähigen Personen zu verzeichnen.

## 10. Neurosen

Als Neurose wird eine seelische Erkrankung ohne erkennbare körperliche Ursachen verstanden. Damit gilt eine Neurose als Gegenbegriff zur Psychose. Die Neurose galt historisch als Sammelbegriff für eine Vielzahl psychischer Störungen. In diagnostischen Handbüchern wurde der Begriff Neurose damals als Überbegriff für eine Gruppe von Störungen, welche sich durch übertriebene Angst- und Zwangsstörungen, durch Hysterie oder Hypochondrie äußern, verwendet.

Heutzutage ist die Neurose als Sammelbegriff in der Wissenschaft und somit auch in der aktuellen ICD nicht mehr zu finden. Die früher unter der Bezeichnung Neurose zusammengefassten psychischen Störungen werden heutzutage, um den verschiedenen Krankheitsbildern besser gerecht zu werden, in unterschiedliche Gruppen wie Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen (z.B. Hypochondrie) und dissoziative Störungen, aufgeteilt.

## 11. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

### 11.1. Zwangsstörungen, Phobien und andere Angststörungen

Bei Zwangsstörungen handelt es sich um psychische Störungen, bei denen Betroffene einen inneren Drang verspüren, bestimmte Dinge zu denken oder zu tun. Ursache einer Zwangsstörung, so vermuten Experten, ist vermutlich das Zusammenspiel biologischer und psychologischer Faktoren einerseits sowie eine Form der Angstbewältigung andererseits. Zum Beispiel kann eine starke Angst, sich mit einer Infektionskrankheit anzustecken, zu einem extremen Waschverhalten führen. Betroffenen sind zwar die Übertreibung und die Sinnlosigkeit ihres Zwangs bewusst, empfinden jedoch bei Unterdrückung ihres Zwangs unerträgliche Anspannungen.

Als ältere Bezeichnungen für Zwangsstörungen sind Zwangserkrankung, Zwangsneurose und anankastische Neurose zu nennen. Zwangsstörungen sind von der zwanghaften Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden.

Bei einer Phobie handelt es sich um eine unbegründete und übertriebene anhaltende Angst vor ganz bestimmten Dingen oder Situationen. In der Regel sind sich Personen, die unter einer Phobie leiden, bewusst, wie unbegründet ihr Verhalten eigentlich ist. Dennoch drängt sich bei ihnen in bestimmten Situationen diese Angst auf und die Betroffenen können diese nicht mehr kontrollieren. Erklärungsmodelle zu den Ursachen von Phobien gibt es viele. Diese lassen sich allerdings in drei große Gruppen zusammenfassen. In lerntheoretische bzw. verhaltenswissenschaftliche Ansätze, in neurobiologische Verstärker und in tiefenpsychologische Ansätze. Um eine Phobie sicher festzustellen, müssen andere

psychische Erkrankungen wie Schizophrenie, Depressionen oder Zwangsstörungen sowie körperliche Erkrankungen ausgeschlossen werden. Phobien lassen sich sowohl mit Medikamenten als auch mit einer geeigneten Psychotherapie, insbesondere einer Verhaltenstherapie, behandeln.

Spezifische Phobien, wie zum Beispiel Klaustrophobie, verschiedene Tierphobien, Angst vor Höhen, Donner oder Dunkelheit, haben die beste Prognose unter den Phobien. Sie schränken Alltags- und Berufsleben weniger ein als die Soziale Phobie (Angst vor anderen Menschen) und die Agoraphobie (Angst vor weiten Plätzen oder alleine in Bus, Bahn oder Flugzeug zu reisen). Beginnen spezifische Phobien schon in der Kindheit, bilden sie sich meist von selbst wieder zurück. Später erworbene Phobien können hingegen lebenslang bestehen bleiben. Agoraphobien werden ohne Behandlung leicht chronisch. Nehmen diese weiter zu, können Betroffene kaum noch das Haus verlassen und der Beruf und ihr soziales Leben sind gefährdet. Menschen mit einer sozialen Phobie neigen sogar zu noch mehr Selbstisolation. Wenn ihre Leistungsfähigkeit in der Öffentlichkeit abnimmt, verstärkt sich dieser Effekt noch. Phobien können mit Angstattacken (Panik) einhergehen. Oft Folge der Furcht vor dem Tod, vor Kontrollverlust, Depressionen oder die Angst, wahnsinnig zu werden.

Häufig leiden im Rahmen von lang anhaltenden Phobien die Betroffenen zudem auch an Depressionen. Nicht selten kommt es zu Alkohol- oder Tablettenmissbrauch.

In der Krankenhausdiagnosestatistik des Landes Sachsen-Anhalt wurden bundesweit in den Jahren 2000 bis 2009 jährlich im Schnitt über tausend

Patienten aufgrund von Phobien und anderen Angststörungen in Krankenhäusern behandelt.

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Phobien in Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Geschl.	Krankenhausfälle					
		2000	2002	2004	2006	2008	2009
F40 - F48 Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	i	4 449	4 261	4 937	5 142	4 913	4 824
	m	1 834	1 721	2 021	2 101	1 955	1 854
	w	2 615	2 540	2 916	3 041	2 958	2 970
dar. F40 Phobien	i	246	205	211	207	176	214
	m	108	92	97	97	68	78
	w	138	113	114	110	108	136
F41 Andere Angststörungen	i	800	735	855	1 064	1 158	1 125
	m	277	245	302	356	376	355
	w	523	490	553	708	782	770
F42 Zwangsstörung	i	60	50	76	57	65	54
	m	33	19	35	27	30	23
	w	27	31	41	30	35	31

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Phobien (F40 - F41) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht und Altersgruppen

Jahr	Krankenhausfälle										
	insges.	männl.	weibl.	darunter in den Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren							
				männl. 0 - 30 Jahre	weibl. 0 - 30 Jahre	männl. 30 - 45 Jahre	weibl. 30 - 45 Jahre	männl. 45 - 65 Jahre	weibl. 45 - 65 Jahre	männl. 65 Jahre und mehr	weibl. 65 Jahre und mehr
2000	1 046	385	661	103	151	166	249	96	197	20	64
2001	982	349	633	97	136	142	242	90	188	20	67
2002	940	337	603	93	133	145	247	83	158	16	65
2003	1 108	323	785	93	207	134	283	81	212	15	83
2004	1 066	399	667	112	187	148	196	113	199	26	85
2005	1 233	457	776	147	185	159	264	122	201	29	126
2006	1 271	453	818	148	234	144	231	137	232	24	121
2007	1 102	348	754	80	188	126	217	106	207	36	142
2008	1 334	444	890	109	208	135	225	154	269	45	188
2009	1 339	433	906	116	224	130	237	136	248	51	197

## 11.2. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Belastungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen sind direkte Reaktionen auf meist einmalige schwere traumatische Belastungen oder Situationen kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder

katastrophenartigem Ausmaß. So kann eine Belastungsstörung durch eine Naturkatastrophe, das Erleben einer Gewalttat, eine Vergewaltigung oder auch durch sexuellen Missbrauch verursacht werden. Die Symptomatik solcher übermäßigen

Reaktionen auf Belastung können sehr unterschiedlich ausfallen. Es ist zu bedenken, dass es grundsätzlich normal ist, nach Traumata oder schlimmen Lebensereignissen mit Traurigkeit, Angst, Schrecken oder Schlafstörungen zu reagieren. Als psychische Störung werden solche Reaktionen erst dann bezeichnet, wenn diese mit Verminderung von Leistungsfähigkeit verbunden sind.

Als akute Belastungsreaktion wird eine Symptomatik bezeichnet, die in den Stunden unmittelbar nach einem belastenden Ereignis auftritt und nach wenigen Stunden oder Tagen wieder abklingt ("Nervenzusammenbruch", psychischer Schock). Dabei treten Gefühle der inneren Leere, Verzweiflung und Angst und unter Umständen auch Suizidgedanken auf. Es ist wichtig, Betroffene nicht alleine zu lassen und sie bei ihrer Stabilisierung zu unterstützen.

Bei Anpassungsstörungen handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotio-

ner Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben, wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen.

Anpassungsstörungen können aber auch nach Veränderungen im sozialen Umfeld oder in gesellschaftlichen Werten, wie zum Beispiel nach Emigration auftreten. Sie können aber auch in einem größeren Entwicklungsschritt (Schulbesuch, Elternschaft oder Ruhestand) einer Krise (Misserfolge) bestehen. Das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen ist beeinträchtigt und kann aus Angst, Depression und/oder Sorge bestehen und sich in Aggressivität, Unbeherrschtheit oder auch in Introvertiertheit, Hilflosigkeit, depressiver Stimmungslage oder Teilnahmslosigkeit äußern. Häufig haben Betroffene Schwierigkeiten ihren Alltag zu bewältigen.

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Belastungs- und Anpassungsstörungen in Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Geschl.	Krankenhausfälle					
		2000	2002	2004	2006	2008	2009
F40 - F48 Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	i	4 449	4 261	4 937	5 142	4 913	4 824
	m	1 834	1 721	2 021	2 101	1 955	1 854
	w	2 615	2 540	2 916	3 041	2 958	2 970
dar. F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	i	1 993	1 891	2 175	2 356	2 229	2 236
	m	973	856	1 011	1 132	1 019	1 006
	w	1 020	1 035	1 164	1 224	1 210	1 230
dar. F43.0 Akute Belastungsreaktion	i	479	444	566	500	435	418
	m	246	220	272	234	186	205
	w	233	224	294	266	249	213
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	i	100	139	179	189	176	196
	m	32	39	64	52	47	38
	w	68	100	115	137	129	158
F43.2 Anpassungsstörungen	i	1 187	1 256	1 390	1 630	1 588	1 590
	m	591	572	663	830	776	747
	w	596	684	727	800	812	843

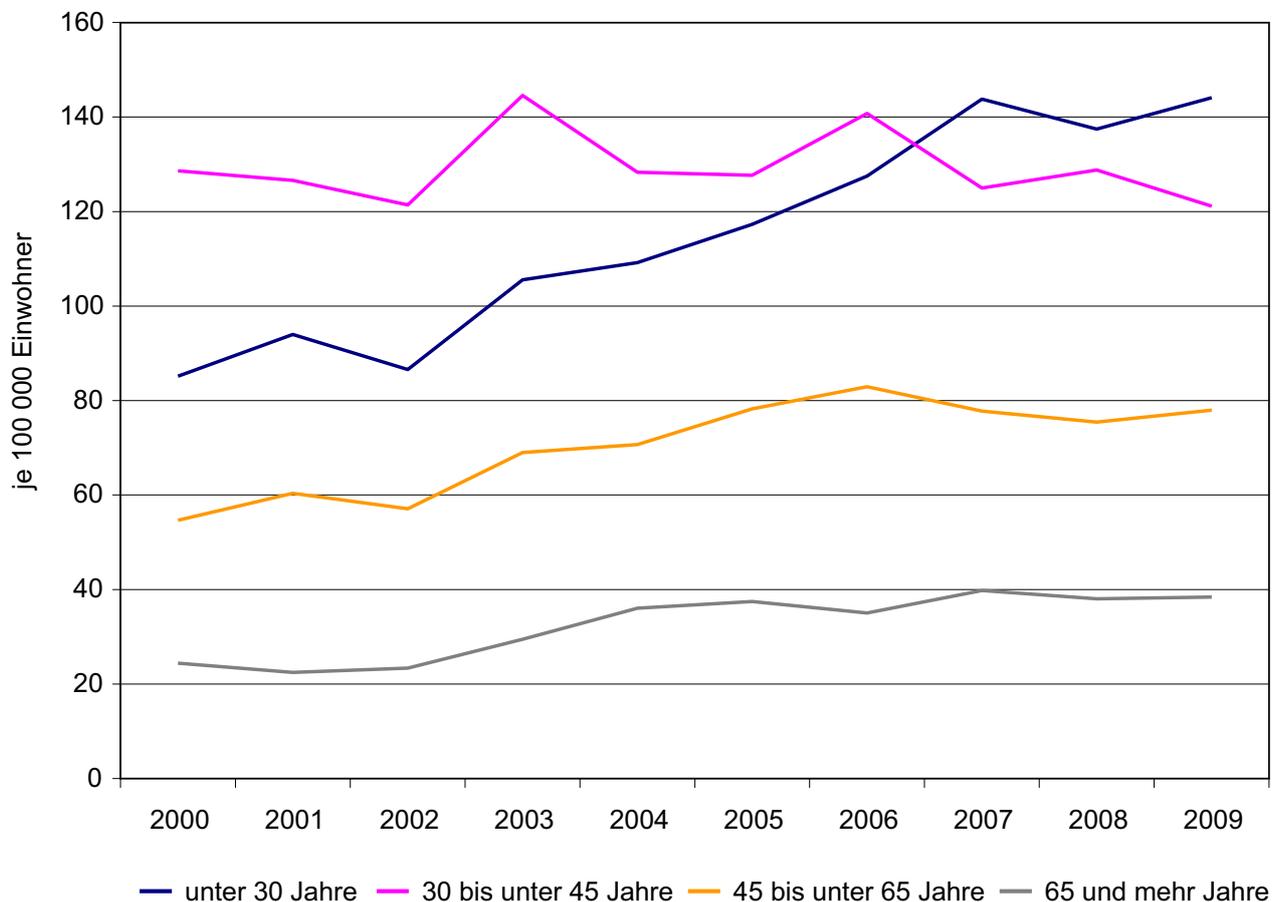
Besonders bei Jugendlichen kann das Sozialverhalten beeinträchtigt sein, so dass es zu Vereinsamung und Isolation kommt. Die Folgen können Arbeitsunfähigkeit, Schwierigkeiten in der Beziehung oder Selbstmordgedanken sein. Belastungs- und Anpassungsstörungen werden psychotherapeutisch behandelt, in Einzelfällen werden unterstützend auch Antidepressiva gegeben.

Besonders auffällig ist, dass Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen stark an Bedeutung in der Krankenhausstatistik gewinnen. Ein nicht ganz so eindeutiges Bild geben die anderen Altersgruppen wieder. Dennoch kann auch in diesen Altersgruppen eine Zunahme an Fällen beobachtet werden.

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht und Altersgruppen

Jahr	Krankenhausfälle										
	insges.	männl.	weibl.	darunter in den Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren							
				männl. 0 - 30 Jahre	weibl. 0 - 30 Jahre	männl. 30 - 45 Jahre	weibl. 30 - 45 Jahre	männl. 45 - 65 Jahre	weibl. 45 - 65 Jahre	männl. 65 Jahre und mehr	weibl. 65 Jahre und mehr
2000	1 993	973	1 020	354	337	403	388	190	209	26	86
2001	2 040	894	1 146	307	426	371	391	187	252	29	77
2002	1 891	856	1 035	280	375	348	362	192	221	36	77
2003	2 242	1 014	1 228	338	443	385	433	246	250	45	102
2004	2 175	1 011	1 164	347	443	380	315	228	276	56	130
2005	2 265	1 085	1 180	374	466	357	320	283	273	71	121
2006	2 356	1 132	1 224	390	491	360	337	324	261	58	135
2007	2 330	1 071	1 259	436	527	280	313	277	275	78	144
2008	2 229	1 019	1 210	395	496	302	282	253	286	69	146
2009	2 236	1 006	1 230	409	512	264	274	256	303	77	141

**Grafik:** Krankenhausfälle je 100 000 der mittleren Bevölkerung aufgrund von Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Altersgruppen



## 12. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Klassische Infektionskrankheiten wie Masern oder Mumps spielen in der Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland kaum noch eine große Rolle. Dagegen nehmen psychische und psychosomatische Erkrankungen an Bedeutung zu. Dabei beeinflussen Lebensstil, Einkommen und Beruf der Eltern sowie Wohnumfeld die Gesundheit.

Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen sind die häufigsten Diagnosen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Schizophrene Psychosen, wahnhaftige Störungen, bipolare affektive Störungen sind im Kindes- und Jugendalter deutlich seltener als bei Erwachsenen.

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter führen langfristig zu hohen sozialen Folgekosten wie zum Beispiel durch Gesundheitsleistungen, Heimaufenthalte und Inhaftierung sowie durch Arbeitslosigkeit infolge von schulischen Misserfolgen und den damit verbundenen fehlenden Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend in Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Geschl.	Krankenhausfälle					
		2000	2002	2004	2006	2008	2009
F90 - F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	i	1 427	1 424	1 661	1 548	1 672	1 773
	m	1 018	996	1 098	1 075	1 162	1 226
	w	409	428	563	473	510	547
F90 Hyperkinetische Störungen	i	225	316	369	392	448	392
	m	200	269	318	330	385	352
	w	25	47	51	62	63	40
F91 Störungen des Sozialverhaltens	i	350	273	279	252	270	276
	m	263	202	178	185	193	189
	w	87	71	101	67	77	87
F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	i	503	597	733	696	706	798
	m	351	377	447	423	441	504
	w	152	220	286	273	265	294
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	i	84	62	70	52	87	96
	m	39	29	34	33	38	44
	w	45	33	36	19	49	52
F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	i	20	29	26	30	57	66
	m	9	22	14	14	36	45
	w	11	7	12	16	21	21
F95 Ticstörungen	i	25	21	22	32	31	37
	m	17	15	13	23	22	29
	w	8	6	9	9	9	8
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	i	220	126	162	94	73	108
	m	139	82	94	67	47	63
	w	81	44	68	27	26	45

Verhaltensweisen wie sich wiederholende Streitereien, Grausamkeiten gegenüber anderen Personen und Tieren, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen, Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam charakterisieren die Störungen

im Sozialverhalten. Dabei ist der Anteil der Fälle bei Jungen deutlich höher als der bei Mädchen. In Sachsen-Anhalt liegt das Verhältnis bei etwa drei zu eins.

Im frühen Erwachsenenalter nehmen solche Störungen wieder stark ab. Bis zur Pubertät sind

Jungen häufiger psychisch belastet als Mädchen. Mit Beginn der Pubertät sind Mädchen gefährdeter, insbesondere durch emotionale Störungen.

Ungünstige psychosoziale Einflussfaktoren, insbesondere im familiären Umfeld, sind bedeutend bei der Entstehung von Störungen im Sozialverhalten. Hinzu kommen negative mediale Vorbilder und belastende Milieus, Fehlen an Sorge und Zuwendung, mangelnde soziale Integration, kritische Lebensereignisse, wie zum Beispiel der Verlust einer Bezugsperson durch Trennung, Scheidung oder Tod.

Auch sind genetische Einflüsse zu vermuten, da Störungen im Sozialverhalten häufig mit hyperkinetischen Störungen (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, ADHS) einhergehen.

Emotionale Störungen im Kindesalter werden in der Regel durch Ängste geprägt. Depressiven Störungen gehen meist Angststörungen voraus, wobei sich hierdurch die Angstsymptomatik verstärkt. Nicht selten treten emotionale Störungen und Störungen des Sozialverhaltens in Kombination auf.

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht

Jahr	Krankenhausfälle					
	insges.	männl.	weibl.	darunter in der Altersgruppe unter 15 Jahre		
				insgesamt	männlich	weiblich
2000	1 427	1 018	409	1 104	809	295
2001	1 520	1 053	467	1 083	767	316
2002	1 424	996	428	1 098	779	319
2003	1 506	1 047	459	1 072	773	299
2004	1 661	1 098	563	1 205	829	376
2005	1 501	1 010	491	997	692	305
2006	1 548	1 075	473	1 021	735	286
2007	1 635	1 114	521	1 142	810	332
2008	1 672	1 162	510	1 206	886	320
2009	1 773	1 226	547	1 325	975	350

### 13. Suizide und Suizidversuche

Nicht selten sind Suizide und Suizidversuche Folge von Depressionen. Laut den statistischen Zahlen verüben wesentlich mehr Männer als Frauen einen Suizid. Suizidversuche werden hingegen statistisch nicht erfasst.

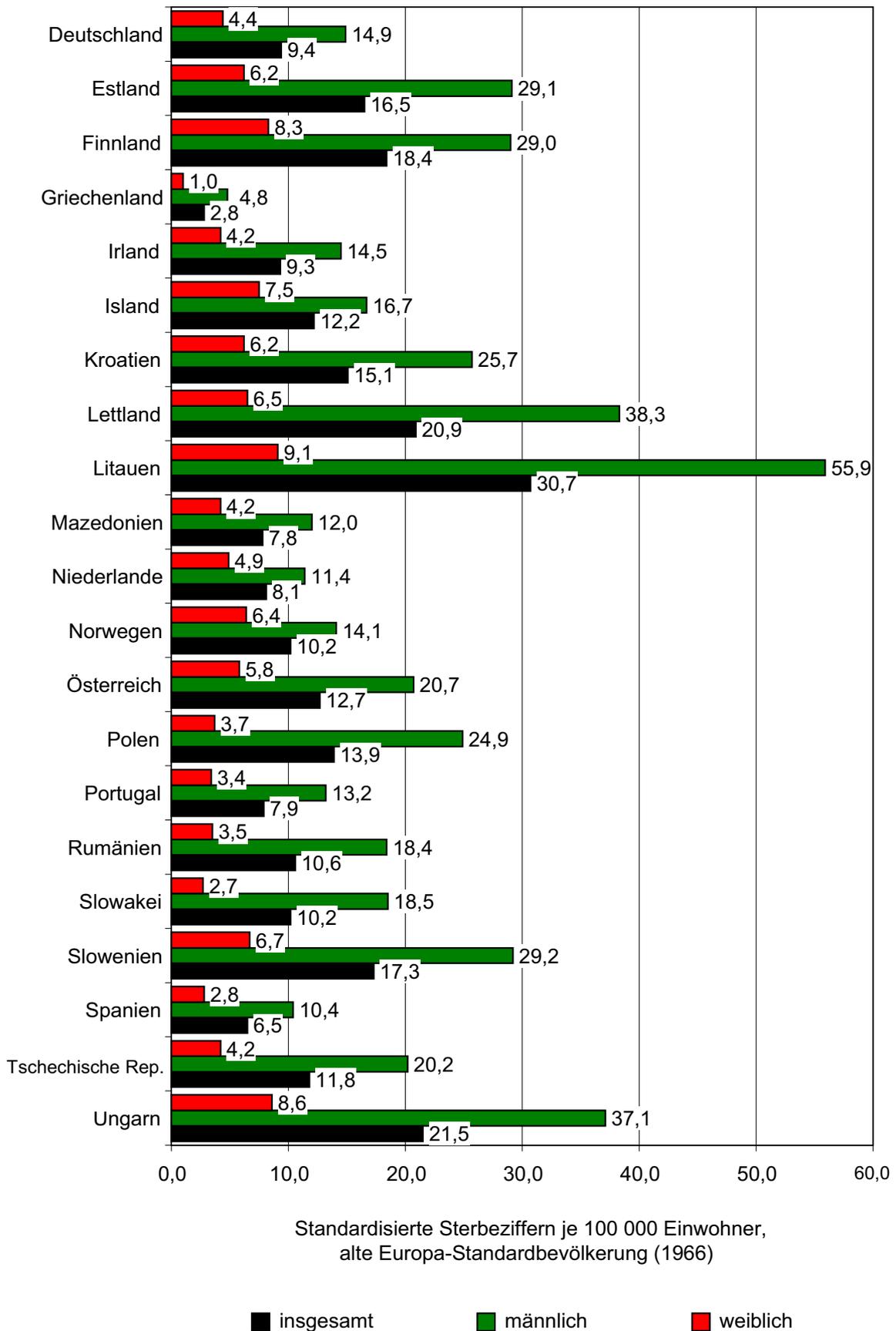
Oft werden bei einem Suizidversuch Methoden gewählt, die man überleben kann, sofern diejenigen durch andere Personen rechtzeitig aufgefunden werden.

So ist zum Beispiel bei der Einnahme einer Überdosis Schlaftabletten davon auszugehen, dass in diesem Fall nicht das Sterben das Ziel war. Vielmehr handelt es sich bei einer solchen Tat, um einen verzweifelten Aufschrei nach mehr Anerkennung, Hilfe, Liebe und Geborgenheit.

Suizide hingegen erfolgen häufig nach reiflichen Überlegungen. Es werden so zum Beispiel Mittel wie der Sprung vor einen fahrenden Zug oder von Hochhäusern zur Selbsttötung gewählt. Also Methoden, die definitiv nicht überlebt werden können.

Die Leichenschau und die Todesursachenfeststellung erfolgt durch die Ärzte, welche an dieser Stelle entscheiden, ob der Todesfall als Suizid, Unfall, Tötungsdelikt oder als natürlicher Todesfall eingeordnet wird.

Häufig erfolgt jedoch keine Zuordnung zu diesen Kategorien. Es ist auch davon auszugehen, dass unter den Unfällen (Verkehrstoten, Drogentoten) eine gewisse Dunkelziffer an Suizidfällen vermutet werden kann.

**Grafik:** Standardisierte Suizidrate 2008 ausgewählter europäischer Staaten nach Geschlecht

Religion, gesellschaftliche als auch politische Aspekte haben maßgeblichen Einfluss auf suizidales Verhalten und auf die Bewertung des Delikts. So verwundert eine sehr niedrige Suizidrate in den islamischen Ländern nicht. Suizide gibt es jedoch in allen Gesellschaften und Kulturen, allerdings werden diese in vielen Ländern mit einem unterentwickelten Gesundheitssystem (Mittelamerika, Afrika) gar nicht oder nicht regelmäßig erfasst. In Nord- und Osteuropa werden in Bezug zur Bevölkerung die meisten Suizide begangen. So in den baltischen Staaten, in Finnland sowie in Ungarn und Slowenien. Für die Staaten der ehemaligen Sowjetunion werden von Eurostat keine Zahlen veröffentlicht.

Die WHO gibt für das Jahr 2006 für die Russische Föderation 30,1 (Männer 53,9 und Frauen 9,5) und für die Ukraine 22,6 (Männer 40,9 und 7,0 Frauen) Sterbefälle je 100 000 Einwohner aufgrund eines Suizides an. Die Russische Föderation hat damit die höchste Suizidrate der Welt.

Die alte Europastandardbevölkerung unterstellt den Gruppen der Frauen bzw. Männer eine identische Altersstruktur, wodurch ein direkter Vergleich z.B. der Mortalität, Morbidität oder Krankheitskosten zwischen Frauen und Männern zweier Regionen oder einer Region zu unterschiedlichen Zeitpunkten zulässig ist.

**Tabelle:** Suizidraten 2009 nach Bundesländer und Geschlecht

Bundesland	Sterbeziffer					
	je 100 000 der Bevölkerung			je 100 000 der alten Europa-Standardbevölkerung (1966)		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Baden-Württemberg	13,06	20,01	6,34	10,99	17,27	5,13
Bayern	13,99	21,32	6,94	11,60	18,16	5,66
Berlin	7,72	11,12	4,45	6,47	9,55	3,65
Brandenburg	9,62	14,84	4,49	7,10	11,33	3,02
Bremen	12,71	18,96	6,78	9,97	15,78	4,49
Hamburg	12,32	17,14	7,70	10,32	14,61	6,47
Hessen	12,68	19,90	5,76	10,40	16,74	4,59
Mecklenburg-Vorpommern	11,17	17,17	5,27	8,88	14,20	3,79
Niedersachsen	9,80	14,77	5,00	7,96	12,46	3,87
Nordrhein-Westfalen	9,31	14,01	4,83	7,72	12,00	3,79
Rheinland-Pfalz	10,70	17,18	4,45	8,63	14,15	3,46
Saarland	12,18	20,23	4,56	9,52	16,08	3,33
Sachsen	14,93	24,03	6,23	11,10	18,78	3,91
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>15,20</b>	<b>25,02</b>	<b>5,79</b>	<b>11,20</b>	<b>19,40</b>	<b>3,85</b>
Schleswig-Holstein	12,15	18,17	6,37	9,75	15,37	4,59
Thüringen	14,48	22,26	6,91	11,35	17,98	5,45
<b>Deutschland</b>	<b>11,69</b>	<b>17,94</b>	<b>5,68</b>	<b>9,51</b>	<b>15,06</b>	<b>4,41</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt

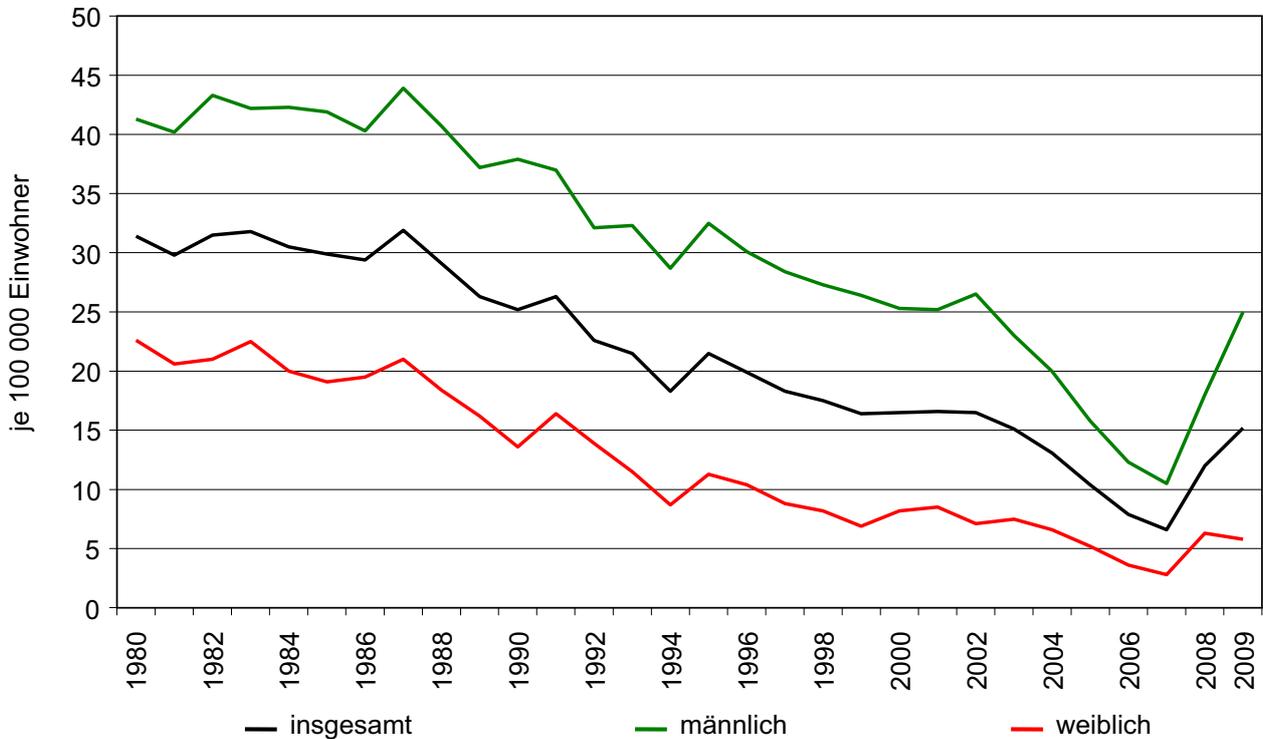
Die Suizidraten Sachsens-Anhalts ähneln denen der anderen ostdeutschen Bundesländer. Gerade bei den Frauen war seit den 80-er Jahren ein sinkender Trend zu beobachten. Bei den Männern sanken diese Werte erst ab 1987. Lediglich im Jahr 1991 stiegen diese bei Frauen wie auch bei den Männern wieder etwas an und fielen dann kontinuierlich bis zum Jahr 2007 wieder ab. Im

Jahr 2007 wurde die niedrigste Suizidrate für Sachsen-Anhalt errechnet. Damit lag die Suizidrate deutlich unter dem Bundesdurchschnitt und war zugleich die niedrigste aller ostdeutschen Bundesländer. Ab dem Jahr 2008 stiegen die Zahlen für Sachsen-Anhalt aber wieder deutlich an. Für Sachsen-Anhalt wurden im Jahr 2009 15,2 (Männer 25,0 und Frauen 5,8) Sterbe-

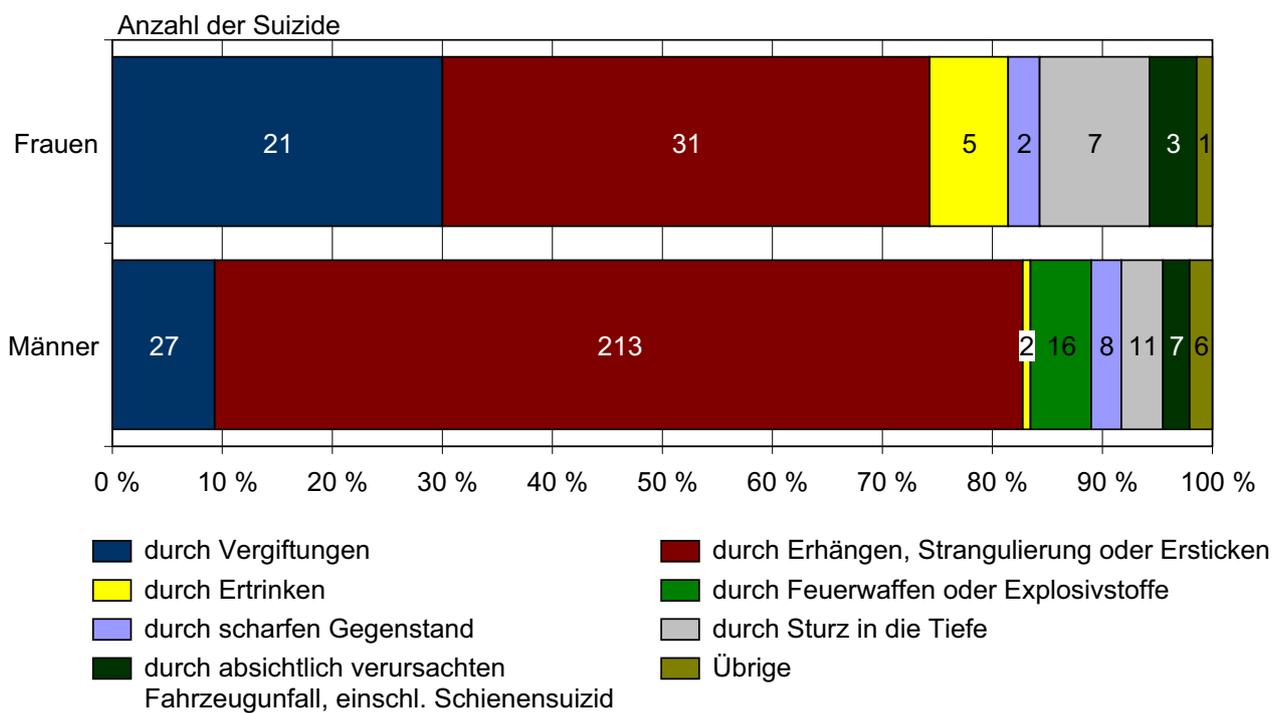
fälle je 100 000 Einwohner errechnet. Damit war Sachsen-Anhalt das Bundesland mit der höchsten Suizidrate in der Bundesrepublik. Bezogen auf die Europastandardbevölkerung (alt) ergeben sich al-

lerdings für alle Bundesländer niedrigere Werte und die höchste Suizidrate hat nun der Freistaat Bayern. Im Jahr 2008 lagen die Suizidraten für Sachsen-Anhalt sehr nah am Bundesdurchschnitt.

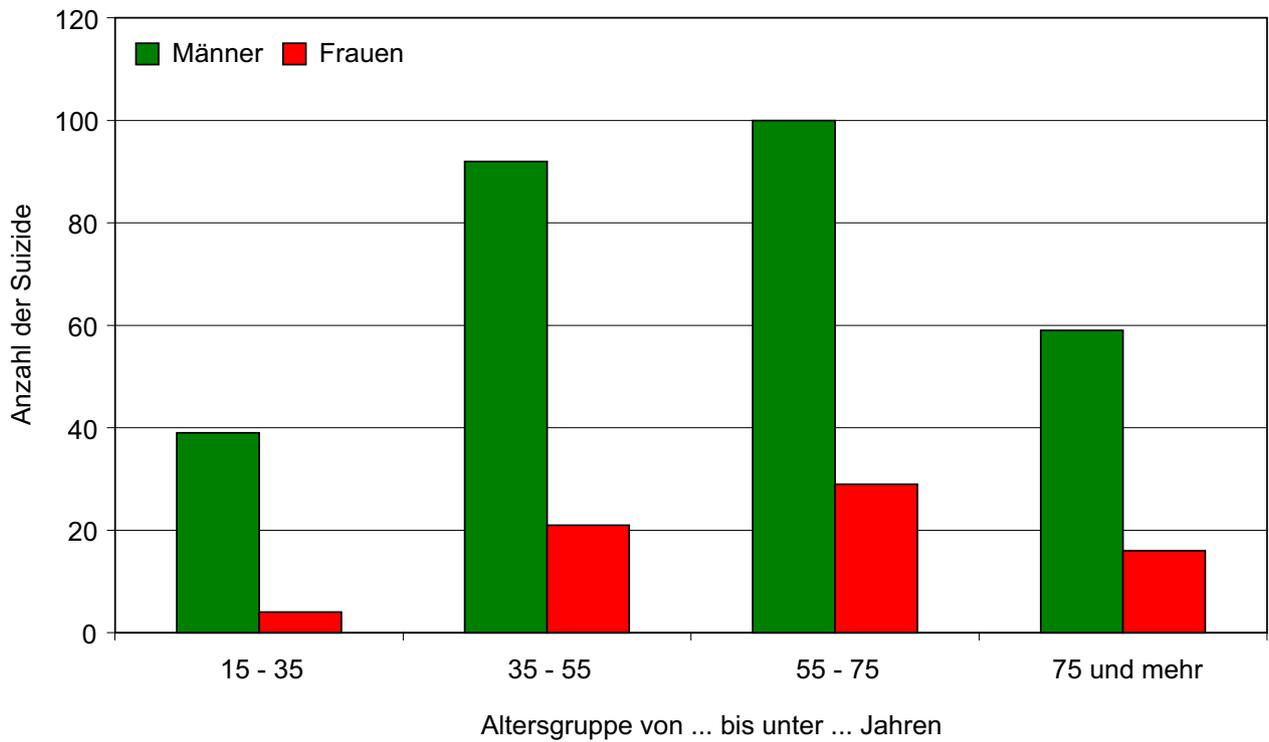
**Grafik:** Suizide je 100 000 der Bevölkerung 1980 - 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht



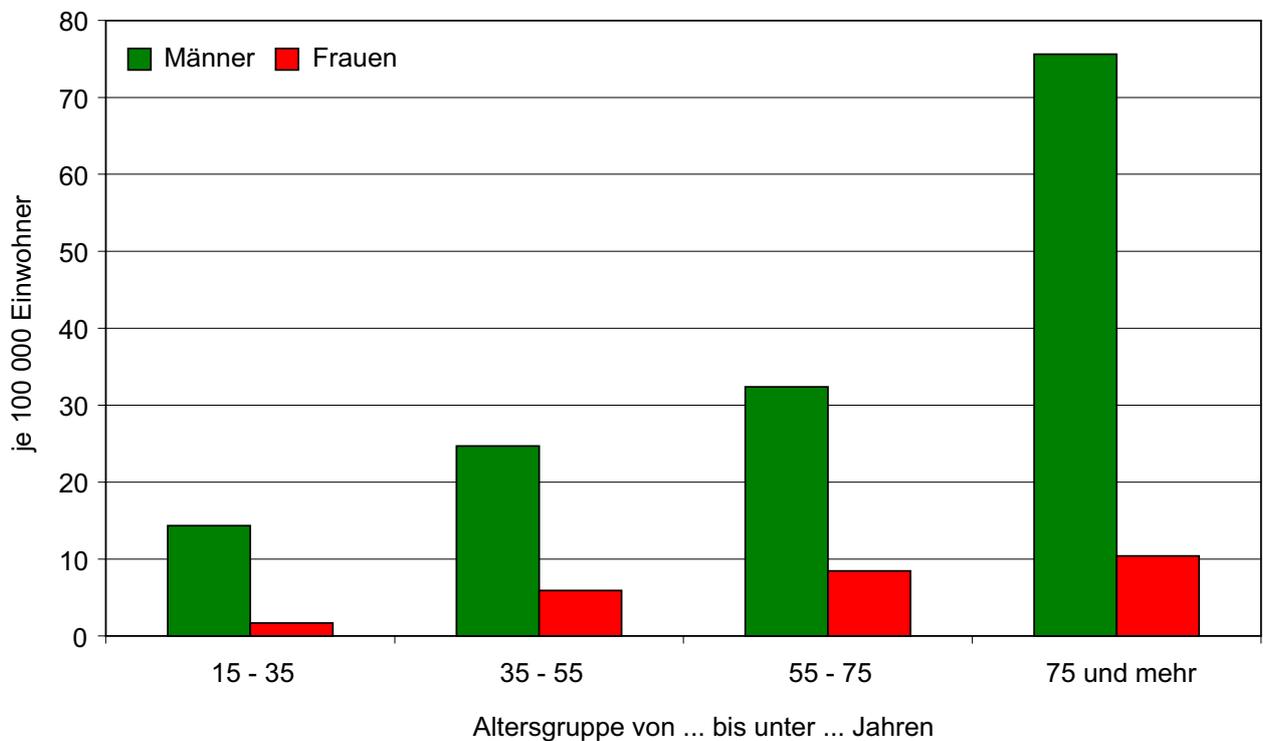
**Grafik:** Suizide 2009 in Sachsen-Anhalt nach äußerer Ursache und Geschlecht



**Grafik:** Suizide 2009 in Sachsen-Anhalt nach Altersgruppen und Geschlecht



**Grafik:** Suizidrate 2009 in Sachsen-Anhalt nach Altersgruppen und Geschlecht



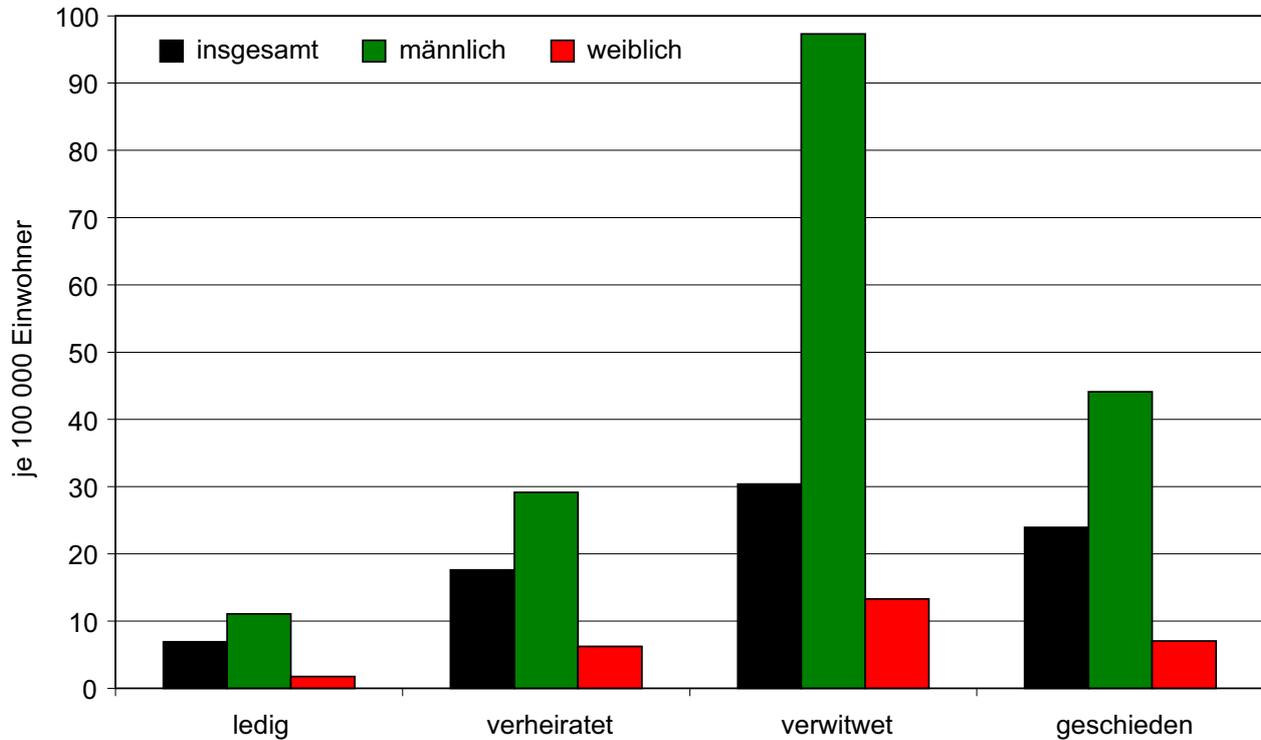
Fast die Hälfte aller Frauen und rund drei Viertel aller Männer, welche im Jahr 2009 in Sachsen-

Anhalt Suizid begingen, wählten als Suizidmethode das Erhängen. Jede dritte Frau und

jeder zehnte Mann, welche Selbstmord begingen, vergiftete sich selbst. Knapp jeder zehnte Mann nahm sich durch Schusswaffen das Leben. Durch einen absichtlich verursachten Fahrzeugunfall

(hier in der Regel durch Zugüberfahung bzw. Schienensuizid) kam etwa jeder zwanzigste Suizident ums Leben.

**Grafik:** Suizidrate 2009 in Sachsen-Anhalt nach Familienstand und Geschlecht



## 14. Gerontopsychiatrische Erkrankungen

Der Anteil alter Menschen nimmt in der Bevölkerung Sachsen-Anhalts stetig zu und stellt das Land vor immer größere Herausforderungen, gerade im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung.

Allein in den Jahren zwischen 1990 und dem letzten Jahr nahm der Anteil der über 65-jährigen von 14 % auf über 24 % zu. Die aktuelle Bevölkerungsprognose sieht für das Jahr 2025 einen Anteil der über 65-jährigen von sogar über 30 %. Alte Menschen leiden häufig an mehreren Erkrankungen gleichzeitig, viele davon sind chronischer Art.

Körperliche Einschränkungen können auch zu psychischen Beschwerden führen und umgekehrt können psychische Erkrankungen die Funktionen des Körpers stark einschränken. Aufgrund des demographischen Wandels muss den psychischen Erkrankungen eine immer größere volkswirtschaftliche Bedeutung anerkannt werden.

Die Gerontopsychiatrie beschäftigt sich mit älteren

Menschen und ihren psychischen Erkrankungen, die typischerweise erst im Alter auftreten. Das sind insbesondere Demenzen.

An großen psychiatrischen Einrichtungen gibt es meistens spezielle Abteilungen für Gerontopsychiatrie. Neue Therapiemöglichkeiten stimulieren das Fach, zum Beispiel die Psychotherapie im Alter oder neue medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz und bei Depression.

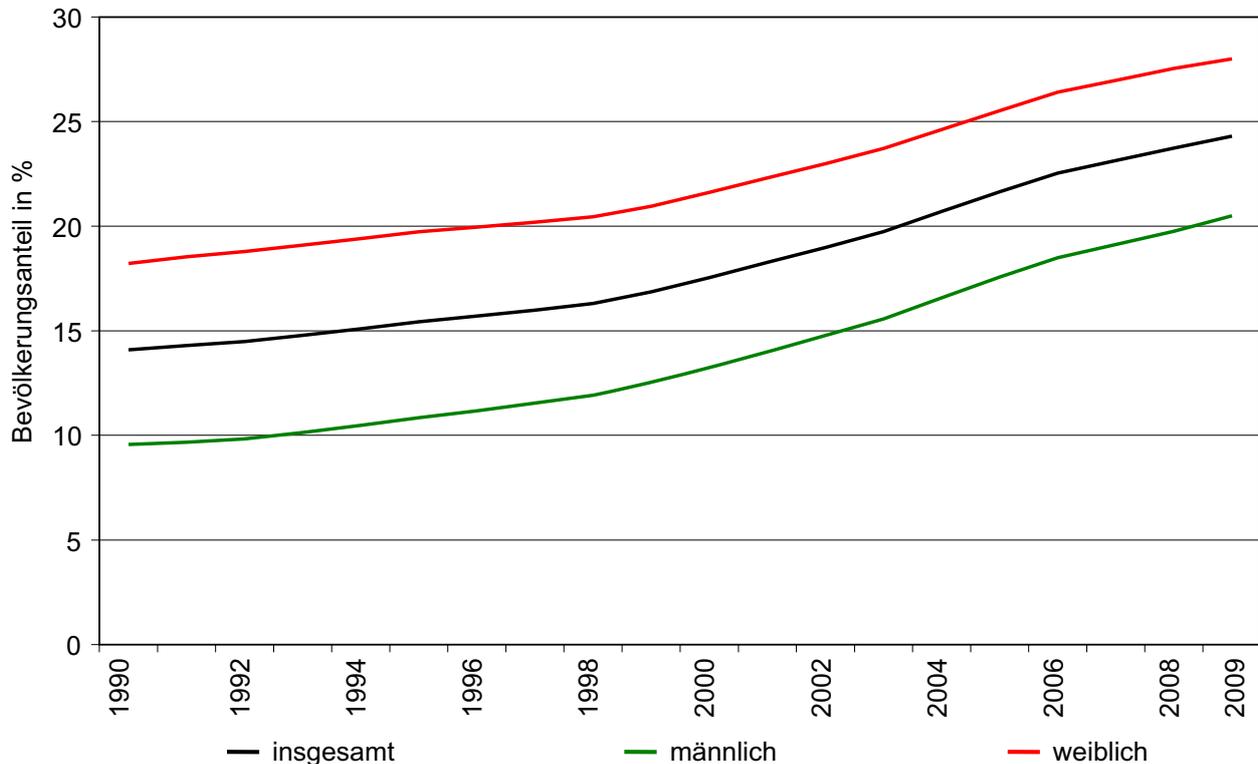
In der gerontopsychiatrischen Versorgung hat neben der klinischen die ambulante und gerade die häusliche Versorgung eine große Bedeutung. In der Regel fehlen hier jedoch adäquate Angebote in der gesundheitlichen sowie sozialen Versorgung.

Die Bedarfsstrukturen unseres Gesundheitssystems sind einer starken Veränderung unterworfen, da der Anteil älterer Menschen stets zunimmt. Dies muss zwangsläufig zu einer nachhaltigen Umorientierung vor allem in der pflege-

rischen Versorgung, besonders der von älteren Menschen führen. Angesichts der soziodemografischen Entwicklung, der Verschiebung des Generationenverhältnisses und der sich verändernden Familienstrukturen ist davon auszuge-

hen, dass professionelle Pflege- und Gesundheitsleistungen vornehmlich im ambulanten und stationären Bereich an Bedeutung gewinnen werden.

**Grafik:** Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen 1990 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht



**Tabelle:** Anzahl der Leistungsempfänger 1999 und 2009 in Sachsen-Anhalt nach Art der Betreuung und Pflegestufe

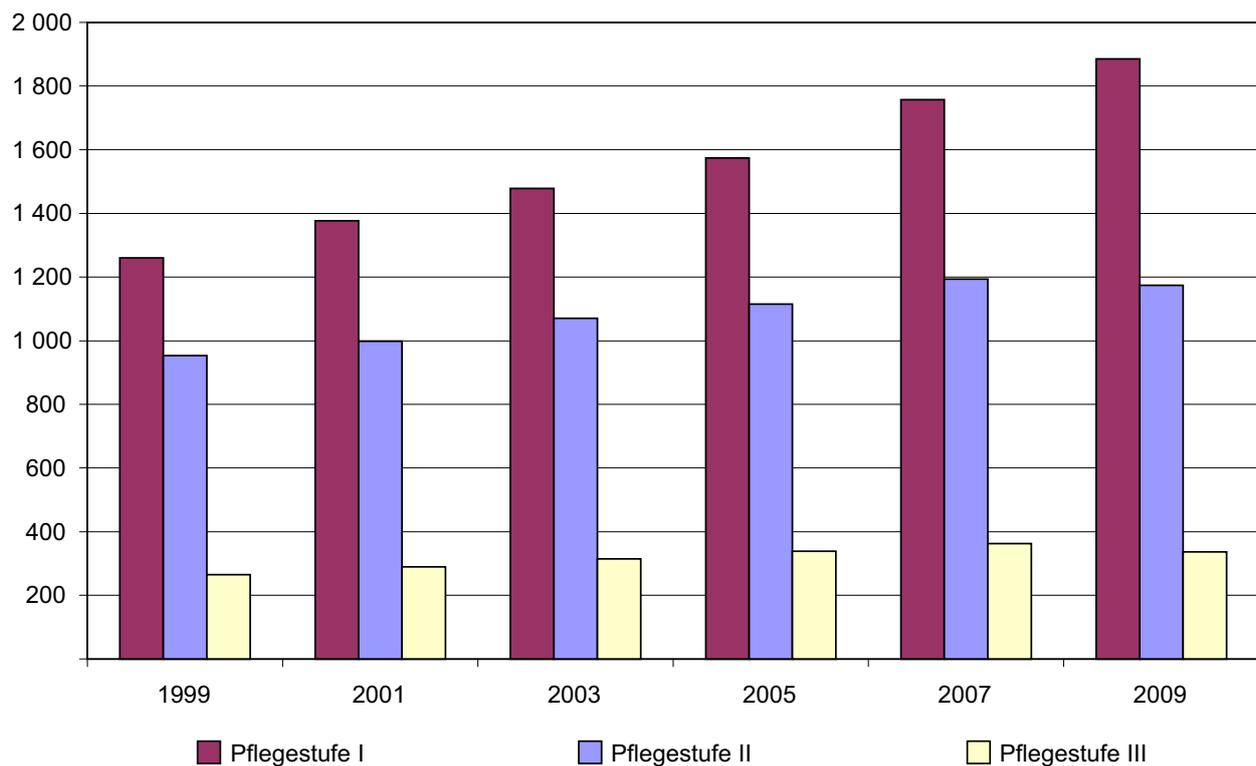
Pflegestufe	Art der Betreuung							
	Leistungs-empfänger insgesamt		stationäre Pflege		ambulante Pflege		Pflegegeld	
	1999	2009	1999	2009	1999	2009	1999	2009
Pflegestufen insgesamt	66 616	80 667	17 608	25 225	14 198	20 790	34 810	34 652
Pflegestufe I	33 569	44 657	6 322	8 228	6 896	11 952	20 351	24 476
Pflegestufe II	25 399	27 810	7 663	12 082	5 779	7 138	11 957	8 590
Pflegestufe III	7 062	7 965	3 037	4 679	1 523	1 700	2 502	1 586
noch keiner Pflegestufe zugeordnet	586	235	586	235	-	-	-	-

Die Zunahme alter und häufig pflegebedürftiger Menschen geht also mit dem Nachlassen der häuslich-familiären Netze einher. Durch kleiner werdende Familien sowie beruflich bedingter Abwanderung der Kinder aus der Nähe der Eltern, kommt es zwangsläufig zur Abnahme des priva-

ten Pflegepotenzials. Hinzu kommt, dass Familienangehörige bei der Pflege alter Menschen sehr bald an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit durch den "24-Stunden-Dienst" und mangelndes Wissen über den Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten stoßen.

**Tabelle:** Pflegebedürftige 2009 in Sachsen-Anhalt nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfänger / -innen	
	insgesamt	je 100 000 Einwohner
unter 5	234	273,0
5 - 10	514	603,2
10 - 15	477	609,2
15 - 20	402	446,5
20 - 25	557	367,7
25 - 30	427	304,3
30 - 35	367	304,8
35 - 40	317	236,3
40 - 45	557	308,1
45 - 50	939	448,0
50 - 55	1 463	759,5
55 - 60	2 145	1 141,3
60 - 65	2 376	1 833,5
65 - 70	5 112	2 985,1
70 - 75	8 504	5 224,1
75 - 80	12 033	11 249,3
80 - 85	17 368	23 254,1
85 - 90	17 676	43 471,6
90 und mehr	9 199	66 994,4
<b>Insgesamt</b>	<b>80 667</b>	<b>3 423,6</b>

**Grafik:** Anzahl Pflegebedürftiger je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

Im Jahr 1999 wurden insgesamt 66 616 Männer und Frauen aus Sachsen-Anhalt in der Pflegestatistik erfasst. Im Jahr 2009 betrug die Zahl der Pflegebedürftigen in Sachsen-Anhalt 80 667 Personen in der stationären, ambulanten oder häuslichen Pflege. Das ist eine Zunahme um über 21 %. Während in der stationären und ambulanten Pflege die Zuwachsraten zwischen 1999 und 2009 über 43 % bzw. 46 % betragen, ist in der privaten bzw. häuslichen Pflege (Pflegegeld) durch Angehörige ein leichter Rückgang erkenn-

### 14.1. Demenz

Die Versorgung Demenzkranker stellen Politik und Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter.

Der Begriff Demenz steht für eine umfassende Gruppe ungleichartiger Erkrankungen, bei denen der Orientierungssinn, die Gedächtnisleistung, die Lernfähigkeit und Urteilsfähigkeit abnehmen. An Demenz Erkrankte können zunehmend alltägliche Aktivitäten wie Ankleiden, Essen und persönliche Hygiene nicht mehr selber erledigen. Ihr Sozialverhalten als auch ihre Motivation und ihre Persönlichkeit verändern sich. Depressivität und motorische Unruhe sind auffallend. Nachlassen des Interesse an Arbeit, Hobby und Kontakten, Reizbarkeit und Misstrauen sind Anzeichen einer beginnenden Demenz. Hinzu können Störungen beim Erkennen von Gegenständen und Personen und Sprachstörungen, insbesondere in der Wortfindung, kommen.

Allerdings ist es häufig nicht einfach, altersübliche Veränderungen der kognitiven Leistungen von frühen Demenzstadien zu unterscheiden, da Veränderungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit in der Regel mit dem normalen Alterungsprozess einhergehen. In der Intelligenzforschung wird zwischen fluider Intelligenz und kristalliner Intelligenz unterschieden. In der fluiden Intelligenz kommen in erster Linie die Güte und Schnelligkeit der Informationsverarbeitung zum Ausdruck. Die kristalline Intelligenz umfasst Fähigkeiten, die Erfahrungswissen, Wortschatz und Sprachverständnis voraussetzen.

Beide Komponenten zeigen im Alter einen unterschiedlichen Verlauf. Mit zunehmendem Alter gehen im Bereich der fluiden Intelligenz Fähigkeiten verloren. Das heißt, ältere Menschen sind langsamer beim Verstehen von Problemen, beim Erwerb neuen Wissens oder beim zügigen Interpretieren von Situationen. Dagegen bleiben die Fähigkeiten der kristallinen Intelligenz bis ins hohe Alter erhalten. Die Ursachen für eine Demenz sind

bar, obwohl hier in der Pflegestufe I ein Zuwachs um 20 % zu verzeichnen ist. Im Jahr 1999 betrug der Anteil der häuslichen Pflege ganze 52 %, 2009 nur noch knapp 43 %. Noch gravierender ist die Abnahme bei den Pflegestufen II und III.

Setzt man dies in Verbindung mit den Prävalenzraten psychischer Veränderungen im Alter, wird deutlich, dass in naher Zukunft ein erheblicher Mehrbedarf an gerontopsychiatrischen Pflegeleistungen entstehen wird.

sehr vielfältig. Je nachdem, wie ausgeprägt die Demenz ist, werden generell leichte, mittelgradig schwere und schwere Formen unterschieden. Eine Demenz kann viele Ursachen haben. Die Ursache bestimmt die Symptome, den Verlauf und den Ausgang. Die meisten Formen von Demenz sind nicht heilbar, können aber im Frühstadium positiv beeinflusst werden. Gedächtnistraining, Verhaltens- und Soziotherapie sowie eine medikamentöse Behandlung, die den Verlauf der Demenz verzögern, verbessern die Lebensqualität der Betroffenen und mindern die Belastungen der Angehörigen bei den Pflegemaßnahmen.

In erster Linie werden zwei Demenzformen unterschieden. Zum einen die primäre Demenz mit hirnorganischer Ursache und andererseits die sekundäre Demenz, die durch verschiedene Organerkrankungen ausgelöst wird.

Bei einer primären Demenz ist die Krankheitsursache im Gehirn zu finden und kann nicht geheilt werden. Die primären Demenzen werden nochmals unterteilt in degenerative Demenzen und in vaskuläre Demenzen.

Eine degenerative Demenz zeichnet sich durch den Abbau (Degeneration) der Nervenzellen im Gehirn ab. Hierbei schrumpfen die Nervenzellen bestimmter Hirnregionen oder sterben ganz ab. Zu den degenerativen Demenzen zählen Morbus Alzheimer (Alzheimer-Krankheit), Morbus Pick, Chorea Huntington und das primäre Parkinson-Syndrom.

Etwa zwei Drittel aller Demenzen sind degenerativer Art. Die häufigste Ursache einer primär degenerativen Demenz ist Morbus Alzheimer. Die Alzheimer-Krankheit schreitet langsam voran und führt gewöhnlich nach 4 bis 8 Jahren zum Tod. Die Alzheimer-Krankheit ist eine zerebrale Krankheit mit unbekannter Ursache und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Vaskuläre oder auch arteriosklerotische Demenzen sind die Folge von kleinen, häufig aufeinander folgenden Hirninfarkten oder Durchblutungsstörungen im Gehirn. Häufig treten bei den Betroffenen auch Mischformen aus degenerativen und vaskulären Demenzen auf.

Mit zunehmendem Alter steigt die Gefahr, an einer dieser beiden Formen von Demenz zu erkranken. Zwei Drittel dieser Demenzkranken sind Frauen. Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein höheres Erkrankungsrisiko und eine längere Lebenserwartung haben.

Eine Heilung ist bei beiden Formen nicht möglich. Jedoch kann man vaskulären Demenzen durch eine präventive Beeinflussung der Risikofaktoren, wie zum Beispiel Bluthochdruck, Zigarettenkonsum, Übergewicht, Hypercholesterinämie und Diabetes mellitus, die allesamt großenteils für Schlaganfälle und andere arterielle Verschlusskrankheiten verantwortlich sind, vorbeugen.

Zu den sekundären Demenzen zählen die nutritiv-

toxisch oder metabolisch verursachten Demenzen (z. B. durch Alkoholabusus oder Hypothyreose), entzündlich bedingte oder übertragbare Erkrankungen, die zur Demenz führen können (z. B. durch HIV-Enzephalopathie, Neuroborreliose oder Morbus Creutzfeldt-Jakob), die durch Schädel-Hirn-Trauma bedingte Demenzen (z. B. durch Unfälle oder durch Raumforderung bei Hirntumoren) oder die durch Depression verursachte sogenannte Pseudodemenz. Diese Formen der Demenz können in jedem Lebensalter auftreten, selten jedoch in höherem Alter. Allerdings kann bei wirksam behandelter Grunderkrankung oder wenn Giftstoffe das Gehirn nicht mehr belasten bzw. wenn Verletzungen geheilt sind, sich die geistige Leistungsfähigkeit der Betroffenen bis zu einem gewissen Grad wieder einstellen.

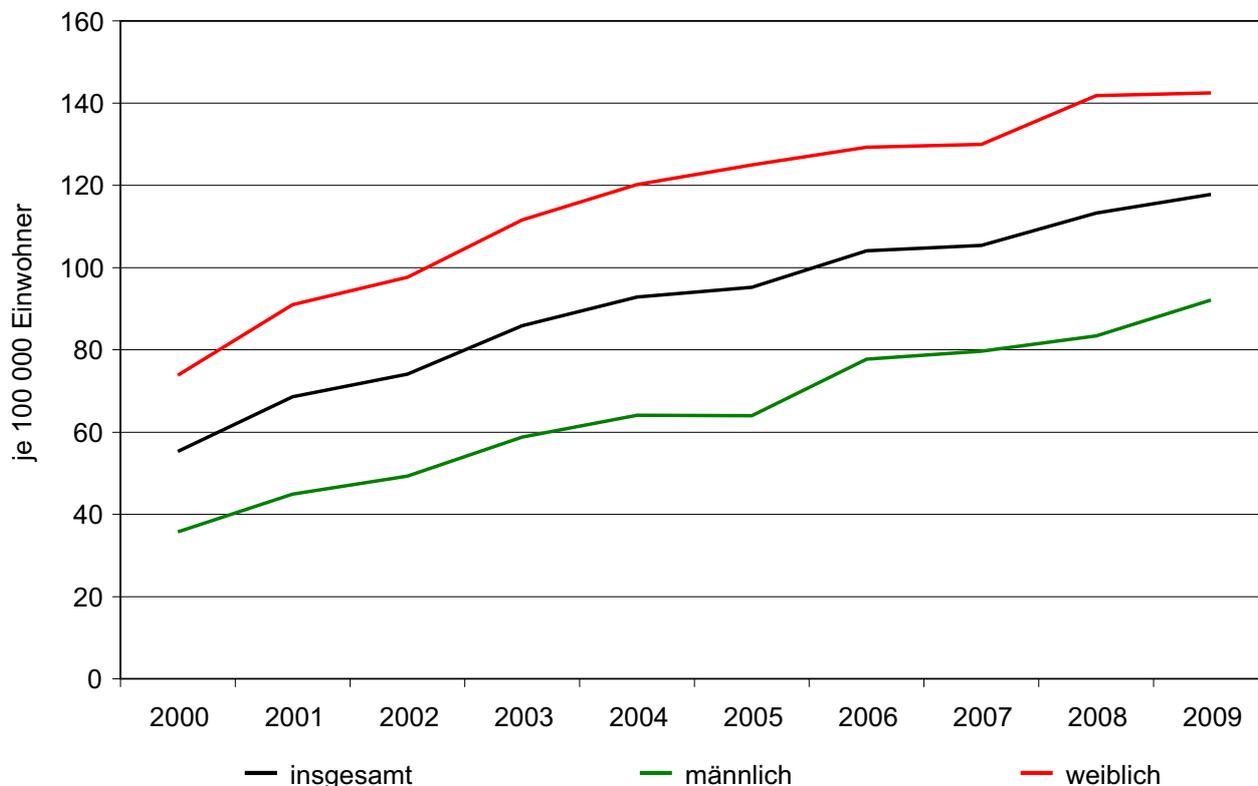
**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Demenzerkrankungen 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht

Pos.-Nr. der ICD-10, Gegenstand der Nachweisung	Ge- schl.	Krankenhausfälle im Jahr									
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
F00 und Demenz bei Alzheimer- G30 Krankheit und Alzheimer-Krankheit	i	298	232	319	471	473	472	585	612	691	618
	m	93	86	100	139	147	139	189	209	247	229
	w	205	146	219	332	326	333	396	403	444	389
F01 Vaskuläre Demenz	i	837	942	992	984	989	976	971	828	771	583
	m	276	290	318	342	322	314	357	318	265	253
	w	561	652	674	642	667	662	614	510	506	330
F02 Demenz bei anderen- orts klassifizierten Krankheiten	i	1	-	9	5	4	-	-	-	-	-
	m	1	-	2	3	4	-	-	-	-	-
	w	-	-	7	2	-	-	-	-	-	-
F03 Nicht näher bezeich- nete Demenz	i	224	459	479	586	600	611	729	581	689	906
	m	57	134	160	190	201	217	273	198	238	320
	w	167	325	319	396	399	394	456	383	451	586
F05.1 Delir bei Demenz	i	97	149	102	131	264	304	272	537	564	683
	m	31	58	36	53	111	105	114	221	228	266
	w	66	91	66	78	153	199	158	316	336	417
<b>insgesamt</b>	<b>i</b>	<b>1 457</b>	<b>1 782</b>	<b>1 901</b>	<b>2 177</b>	<b>2 330</b>	<b>2 363</b>	<b>2 557</b>	<b>2 558</b>	<b>2 715</b>	<b>2 790</b>
	<b>m</b>	<b>458</b>	<b>568</b>	<b>616</b>	<b>727</b>	<b>785</b>	<b>775</b>	<b>933</b>	<b>946</b>	<b>978</b>	<b>1 068</b>
	<b>w</b>	<b>999</b>	<b>1 214</b>	<b>1 285</b>	<b>1 450</b>	<b>1 545</b>	<b>1 588</b>	<b>1 624</b>	<b>1 612</b>	<b>1 737</b>	<b>1 722</b>
Degenerative Krankheiten des Nervensystems darunter:											
G10 Chorea Huntington	i	57	41	45	53	50	39	37	35	37	42
	m	26	17	25	31	25	22	18	13	15	22
	w	31	24	20	22	25	17	19	22	22	20
G20 Primäres Parkinsonsyndrom	i	923	1017	987	1 119	1 075	1 119	1 204	1 170	1 307	1 303
	m	435	508	487	572	581	625	665	639	712	755
	w	488	509	500	547	494	494	539	531	595	548
G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	i	96	135	148	188	169	142	140	171	198	141
	m	63	90	102	142	111	95	93	118	104	77
	w	33	45	46	46	58	47	47	53	94	64

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Demenzerkrankungen (F00 - F03, F05.1, G30) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht

Jahr	Krankenhausfälle					
	Anzahl			je 100 000 Einwohner		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
2000	1 457	458	999	55,3	35,8	73,8
2001	1 782	568	1 214	68,6	44,9	91,0
2002	1 901	616	1 285	74,1	49,3	97,6
2003	2 177	727	1 450	85,9	58,8	111,6
2004	2 330	785	1 545	92,8	64,1	120,2
2005	2 363	775	1 588	95,2	64,0	125,0
2006	2 557	933	1 624	104,1	77,8	129,3
2007	2 558	946	1 612	105,4	79,7	129,9
2008	2 715	978	1 737	113,2	83,4	141,9
2009	2 790	1 068	1 722	117,8	92,1	142,5

**Grafik:** Krankenhausfälle je 100 000 der mittleren Bevölkerung aufgrund von Demenzerkrankungen (F00 - F03, F05.1, G30) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht



Die Anzahl der aufgrund von dementiellen Erkrankungen in den Krankenhäusern behandelten Sachsen-Anhalter belief sich im Jahr 2000 auf insgesamt 1 457 Personen, davon 458 Männer

und 999 Frauen. Bis zum Jahr 2009 verdoppelte sich diese Personenzahl nahezu. So wurden in dem Berichtsjahr 2 790 Personen gezählt, davon 1 722 Frauen und 1 068 Männer. Besonders auf-

fallend ist, dass die Demenz vom Alzheimer-Typ erheblich gestiegen ist. So nahm diese Form der Demenz zwischen 2000 und 2008 um 132 % zu. 2009 ging die Zahl derer allerdings wieder etwas zurück. Die vaskuläre Demenz nahm im gleichen

Zeitraum dagegen ab. Auffallend hingegen ist die deutliche Zunahme der nicht näher bezeichneten Demenz (hier ist die Ursache der Demenz unbekannt oder nicht angegeben worden) besonders im Jahr 2009.

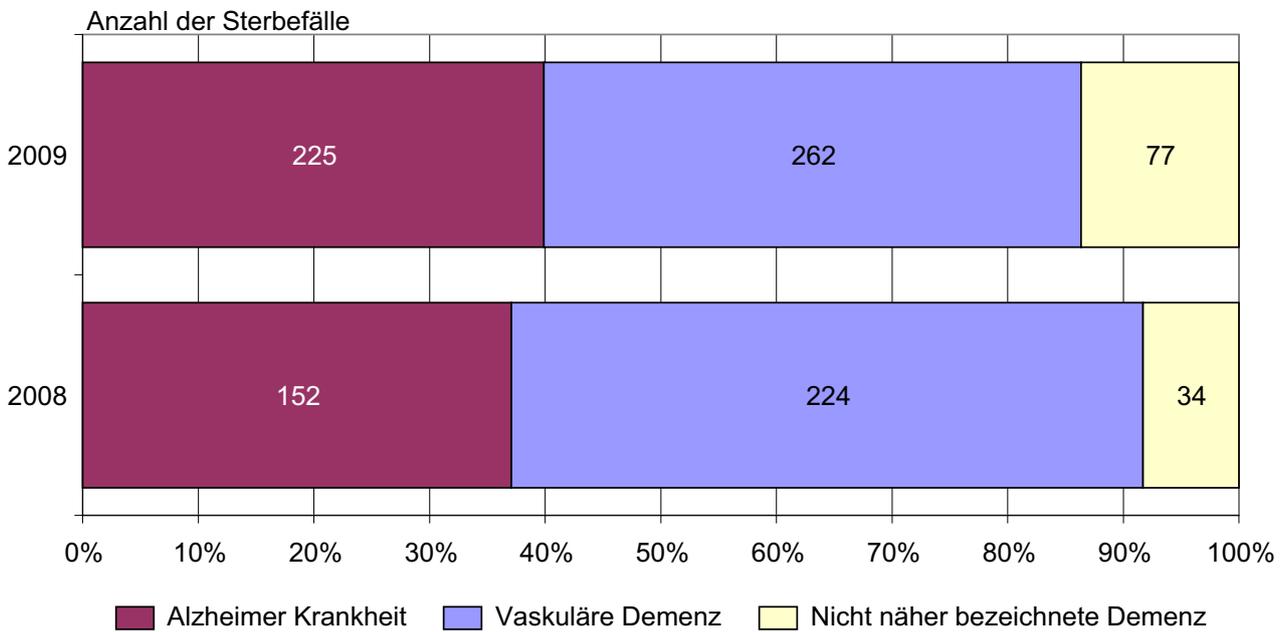
**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von vaskulärer Demenz (F01) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Jahr	Krankenhausfälle										
	insges.	männl.	weibl.	darunter in den Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren							
				männl. 45 - 65 Jahre	weibl. 45 - 65 Jahre	männl. 65 - 75 Jahre	weibl. 65 - 75 Jahre	männl. 75 - 85 Jahre	weibl. 75 - 85 Jahre	männl. 85 und mehr Jahre	weibl. 85 und mehr Jahre
2000	837	276	561	11	13	81	77	115	305	69	166
2001	942	290	652	21	10	80	106	121	335	68	201
2002	1 005	325	680	22	20	114	119	128	339	61	201
2003	984	342	642	38	13	97	108	151	328	54	193
2004	989	322	667	31	13	92	118	148	346	50	190
2005	976	314	662	16	14	102	111	147	361	49	176
2006	971	357	614	21	19	119	94	159	313	58	188
2007	828	318	510	27	8	113	84	131	243	43	175
2008	771	265	506	11	7	86	75	136	271	31	153
2009	583	253	330	8	7	75	48	132	162	37	113

**Tabelle:** Krankenhausfälle aufgrund von Alzheimer (F00, G30) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Jahr	Krankenhausfälle										
	insges.	männl.	weibl.	darunter in den Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren							
				männl. 45 - 65 Jahre	weibl. 45 - 65 Jahre	männl. 65 - 75 Jahre	weibl. 65 - 75 Jahre	männl. 75 - 85 Jahre	weibl. 75 - 85 Jahre	männl. 85 und mehr Jahre	weibl. 85 und mehr Jahre
2000	298	93	205	14	20	19	40	43	100	16	40
2001	232	86	146	8	19	38	36	29	60	11	27
2002	322	102	220	23	23	34	48	31	104	13	45
2003	471	139	332	13	24	38	73	59	174	28	60
2004	473	147	326	18	44	50	70	67	167	12	44
2005	472	139	333	19	21	47	78	54	158	17	76
2006	585	189	396	28	21	75	79	64	176	21	120
2007	612	209	403	15	17	57	76	99	206	38	104
2008	691	247	444	15	31	84	95	98	213	49	105
2009	618	229	389	45	30	99	105	112	213	42	98

**Grafik:** Sterbefälle an Demenz 2008 und 2009 in Sachsen-Anhalt (mit Ausnahme der Alzheimer-Krankheit ohne degenerative Krankheiten des Nervensystems)

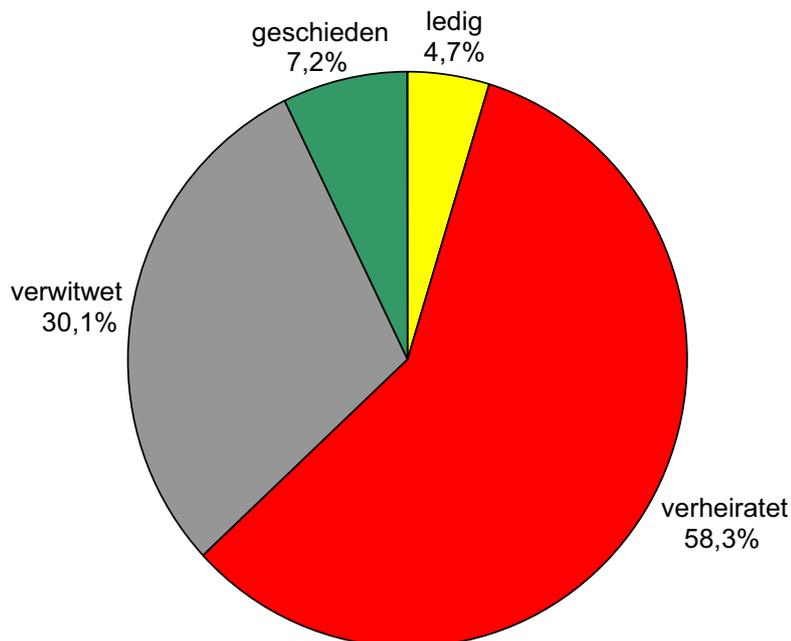


### 14.2. Depressive Erkrankungen und Angststörungen im Alter

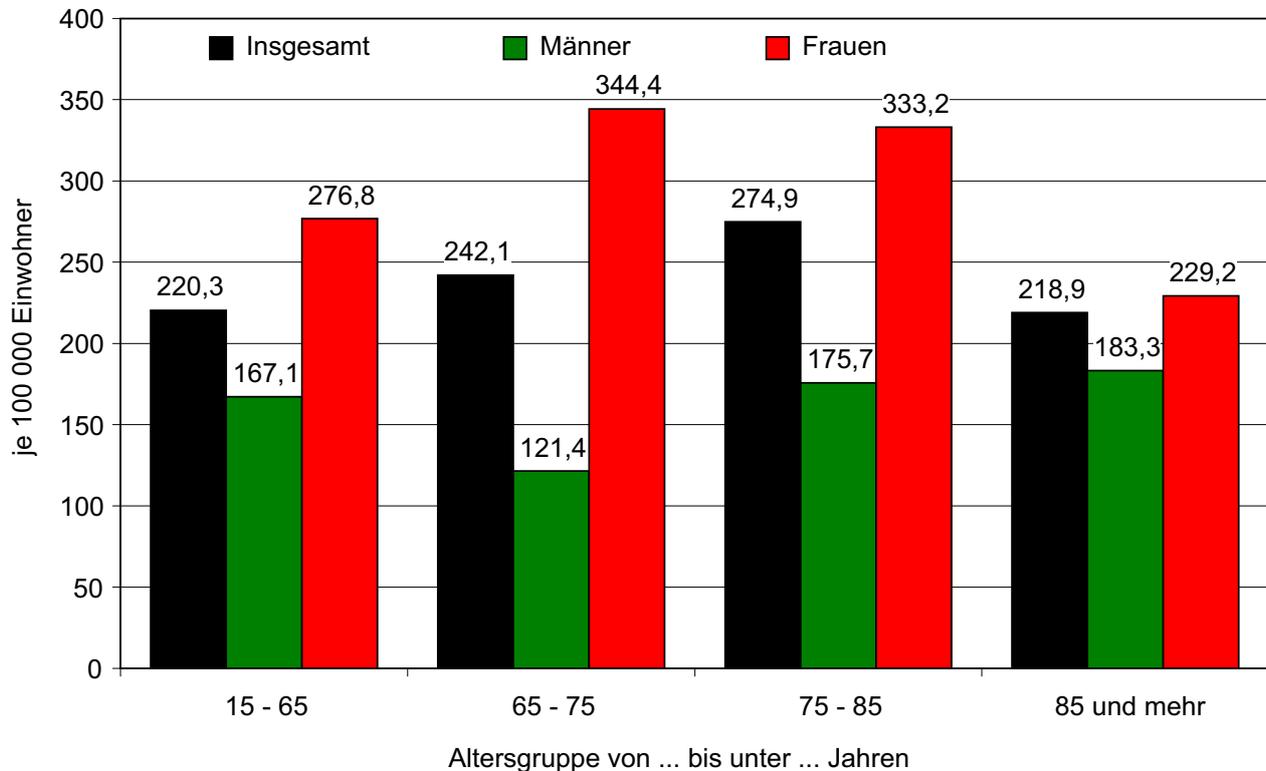
Depressionen kommen statistisch gesehen im Alter häufiger vor als jede andere psychische Krankheit in dieser Lebensphase. Die Mehrzahl der depressiven Störungen beginnt zwischen dem 3. und 4. Lebensjahrzehnt. Ein zweiter Erstmanifestationsgipfel findet sich in der 6. und 7. Lebens-

dekade. Diese Erkrankung wird als Depression im Alter bezeichnet. Nachlassende körperliche sowie geistige Fähigkeiten und die damit verbundene Inaktivität durch Aufgabenverlust oder der Verlust des Ehepartners und der damit einhergehenden sozialen Isolation, sind mögliche Ursachen.

**Grafik:** Familienstand der über 65-jährigen 2009 in Sachsen-Anhalt



**Grafik:** Krankenhausfälle je 100 000 Einwohner aufgrund von Depressionen (F32 - F33) 2009 in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht und Altersgruppen



Für Ärzte und Angehörige ist es schwer, eine Depression im Alter von einfachen Auseinandersetzungen mit dem Alterungsprozess zu unterscheiden. Zudem sind depressive Beschwerden überlagert durch zahlreiche körperliche Symptome wie z. B. Schmerzen, Übelkeit oder Schlafstörungen.

Oft leiden ältere Menschen auch an Multimorbidität. Die Wechsel- und Nebenwirkungen der diversen Medikamente können zudem ebenfalls depressive Verstimmungen auslösen.

Ob depressive Erkrankungen im Alter tatsächlich zunehmen, konnte in verschiedenen Studien nicht

eindeutig geklärt werden. Tatsache ist aber, dass die Suizidrate bei alten Menschen deutlich über der von jüngeren Altersgruppen liegt.

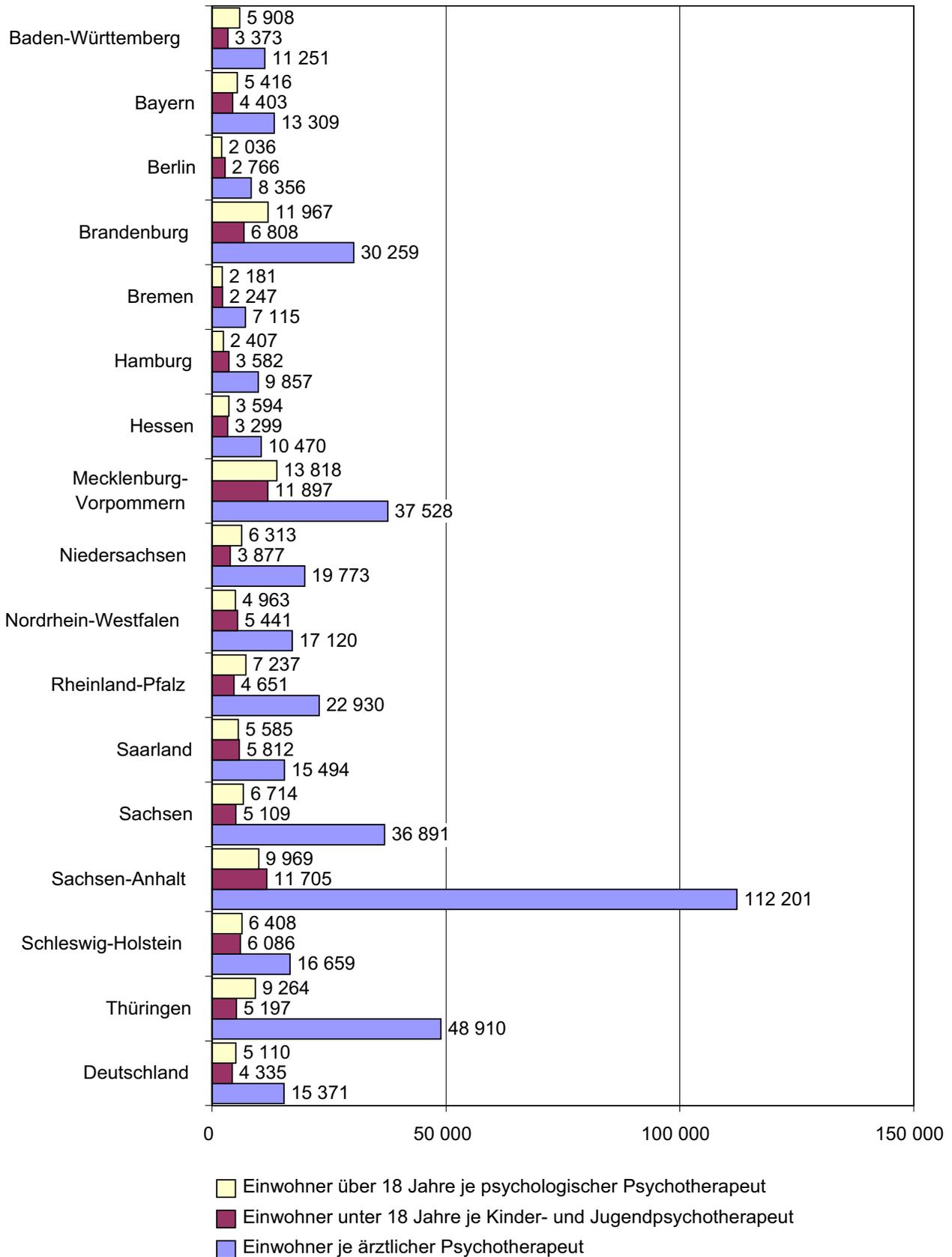
Insbesondere bei den Männern ab 75 Jahren steigt die Suizidhäufigkeit exponentiell an (siehe Seite 46). Lang anhaltende Belastungen, schwere Erkrankungen oder der Verlust nahestehender Menschen können das Risiko eines Suizids auch ohne depressive Symptome erhöhen. So ist gerade die Suizidalität bei verwitweten und geschiedenen Männern besonders stark ausgeprägt (siehe Seite 47).

## 15. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Psychotherapeuten arbeiten therapeutisch und diagnostisch in unterschiedlichen Bereichen. Ein psychologischer Psychotherapeut ist ein Diplom-Psychologe mit einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind neben Diplom-Psychologen und Ärzten auch Diplom-Pädagogen und Diplom-Sozialpädagogen, die eine Zusatzausbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten erfolgreich abschließen. Ärztliche Psychotherapeuten sind approbierte Mediziner, die eine psychotherapeutische Qualifikation nachweisen können.

Im Rahmen ihrer Weiterbildung erwerben Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Neurologie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ihre psychotherapeutische Qualifikation. Jeder Arzt ist Pflichtmitglied der Ärztekammer des Bundeslandes, in dem er seine ärztliche Tätigkeit ausübt bzw., falls er keine ärztliche Tätigkeit ausübt, seinen Wohnsitz hat.

**Grafik:** Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten 2009 im Ländervergleich



Quelle: Bundesarztregister der kassenärztlichen Bundesvereinigungen, Stichtag 31.12.2009  
 Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsstatistik, Stichtag 31.12.2009

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind Vertragsärzte für die ambulante gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zuständig. Um die Zulassung als Vertragsarzt zu bekommen muss der Arzt seine Facharztprüfung bestanden haben, im Arztregister eingetragen sein und Einführungsveranstaltungen zur GKV besucht haben.

Die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgt durch gemeinsame Zulassungsausschüsse der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dabei haben die Zulassungsaus-

schüsse neben den allgemeinen Vorschriften des Zulassungsrechtes auch die Regelungen zur Überversorgung zu beachten. Neue Zulassungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit sind danach nur in solchen Regionen zulässig, für die keine Überversorgung festgestellt wurde. Der Vertragsarzt kann allein, in Praxisgemeinschaft, in Gemeinschaftspraxis, in Teilgemeinschaftspraxis oder als freiberuflicher Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig werden. Angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren haben keinen Vertragsarztstatus.

**Tabelle:** Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten 2009 im Ländervergleich

Bundesländer	Zugelassene Psychotherapeuten					
	psychologische Psychotherapeuten		Kinder- und Jugendpsychotherapeuten		ärztliche Psychotherapeuten	
	Anzahl	je 100 000 Einwohner über 18 Jahre	Anzahl	je 100 000 Kinder und Jugendliche im Alter von unter 18 Jahren	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Baden-Württemberg	1 381	15,6	538	28,2	933	8,7
Bayern	1 836	17,8	469	21,6	918	7,3
Berlin	1 417	48,1	178	36,0	404	11,7
Brandenburg	173	7,9	47	14,1	80	3,2
Bremen	248	44,2	43	42,5	89	13,4
Hamburg	600	39,9	75	27,6	178	10,0
Hessen	1 325	26,3	307	29,9	560	9,2
Mecklenburg-Vorpommern	101	7,0	18	8,4	44	2,7
Niedersachsen	968	14,8	321	22,8	375	4,7
Nordrhein-Westfalen	2 810	19,0	512	16,5	1 004	5,6
Rheinland-Pfalz	432	13,0	139	20,3	167	4,2
Saarland	144	16,6	27	17,2	65	6,4
Sachsen	529	14,6	98	18,3	106	2,5
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>203</b>	<b>9,8</b>	<b>25</b>	<b>8,5</b>	<b>20</b>	<b>0,8</b>
Schleswig-Holstein	350	15,0	78	15,8	167	5,9
Thüringen	201	10,2	52	18,2	44	2,0
<b>Deutschland</b>	<b>12 718</b>	<b>18,6</b>	<b>2 927</b>	<b>21,7</b>	<b>5 154</b>	<b>6,3</b>

Quelle: Bundesarztregister der kassenärztlichen Bundesvereinigungen, Stichtag 31.12.2009

Der psychotherapeutische Versorgungsgrad hat zwar in den letzten Jahren erheblich zugenommen, dennoch steht Sachsen-Anhalt an letzter Stelle im Ländervergleich. So kommen auf einen psychologischen Psychotherapeuten 9 969 Sach-

sen-Anhalter im Alter von über 18 Jahren. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 5 110 Erwachsenen. Nur die Einwohner von Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sind hierbei schlechter versorgt. Noch schlechter sieht die Situation bei den ärzt-

lichen Psychotherapeuten sowie bei den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten aus. Hier ist das Land Sachsen-Anhalt zum Teil mit Abstand Schlusslicht im Ländervergleich. So kommen auf einen ärztlichen Psychotherapeuten insgesamt 112 201 Einwohner Sachsen-Anhalts. Der Bundesdurchschnitt liegt hier bei 15 371 Einwohnern. In Sachsen-Anhalt kommen auf einen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten 11 705 Kinder und Jugendliche, der Bundesdurchschnitt liegt bei 4 335

Kinder und Jugendliche pro Therapeut. Bei der psychotherapeutischen Versorgung stellt man im Ländervergleich einen sehr hohen Variationskoeffizienten bei zu versorgenden Einwohnern fest. So liegt der Variationskoeffizient in der psychologischen Psychotherapie bei 52 %, in der ärztlichen Psychotherapie bei 99 % und in der Kinder- und Jugendpsychotherapie bei 52 %. Die Art der Verteilung kann nicht mit der Variabilität aus den Morbiditätsunterschieden erklärt werden.

**Tabelle:** Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen 2009 in Sachsen-Anhalt im Kreisvergleich

Kreisfreie Stadt Landkreis Land	Psychotherapeuten				Relation von ärztlichen zu nichtärztlichen Psychotherapeuten  Richtwert 40 : 60 %	
	insgesamt		davon			
	Anzahl	je Einwohner	ärztliche Anzahl	nichtärztliche <sup>1)</sup> Anzahl		
Dessau-Roßlau	11	7 979	-	11	-	100
Halle (Saale)	67	3 468	11	56	16	84
Magdeburg	52	4 432	2	50	4	96
Altmarkkreis Salzwedel	9	10 052	1	8	10	90
Anhalt-Bitterfeld	8	22 408	-	8	-	100
Börde	9	20 078	1	8	10	90
Burgenlandkreis	13	15 109	-	13	-	100
Harz	19	12 352	1	18	5	95
Jerichower Land	4	24 339	-	4	-	100
Mansfeld-Südharz	8	19 065	-	8	-	100
Saalekreis	16	12 439	-	16	-	100
Salzlandkreis	19	11 190	-	19	-	100
Stendal	6	20 612	-	6	-	100
Wittenberg	5	27 789	-	5	-	100
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>246</b>	<b>9 578</b>	<b>16</b>	<b>230</b>	<b>7</b>	<b>93</b>

Quelle: Ärztregister der kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Stichtag 31.12.2009

<sup>1)</sup> an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende psychologische Psychotherapeuten und Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten, SGB V § 95

Auch wenn sich in Sachsen-Anhalt der vertragsärztliche psychotherapeutische Versorgungsgrad in den letzten Jahren verbessert hat, so ist der Bedarf aufgrund der immer noch stetig ansteigenden Zahl von Behandlungsfällen noch lange nicht gedeckt. Zwar hat sich die Zahl der Behandlungsfälle je Psychotherapeut etwas entspannt, allerdings hat sich die Zahl ambulanter psychotherapeutischer Behandlungsfälle innerhalb von 9 Jahren fast verdoppelt. Die vertragsärztliche psychotherapeutische Versorgung im Land ist regional gesehen sehr uneinheitlich. So

kann die Stadt Halle noch die beste Versorgung vorweisen, der Landkreis Wittenberg dagegen die Schlechteste. Nach § 101 (4) SGB V soll der Anteil von ärztlichen Psychotherapeuten rund 40 % an der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung betragen. Dies wird in keinem der Landkreise und kreisfreien Städte Sachsen-Anhalts erreicht.

**Tabelle:** Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen (Behandlungsfälle) 2000 bis 2009 in Sachsen-Anhalt

Jahr	Ambulante ärztliche Behandlungsfälle			Ambulante psychotherapeutische Behandlungsfälle		
	Anzahl	je Arzt	je 1 000 der Bevölkerung	Anzahl	je Psychotherapeut <sup>1)</sup>	je 1 000 der Bevölkerung
2000	15 795 903	4 821	5 999,2	28 884	318	11,0
2001	15 916 388	4 859	6 125,5	31 159	312	12,0
2002	16 128 448	4 956	6 288,3	33 064	303	12,9
2003	15 972 732	4 928	6 299,9	34 227	294	13,5
2004	14 508 640	4 537	5 780,8	33 153	264	13,2
2005	14 386 904	4 566	5 795,5	36 107	247	14,5
2006	14 125 686	4 586	5 752,0	39 507	242	16,1
2007	14 228 235	4 704	5 861,0	45 704	236	18,8
2008	14 660 506	4 889	6 155,0	54 497	240	22,9
2009 <sup>2)</sup>	15 992 435	4 803	6 787,3	60 903	246	25,8

Quelle: Abrechnungsstatistiken der Kassenärztliche Vereinigungen

<sup>1)</sup> an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten, SGB V § 95

<sup>2)</sup> ab 2009 werden die Ärzte aus den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) aufgrund der lebenslangen Arztnummer mit berücksichtigt

**Tabelle:** Fachärzte nach ausgewählten Fachgebieten 2009 in Sachsen-Anhalt

Tätigkeitsbereich	Fachgebiet		
	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Psychiatrie und Psychotherapie	psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Mit ärztlicher Tätigkeit <sup>1)</sup>	39	155	22
ambulant	12	41	12
niedergelassen	11	35	11
angestellt	1	6	1
stationär	26	99	8
in Behörden und Körperschaften u. a.	1	11	1
in sonstigen Bereichen	-	4	1
Ohne ärztliche Tätigkeit	10	8	4
<b>Insgesamt</b>	<b>49</b>	<b>163</b>	<b>26</b>

Quelle: Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Ärztestatistik, Stichtag 31.12.2009

<sup>1)</sup> als berufstätige Ärzte registriert

Psychiatrische Kliniken sind auf die Behandlung psychischer Störungen und psychiatrischer Erkrankungen spezialisierte Krankenhäuser. Zu den Erkrankungen, die in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden, gehören Psychosen, schwere Depressionen mit Suizidalität, Persönlichkeitsstö-

rungen, neurotische Störungen, affektive Störungsbilder und Mischformen.

Auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie gibt es vollstationäre Einrichtungen der Bereiche Allgemeinpsychiatrie, Suchttherapie, Gerontopsychiatrie und forensische Psychiatrie.

Alle Bereiche können sowohl offene Therapiestationen als auch geschützte (geschlossene) Intensiv- oder Akutstationen für die psychiatrische Notfallbehandlung bei Selbst- und Fremdgefährdung sowie im forensischen Bereich Hochsicherheitsabteilungen für den Maßregelvollzug psychisch kranker Straftäter vorweisen.

Im Vergleich der Bundesländer hat Sachsen-Anhalt im Jahr 2009 in psychiatrischen Fachabteilungen 87,4 Betten pro 100 000 Einwohner. Diese Zahl lag damit leicht über dem Bundesdurchschnitt. Deutschlandweit kamen auf 100 000 Einwohner 80,0 Betten in psychiatrischen Fachabteilungen.

Die Bettenauslastung war in den psychiatrischen Fachabteilungen Sachsen-Anhalts deutlich höher als in den anderen Fachabteilungen. So lag die Bettenauslastung in psychiatrischen Fachabteilungen bei 90,8 %. In den übrigen allgemeinen Fachabteilungen zusammen betrug die Bettenauslastung 74,8 %.

Dieser Unterschied in der Bettenauslastung ist auch Folge der Verweildauer. So betrug die Verweildauer in allgemeinen Fachabteilungen durchschnittlich 7,0 Tage, in den psychiatrischen Fachabteilungen hingegen 25,3 Tage. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sogar 50,1 Tage.

**Tabelle:** Anzahl der Krankenbetten 2009 nach ausgewählten Fachabteilungen in Krankenhäusern im Ländervergleich

Bundesländer	Aufgestellte Betten							
	allgemeine Fachabteilungen						psychiatrische Fachabteilungen insgesamt	
	insgesamt		darunter					
	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Geriatric		Neurologie		Anzahl	je 100 000 Einwohner
Anzahl			je 100 000 Einwohner über 65 Jahre	Anzahl	je 100 000 Einwohner			
Baden-Württemberg	50 016	465,5	417	19,9	2 539	23,6	8 444	78,6
Bayern	65 613	524,5	332	13,5	2 990	23,9	10 284	82,2
Berlin	17 232	500,5	1 104	167,6	801	23,3	2 436	70,8
Brandenburg	13 337	531,0	775	137,3	962	38,3	1 932	76,9
Bremen	4 603	695,6	240	168,7	189	28,6	648	97,9
Hamburg	10 346	583,1	838	249,1	593	33,4	1 453	81,9
Hessen	30 861	509,1	1 524	125,4	1 814	29,9	4 660	76,9
Mecklenburg-Vorpommern	9 212	557,9	19	5,2	732	44,3	1 285	77,8
Niedersachsen	36 048	454,6	404	24,4	1 955	24,7	5 605	70,7
Nordrhein-Westfalen	107 249	600,1	4 124	113,4	4 596	25,7	15 068	84,3
Rheinland-Pfalz	22 640	564,2	182	21,9	999	24,9	2 942	73,3
Saarland	6 058	592,4	156	68,8	470	46,0	631	61,7
Sachsen	23 142	555,1	97	9,4	1 145	27,5	3 355	80,5
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>14 438</b>	<b>612,8</b>	<b>374</b>	<b>65,6</b>	<b>661</b>	<b>28,1</b>	<b>2 060</b>	<b>87,4</b>
Schleswig-Holstein	12 802	452,0	628	102,6	649	22,9	2 861	101,0
Thüringen	14 266	634,1	519	100,1	744	33,1	1 814	80,6
<b>Deutschland</b>	<b>437 863</b>	<b>535,3</b>	<b>11 733</b>	<b>69,4</b>	<b>21 839</b>	<b>26,7</b>	<b>65 478</b>	<b>80,0</b>

**Tabelle:** Anzahl der Krankbetten 2009 in psychiatrischen Fachabteilungen der Krankenhäuser im Ländervergleich

Bundesländer	Aufgestellte Betten							
	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		Psychiatrie und Psychotherapie				psychotherapeutische Medizin	
			insgesamt		darunter			
	Anzahl	je 100 000 Einwohner unter 18 Jahren	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Sucht								
Baden-Württemberg	538	28,2	6 887	64,1	619	5,8	1 019	9,5
Bayern	482	22,2	6 793	54,3	501	4,0	3 009	24,1
Berlin	165	33,3	2 131	61,9	12	0,3	140	4,1
Brandenburg	211	63,3	1 721	68,5	84	3,3	-	-
Bremen	50	49,4	598	90,4	-	-	-	-
Hamburg	124	45,5	1 218	68,6	-	-	111	6,3
Hessen	437	42,6	3 952	65,2	159	2,6	271	4,5
Mecklenburg-Vorpommern	175	81,7	1 052	63,7	-	-	58	3,5
Niedersachsen	592	42,1	4 666	58,8	352	4,4	347	4,4
Nordrhein-Westfalen	1 009	32,5	13 577	76,0	1 754	9,8	482	2,7
Rheinland-Pfalz	188	27,5	2 467	61,5	41	1,0	287	7,2
Saarland	46	29,3	585	57,2	12	1,2	-	-
Sachsen	359	66,9	2 799	67,1	328	7,9	197	4,7
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>315</b>	<b>107,6</b>	<b>1 579</b>	<b>67,0</b>	<b>112</b>	<b>4,8</b>	<b>166</b>	<b>7,0</b>
Schleswig-Holstein	253	51,3	2 247	79,3	86	3,0	361	12,7
Thüringen	264	92,4	1 517	67,4	62	2,8	33	1,5
<b>Deutschland</b>	<b>5 208</b>	<b>38,6</b>	<b>53 789</b>	<b>65,8</b>	<b>4 122</b>	<b>5,0</b>	<b>6 481</b>	<b>7,9</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt, Stichtag 31.12.2009

## 16. Verwendete Literatur und Quellenverzeichnis

- WHO, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 1996
- WHO, Constitution of the World Health Organization, 1946
- WHO, Suizidraten, 2008
- Eurostat, Todesursachenstatistik 2008, Suizide
- Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhausstatistik nach Fachabteilungen und Ländern, 2009
- Statistisches Bundesamt, Diagnosedaten der Krankenhausstatistik nach Geschlecht, Altersgruppen und Ländern, 2000 bis 2009
- Statistisches Bundesamt, direkte Krankheitskosten nach Diagnosen und Altersgruppen in Deutschland, 2002, 2004, 2006 und 2008
- Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsstatistik nach Geschlecht, Altersgruppen und Ländern, 2000 bis 2009
- Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik nach Geschlecht, Altersgruppen und Ländern, 2009
- Statistisches Bundesamt, Sozialstatistik nach Ländern, 2009
- Bundesagentur für Arbeit, Arbeitslosenstatistik, 2009
- Bundesagentur für Arbeit, Grundsicherungsstatistik, 2009
- Robert-Koch-Institut, Heft 28 - Altersdemenz
- Robert-Koch-Institut, Heft 50 - Schizophrenie
- Robert-Koch-Institut, Heft 51 - Depressive Erkrankungen
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Bundesarztregister
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Ärztereister
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Abrechnungsstatistiken, 2000 bis 2009
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung, 2000 bis 2008
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe, 2000 bis 2008
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Krankheitsbedingte Fehlzeiten, 2004, 2008 und 2009
- BARMER GEK Gesundheitsreport 2004, 2008 und 2009
- BKK Gesundheitsreport 2004, 2008 und 2009
- DAK Gesundheitsreport 2000, 2002, 2004, 2006, 2008 und 2009
- TK Gesundheitsreport 2004, 2008 und 2009
- TK Sachsen-Anhalt Gesundheitsreport 2004, 2008 und 2009
- Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen, Dr. Julia Lademann, Heike Mertesacker, Birte Gebhardt, Institut für Public Health und Pflegeforschung
- Verschuldung und psychische Gesundheit, Dr. Heinz Trommer, Gesundheit Berlin e.V.
- Current concepts of positive mental health (1958), Marie Jahoda
- The disease concept of alcoholism (1960), Elvin Morton Jellinek
- Schizophrenie, Dr. med. Werner Kissling
- Depression, Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl
- Phobien, Dr. med. Martin Aigner
- Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch, Dr. Armin Schmidtke, Dr. Bettina Weinacker, Dr. Cordula Löhr
- Statistische Daten zum Suizidgeschehen, Prof. Dr. med. Erich Müller
- [www.uni-kl.de/Suchtberatung/Alkohol/alkohol.html](http://www.uni-kl.de/Suchtberatung/Alkohol/alkohol.html)
- [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)
- [www.netdokter.de](http://www.netdokter.de)
- [www.onmeda.de](http://www.onmeda.de)
- [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de)
- [www.wissen.de](http://www.wissen.de)
- [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)