

## **Stellungnahme**

*im Zusammenhang mit der Befragung  
von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat  
für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen*

---

### **"Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen" Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten**

---

von

#### **Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen**

Leiter: Klinische Psychologie und Epidemiologie am  
Max Planck Institut für Psychiatrie, München  
und

Direktor des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie an  
der Technischen Universität Dresden

Arbeitsgruppe: Gesundheitsberichtserstattung und Versorgungsforschung

#### **Kontaktadresse:**

---

Max Planck Institut für Psychiatrie  
Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Epidemiologie  
Kraepelinstrasse 10  
80804 München  
Tel: 089-30622-546      Fax: -544

# **Inhaltsverzeichnis**

## **Zusammenfassung**

Vorbemerkung

### **Teil I: Zur Situation der Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Störungen**

2. Psychische Störungen: Begriffsbestimmungen und Definitionen
3. Begriffsbestimmungen: Indikation, Versorgungsindikatoren und Einrichtungen
4. Größenordnung: Wie häufig sind psychische Störungen in Deutschland?
  - 4.1. Prävalenz psychischer Störungen und Behandlungsquoten in der Allgemeinbevölkerung: Bundes-Gesundheitssurvey
  - 4.2. Behandlungsquote
  - 4.3. Vergleich neue und alte Bundesländer und regionale Unterschiede
  - 4.4. Behandlungsquote nach Einrichtungsart
  - 4.5. Vergleich neue und alte Bundesländer
  - 4.6. Zusammenfassung der Befunde für Erwachsene im Bundesgesundheitsurvey

### **Teil II: Zur Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen**

5. Die EDSP-Studie
  - 5.1. Prävalenz und Behandlungsquote bei 14 - 17-Jährigen
  - 5.2. Behandlungsinstitutionen
  - 5.3. Detailanalyse Angststörungen: Expertengeschätzter Interventionsbedarf versus subjektives Behandlungsbedürfnis und tatsächliche Inanspruchnahme
  - 5.4. Zusammenfassende Bewertung der Versorgungssituation

### **Teil III: Zusammenfassung**

Literaturverzeichnis

## **Anlagen**

1. Wittchen, H.-U., Höfler, M., Meister, W. (2000): *Zur Situation der Versorgung Depressiver in der primärärztlichen Versorgung*. Schattauer Verlag
2. Wittchen (2000): *Met and unmet need for interventions in community cases with anxiety disorders*. In Andrews, G. & Henderson, S. (Eds): *Unmet need in Psychiatry*. Cambridge University Press
3. Wittchen (1988): *Follow-up investigations as a basis for need evaluation - An empirical approach to patient-oriented need evaluation*. In Zweifel, P. (Ed). *Neue Ansätze der Bedarfsforschung und neue Formen der Angebotsplanung im Gesundheitswesen*. Gerlingen, Bleicher Verlag.
4. Wittchen, H.-U., Müller, N., et al (1999). *Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland*. *Das Gesundheitswesen*, 61, 216-222

## Zusammenfassung:

Auf der Grundlage aktueller epidemiologischer Studien (Einwohnermeldeamt-Stichproben, persönliche klinisch-psychiatrische Untersuchungen) aus den Jahren 1995 bis 1998 kommt die Stellungnahme zu folgenden Hauptbefunden bei psychischen Störungen:

1. Ungeachtet unterschiedlich weiter oder enger Definitionen von Behandlungsbedarf ist das dominante Ergebnisbild eine **gravierende Unterversorgung** von Personen mit psychischen Erkrankungen. Quantitativ bedeutsame Hinweise auf eine Fehl- oder Überversorgung von Betroffenen lassen sich nicht aufzeigen!
2. Psychische Störungen, nach den expliziten diagnostischen Kriterien der ICD-10 Forschungskriterien und der DSM-IV, mit ihren vorgeschriebenen Kriterien von Leiden und störungsspezifischen psychosozialen Einschränkungen, sind nach Befunden des Bundesgesundheits surveys 1998/99 weit verbreitet. 32.1% (= 15,6 Millionen) der erwachsenen Bevölkerung (im Alter 18-65) ist betroffen, aber nur 36% davon steht oder stand im vergangenen Jahr in Kontakt mit professionellen Diensten, ungeachtet der Art, Häufigkeit, Dauer und Adäquatheit der Intervention.
3. Der Anteil von Betroffenen, die eine im weitesten Sinne adäquate Therapie nach moderaten wissenschaftlichen Kriterien erhalten, liegt konservativ geschätzt bei ca 10% aller mit einer Diagnose. Dabei wurden extrem konservative Minimalkriterien von Dauer (mind. 1 Monat) und/oder Frequenz (mind. 5 Sitzungen) bei Vorliegen medikamentöser oder psychotherapeutischer Behandlungen zugrundegelegt.
4. Die unzureichende und mangelhafte Versorgung betrifft nicht alle spezifischen Störungsgruppen in gleichem Ausmaß; so ergaben sich durchaus für Panikstörungen aus dem Kreis der Angststörungen, psychotische Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie depressive Episoden (aus dem Kreis der affektiven Störungen) zum Teil deutliche bessere Behandlungsquoten. Gleichmaßen niedrige "Mängelprofile" ergaben sich für somatoforme und Suchterkrankungen.
5. Die Situation bei Kinder- und Jugendlichen ist bei einer 12-Monatsprävalenz von 17,5% noch wesentlich schlechter. Hier wurde eine Behandlungsquote von lediglich 17% ermittelt, davon wurde lediglich konservativ geschätzt (obere Grenze des 95% Konfidenzintervalls) ein Anteil von 21% im weitesten Sinne adäquat behandelte Fälle ermittelt.
6. Die Versorgungssituation ist durch markante regionale Unterschiede gekennzeichnet. Besonders schlechte Versorgungsquoten ergeben sich für manche Diagnosen (z.B. Sucht- und somatoforme Störungen) für die neuen Bundesländer sowie durchgängig für fast alle Diagnosen in Regionen, die weder über eine nahe Universität und psychotherapeutische Weiterbildungsinstitutionen verfügen.  
  
Ferner ist auf regionale und Ost-West Unterschiede in den Versorgungsanteilen einzelner Einrichtungsarten, speziell den niedrigeren Anteil psychotherapeutischer Versorgungsleistungen in den neuen Bundesländern hinzuweisen, die nur zu einem kleinen Teil durch höhere Hausarzt-Behandlungsraten sowie Nervenarzt Behandlungen kompensiert werden.
7. Da die Gleichsetzung von Diagnose mit Behandlungsbedarf mancherorts als problematisch angesehen wird, wurde auch anhand vorliegender Longitudinaldaten abgeschätzt, welchen Einfluß eine standardisierte Expertenbeurteilung zu Art, Umfang und Dringlichkeit einer Intervention bei Fällen mit einer Diagnose haben, bzw welcher Anteil der Gesamtprävalenz

sich selbst als dringend behandlungsbedürftig und motiviert für eine Therapie einschätzt. Dabei ergaben sich diagenosenspezifisch recht unterschiedliche Befunde.

Im Mittel schätzen Experten ca 51% der Gesamtprävalenz als **“aktuell dringend behandlungsbedürftig (Medikamente oder Psychotherapie)”** ein; dies würde einer behandlungsbedürftigen Gesamtprävalenz von 16% (= 7,9 Millionen) bei den 18-65 Jährigen entsprechen.

Die entsprechenden Angaben für den subjektiven Behandlungsbedarf (Fälle mit aktueller Therapiemotivation) liegen ähnlich hoch (58%), allerdings bei nur mittelhoher Korrelation mit der Expertenmeinung. Die Raten für 14-17-Jährige liegen mit 54% (Expertenbedarf) und 49% (subjektive Therapiemotivation) ähnlich hoch.

8. Aufgrund regionaler epidemiologischer vertiefender Analysen sind ferner - neben der durchgängigen Unterversorgung - eine Reihe bemerkenswerte Hinweise auf eine inadäquate Versorgung derer mit einer Intervention zu vermerken. Nur weniger als die Hälfte aller untersuchter Fälle mit einer therapeutischen Intervention in den letzten 12 Monaten lassen eine - nach modernen Behandlungsstandards hinsichtlich Art, Dauer und Frequenz - auch adäquate Versorgung erkennen.
9. Nachhaltige Bestätigung dieser bevölkerungsbezogenen Daten zur Größenordnung und Versorgung psychischer Störungen ergeben sich aus der im Anhang befindlichen bundesweiten Allgemeinpraktikerstudie.

- Einschränkungen:*
- a) Die Daten wurden zwischen 1995 und 1999 also größtenteils vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes erhoben.
  - b) Die Analysen lassen bislang keine Aussagen bezüglich der Angemessenheit und differentiellen Indikation pharmakologischer versus psychotherapeutischer Verfahren zu.
  - c) Die Datenanalysen sind, soweit nicht bereits publiziert noch vorläufig!

## 1. Vorbemerkung:

Die folgende Stellungnahme wurde auf Bitte der Fachgruppe "Klinische Psychologie und Psychotherapie" (Sprecherin: Professor Dr. Birgit Kroener-Herwig) der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGfPs) sowie der Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände, bzw. der von ihr eingesetzten Kommission erstellt. Die Aussagen der Stellungnahme spiegeln in erster Linie die Einschätzung des Verfassers wieder und sind aus Zeitgründen nicht hinreichend mit den oben genannten Verbänden abgestimmt.

Die Aussagen basieren weitgehend auf einer Reanalyse aktueller regionaler und bundesweiter epidemiologischer Daten des Verfassers und stützen sich in erster Linie auf:

1. eine bundesweiten Studie, die vom Verfasser am Max Planck Institut für Psychiatrie im Rahmen des Zusatzmoduls "Psychische Störungen" des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS, Belach 1999) des Robert Koch Instituts in den Jahren 1998/99 durchgeführt wurde (Wittchen et al. (1998, 1999). Der Stichprobenumfang der bundesrepräsentativen Studie beträgt 7124 im Alter 18 bis 79; das Zusatzmodul "Psychische Störungen" wurde ausschließlich bei 18-65-Jährigen realisiert (Wittchen et al. 1998,1999). Diese Befunde werden im **Teil I** der Stellungnahme vorgestellt.
2. Aktuelle klinisch-epidemiologische Befunde aus einer regionalen Studie (Stadt und Land München, EDSP 1998) an 3021 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Wittchen et al. 1997). Die Ergebnisse dieser Studie enthalten auch weitergehende Detailanalysen zur Versorgungsqualität und werden zusammenfassend im **Teil II** referiert.
3. Darüberhinaus werden im **Teil III** für den Indikationsbereich "Depression" Befunde aus einer bundesweiten Allgemeinpraktiker Studie an über 600 Allgemein-, Praktischen Ärzten und Internisten aus dem Jahre 1999 herangezogen (Wittchen et al. 2000). Da dieser Teil bereits in Buchform publiziert vorliegt, wird dieser Teil als Anlage dem Bericht beigelegt!

Die o.g. Studien beruhen auf nahezu identischen diagnostischen und erfassungsstrategischen Vorgehensweisen:

- einer, bzw. mehrmaligen persönlichen standardisierten Befragungen der Personen in ihrem Haushalt, bzw der Allgemeinarztpraxis durch klinische und speziell für den Studienzweck geschulte Untersucher,
- der strikten Anwendung klinisch-diagnostischer Standards gemäß der Klassifikationskriterien psychischer Störungen nach DSM-IV, beziehungsweise der ICD-10, so daß die Befunde sich ausschließlich auf klinisch-relevante, d.h. nach Konvention der Diagnosemanuale in der Regel auch behandlungsbedürftige, Störungen beschränken, und
- einer standardisierten Erfassung des Hilfesuchverhaltens der Betroffenen, Charakterisierung des Orts beziehungsweise der Art, Häufigkeit und Dauer der erhaltenen therapeutischen Interventionen.
- Zu berücksichtigen ist, daß keine Validierung der Patientenangaben durch Krankenkassen, beziehungsweise externe Kostenträgerquellen erfolgte.

Einschränkungen: Diese Stellungnahme kann bislang trotz vorliegender umfassender Daten aufgrund des Auswertungsstands noch nicht zu allen Störungs- und Indikationsgruppen Stellung beziehen. Der Datensatz befindet sich noch in der Auswertungsphase. Dieser Bericht kann ferner nur zu Fragen der Unterversorgung (störungsspezifisch, altersspezifisch, regional) Stellung nehmen, während aufgrund fehlender, unzureichender oder noch nicht ausgewerteter Daten, Fragen der Fehlversorgung, der Strukturqualität, Überversorgung sowie der Wirtschaftlichkeit nicht umfassend berücksichtigt werden können. Verwiesen wird ferner auf die bisherigen Publikationen (siehe Anlage), sowie auf die entsprechenden Abschnitte des in Vorbereitung befindlichen Gesundheitsberichts-2000 des Robert Koch Instituts.

## **Teil I**

### **Zur Situation der Versorgung von Erwachsenen (Alter: 18-64) mit psychischen Störungen**

## 2. Psychische Störungen: Begriffsbestimmungen und Definitionen

Unter psychischen Störungen von Krankheitswert verstehen die Fachdisziplinen Psychiatrie, Klinische Psychologie und Psychotherapie ein sehr weites Spektrum von über 500 einzelnen Diagnosegruppen, die in den beiden internationalen diagnostischen Klassifikations- und Diagnosemanualen DSM-IV und ICD-10 mit relativ guter Übereinstimmung kodifiziert und beschrieben sind. Beispiele in Abb. 1.

### Die moderne diagnostische Klassifikation psychischer Störungen: Beispiele (nach ICD-10, DSM-IV)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substanzstörung (z.B. Alkohol-, Opiat-, Stimulantienabhängigkeit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwangsstörungen: (z.B. Zwangsgedanken oder -handlungen)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotische Störungen (z.B. Schizophrenie, Wahnstörung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlafstörungen (z.B. Insomnien, Dys- oder Hypersomnien)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affektive Störungen (z.B. Major depression, Dysthymie, Bipolare)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eßstörungen (z.B. Bulimie, Anorexia nervosa)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angststörungen (z.B. Panik, Agora-, Spezifische-, Soziale Phobie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress-/Anpassung (Post-traumatische Belastungsst. (PTSD)),</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatoforme Störungen: (z.B. Hypochondrie, Somatisierungsstörung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche Störungen, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen</li> </ul>

Abb.1

Die expliziten Diagnose-Kriterien der DSM-IV Klassifikation spezifizieren auch detailliert im Zusammenhang mit der Vergabe der Diagnose welche Leidenscharakteristika und welches Ausmaß psychosozialer Einschränkungen bei diesen Störungen vorliegen müssen, um die Vergabe der Diagnose zu rechtfertigen. Obwohl die Gleichsetzung von Diagnose und aktuellem und notwendigem Behandlungsbedarf aufgrund verschiedener Faktoren (Spontanverlauf, Variabilität resultierender Einschränkungen und Behinderungen) durchaus für einige Störungsbilder problematisch gesehen wird (z.B. im Falle Spezifischer Phobien, Schlafstörungen und Anpassungsstörungen), kann durchaus für die meisten der obigen Diagnosegruppen von einem professionellen Interventionsbedarf ausgegangen werden.

### Definitionen in der wissenschaftlichen Bedarfsplanung psychischer Störungen

Abb. 2

#### Die Bedarfsschätzung im Kontext der psychischen Erkrankungen erfordert:

- "klar definierte Diagnosen bzw der assoziierten Behinderungen und Einschränkungen
- für die der Nachweis effektiver und akzeptierter Behandlungsstandards erbracht ist oder erbracht werden kann"

#### Kritische Elemente

- Definition der Störung
- Definition der Einschränkungen
- Sowie der Möglichkeiten und
- Grenzen wissenschaftlich nachgewiesener therapeutischer Interventionsstrategien

Vor dem Hintergrund der international gebräuchlichen Bedarfsplanungsdefinitionen in der epidemiologischen Versorgungsforschung bei psychischen Störungen (siehe Abb 2), werden deshalb zumeist aufgrund hinreichender Nachweise des bedeutsamen Langzeitrisikos zwar Spezifische Phobien explizit mit berücksichtigt, nicht jedoch Anpassungsstörungen und Schlafstörungen. Die folgenden Befundübersichten schließen sich dieser Vorgehensweise an.

Als klinisch und epidemiologisch hinsichtlich der Behandlungsbedürftigkeit gut untersucht, können aus verschiedenen Gründen bislang folgende auch im folgenden Bericht angesprochene Störungsgruppen (mit zugehörigen ICD-10 F-codes) gelten:

- Suchterkrankungen: Mißbrauch bzw Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (F1.X1 bzw.F1.X2); insbesondere durch Alkohol (F10), Opioide (F11), Cannabinoide (F12), Sedativa und Hypnotika (F13), Kokain (F14), sonstige Stimulanzen (F15), Halluzinogene (F16), sowie Störungen durch multiplen Gebrauch (F19)
- psychotische Störungen (insbesondere Schizophrenie; F2)
- Affektive Störungen (F3), insbesondere manische (F30), bipolare (F31), einzelne oder wiederkehrende depressive Störungen (F32, F33), sowie anhaltende affektive Störungen (F34)
- Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4): phobische Störungen (Agoraphobie, mit und ohne Panikstörung, Soziale und Spezifische Phobien; F40), sonstige Angststörungen (F41, Panikstörung, Generalisierte Angsterkrankung), Zwangsstörungen (F42), Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1), Dissoziative (F44) und somatoforme Störungen (F45).
- Eßstörungen (F50)

Die oben genannten Störungen umfassen nach Schätzungen der American Psychiatric Association (APA 1997) ca 75% der Gesamtmorbidität psychischer Störungen in der Bevölkerung.

Die Auswahl und Beschränkung auf diese Störungsgruppen im vorliegenden Bericht wird unter anderem auch damit begründet, daß für jede der aufgeführten Störungen

- (a) hinreichende wissenschaftliche Hinweise auf Behandlungsbedürftigkeit gesehen werden,
- (b) etablierte und auf Effektivität geprüfte therapeutische Verfahren gesichert sind,
- (c) sowie hinreichend differenzierte ätiologische und pathogenetische Erkenntnisse sowie Spontanverlaufsbeobachtungen vorliegen.

Damit erfüllen diese Störungsgruppen allgemein auch die Kriterien der internationalen wissenschaftlichen Bedarfsforschung (Andrews & Henderson 2000).

### **3. Indikation**

Für jede der oben genannten Diagnosegruppen sind mit diagnosenspezifischen Einschränkungen und Besonderheiten hinreichend effektive klinische Behandlungsmaßnahmen gesichert. Diese wurden u.a. im Rahmen der Vorbereitungen zum Psychotherapeutengesetz wie auch der wissenschaftlichen Literatur mehrfach diskutiert und bewertet.

Grundsätzlich sind bei allen Erkrankungen sowohl psychotherapeutische (speziell verhaltenstherapeutische Verfahren), wie auch pharmakologische Strategien gesichert. Dabei sind zum Teil durchaus komplexe Indikationsregeln zu beachten, wann ausschließlich verhaltenstherapeutische, wann eher medikamentöse Strategien und wann Kombinationen derselben zur Anwendung kommen sollten. Ferner sind manche Indikationen, wie zum Beispiel 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 Abbrecher-Quoten auf der einen, sowie die breitere Verfügbarkeit und kurzfristig günstigere Kostenlage bei medikamentösen Strategien.

Wie oben erwähnt ist die Gleichsetzung von Diagnose und Behandlungsbedarf trotz der expliziten diagnostischen Kriterien durchaus problematisch, da eine zusätzliche und grundsätzliche Voraussetzung insbesondere bei psychotherapeutischen Verfahren, die verfahrensspezifisch unterschiedliche **“ausreichende Behandlungsmotivation”** ist. So wird in älteren klinischen Arbeiten grundsätzlich davon ausgegangen, dass z.B. aus der Perspektive der psychoanalytischen Verfahren lediglich 30% aller von psychischen Störungen Betroffenen für die eine entsprechende diagnostische Indikation besteht, auch für die Durchführung psychoanalytischer Verfahren geeignet ist. Ähnliche Abschätzungen wurden auch für verhaltenstherapeutische Verfahren berichtet. Derartige Abschätzungen sind allerdings in der internationalen Literatur nicht wissenschaftlich abgedeckt.

Da diese indikationsbezogenen differentiellen Erkenntnisse von hoher Komplexität sind und zudem nicht hinreichend wissenschaftlich überprüft sind, lassen sich bislang keine verallgemeinerungsfähigen Aussagen treffen. Diese verfahrensspezifischen Indikationsregeln haben zur Folge, daß bislang vorliegende Bedarfsabschätzungen je nach Verfahrensgruppe zu sehr unterschiedlichen Bedarfsziffern kommen; diese liegen z.B. im sog. Löcherbach Gutachten bei 0,6-1,3% und bei Meyer bei 5,3% für die deutsche Bevölkerung.

Aus diesen Gründen wird im folgenden in der Beurteilung von Behandlungsraten und in der Ableitung von Bedarf und Indikatoren von Unterversorgung mit wenigen Ausnahmen (z.B. psychotische Störungen) keine grundsätzliche Unterscheidung zwischen psychotherapeutischen und medikamentösen Verfahren getroffen. Lediglich für den Bereich der 14-24-Jährigen können aufgrund vorliegender epidemiologischer Bedarfsuntersuchungsergebnisse derartige differenziertere Abschätzungen gemacht werden.

Obwohl die Versorgung psychischer Störungen in der Regel durch eine Vielzahl in der Therapie beteiligter **Berufs- und Institutionsgruppen** gekennzeichnet ist, konzentriert sich dieser Bericht hinsichtlich der Bedarfsfrage primär auf folgende Einrichtungsarten, da bei ihnen eine fachspezifisch adäquate Diagnosen- und Indikationsentscheidung, sowie eine zumindest basale Prozess- und Strukturqualität als gegeben angenommen werden kann:

- stationäre Einrichtungen (*Kliniken psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Art*)
- Hausärzte
- Nervenärzte sowie Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie
- Ärztliche Psychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten, Klinische Psychologen
- sowie entsprechende Ambulanzen
- nur am Rande werden die Rolle von Beratungsstellen, Kriseninterventionszentren sowie anderer psychosozialer Einrichtungen kommentiert, da sie - ungeachtet durchaus vorhandener anders gelagerter Einzelfälle - sich zumeist aus unterschiedlichen Gründen einer entsprechend differenzierten Beurteilung entziehen. Allerdings ist zu vermerken, das entsprechend qualifiziertes Fachpersonal dieser Gruppe durchaus dann in die Tabellen aufgenommen werden, wenn entsprechende fach- und therapiespezifische Informationen vorliegen.

#### 4. Größenordnung: Wie häufig sind psychische Störungen in Deutschland?

Im folgenden werden zunächst die Querschnitts (12-Monate-) Gesamtprävalenzen (%), die Prävalenzen nach Diagnosegruppe sowie die Behandlungsraten gemäß der oben ausgeführten Konventionen angegeben.

Dabei beginnen wir mit den bundesweiten Daten bei 18-65-Jährigen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey (98/99) (siehe Abb. 3) und schließen mit den analogen Befunden bei Jugendlichen- und jungen Erwachsenen aus dem Großraum München (EDSP Studie) nach gleichem Muster an.

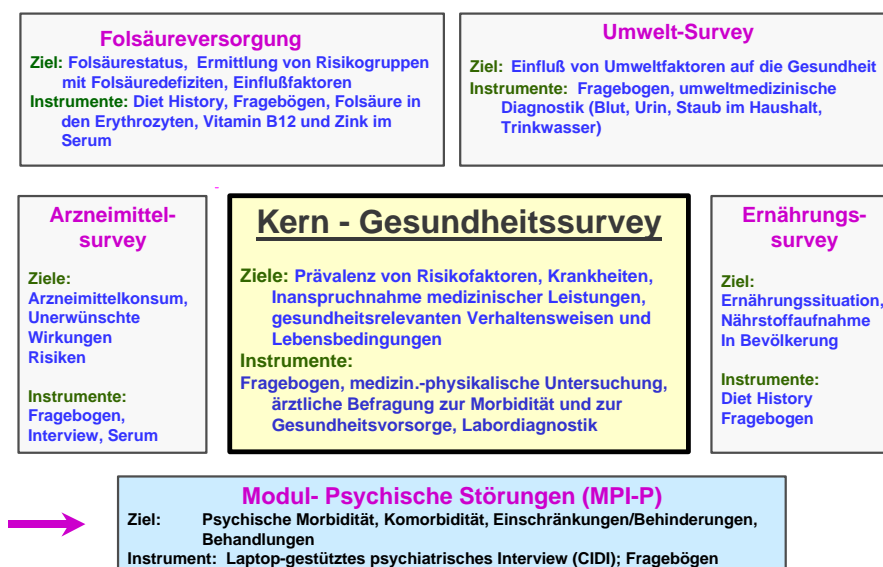


Abb. 3

#### 4.1. Prävalenz psychischer Störungen und Behandlungsquoten in der Allgemeinbevölkerung: Bundes-Gesundheitssurvey (Erwachsene im Alter 18-64)

Nach den Befunden des Bundesgesundheitsurvey erfüllten 1998/99 (Erhebungszeitraum Sommer 1998 bis Frühjahr 1999) 32,1% (entspricht 15,61 Millionen der erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter 18-64 Jahre) in den 12 Monaten vor der Untersuchung die Kriterien für eine oder mehrere psychischen Störungen nach den Kriterien der ICD-10 und DSM-IV.

Abb. 4 zeigt die Querschnittsprävalenz (12 Monate) der drei prävalentesten Störungsformen, nämlich Angststörungen mit 14,5% (= 7,03 Millionen), affektive (überwiegend depressive) Störungen (11,5%, 5,61 Millionen) und somatoforme Störungen (11%, 5,36 Millionen) nach Alter und Geschlecht.

Dabei ist zu erkennen, dass Frauen von diesen Formen psychischer Erkrankungen deutlich häufiger als Männer betroffen sind (umgekehrt sind Männer häufiger von Suchterkrankungen betroffen!). Zugleich wird verdeutlicht, dass diese Formen psychischer Störungen mit geringen Schwankungen in allen Altersgruppen gleich häufig sind.

*(Tabellen mit vollständiger und detaillierter Aufschlüsselung auf Anfrage verfügbar!)*

### 12-Monatsprävalenz affektiver, Angst- und somatoformer Störungen nach Alter und Geschlecht in Deutschland:

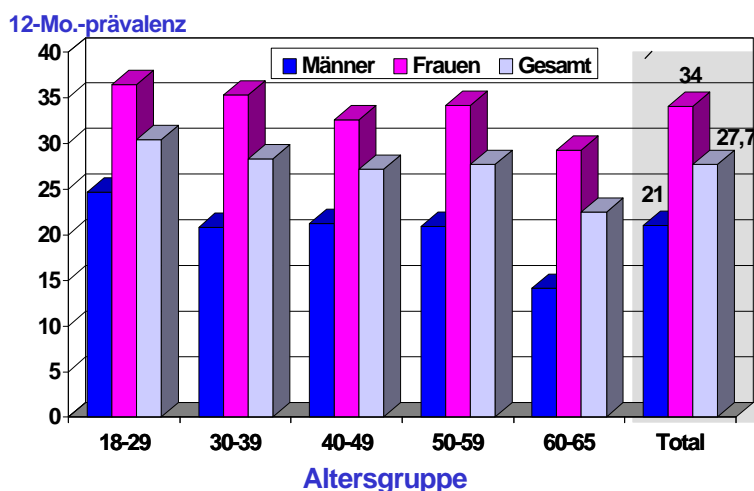


Abb. 4

Affektive-, Angst- und somatoforme Störungen sind mit Abstand vor den Suchterkrankungen (6,8%, 3,31 Millionen) die häufigsten Erkrankungsformen.

Abbildung 5 zeigt die entsprechenden Prävalenzen für einzelne Diagnosen; dabei wurden einerseits indikationsbezogen ähnliche Diagnosen zusammengefasst (z.B. Panikstörung und Agoraphobie), andererseits auch niedrig prävalente Diagnosen wie z.B. die Generalisierte Angsterkrankung (GAE) oder die Essstörungen aufgeführt, die für das Indikationsgebiet von besonderer Bedeutung sind. Zu beachten ist eine für psychische Störungen bemerkenswerte Querschnittskomorbidität. 52% aller Betroffenen litten zum Zeitpunkt der Untersuchung unter nur einer Erkrankungsform, 48% unter 2 oder mehr (Komorbidität) Störungsformen.

### 12-Monatsprävalenz nach Diagnose (48% sind komorbid!)

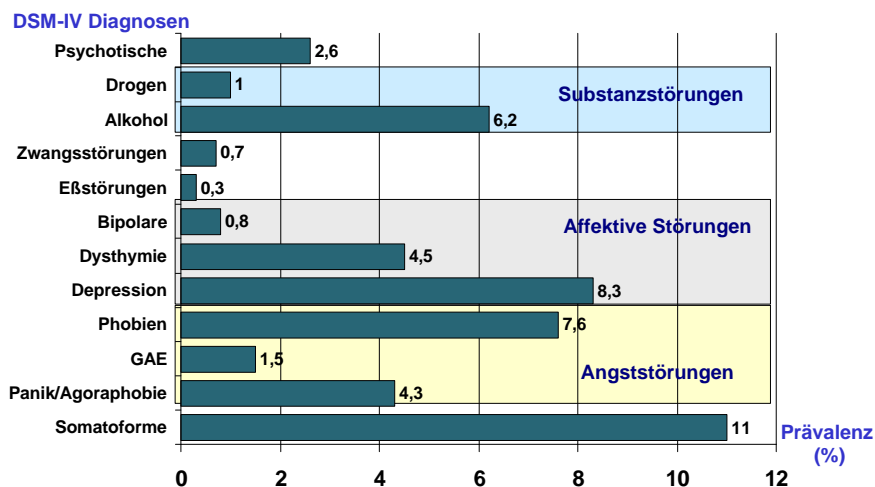


Abb. 5

## 4.2 Behandlungsquote

Ungeachtet Erkrankungsdauer, Komorbidität sowie klinischen und psychosozialen Schweregrad standen bundesweit nur 36,4% aller Betroffenen, ungeachtet der Institution, der Intervention sowie der Adäquatheit einer etwaigen Intervention im Kontakt mit stationären oder ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Diensten. Dabei wurde wegen der gewählten 12-Monatsprävalenz auch als "Behandlung" gezählt, wenn diese vor mehr als 12 Monaten erfolgte, um Unschärfen bei der Beurteilung der Streckenprävalenz auszugleichen. Deshalb sollten die Werte als konservative Schätzung der Behandlungsquote interpretiert werden.

***Definition Behandlungsquote: Jedwede Angabe des Befragten zumindestens einmal in Kontakt mit stationären oder ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Diensten gestanden zu haben; ungeachtet Art, Dauer, Häufigkeit und Qualität.***

### Psychische Störungen: Größenordnung (12 Monatsprävalenz), Behandlungs- und Nicht-Behandlungsquoten

	Prävalenz in % Millionen	davon	
		behandelt (%)	unbehandelt
Alle Diagnosen	32,1 (15,6)	36,4%	63,6%
Sucht	6,8 (3,3)	29,0%	71,0%
Affektive	11,5 (5,6)	50,1%	49,9%
Angst	14,5 (7,0)	43,6%	56,4
Somatoforme	11,0 (5,4)	40,5%	59,5
Andere*	2,9 (1,4)	61,0%	39,0%

Abb. 6

\* z.B. psychotische Störungen, Essstörungen

Nach diesen aktuellen repräsentativen Befunden in Abbildung 6 werden nur 36,4% aller psychischen Störungen "behandelt". Die "Nicht-Versorgungsquote ist bei Suchterkrankungen mit 71%, gefolgt von Somatoformen (59,5%) und Angsterkrankungen (56,4%) am höchsten.

## 4.3. Vergleich neue und alte Bundesländer und regionale Unterschiede

Abbildung 7 deutet an, dass die Nicht-Versorgungsquote in den neuen Bundesländer mit 83%, gegenüber 60,9% in den alten Bundesländer noch deutlich höher liegt.

Dabei ist bemerkenswert, dass dieser Unterschied fast ausschließlich auf somatoforme Störungen, sowie in geringerem Umfang auf Suchterkrankungen zurückzuführen ist. Die Behandlungsquoten für Angst- und depressive Störungen - bei übrigens ähnlicher Prävalenz - sind fast gleich.

## Vergleich neue versus alte Bundesländer: Behandlungs- und Nicht-Behandlungsquoten

	Neue BL unbehandelt	behandelt	Alte BL unbehandelt	behandelt
Alle Diagnosen	83,0%	17%	60,9%	39,1%
Sucht	69,6%	30,4%	62,2%	37,8%
Affektive	49,7%	50,3%	43,2%	46,8%
Angst	49,6%	50,4%	48,6%	51,4%
Somatoforme	67,1%	32,9%	53,7%	48,3%
Andere*	33,2%	66,8%	36,4%	63,6%

\* z.B. psychotische Störungen, Essstörungen

Abb. 7

Obwohl bislang noch keine differenzierten Regionalanalysen durchgeführt wurden, zeigt eine grob orientierende Analyse, dass diese Befunde ganz erhebliche regionale Schwankungen aufweisen. In Übereinstimmung mit früheren Analysen zur psychotherapeutischen Versorgung (Wittchen & Fichter 1980) zeigt sich dabei, dass Regionen mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsinstitutionen durchgängig wesentlich höhere Behandlungsquoten aufweisen, als ländliche und städtische Regionen ohne derartige Ausbildungsstätten.

### 4.4 Behandlungsquote nach Einrichtungsart

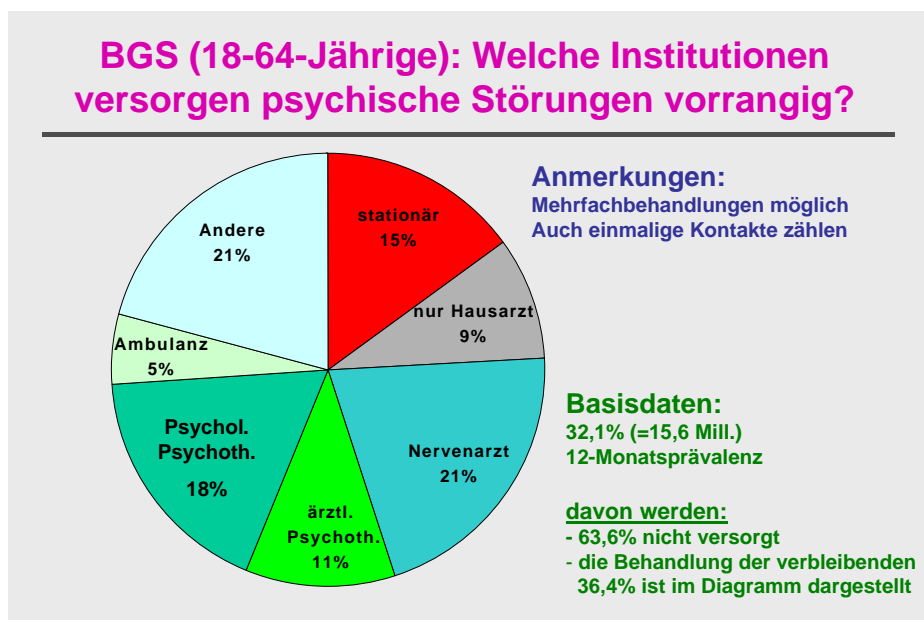


Abb. 8

Abb. 8 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, den

die einzelnen Einrichtungen an der Versorgung psychischer Störungen tragen, verdeutlicht.

Quantitativ tragen Psychotherapeuten bundesweit mit insgesamt 29%, gefolgt von Nervenärzten (21%) und "anderen" Institutionen (insbesondere Beratungsstellen, sowie Heilpraktiker und sozialpsychiatrische- und Kriseninterventionsdienste) am häufigsten zur Versorgung psychischer Störungen bei. Der Anteil psychologischer Psychotherapeuten mit 18% liegt deutlich über dem der ärztlichen Psychotherapeuten. (Mehrfachangaben möglich!)

Die scheinbar niedrige Rate für Hausärzte (8%) ist darauf zurückzuführen, dass wir zur Vermeidung extremer Mehrfachangaben angesichts der weiten Inanspruchnahme-Definition, nur dann Hausärzte gesondert in der Abb. 8 ausweisen, wenn gleichzeitig keine fachspezifischen anderen Dienste abgegeben wurden.

Bemerkenswert hoch scheint der proportionale Anteil von 16% stationär Behandelte. Hier muss berücksichtigt werden, dass auch Behandlungen vor dem 12-Monatsprävalenzzeitraum einfließen, ebenso wie dass psychotherapeutisch/psychosomatisch orientierte "Kur"- und Rehabilitationsklinien mitberücksichtigt werden.

#### 4.5 Vergleich neue und alte Bundesländer

Die Versorgungsanteile unterscheiden sich deutlich; bemerkenswert höher liegt der Versorgungsanteil in den neuen Bundesländern hinsichtlich Nervenärzten und Hausärzten, während die Quote stationär behandelte mit 10% deutlich niedriger als in den alten Bundesländern liegt.

### Vergleich der Versorgungsanteile in den alten und neuen Bundesländern

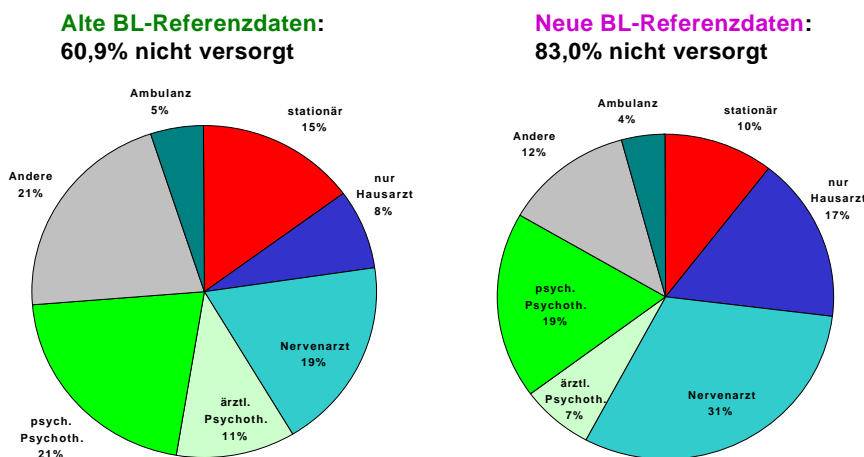


Abb. 9

## 4.6 Zusammenfassung der Befunde für Erwachsene (18-64 Jahre) im Bundesgesundheitsurvey

Selbst bei Berücksichtigung sehr weiter Definitionen von "Behandlung" kann - ungeachtet des für manche hochakut verlaufende psychische Erkrankung (z.B. episodisch verlaufende depressive und psychotische Erkrankungen) breit gewählten 12-Monats Zeitfensters - festgestellt werden, dass die überwiegende Mehrzahl aller Betroffenen nicht versorgt werden.

### Nicht Versorgung bei spezifischen Diagnosen

Abb.10

- **Relativ gute Behandlungsquoten ( Behandlungsquote >55%) bei:**
  - Panikstörung (73,9%), Zwangsstörungen (66%), Soziale Phobie (65%), GAS (61,5%), Dysthymie (59,2%) Medikamentenabhängigkeit (57,9%), Psychotischen Störungen (56%)
- **Relativ hohe Nicht-Behandlungsquote bei:**
  - Alkohol (71%)- und Drogenabhängigkeit (73,4%), Spezifischen Phobien (54,7%) und „anderen Angststörungen (70,3%), Ess- (63,6%) und Somatoformen Störungen (60%)
- **Signifikant niedrigere Behandlungsquoten in neuen BL (!), insbesondere bei:**
  - Drogenabhängigkeit (100% vs 69%), bipolare- (77 vs 42%) und depressive (48 vs 39%) Störungen, somatoforme Störungen (67% vs 54%), GAS (69 vs 51%), Zwangsst. (64% vs 58%) Soziale Phobie (47 vs 37%), Panikstörung (45% vs 33%).

Obwohl diese Aussage grundsätzlich auf alle Diagnosegruppen anwendbar ist, sind doch eine Reihe von bemerkenswerten diagnosespezifischen Abweichungen zu konstatieren. So werden bestimmte Angststörungen sowie die oft besonders schwerwiegenden psychotischen Erkrankungen deutlich häufiger versorgt als beispielsweise somatoforme-, Alkohol- und drogenbezogene Erkrankungen.

Durchgängig zeigen sich auch erhebliche regionale Unterschiede. Dabei ist der deutliche Unterschied zwischen neuen und alten Bundesländern und damit die niedrigere Versorgungsquote der neuen Bundesländer besonders hervorzuheben. Aber auch auf der kleinräumigeren Analyseebene sind erhebliche Disparitäten zu verzeichnen: Erste explorative Analyseschritte unterstreichen dabei, dass vor allem Regionen ohne Universitäten und psychotherapeutische Ausbildungsstätten besonders niedrige Versorgungsquoten und speziell niedrige Raten spezialisierter Dienste für psychische Störungen aufweisen.

## **Teil II**

### **Zur Situation der Versorgung von Kindern - und Jugendlichen mit psychischen Störungen**

## 5. Die EDSP Studie

Von 1994-1999 führte das Max Planck Institut für Psychiatrie in der Region Stadt und Land München eine repräsentative Einwohnermeldekartei Bevölkerungsuntersuchung bei 14-24-Jährigen durch. Der Stichprobenumfang betrug 3.021 Personen, die Ausschöpfungsrate lag bei 73%. Die Studie ist eine prospektiv-longitudinale Studie mit drei Untersuchungswellen in 1,6 Jahresabständen. Untersucher waren Kliniker (Ärzte und Klinische Psychologen), die auch die im weiteren aufgeführten Versorgungsvariablen sowie Bedarfs und Behandlungsevaluationen durchführten.

Das Inanspruchnahmeverhalten aller Untersuchungspersonen wurde standardisiert wie im Bundesgesundheitsurvey erfasst, darüber hinaus wurden mittels standardisierter Instrumente auch eine Reihe von Prozess- und Strukturvariablen evaluiert. (Befunde der Studie wurden insbesondere in Wittchen et al. 1998 sowie Wittchen 2000) publiziert.

### 5.1. Prävalenz und Behandlungsquote

Die folgenden Befunde werden ausschließlich für 14-17-Jährige berichtet, um direkte Vergleiche mit den oben referierten Erwachsenenbefunden zu ermöglichen. Die 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen liegt zwar mit 17,5% deutlich niedriger als bei Erwachsenen, jedoch sind das Ausmaß der assoziierten Behinderungen und Einschränkungen weitgehend identisch. Besonders häufig sind bei Kindern und Jugendlichen Angst- (9,3%) und depressive Störungen (8,2%), gefolgt von somatoformen (6,3%), Alkohol- (4,7%) und Drogenabhängigkeit (4,3%). Essstörungen werden mit einer im Vergleich zu Erwachsenen deutlich höheren Prävalenz von ca 2% geschätzt.

Im Vergleich zu Erwachsenen ergibt sich für Kinder und Jugendliche eine deutlich niedrigere Behandlungsquote (Abb. 11). Insgesamt stehen oder standen nur 17%, gegenüber 36,4% bei Erwachsenen im Kontakt mit professionellen Einrichtungen.

### Vergleich Jugendliche (EDSP; 14-17) und Erwachsene (BGS; 18-64): Behandlungsquoten

	14-17 unbehandelt	14-17 behandelt	18-64 unbehandelt	18-64 behandelt
Alle Diagnosen	83,0%	17%	63,6%	36,4%
Sucht	84,0%	16,0%	71,0%	29,0%
Affektive	68,7%	31,3%	49,9%	50,1%
Angst	79,6%	20,4%	56,4%	43,6%
Somatoforme	76,9%	23,1%	59,5%	40,5%
Andere*	81,4%	18,6%	63,6%	36,4%

Abb. 11

\* z.B. Essstörungen, PTSD

Insgesamt lässt sich somit für Kinder und Jugendliche eine noch wesentlich schlechtere Versorgungsquote als für Erwachsene konstatieren. Und dies obwohl wir unter Behandlungsinstitutionen ein wesentlich breiteres Institutionsspektrum von Beratungsstellen bis hin zu schulpсихologischen Diensten berücksichtigt haben. Somit scheinen folgende in Abb. 12 aufgeführten Folgerungen angemessen zu sein.

### Jugendliche sind besonders schlecht versorgt!

- **Obwohl insbesondere Angst- und Suchterkrankungen besonders hohe Prävalenzen in Kindheit und Jugend aufweisen:**
  - Werden nur 16% aller Drogenabhängigen sowie 20% aller Angststörungen behandelt (Daten Großraum München!)
  - Besonders schlecht versorgte Störungen (Nicht-Behandlungsquoten) sind die GAS (65%), alle Phobien (73,5-78%)
  - Alle diese Raten liegen um ca. Faktor 2 niedriger als bei Erwachsenen
- **Gravierende Differenzen zwischen Jungen und Älteren ergeben sich bei (Nicht-Behandlungsquote):**
  - Essstörungen (81,4%)
  - Somatisierungsstörungen (76,9%)
  - Major depression (78,9%)
- **Die „wahre“ Differenz dürfte höher sein, da eine gute Versorgungsregion (München) mit der sicher schlechteren Bundessituation verglichen wurde!**

Abb. 12

### 5.3 Behandlungseinrichtungen

Stadt und Land München sind sicherlich als eine der im Bundesgebiet besonders gut institutionell ausgestatteten Versorgungsregionen anzusehen. Dabei ergibt sich das in Abb. 13 dargestellte Inanspruchnahmespektrum an Einrichtungen.

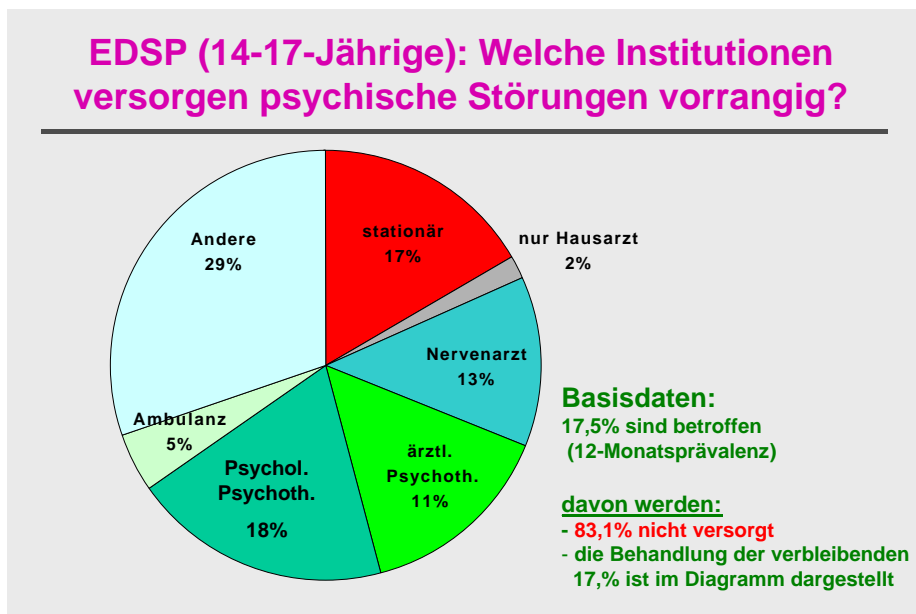


Abb. 13

Im Unterschied zu Erwachsenen ergibt sich eine überproportional große Bedeutung für Psychotherapeuten und "anderen" Einrichtungen (Beratungsstellen), während Hausarzt und Nervenarzt insgesamt nur eine relativ geringe Bedeutung haben.

### 5.3. Detailanalyse Angststörungen: Expertengeschätzter Interventionsbedarf versus subjektives Behandlungsbedürfnis und tatsächliche Inanspruchnahme

Abb. 14 fasst die Ergebnisse der Expertenbeurteilung und der Patientenbefragung zusammen. Dabei wurde der Experte (klinische Psychologen und Ärzte) mittels einer standardisierten Prozedur gebeten zu beurteilen: " ob der Patient zum Zeitpunkt der Untersuchung von ihnen als unmittelbar und dringend behandlungsbedürftig anzusehen ist". Wenn ja, wurde erfragt, welche Form der Intervention als angemessen anzusehen ist. In Fällen mit einer angegebenen Intervention wurde aufgrund von Prüffragen versucht zu erschließen, ob die Behandlung Merkmale einer adäquaten Therapie erkennen lässt (Dauer, Frequenz, Art und Dosierung einer etwaigen Medikation, Durchführung verhaltenstherapeutischer Komponenten wie Tagebuch oder Übungen, etc.). Der Patient selbst wurde gefragt, ob er sich als unmittelbar behandlungsbedürftig einstuft (*Bedürfnis-Therapie*).

#### EDSP: Wieviele stehen davon in irgendeiner Form von professioneller Behandlung?

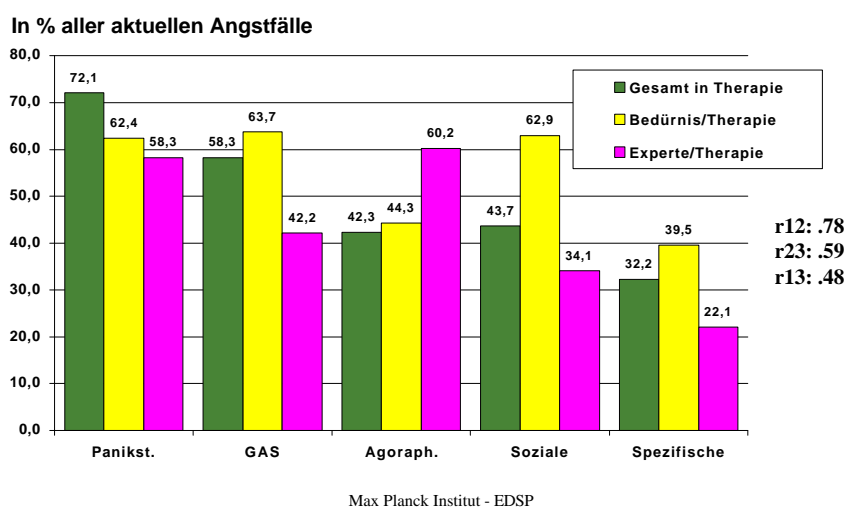


Abb. 14

Es ist deutlich zu erkennen, dass diese Beurteilungen diagnosenspezifisch unterschiedlich ausfallen und nur moderat miteinander korrelieren. Während bei den meisten Störungen das unmittelbare Behandlungsbedürfnis deutlich höher als der Experten-Bedarf für Therapie ausfällt, ist dieses bei Agoraphobien interessanterweise umgekehrt. Bemerkenswert ist ferner, dass bei Panikstörungen die tatsächliche Behandlungsrate höher ist, als sowohl das subjektive Therapiebedürfnis wie auch der expertengeschätzte Bedarf.

Ohne auf die Befunde im Einzelnen einzugehen (siehe Anlage) wird somit deutlich, dass einerseits nicht jede Angststörung aktuell als unmittelbar behandlungsbedürftig vom Experten eingeschätzt wird und dass andererseits offensichtlich nicht jede Person mit einer Erkrankung als aktuell hinreichend motiviert betrachtet werden kann, sich einer professionellen Therapie oder Intervention zu unterziehen.

Nehmen wir als strengere Voraussetzung des aktuellen Behandlungsbedarfs die Kombination von **Diagnose + expertenbeurteilter Bedarf + Motivation des Betroffenen**, so ergibt sich, daß ca die Hälfte aller von allen psychischen Störungen (12 Monatsprävalenz) aktuell behandlungsbedürftig sind. Diese Zahl liegt deutlich über den bisher in der Literatur geschätzten Zahlen von 30%, die sich auf psychoanalytische Verfahren bezogen haben ( Schepanck & Frantz).

### **Welche Therapie wird bei 14-24 Jährigen am häufigsten vom Experten vorgeschlagen?**

Im Rahmen des Studienprotokolls wurden die nach dem Stand der Wissenschaft etablierten Behandlungsverfahren für die einzelnen Indikationsgebiete dem Experten vorgegeben; dabei wurden diagnosenspezifische Aspekte, z.B. für die Panikstörung und die soziale Phobie gesondert vorgegeben. Berücksichtigt wurden spezifische psychotherapeutische Verfahren (Expositionstherapie, Kognitiv-behaviorale Therapie etc), allgemeine psychologische Strategien (Krisenintervention, Psychoedukation) wie auch medikamentöse Startegien. Es konnten Mehrfachangaben gemacht werden!

Bei fast allen behandlungsbedürftigen Angstfällen (82%) wird vom Experten eine systematische Psychoedukation, verbunden mit einem Beratungs-und Selbsthilfeangebot empfohlen. Bei der überwiegenden Mehrzahl werden psychotherapeutische Verfahren (63%), sowie bei zusätzlich 21% eine Kombination medikamentöser und psychotherapeutischer Verfahren empfohlen.

Zugleich wurde allerdings in dieser Studie festgestellt, dass:

- a) nur wenige Betroffene überhaupt mit irgendeiner entsprechend qualifizierten Fachinstitution in Kontakt steht (49%), und dass
- b) nur 22% überhaupt Indikatoren erkennen lassen, dass näherungsweise die wissenschaftlich effektivsten Verfahren angeboten werden. Häufig wurde nur ein Kontakt (22%), beziehungsweise gelegentliche hausärztliche Kontakte ohne Intervention (14%) bei den als dringend interventionsbedürftigen Fällen mit einer Angsterkrankung festgestellt.
- c) Zudem werden häufig Prozess- und Strukturmerkmale aufgezeigt, die ernsthafte Zweifel an der Qualität der erhaltenen Versorgung aufkommen lassen (esoterische Verfahren, Gestalttherapie, psychoanalytische Langzeittherapien, lange diagnostisch unspezifische stationäre Therapien, Therapiefrequenz zu niedrig (1 mal/Woche), keine Hinweise auf praktische Übungen bei Verhaltenstherapie, etc)

## **5.4. Zusammenfassende Bewertung der Versorgungssituation**

Die differenziertere expertengestützte Beurteilung der Versorgungslage von 14-24-Jährigen im Raum München im Jahre 1995 zeigt (Abb. 18) auf der populationsbezogenen Grundlage aller aktuellen 12-Monatsfälle mit einer Angststörung (N= 755 Fälle mit einer aktuellen (12-Monats) Angststörung:

1. **Bei 43% stellt der Experte "dringenden Behandlungsbedarf" fest, aber es erfolgte keine Therapie - weder in den letzten 12 Monaten noch davor!**
2. **32% aller Fälle wurden als "aktuell nicht behandlungsbedürftig" eingeschätzt und es erfolgte auch keine Intervention**
3. **Nur 17% aller aktuell behandlungsbedürftigen erhalten auch eine Therapie, davon aber nur jeder 2 (9%) auch in einer Form, die als adäquat eingeschätzt wurde.**

4. **4% wurden als “nicht behandlungsbedürftig eingeschätzt, verhielten aber trotzdem eine Intervention**
5. **Bei weiteren 4% war keine verlässliche Einschätzung möglich!**

Das heißt, das dominante Bild der Versorgung, ist eine markante Unterversorgung von - seitens der Experten “als dringend behandlungsbedürftig” eingeschätzten - Fällen mit einer psychischen Störung. Die Gleichsetzung von 12-Monats-Diagnose mit Behandlungsbedarf führt hinsichtlich der Beurteilung des Ausmaßes der Unterversorgung möglicherweise zu einer Überschätzung von ca 36%.

## Zusammenfassung:

Auf der Grundlage aktueller epidemiologischer Studien (Einwohnermeldeamt-Stichproben, persönliche klinisch-psychiatrische Untersuchungen) aus den Jahren 1995 bis 1998 kommt die Stellungnahme zu folgenden Hauptbefunden bei psychischen Störungen:

1. Ungeachtet unterschiedlich weiter oder enger Definitionen von Behandlungsbedarf ist das dominante Ergebnisbild eine **gravierende Unterversorgung** von Personen mit psychischen Erkrankungen. Quantitativ bedeutsame Hinweise auf eine Fehl- oder Überversorgung von Betroffenen lassen sich nicht aufzeigen!
2. Psychische Störungen, nach den expliziten diagnostischen Kriterien der ICD-10 Forschungskriterien und der DSM-IV, mit ihren vorgeschriebenen Kriterien von Leiden und störungsspezifischen psychosozialen Einschränkungen, sind nach Befunden des Bundesgesundheits surveys 1998/99 weit verbreitet. 32.1% (= 15,6 Millionen) der erwachsenen Bevölkerung (im Alter 18-65) ist betroffen, aber nur 36% davon steht oder stand im vergangenen Jahr in Kontakt mit professionellen Diensten, ungeachtet der Art, Häufigkeit, Dauer und Adäquatheit der Intervention.
3. Der Anteil von Betroffenen, die eine im weitesten Sinne adäquate Therapie nach moderaten wissenschaftlichen Kriterien erhalten, liegt konservativ geschätzt bei ca 10% aller mit einer Diagnose. Dabei wurden extrem konservative Minimal Kriterien von Dauer (mind. 1 Monat) und/oder Frequenz (mind. 5 Sitzungen) bei Vorliegen medikamentöser oder psychotherapeutischer Behandlungen zugrundegelegt.
4. Die unzureichende und mangelhafte Versorgung betrifft nicht alle spezifischen Störungsgruppen in gleichem Ausmaß; so ergaben sich durchaus für Panikstörungen aus dem Kreis der Angststörungen, psychotische Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie depressive Episoden (aus dem Kreis der affektiven Störungen) zum Teil deutliche bessere Behandlungsquoten. GleichermäÙen niedrige "Mängelprofile" ergaben sich für somatoforme und Suchterkrankungen.
5. Die Situation bei Kinder- und Jugendlichen ist bei einer 12-Monatsprävalenz von 17,5% noch wesentlich schlechter. Hier wurde eine Behandlungsquote von lediglich 17% ermittelt, davon wurde lediglich konservativ geschätzt (obere Grenze des 95% Konfidenzintervalls) ein Anteil von 21% im weitesten Sinne adäquat behandelte Fälle ermittelt.
6. Die Versorgungssituation ist durch markante regionale Unterschiede gekennzeichnet. Besonders schlechte Versorgungsquoten ergeben sich für manche Diagnosen (z.B. Sucht- und somatoforme Störungen) für die neuen Bundesländer sowie durchgängig für fast alle Diagnosen in Regionen, die weder über eine nahe Universität und psychotherapeutische Weiterbildungsinstitutionen verfügen.

Ferner ist auf regionale und Ost-West Unterschiede in den Versorgungsanteilen einzelner Einrichtungsarten, speziell den niedrigeren Anteil psychotherapeutischer Versorgungsleistungen in den neuen Bundesländern hinzuweisen, die nur zu einem kleinen Teil durch höhere Hausarzt-Behandlungsraten sowie Nervenarzt Behandlungen kompensiert werden.

7. Da die Gleichsetzung von Diagnose mit Behandlungsbedarf mancherorts als problematisch angesehen wird, wurde auch anhand vorliegender Longitudinaldaten abgeschätzt, welchen Einfluß eine standardisierte Expertenbeurteilung zu Art, Umfang und Dringlichkeit einer Intervention bei Fällen mit einer Diagnose haben, bzw welcher Anteil der Gesamtprävalenz

sich selbst als dringend behandlungsbedürftig und motiviert für eine Therapie einschätzt. Dabei ergaben sich diagnosenspezifisch recht unterschiedliche Befunde.

Im Mittel schätzen Experten ca 51% der Gesamtprävalenz als **“aktuell dringend behandlungsbedürftig (Medikamente oder Psychotherapie)”** ein; dies würde einer behandlungsbedürftigen Gesamtprävalenz von 16% (= 7,9 Millionen) bei den 18-65 Jährigen entsprechen.

Die entsprechenden Angaben für den subjektiven Behandlungsbedarf (Fälle mit aktueller Therapiemotivation) liegen ähnlich hoch (58%), allerdings bei nur mittelhoher Korrelation mit der Expertenmeinung. Die Raten für 14-17-Jährige liegen mit 54% (Expertenbedarf) und 49% (subjektive Therapiemotivation) ähnlich hoch.

8. Aufgrund regionaler epidemiologischer vertiefender Analysen sind ferner - neben der durchgängigen Unterversorgung - eine Reihe bemerkenswerte Hinweise auf eine inadäquate Versorgung derer mit einer Intervention zu vermerken. Nur weniger als die Hälfte aller untersuchter Fälle mit einer therapeutischen Intervention in den letzten 12 Monaten lassen eine - nach modernen Behandlungsstandards hinsichtlich Art, Dauer und Frequenz - auch adäquate Versorgung erkennen.
9. Nachhaltige Bestätigung dieser bevölkerungsbezogenen Daten zur Größenordnung und Versorgung psychischer Störungen ergeben sich aus der im Anhang befindlichen bundesweiten Allgemeinpraktikerstudie.

- Einschränkungen:*
- a) Die Daten wurden zwischen 1995 und 1999 also größtenteils vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes erhoben.
  - b) Die Analysen lassen bislang keine Aussagen bezüglich der Angemessenheit und differentiellen Indikation pharmakologischer versus psychotherapeutischer Verfahren zu.
  - c) Die Datenanalysen sind, soweit nicht bereits publiziert noch vorläufig!

## **Literatur**