

H.-U. Wittchen¹ · F. Jacobi²

¹Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie & Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

²Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, AG Epidemiologie und Verhaltensforschung

Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland

Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998

Zusammenfassung

Nach Befunden des Bundes-Gesundheitssurveys 1998/99 (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“) litten im Jahr der Erhebung 32% (=15,6 Millionen) der erwachsenen deutschen Bevölkerung im Alter von 18–65 unter einer oder mehreren psychischen Störungen. Jeder dritte Betroffene (36%) steht oder stand im Jahr vor der Erhebung wegen der psychischen Störung in Kontakt mit ambulanten oder stationären psychiatrisch/psychotherapeutischen Diensten oder seinem Hausarzt. Der Anteil von Betroffenen, die eine im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhalten, kann konservativ auf ca. 10% geschätzt werden. Die niedrige Versorgungsquote betrifft dabei nicht alle spezifischen Störungsgruppen in gleichem Ausmaß; niedrige Versorgungsraten ergaben sich insbesondere für somatoforme und Suchterkrankungen. Ferner ergaben sich zum Teil markante regionale Unterschiede (z. B. besonders schlechte Versorgungslage in Regionen, die weder über eine nahe Universität noch über psychotherapeutische Weiterbildungsinstitutionen verfügen). Ungeachtet unterschiedlich weiter oder enger Definitionen des Begriffs Behandlungsbedarf, zeigt sich eine gravierende Unterversorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen. Quantitativ bedeutsame Hinweise auf eine Fehl- oder Überversorgung von Betroffenen lassen sich nicht aufzeigen.

Schlüsselwörter

Psychische Störungen · Epidemiologie · Versorgungssituation · Unterversorgung · Bundes-Gesundheitssurvey · Zusatzsurvey „Psychische Störungen“

Psychische Störungen mit Krankheitswert

Unter psychischen Störungen von Krankheitswert verstehen die Fachdisziplinen Psychiatrie, Klinische Psychologie und Psychotherapie ein sehr weites Spektrum von über 500 einzelnen Diagnosebezeichnungen, die in den beiden international gebräuchlichen diagnostischen Klassifikations- und Diagnosehandbüchern Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV [1]) und der Sektion F der ICD-10 [2] sowie in den dazugehörigen Forschungskriterien (ICD-10 Forschungskriterien) mit relativ guter Übereinstimmung kodifiziert und beschrieben sind. Im Gegensatz zu anderen Bereichen der Medizin und im Unterschied zu früheren Versionen der ICD (International Classification of Diseases) werden psychische Störungen zur Erhöhung der diagnostischen Zuverlässigkeit ihrer Erfassung in diesen Handbüchern mittels expliziter

diagnostischer Kriterien und differenzialdiagnostischer Regeln definiert. Dabei werden für alle Diagnosen die zwingend erforderlichen Symptom-, Verhaltens-, Leidens- und psychosozialen Merkmale beschrieben, die vorliegen müssen, um die Vergabe der Diagnose zu rechtfertigen. Die bei einzelnen Krankheitsgruppen, wie z. B. bei den sog. Substanz- und affektiven und Angststörungen, außerordentlich feingliedrige deskriptive Ausdifferenzierung ersetzt auf der Grundlage der aktuellen klinischen- und grundlagenbezogenen neuropsychiatrischen Forschung seit Anfang der 80er-Jahre die unzuverlässigen sowie klinisch und grundlagenwissenschaftlich problematischen traditionellen diagnostischen Termini, wie z. B. die Diagnose Angstneurose, depressive Neurose und manisch-depressive Psychose (siehe Tabelle 1).

Mit der Einführung der neuen diagnostischen Klassifikationsstandards hat sich zugleich in der klinischen und epidemiologischen Forschung über psychische Störungen der Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente durchgesetzt. Diese ermöglichen eine zuverlässige und im Sinne der Kontrolle des Be-

Dipl.-Psych. Frank Jacobi
TU Dresden, Institut für Klinische
Psychologie und Psychotherapie,
Chemnitzner Straße 46, 01187 Dresden,
E-Mail: jacobi@psychologie.tu-dresden.de

H.-U. Wittchen · F. Jacobi

Met and Unmet Needs for Intervention. Clinical-Epidemiological Estimations for Mental Disorders in the German Health Interview and Examination Survey Supplement

Abstract

Data from the German Health Interview and Examination Survey, Mental Health Supplement (N=4181) reveal that 32% (15,6 million people) of the adult population between 18 and 65 years of age suffer from one or more mental disorders. Among those only 36% receive treatment which also varies in type, duration, and adequacy. The proportion of cases receiving "adequate evidence-based treatments" was estimated to be about 10%. Lowest treatment rates were found for somatoform disorders and substance abuses, highest for psychotic disorders, panic disorder, generalised anxiety disorder, and dysthymia. The data reveal substantial regional differences with regard to treatment rates (e.g. lower rates in regions without universities or institutions offering postgraduate mental health education). The paper concludes that, depending on the diagnosis, a considerable degree of unmet medical needs exist for the majority of people affected by mental disorders. No evidence was found for an excessive supply of health care for the patients suffering from mental disorders or for treatments without an existing clinical need.

Keywords

Mental disorders · Epidemiology · Service provision · German National Health Interview and Examination Survey · Mental Health Supplement

Originalien und Übersichtsarbeiten

Tabelle 1

Formen und Beispiele psychischer Störungen nach DSM-IV (einschließlich ihrer ICD-10-F-Kodierung)

Störungsgruppe	ICD-10-Kodierung	Diagnosen dieser Störungsgruppe*
Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen	F1	z. B. Alkohol (F10.x), Opiate (F11.x), Cannabis (F12.x), Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika (F13.x), Kokain (F14.x), Amphetamine (F15.x), Halluzinogene (F16.x), Störungen durch multiplen Gebrauch (F19.x)
Schizophrenie und andere psychotische Störungen	F2	z. B. Paranoide Schizophrenie (F20.0x), Schizoaffektive Störung (F25.x)
Affektive Störungen	F3	z. B. einzelne oder wiederkehrende Major-Depression (F32.xx, F33.xx), Bipolar I Störung (F31.xx), Dysthyme Störung (F34.1)
Angststörungen	F40, F41	z. B. Panikstörungen (F41.0, F40.01), phobische Störungen (F40.x), Generalisierte Angststörung (F41.1)
Somatoforme Störungen	F44, F45	z. B. Somatisierungsstörung (F45.0), Schmerzstörung (F45.4), Hypochondrie (F45.2)
Essstörungen	F50	z. B. Anorexia Nervosa (F50.0x), Bulimia Nervosa (F50.2)

* x steht als Platzhalter für entsprechende Kodierungsziffern spezifischer Diagnosen

urteilereinflusses „objektive“ Erfassung der meisten psychischen Störungen [3, 4] und sind für den Einsatz in epidemiologischen Bevölkerungsuntersuchungen geeignet. In der Vergangenheit musste sich die Erfassung psychischer Störungen in überregionalen epidemiologischen Studien mangels anwendungsökonomischer und zuverlässiger diagnostischer „Instrumente“ in der Regel auf nur wenige und zumeist „breite“ Indikatoren des psychischen Störungsspektrums beschränken. Dabei konnte einerseits nur ein kleiner Ausschnitt der Gesamtmorbidität berücksichtigt werden, zudem blieb die Abgrenzung zu Befindlichkeitsstörungen besonders problematisch. Demgegenüber eröffnen die neuen standardisierten Diagnoseverfahren seit den 90er-Jahren erstmals die Möglichkeit, die Prävalenz psychischer Störungen in der Durchschnittsbevölkerung mit akzeptablen Fehlergrenzen umfassender und vollständiger als in der Vergangenheit zu bestimmen.

Für Deutschland erfolgte eine derartige erste umfassendere Abschätzung der Größenordnung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung erstmalig 1998 im Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ im Rahmen des Bun-

des-Gesundheitssurvey 1998 [5, 16, 20]. Damit wurde zugleich eine Grundvoraussetzung für eine auf die bundesweiten Prävalenzbefunde aufbauende, umfassendere Abschätzung der Versorgungslage psychischer Störungen unter bedarfsplanerischer Perspektive eröffnet. Mit diesem Beitrag werden erste Befunde zu Indikatoren des Versorgungsgrads und erste Analyseschritte zur Abschätzung von quantitativen und qualitativen Versorgungsmängeln vorgestellt.

Kriterien zur Abschätzung der Versorgungslage

Bei einer derartigen Abschätzung der Versorgungslage sind eine Reihe von methodenkritischen Aspekten zu beachten. Hierzu zählt einerseits die Frage nach den diagnostischen Bedarfskriterien („Was ist ein behandlungsbedürftiger Fall?“), aber auch die Frage nach den Versorgungskriterien („Wann gilt ein Fall als versorgt?“).

Diagnostische Bedarfskriterien

Wie auch im Bereich der somatischen Störungen ist die Gleichsetzung von Diagnose und aktuell notwendigem Behand-

lungsbedarf aufgrund verschiedener Faktoren (Schweregrad, Spontanverlauf, Möglichkeiten und Grenzen von verfügbaren Therapieverfahren, Variabilität resultierender Einschränkungen und Behinderungen etc.) in Bevölkerungsuntersuchungen bei einigen Störungsbildern grundsätzlich problematisch. Im Falle psychischer Störungen gelten derartige Vorbehalte z. B. für die gehäuft und hinsichtlich ihres klinischen Schweregrads recht variablen „spezifischen Phobien“ im Kindes- und Jugendalter sowie „Anpassungsstörungen“. Allgemeine Voraussetzungen für eine empirische grobe Bedarfsschätzung bei psychischen Störungen erfordern aber eindeutig definierte und zuverlässig erfassbare Diagnosen, für die der Nachweis ihres klinischen Schweregrads sowie aktueller und langfristiger assoziierter Einschränkungen und Behinderungen ebenso erbracht ist, wie der Nachweis effektiver und akzeptierter Behandlungsstandards [6, 7, 8]. Als klinisch und epidemiologisch hinreichend untersucht gelten insbesondere die in Tabelle 1 aufgeführten Störungsgruppen. Zugleich kann bei diesen Störungen in der Regel von einem professionellen Interventionsbedarf ausgegangen werden.

Die Störungen in Tabelle 1 umfassen nach Schätzungen der American Psychiatric Association ca. 75% der Gesamtmorbidität psychischer Störungen in der Bevölkerung. Für jede der aufgeführten Störungen liegen hinreichende wissenschaftliche Hinweise auf Behandlungsbedürftigkeit, etablierte und auf Effektivität geprüfte therapeutische Verfahren sowie hinreichend differenzierte ätiologische und pathogenetische Erkenntnisse und Spontanverlaufsbeobachtungen vor [1]. Dabei ist zu beachten, dass in der Literatur aufgrund des bedeutsamen Langzeitrisikos (z. B. sekundäre Depression, psychosoziale Behinderungen) spezifische Phobien zumeist explizit mitberücksichtigt werden, nicht jedoch Anpassungsstörungen und Schlafstörungen [8].

Versorgungskriterien

Ungleich der Situation bei der Mehrzahl somatischer Erkrankungen ist die Versorgung psychischer Störungen durch eine Vielzahl beteiligter Berufs- und Institutionsgruppen gekennzeichnet. Unter Berücksichtigung internationaler Standards beziehen sich Untersuchungen zur Abschätzung der Versorgungsquote zu-

meist auf folgende Einrichtungsarten, da bei ihnen eine fachspezifisch adäquate Diagnosen- und Indikationsentscheidung sowie eine zumindest banale Prozess- und Strukturqualität als gegeben angenommen werden kann: stationäre Einrichtungen (Kliniken psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Art), Hausärzte, die bei psychischen Störungen tätig werden, Nervenärzte sowie Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten und klinische Psychologinnen sowie entsprechende psychiatrische und psychotherapeutische Ambulanzen. Nur selten (z. B. bei Suchterkrankungen) wird in der Regel explizit auch die Rolle von Beratungsstellen, Kriseninterventionszentren sowie anderen psychosozialen Einrichtungen berücksichtigt, da sie sich – ungeachtet durchaus vorhandener anders gelagerter Einzelfälle – häufiger einer entsprechend differenzierten Beurteilung entziehen.

Erschwerend kommt bei Beurteilung der Frage, wann ein Patient als „versorgt“ angesehen werden kann, hinzu, dass bei der Mehrzahl psychischer Erkrankungen sowohl psychotherapeutische (speziell verhaltenstherapeutische Verfahren) wie auch pharmakologische Strategien unterschiedlicher Art als adäquate Behandlungsverfahren in Vergleichsstudien als gesichert gelten. Bei der weiterführenden Frage nach einer „adäquaten“ bedarfsgerechten Versorgung sind jedoch zum Teil durchaus komplexe Indikationsregeln, Prozess- und Strukturvariablen zu beachten, deren Erfassung und Beurteilung sich zumeist in großangelegten Bevölkerungsuntersuchungen nicht oder nur unzureichend realisieren lassen [9]. Als Beispiel kann die Frage angeführt werden, wann bei einer Angststörung ausschließlich verhaltenstherapeutische, wann eher medikamentöse Strategien und wann Kombinationen beider anzuwenden sind. Ferner sind manche Indikationen, wie z. B. die einer verhaltenstherapeutischen Rezidivprophylaxe, bei teilremittierten schizophrenen Erkrankungen stadienspezifisch und gelten nicht uneingeschränkt. Schließlich sind auch im Einzelfall verfahrensspezifische Vor- und Nachteile zu beachten. Hierzu gehören insbesondere die bessere Langzeiteffektivität psychotherapeutischer Verfahren bei Angst- und depressiven Störungen

sowie ihre niedrigeren Abbrecherquoten auf der einen sowie die breitere Verfügbarkeit und kurzfristig günstigere Kostenlage bei medikamentösen Strategien auf der anderen Seite. Hinzu treten, wie auch bei anderen Indikationsgebieten, zusätzliche Aspekte, die eine Gleichsetzung von Diagnose und Behandlungsbedarf trotz der expliziten diagnostischen Kriterien problematisch erscheinen lassen. Ein Beispiel hierfür ist, dass bei psychotherapeutischen Verfahren eine verfahrensspezifisch unterschiedliche „ausreichende Behandlungsmotivation“ vorliegen muss.

Derartige Faktoren haben einen überaus starken Einfluss auf Bedarfsschätzungen. So wird in älteren klinischen Arbeiten [10] davon ausgegangen, dass z. B. aus der Perspektive der Psychoanalyse lediglich 30% aller von psychischen Störungen Betroffenen auch für die Durchführung psychoanalytischer Verfahren geeignet sind. Derartige Abschätzungen sind allerdings in der internationalen Literatur nur unbefriedigend untersucht und scheinen unter Berücksichtigung der neuen verhaltenstherapeutischen Verfahren nicht mehr allgemein haltbar zu sein. Da derartige indikationsbezogene differentielle Erkenntnisse dennoch fast durchgängig implizit und explizit zur Anwendung gelangen, lassen sich bislang keine verallgemeinerungsfähigen Aussagen treffen. Vorliegende Bedarfsabschätzungen kommen je nach Verfahrensgruppe und je nach der Breite der berücksichtigten Störungskategorien zu sehr unterschiedlichen Bedarfswerten; diese liegen z. B. im so genannten Löcherbach-Gutachten [11] bei 0,6–1,3% und bei Meyer et al. [12] bei 5,3% für die deutsche Bevölkerung.

Um diese ungelöste Problematik in der Beurteilung verfahrensspezifischer Adäquatheitskriterien zu vermeiden, wird im Folgenden in der Beurteilung von Behandlungsraten und Behandlungsquoten kein Versuch unternommen, verfahrens- oder versorgungsspezifische Differenzierungen zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass jeder Fall mit einer Diagnose immer dann als „behandelt“ gilt, wenn er wegen des Störungsbildes zumindest mit einer Institution des Gesundheitswesens in Kontakt stand. Dabei wird Art, Häufigkeit und Dauer einer etwaigen Intervention gänzlich außer Acht gelassen. Das Spektrum kontaktierter Einrichtungen wur-

de bewusst breit gewählt und schließt auch hausärztliche Interventionen bei psychischen Störungen mit ein (s. u.).

Vor diesem Hintergrund werden folgende Fragen untersucht:

1. Wie häufig sind psychische Störungen (12-Monats-Prävalenz)?
2. Wie viele Personen mit einer aktuellen psychischen Störung stehen oder standen zumindest einmal in Kontakt mit Behandlungseinrichtungen?
3. Welche Behandlungseinrichtungen sind die häufigsten Anlaufstellen für Personen mit psychischen Störungen?
4. Unterscheidet sich die Versorgungssituation in den alten und neuen Bundesländern?

Methodik

Studiendesign und Stichprobe

Die Daten wurden im Rahmen des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ (Erhebungszeitraum Sommer 1998 bis Frühjahr 1999) des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (Kernsurvey) erhoben, der ersten bundesweiten epidemiologischen Untersuchung psychischer Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland [13, 14, 15, 16]. Der Kernsurvey wurde vom Robert Koch-Institut (Berlin) durchgeführt und umfasste eine ausführliche Erhebung psychosozialer Variablen und des körperlichen Gesundheitszustandes der Untersuchungsteilnehmer, die durch eine ärztliche Befragung und Zusatzuntersuchungen ergänzt wurde (körperliche Untersuchung, medizinische Anamnese, Labor- und medizinisch-physikalische Untersuchung). Der Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ war einer von mehreren Zusatzmodulen des Kernsurveys und wurde vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie (München) durchgeführt.

Aus logistischen und finanziellen Gründen basierte die Datenerhebung des Zusatzsurveys auf einem Zweistufen-Design: In der ersten Stufe wurden alle Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys (N=7124) mit dem Münchner Composite International Diagnostic Interview-Stammfragebogen (M-CIDI-S) gescreent, der aus den diagnostischen Eingangsfragen des Gesamtinterviews M-CIDI besteht [16, 17]. Die zweite Stufe bestand aus der eigentlichen ausführlichen persönlichen klinisch-psychologi-

schen Untersuchung mit dem M-CIDI. Die Durchführung erfolgte computergestützt und war ebenso wie die diagnostische Auswertung standardisiert. Alle screeningpositiven Teilnehmer und 50% der screeningnegativen Teilnehmer wurden von klinisch-psychologisch geschulten Interviewern untersucht. Das dadurch entstandene over-sampling der Screeningpositiven wurde durch Gewichtung der Daten bei der Datenanalyse statistisch wieder ausgeglichen. Teilnehmer des Gesundheitssurveys, die älter als 65 Jahre waren, wurden aus der Studie ausgeschlossen, denn die psychometrischen Eigenschaften des CIDI sind bislang für den Gebrauch in älteren Populationen nicht hinreichend untersucht [18]. Die auswertbare Stichprobengröße des Zusatzsurveys beträgt N=4181; die konditionale Ausschöpfungsrate der Stichprobe betrug 87,6% [19].

Bei den statistischen Auswertungen erhielt jeder Proband ein Gewicht, in das Alter, Geschlecht, Wohnort und Auffälligkeitsstatus bei der Screening-Untersuchung eingingen. Diese Gewichtung diente dazu, Verzerrungen der Repräsentativität bei der Stichprobenziehung statistisch wieder auszugleichen. Eine ausführliche Stichprobenbeschreibung und eine eingehendere Darstellung des Designs und der Diagnoseinstrumente finden sich bei Wittchen et al. [16, 20].

Diagnosen und Behandlungsquote

Die Diagnosen wurden mittels des CIDI-Computerprogramms [17] erstellt. Bei der Diagnosestellung wurden die Kriterien und Algorithmen der DSM-IV und der ICD-10 zugrundegelegt. Die insgesamt 87 möglichen Diagnosen des Interviews wurden für die Auswertung in fünf Hauptstörungsgruppen (Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, Affektive Störungen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, andere Diagnosen) unterteilt. Nikotinabhängigkeit wird in den folgenden Übersichten nicht berücksichtigt, andere Diagnosen umfassen Störungen mit niedrigen Prävalenzen unter 1,5% wie z. B. psychotische und Essstörungen. Für die vorliegende Arbeit wurden 12-Monats-Diagnosen verwendet, die angeben, ob während der vergangenen 12 Monate eine Person die vollen Kriterien einer spezifischen Diagnose erfüllt oder nicht erfüllt. Die Befunde beziehen sich somit ausschließlich

auf klinisch relevante, voll ausgeprägte Zustandsbilder. Eine unterschwellige Diagnose, z. B. im Fall einer Depression, die nach einer voll ausgeprägten Krankheitsepisode in den letzten zwölf Monaten nicht mehr die Diagnosekriterien erfüllt, wird nicht in die Prävalenzberechnung einbezogen.

Da für die meisten berücksichtigten Störungsformen in den Diagnosekriterien explizit andauerndes, klinisch bedeutsames Leiden und gravierende Einschränkung in der Arbeits- und Lebensführung gefordert werden, wird in dieser Untersuchung das Vorliegen einer Diagnose mit Interventionsbedarf professioneller Art nahegelegt. Diese Konvention könnte jedoch bei einzelnen Diagnosen, wie z. B. der Diagnose „Missbrauch“ (z. B. im Falle von Cannabis), aber auch bei der Diagnose „Hypomanie“ inadäquat sein. Deshalb werden im Text zu diesen Diagnosen gesonderte Angaben gemacht.

Die Behandlungsquote wurde auf der Grundlage der Probandenangaben zu Hilfesuchverhalten und Inanspruchnahme berechnet. Dabei wurden für jede Diagnose das professionelle Hilfesuchverhalten zunächst grob und am Ende des Interviews – unter Zuhilfenahme computerisierter Querverweise zu früheren Angaben im Interview – nochmals differenziert erfasst und beschrieben. Als behandelt werden in der vorliegenden Analyse Personen bezeichnet, die eine oder mehrere von insgesamt mehr als 30 unterschiedlichen Einrichtungsarten wegen ihrer psychischen Probleme kontaktiert hatten. Dabei wurden jedoch komplementäre Einrichtungen (wie Selbsthilfegruppen, beschützte Wohngruppen, Krisenintervention bei nicht ärztlichen/psychotherapeutischen Diensten u.ä.) nicht berücksichtigt.

Ergebnisse

Größenordnung: 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland

32,1% der erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahre, d. h. 15,61 Millionen Menschen, erfüllten in den zwölf Monaten vor der Untersuchung die Kriterien für eine oder mehrere psychische Störungen nach den Kriterien der ICD-10 und DSM-IV. Abbildung 1 zeigt, dass im Querschnittsbefund

neben somatoformen Störungen (11%), unter den Angststörungen die phobischen Störungen (7,6%), unter den affektiven Störungen die einzelne und rezidivierende „Major-Depression“ (8,3%) sowie unter den Substanzstörungen die alkoholbedingten Störungen (6,2%) die häufigsten Störungen sind. Psychotische Störungen, unter Einschluss psychotischer Syndrome bei affektiven Störungen, werden mit einer Prävalenz von 2,6% geschätzt. Zu beachten ist, dass sich die Häufigkeiten für die einzelnen Störungen auf deutlich mehr als 31% addieren, so dass auch im 12-Monats-Querschnitt eine bemerkenswerte Querschnittskomorbidität zu beachten ist. Unter Einbeziehung aller Diagnosen gaben 52% aller Betroffenen zum Zeitpunkt der Untersuchung an, nur unter einer Erkrankungsform, aber 48% unter zwei oder mehr psychischen Störungen zu leiden. Frauen sind mit Ausnahme der Suchterkrankungen bei den meisten psychischen Erkrankungen deutlich häufiger als Männer betroffen. Trotz diagnosis-spezifischer Prävalenzunterschiede hinsichtlich des Alters ist die Gesamtprävalenz psychischer Störungen in allen Altersgruppen gleich hoch.

Behandlungsquote

Auf der Grundlage der gewählten umfassenden Definition des Begriffs Behandlung – sie schließt jeglichen Kontakt mit stationären oder ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Diensten aufgrund psychischer Beschwerden und Probleme ungeachtet der Institution, der Intervention sowie der Häufigkeit und Adäquatheit einer etwaigen Intervention ein – zeigt Tabelle 2, dass in der Gesamtstichprobe 36,4% aller psychischen Störungen versorgt wurden. Die Behandlungsquote ist bei den Substanzstörungen mit 29% am niedrigsten und bei den „anderen psychischen Störungen“ mit 54,2% sowie bei affektiven Störungen mit 50,1% am höchsten. Innerhalb der diagnostischen Gruppen sind nur bei den Angststörungen bemerkenswerte Unterschiede zu berücksichtigen. Die Behandlungsquoten generalisierter Angststörungen (61,5%) und Panikstörungen (73,9%) liegen deutlich höher als die der phobischen Störungen (41,8%). Ferner deuten sich bei Substanzstörungen etwas höhere Behandlungsquoten bei Personen mit illegalen Drogenstörungen gegenüber Alko-

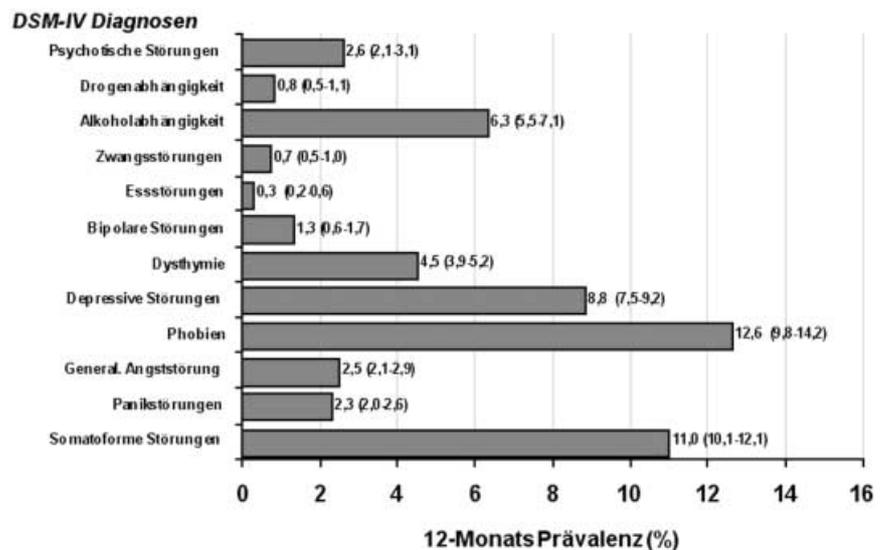


Abb. 1 ▲ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (N=4181; 18- bis 65-Jährige im Bundesgebiet): 12-Monats-Prävalenzen für ausgewählte Diagnosen nach DSM-IV (Angaben in gewichteten % mit 95%-Konfidenzintervallen)

holmissbrauch und Abhängigkeit an. Demgegenüber finden sich weder bei den verschiedenen Formen affektiver Störungen (Behandlungsquote nach Diagnose variiert zwischen 44,4% für die Major-Depression und 53,8% für Dysthymie) noch bei den somatoformen Störungen bemerkenswerte Unterschiede. Bemerkenswert ist weiter, dass 13% der Stichprobe, ohne eine aktuelle 12-Monats-Diagnose angeben, dennoch eine Behandlung erhalten zu haben.

Der Vergleich der neuen mit den alten Bundesländern ergibt in den neuen Bundesländern durchgängig etwas schlechtere Behandlungsquoten in allen Kategorien; die Überlappung der 95%-Konfidenzintervalle zeigt jedoch an, dass dieser Unterschied statistisch nur bei den Angststörungen (32,9% versus 46,3%), insbesondere bei den phobischen Störungen, gesichert werden kann.

Eine grob orientierende weiterführende Analyse regionaler Differenzen – ungeachtet des Ost-West-Vergleichs – zeigt, dass die Behandlungsquoten bundesweit erheblichen regionalen Schwankungen unterliegen. In Übereinstimmung mit früheren Analysen zur psychotherapeutischen Versorgung [21] zeigt sich dabei, dass Regionen mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsinstitutionen durchgängig wesentlich höhere Behandlungsquoten aufweisen, als ländliche und städtische Regionen ohne derartige Ausbildungsstätten.

Behandlungsquote nach Einrichtungsart

Tabelle 3 gibt an, auf welche Einrichtungsarten sich im Falle der Behandlung bzw. des Kontakts mit einer Einrichtung die behandelten Fälle verteilen. Damit wird der relative Versorgungsanteil verdeutlicht, den einzelne Einrichtungsarten an der Versorgung psychischer Störungen tragen.

In Übereinstimmung mit der „gatekeeper“-Funktion des Hausarztes für Erkennen, Diagnose und Therapie geben 42,3% aller Behandelten an, den Hausarzt kontaktiert zu haben; eine ausschließlich hausärztliche Intervention wird von 14,5% berichtet. In der Reihenfolge ihrer Nennungshäufigkeit folgen Nervenärzte (31,7%), psychologische Psychotherapeuten (27,2%) und ärztliche Psychotherapeuten (16,5%). Bemerkenswert hoch erscheint der Anteil stationär Behandelte mit 22,5%. Hier muss beachtet werden, dass psychosomatische (Kur-)Kliniken ebenso wie Kliniken zur Alkohol- und Medikamentenbehandlung mitberücksichtigt sind. Unter anderen Einrichtungen sind mit 34,4% insbesondere Beratungsstellen unterschiedlichster Ausrichtung (Familie, Suchtfragen, etc.) sowie Heilpraktiker subsummiert. Psychiatrisch/psychotherapeutische/psychosomatische Ambulanzen spielen mit 7,7% eine untergeordnete Rolle.

Zwischen alten und neuen Bundesländern ergeben sich zum Teil deutliche

Unterschiede: erstens hinsichtlich eines höheren Anteils ausschließlich hausärztlich Behandelte in den neuen Bundesländern (22,9%; 95% KI: 16,7–30,6 vs. alte BL: 13,0; 95% KI: 9,9–16,8) sowie des niedrigeren Anteils „anderer“ Dienste (16,7; 95% KI: 11,1–24,4 vs. alte BL: 37,7%; 95% KI: 32,9–42,8). Ferner sind in den neuen Bundesländern tendenziell niedrigere Werte für stationäre Behandlung, Psychotherapeuten und Ambulanzen bemerkenswert, während der Anteil nervenärztlich Versorgter mit 41,5% versus 29,9% in den alten Bundesländern erhöht ist. Insgesamt ergibt sich für die alten Bundesländer ein etwas erhöhter Anteil von Patienten, die in den letzten zwölf Monaten von mehr als einer Einrichtung versorgt wurden.

Diskussion

In Übereinstimmung mit entsprechenden internationalen Daten [22] bestätigt sich auch für die deutsche Allgemeinbevölkerung, dass psychische Störungen

wesentlich häufiger sind, als vielfach angenommen. Der Anteil der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren, der im Jahr 1998 an einer voll ausgeprägten psychischen Störung im Sinne des DSM-IV oder der ICD-10 litt, beträgt ca. 32,1%. Nahezu jeder zweite davon litt darüber hinaus unter mehr als einer psychischen Störung, so dass ein hohes Ausmaß von Komorbidität zu beachten ist. Die Häufigkeit psychischer Störungen ist, mit Ausnahme der Suchterkrankungen, fast durchgängig bei Frauen höher als bei Männern, ohne bemerkenswerte Altersgruppenunterschiede in der Gesamtmorbidität.

Selbst bei Berücksichtigung sehr umfassender Definitionen des Begriffs Behandlung (jeglicher professioneller Kontakt ohne Berücksichtigung von Dauer, Häufigkeit und Art einer etwaigen Therapie), wie sie der vorliegenden Standortbestimmung zugrunde lag, kann insgesamt festgestellt werden, dass die überwiegende Mehrzahl aller Betroffenen überhaupt nicht versorgt werden.

Dabei ist die Behandlungsquote insgesamt mit 37,8% in den alten Bundesländern nur marginal besser als in den neuen Bundesländern mit 30,4%. Nehmen wir die recht niedrige Interventionsrate von 13% bei Personen ohne eine aktuelle 12-Monats-Diagnose als groben Indikator für das mögliche Potenzial an "Überversorgung", was angesichts der Möglichkeit fortdauernder Rückfallbehandlung bei partiell Remittierten bzw. der Frühbehandlung prodromaler Krankheitsstadien eine eher gewagte Interpretation ist, so können diese Befunde zusammenfassend durchaus als ein eindeutiger Hinweis auf eine Unterversorgung gewertet werden.

Psychische Störungen sind allerdings, was Symptomatik, Spontanverlauf, Risiken und Komplikationen angeht, eine äußerst heterogene Gruppe von Erkrankungen. Deshalb kann auch der Befund bemerkenswerter Unterschiede bei diagnosenspezifischer Betrachtung nicht überraschen. So liegt auf der einen Seite die Behandlungsquote bestimmter

Tabelle 2

Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (18- bis 65-Jährige im Bundesgebiet): Behandlungsquoten (Erläuterungen im Text) bei den wichtigsten Störungsgruppen in Deutschland mit Ost-West-Vergleich. Angaben in % und 95%-Konfidenzintervall

	Behandlungsquote Deutschland (gesamt) N=4181 %w (95% KI)	Behandlungsquote neue Bundesländer N=1368 %w (95% KI)	Behandlungsquote alte Bundesländer N=2813 %w (95% KI)
Irgendeine Diagnose ¹	36,4 (33,7–39,1)	30,4 (26,1–35,1)	37,8 (34,7–41,0)
Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ²	29,0 (23,8–34,8)	22,8 (15,2–32,8)	30,4 (24,4–37,3)
Affektive Störungen ³	50,1 (45,4–54,8)	45,2 (36,9–53,9)	51,0 (45,7–56,3)
Angststörungen ⁴	43,6 (39,7–47,6)	32,9 (26,7–39,8)	46,3 (41,7–51,1)
– Panikstörung/generalisierte Angststörung	67,4 (59,5–74,5)	57,7 (42,7–71,4)	69,8 (60,6–77,7)
– Phobische Störungen	41,8 (37,6–46,1)	30,2 (23,7–37,5)	44,7 (39,7–49,7)
Somatoforme Störungen ⁵	40,5 (35,9–45,3)	36,3 (28,1–45,4)	41,3 (36,1–46,7)
Andere Störungen ⁶	54,2 (44,4–63,7)	46,8 (29,9–64,5)	55,4 (44,4–66,0)

¹zumindest eine der in der Tabelle angeführten Diagnosen, ²alle Substanzstörungen mit Ausnahme der Nikotinabhängigkeit, ³alle affektiven Störungen einschließlich Dysthymie, Hypomanie und bipolaren Störungen, ⁴einschließlich der Zwangsstörungen, ohne PTSD, ⁵Somatierungsstörung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Hypochondrie sowie ⁶Essstörungen, mögliche psychotische Störungen.

Angststörungen, wie der generalisierten Angststörung und Panikstörung, mit über 67% ebenso wie der psychotischen Störungen (68%) sowie der dysthymen Störungen (53%) vergleichsweise hoch, die Rate der somatoformen (40,5%) und Substanzstörungen (29%) auf der anderen Seite besonders niedrig. Obwohl es diese Studie methodisch nicht zulässt, die möglichen Gründe für diese markanten Unterschiede zu bestimmen, so fällt auf, dass die unterschiedlich hohen Behandlungsquoten vermutlich nur unzureichend über traditionelle Konstrukte wie „hoher klinischer Schweregrad“ zu erklären sind. Erste orientierende Analysen lassen vielmehr erkennen, dass diagnosespezifisch unterschiedliche Faktorenkonstellationen zu beachten sind: Zu Letzteren gehören insbesondere Merkmale des Symptombildes (z. B. Panikattacken bei der Panikstörung), des Spontanverlaufs (z. B. persistierender Verlauf bei Dysthymie), die Behandlungsbereitschaft seitens des Patienten (niedrig bei Substanzstörungen), der Bekanntheitsgrad der Störung (öffentliche Awareness) sowie die Verfügbarkeit diagnosis-spezifischer Therapieverfahren und Institutionen.

„Die Befunde des Gesundheits-survey weisen auf eine erhebliche Unterversorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen hin.“

Insbesondere hinsichtlich der Verfügbarkeit von Angeboten unterstreichen unsere Befunde den Einfluss regional unterschiedlicher Angebots- und Versorgungsstrukturen. Dabei schlägt sich der Unterschied zwischen neuen und alten Bundesländern hinsichtlich der quantitativen und qualitativen Struktur des Versorgungssystems für psychische Störungen nicht nur in einer niedrigeren Versorgungsquote der neuen Bundesländer deutlich nieder, sondern vor allem in Unterschieden in der Art der Inanspruchnahme. Nach unseren Befunden haben in den neuen Bundesländern der Hausarzt und der Nervenarzt eine größere Bedeutung als in den alten Bundesländern, bei denen Psychotherapeuten und andere psychotherapeutische Dienste quantitativ die größten Versorgungsanteile aufweisen. Aber Disparitäten zeigen sich auch bundesweit

Tabelle 3

Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzsurvey „Psychische Störungen“: Verteilung der Behandlungseinrichtungen, die aufgrund psychischer Störungen aufgesucht wurden (N=565 Behandelte); Anmerkung: Mehrfachbehandlungen möglich, auch einmalige Kontakte zählen (weitere Erläuterungen im Text)

	Verteilung „behandelter“ Patienten auf Versorgungseinrichtungen		
	gesamt (N=565) %w (95% KI)	neue BL (N=153) %w (95% KI)	alte BL (N=412) %w (95% KI)
Stationäre Behandlung:	22,5 (18,9–26,5)	14,1 (9,5–20,5)	24,1 (20,0–28,7)
nur stationär	5,6 (3,8–8,2)	1,7 (0,4–6,6)	6,3 (4,2–9,3)
stationär und ambulant	16,9 (13,8–20,5)	12,4 (8,2–18,4)	17,7 (14,2–22,0)
Ambulante Behandlungen:			
Nervenarzt	31,7 (27,7–36,1)	41,5 (33,3–50,2)	29,9 (25,4–34,8)
Psychol. Psychotherapeut	27,2 (23,5–31,3)	24,7 (18,0–32,7)	27,7 (23,5–32,4)
Ärztl. Psychotherapeut	16,5 (13,5–20,0)	9,3 (5,5–15,2)	17,9 (14,4–21,9)
Psychiatr./psychoth. Ambulanzen	7,7 (5,6–10,4)	5,6 (2,7–11,3)	8,0 (5,7–11,2)
nur Hausarzt ¹	14,5 (11,7–17,9)	22,9 (16,7–30,6)	13,0 (9,9–16,8)
andere	34,4 (30,2–38,9)	16,7 (11,1–24,4)	37,7 (32,9–42,8)
Anzahl aufgesuchter Behandlungseinrichtungen:			
eine	48,9 (44,5–53,4)	58,8 (50,1–66,9)	47,1 (42,0–52,2)
zwei	27,0 (23,2–31,2)	23,7 (17,1–31,9)	27,6 (23,4–32,3)
drei oder mehr	24,0 (20,4–28,0)	17,1 (11,8–24,1)	25,3 (21,2–29,9)

¹Hausarztkontakt wurde in der Tabelle nur aufgeführt, wenn psychische Probleme Konsultationsanlass waren und keine weitere spezialisierte Einrichtung aufgesucht wurde; insgesamt suchten 42,3% ihren Hausarzt aufgrund psychischer Probleme auf (Ost: 48,1%, West: 41,2%).

auf kleinräumiger Analyseebene: Erste explorative Analyseschritte verdeutlichen, dass vor allem Regionen ohne Universitäten und psychotherapeutische Ausbildungsstätten besonders niedrige Versorgungsquoten und speziell niedrige Raten spezialisierter Dienste für psychische Störungen aufweisen und bestätigen somit entsprechende Befunde aus den 80er-Jahren [23]. Dies könnte nahe legen, zur Erhöhung z. B. der psychotherapeutischen Angebotslage in schlecht versorgten Regionen verstärkt institutionelle Steuerungsmechanismen in Form von Forschungs- und Lehrangeboten zu nutzen.

Bei den hier dargestellten Befunden zur Versorgungssituation psychischer Störungen soll abschließend auf einige methodische und inhaltliche Einschränkungen hingewiesen werden. (1) Die „Behandlungsquoten“ beruhen auf einer sehr umfassenden Definition, die jegliche Inanspruchnahme vom Hausarzt bis zum Psychotherapeuten einschließt, ungeachtet der Art, Häufigkeit, Dauer und Adäquatheit der Intervention. Die tatsächliche Behandlungsquote, z. B. bei Berücksichtigung des Kriteriums mindestens fünf Kontakte, dürfte deutlich niedriger liegen. (2) Zudem informieren unsere Daten nicht über die Adäquatheit

der Interventionen und somit können wir auch keine Aussagen über Fehlbehandlungen treffen (z. B. falsche Indikation, zu geringe Dosis der jeweiligen Behandlung). Zweifellos liegen aber die Raten adäquater Behandlungen vermutlich außerordentlich niedrig. In Verlaufsanalysen an einem Bevölkerungssample 14- bis 24-Jähriger konnten wir kürzlich zeigen [9], dass nur 17% aller aktuell Behandlungsbedürftigen auch eine Therapie erhalten, davon aber nur jeder zweite (9%) in einer Form, die als adäquat eingeschätzt wurde. Ähnlich problematische Befunde ergaben sich aus Kostenstudien bei Angstpatienten, die aber zugleich aufzeigen konnten, dass sich durch Einsatz empirisch gestützter Verhaltenstherapie nicht nur befriedigende Besserungen, sondern auch deutlich Kostenreduktionen gegenüber nicht und „inadäquat“ Behandelten ergeben [24].

Dies verdeutlicht, dass die Perspektive der Versorgungsquote unbedingt – sowohl aus Kostengründen als auch aus Patientensicht – um Analysen zur Adäquatheit der Behandlungen erweitert werden muss. (3) Die Gleichsetzung von Diagnose mit Versorgungs- und Behandlungsbedarf ist ein Schwachpunkt. Aufgrund gleichartiger epidemiologischer Untersuchungen, die allerdings mit klinischen Validierungsstrategien verknüpft waren, kann aber durchaus gefolgert werden, dass hierdurch keine gravierende Verzerrung entsteht. So konnte gezeigt werden [9], dass zwar bei 32% aller 14- bis 24-Jährigen mit einer 12-Monats-Diagnose psychischer Störungen klinische Untersucher keinen „unmittelbaren Behandlungsbedarf“ einschätzten, allerdings betraf dies überwiegend die Störungsgruppe spezifische Phobien im Kindes- und Jugendalter sowie vorübergehende Missbrauchsstadien des psychotropen Substanzgebrauchs, die bei der hier untersuchten Altersgruppe keine entscheidende Rolle spielen. (4) Es muss auch darauf hingewiesen werden, dass wir keinen Hinweis darauf fanden, dass Personen ohne eine psychische Störung häufig psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelt werden: Der Anteil lag mit etwas mehr als 10% außerordentlich niedrig, so dass keine auffällige Fehlversorgung auf dieser groben Betrachtungsebene vermutet werden muss.

Die Befunde des Bundes-Gesundheitssurveys weisen auf eine erhebliche Unterversorgung im Bereich der Be-

handlung psychischer Störungen hin. Dies führt nicht nur zu vermeidbaren Belastungen, Beeinträchtigungen und Leiden bei den geschätzten 12 Millionen Betroffenen, sondern bedeutet auch unnötige volkswirtschaftliche Mehrkosten durch Arbeitsunfähigkeit und Fehlbehandlungen.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn. American Psychiatric Press, Washington, DC
- World Health Organization (1993) Tenth revision of the international classification of diseases, Chapter V (F): mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Eigenverlag, Genf
- Stieglitz RD, Baumann U (1994) Psychodiagnostik psychischer Störungen. Enke, Stuttgart
- Freyberger HJ, Stieglitz RD, Wittchen HU (im Druck) Klassifikation. In: Freyberger HJ, Stieglitz RD, Wittchen HU (Hrsg) Diagnostik. Springer, Heidelberg
- Wittchen HU (2000) Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research – the NAPE Lecture 1999. Acta Psychiatr Scand 101:2–10
- Häfner H (1979) Estimating needs for mental health care. A contribution of epidemiology. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Wittchen HU (2000) Epidemiologie affektiver Störungen. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) Schizophrene und affektive Störungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 357–372
- Andrews G, Henderson S (2000) Unmet need in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge
- Wittchen HU (2000) Met and unmet need for interventions in community cases with anxiety disorders. In: Andrews G, Henderson S (eds) Unmet need in psychiatry. Problems, resources, responses. Cambridge University Press, Cambridge, pp 256–276
- Schepank R (1978) Konzepte und Realitäten der Versorgung mit psychosomatischer Therapie in Deutschland. Psychother Med Psychol 28:145–151
- Löcherbach P, Henrich T, Kemmer H et al. (1999) Entwicklung von Indikatoren zur Bedarfsermittlung und Angebotsplanung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Verhaltensther Psychosoz Praxis 31:615–643
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, Graf v. d. Schulenburg JM, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Forschungsbericht. Hamburg: Universitätskrankenhaus Eppendorf, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
- Bellach BM, Knopf H, Thefeld W (1998) Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. Gesundheitswesen 60 [Sonderheft 2]:59–68
- Bellach BM (1998) Der Survey – Ein Ausblick. Gesundheitswesen 60 [Sonderheft 2]:113–114
- Bellach BM (1999) Editorial: Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 – Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. Gesundheitswesen 61 [Sonderheft 2]:55–56
- Wittchen HU, Müller N, Storz S (1998) Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Gesundheitswesen 60 [Sonderheft 2]:95–100
- Wittchen HU, Pfister H (1997) DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Swets & Zeitlinger, Frankfurt/Main
- Knäuper B, Wittchen HU (1994) Diagnosing major depression in the elderly: evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? J Psychiatr Res 28:147–164
- Wittchen HU (2000) Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (Bundesgesundheitsurvey 98): Anlagen zum Schlussbericht. Max Planck Institut für Psychiatrie, München, Eigenverlag
- Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtunz B (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Gesundheitswesen 61 [Sonderheft 2]:216–222
- Wittchen HU, Fichter MM (1980) Psychotherapie in der Bundesrepublik – Materialien und Analysen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Beltz, Weinheim
- Wittchen HU, Perkonig A (1996) Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen. In: Ehlers A, Hahlweg K (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D Praxisgebiete, Serie 2 Klinische Psychologie. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen Bern Toronto Seattle, S 69–144
- Wittchen HU (1988) Follow-up investigations as a basis for need evaluation – an empirical approach to patient-oriented psychiatric need evaluation. In: Zweifel P (Hrsg) Bedarfs und Angebotsplanung im Gesundheitswesen. Neue Ansätze der Bedarfsforschung und neue Formen der Angebotsplanung. Bleicher, Gerlingen, S 115–177
- Jacobi F, Margraf J (im Druck) Kostenstudien zu psychologischer Angstbehandlung. In: Michaelis W (Hrsg) Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen. ecomed, Landsberg